

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redação: 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

Estado de Minas Gerais:
LUIZ M. RODRIGUES
Av. Bernardo Monteiro, 479
BELO HORIZONTE

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e
Paraíba do Norte:
I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

S. Paulo:
ADRIANO DE BARROS
Rua Alabastro, 265
Telefone. 7-2186

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples .. Cr\$ 40,00		EXTERIOR - Porte simples Cr\$ 50,00
Registrado > 50,00		Registrado .. > 60,00
Para estudantes > 30,00		

Numero avulso: Cr\$ 5,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

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

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

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

	Pág.
I — Choque obstetrico, pelo Dr. Luiz Aguirre Horta-Barbosa	285
II — O fio de algodão em cirurgia e ginecologia operatoria, pelo Dr. Ottorino Avancini	296
III — Especulo trivalvo para virgem, pelo Dr. Paulo Barros.	302
 SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
IV — Sobre o sarcoma polipoide do endometrio cervical, pelo Dr. Lucas M. Machado	306
V — Maternidade Terezinha de Jesus, pelo Dr. Dirceu de An- drade	313
VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	314
VII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	316
VIII — BIBLIOGRAFIA	327
Revista Medica de Pernambuco, Maio de 1942; Revista Paulista de Medicina, Janeiro de 1942; Boletin de la So- ciedad de Obstetricia y Ginecologia de Buenos Aires, Junho e Setembro de 1942; Medicina, Cirurgia e Farma- cia, Fevereiro de 1942; Publicações Medicas, Agosto de 1942; Archivos de la Clinica Obstetrica y Ginecologica Eliseo Canton, Setembro de 1942; Annales Instituti Ob- stetricii et Gynecologici Universitatis (Helsinki-Helsing- fors), 1935.	
IX — SOCIEDADES MÉDICAS	340
Fundação Polyclinica e Maternidade de Campos.	
X — NOTICIAS	341
XI — PETITE REVUE — A.R.O.M.	343

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redação: 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
SAO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:
LUIZ M. RODRIGUES

Av. Bernardo Monteiro, 479,
BELO HORIZONTE

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e
Paraíba do Norte:

I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

S. Paulo:

ADRIANO DE BARROS
Rua Alabastro, 265
Telefone. 7-2186

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 40,00	EXTERIOR - Porte simples Cr\$ 50,00
Registrado > 50,00	Registrado .. > 60,00
Para estudantes > 30,00	

Numero avulso: Cr\$ 5,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

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

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

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

	Pág.
I — Manifestações alergicas e ciclo menstrual, pelo Prof. Claudio Goulart de Andrade	347
II — Analgesia caudal contínua em obstetrícia — nota prévia, pelo Dr. Luiz Aguirre Horta-Barbosa	364
III — Fistula útero-parietal após cesarea segmentar — cura ex-pontanea, pelo Dr. Ismar Pinto Nogueira	368
 SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	379
IV — Endometriose da cicatriz umbilical, pelo Dr. Jayme E. F. Werneck	380
V — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	384
VI — BIBLIOGRAFIA Archivos de la Clinica Obstetrica y Ginecologica Eliseo Canton, Setembro de 1942; Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugia y Especialidades, Agosto de 1942; Boletin de la Sociedad de Obstetricia e Ginecologia de Buenos Aires, Setembro de 1942	387
VII — ANALISES Fundação Polyclinica e Maternidade de Campos — Relatorio do exercicio de 1942.	391
VIII — SOCIEDADES MÉDICAS Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil.	392
IX — NOTICIAS	295
X — PETITE REVUE — J. de R.	397

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redação: 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
SAO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:
LUIZ M. RODRIGUES
Av. Bernardo Monteiro, 479
BELO HORIZONTE

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e
Paraíba do Norte:

I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

S. Paulo:

ADRIANO DE BARROS
Rua Alabastro, 265
Telefone. 7-2186

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples .. Cr\$ 40,00		EXTERIOR - Porte simples Cr\$ 50,00
Registrado > 50,00		Registrado .. > 60,00
Para estudantes > 30,00		

Numero avulso: Cr\$ 5,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

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

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

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

Pág.

I — Parto auxiliado ou parto corrigido? (Resposta ao Professor J. A. Beruti), pelos Drs. Iwan de Oliveira Figueiredo e Léo Rodrigues Lima de Gouvêa	3
II — Alguns breves comentários sobre a assistencia pré-natal ministrada no ambulatorio da Maternidade Escola da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, pelo Dr. Murillo Queiroz de Barros	7
 SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
III — Mais um caso de tumor de Krukenberg (Fibrosarcoma mucocellulare carcinomatodes), pelo Dr. Carlos de Castro Teixeira	24
IV — Relatorio dos serviços da segunda clínica obstétrica da Santa Casa de Misericordia de Belo Horizonte, durante o ano de 1942; pelo Dr. Argêu Murta	30
V — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	39
VI — BIBLIOGRAFIA Archivos Uruguayos de Medicina, Cirurgia y Especialidades; Agosto e Novembro de 1942. — Revista Médica Brasileira, ano IV, tomo X, n. 5. — Arch. de la Clin. Obst. e Gin. Eliseo Canton, Maio de 1942.	44
VII — SOCIEDADES MÉDICAS Sociedade Obstetricia e Ginecologia do Brasil	54
VIII — NOTICIAS Livro que todas as mães escreveriam.	60
IX — NOTAS TERAPEUTICAS O Estilbestrol no tratamento da ameaça de aborto e de parto prematuro e no aborto habitual, pelo Dr. Luiz de Freitas Guimarães Junior.	60
X — PETITE REVUE — A. R. O. M.	65

I

Parto auxiliado ou parto corrigido?

(Resposta ao Professor J. A. Beruti)

POR

IWAN DE OLIVEIRA FIGUEIRÊDO

Livre Docente e Assistente de Clínica Obstétrica da Escola de Medicina e Cirurgia. Chefe de clínica da Maternidade do Hospital Carlos Chagas, Diretor da Maternidade Vaz Lôbo. Professor do Curso de Enfermagem Obstétrica da Esc. de Medicina e Cirurgia.

E

LÉO RODRIGUES LIMA DE GOUVÊA

Assistente da Clínica Obstétrica da Escola de Medicina e Cirurgia. Assistente da Maternidade do Hospital Carlos Chagas.

Criticando um trabalho de nossa autoria, publicado nesta Revista em março de 1941, (1) o Professor J. A. Beruti, de Buenos Aires, teceu uma série de considerações tendentes a demonstrar que havíamos deformado conceitos anteriormente expêndidos por S.S. (2).

Adiantou mais, que desejaramos tirar a originalidade de sua classificação dos partos e, sobretudo, de sua locução predileta — PARTO CORRIGIDO, cujo substitutivo presumido — PARTO AUXILIADO, criticou acerbamente, naquele estilo entusiasta que lhe é peculiar.

Transcreveremos quatro trechos de seu artigo, de cuja leitura se depreende claramente que o movel dessa crítica severa foi a vaidade ferida, e ferida irregularmente, de vez que não houve deformação alguma de conceitos em nosso trabalho. Tudo foi obra de sua brilhante e fecunda imaginação. Vejamos as premissas de sua critica, no idioma original, bem como as respostas a cada tópico:

1 — «*Disponemos de muchas pruebas para sostener que nuestro concepto sobre el parto corrigido es en absoluto original.*»

RESPOSTA — Não afirmamos o contrario. Em que trecho de nosso artigo encontrou o Dr. Beruti a negação desse fato? Quer nos parecer que a S.S. não agradou o havermos feito um estudo da opinião dos classicos sobre a divisão dos

partos, presumindo S.S. que teríamos procurado encontrar quem, anteriormente, já se houvesse preocupado com o assunto.

2 — «*Los colegas fluminenses, a pesar de utilizar la locución parto corregido, no gustan de ella, al parecer, y entonces inventan otro término — parto auxiliado. Esto, como procuraremos demostrarlo, lleva a la confusión y atenta contra la claridad.*»

RESPOSTA — Em nosso ensaio de uma classificação dos partos, o grupo dos partos auxiliados é muito mais amplo do que o dos partos corrigidos de Beruti.

Que é um parto corrigido, no sentir de seu idealizador? «— Es aquel en el cual el arte obstétrico actúa para su feliz iniciación, prosecución o terminación. Por tal razon no se le puede considerar espontáneo, pero, dada la naturaleza del auxilio prestado, tampoco se le debe catalogar como operatorio.» (3)

E o que é um *parto auxiliado*, em nossa classificação? — E' um parto em que o auxilio do profissional favorece a *terminação espontânea*.» (4)

No conceito do parto corrigido, — cuando una corrección adquiere cierta magnitud quirúrgica o tocúrgica ya lógicamente no se puede hablar más de *corrección*, sino de operación.» (5)

No conceito do *parto auxiliado*, todos os auxílios á evolução do parto, desde que não importem em áto extrativo, são levados em conta. A locução «parto operatorio» cede lugar a uma outra: «parto extrativo», mais clara, mais discriminativa, mais condizente com a realidade dos fatos. Na antiga classificação, incluiam-se no mesmo grupo dos partos operatorios as embriotomias simples, as embriotomias extractivas, o forceps, a versão, a extração podalica, as cesareanas, as histerectomias etc., toda uma gama, enfim, de procedimentos de magnitude cirúrgica diversa, com riscos inteiramente dispares, de sorte a dar uma visão de conjunto erronea. Beruti conserva esse grupo mas, paradoxalmente inclue as episiotomias entre os partos corrigidos, contrariando o seu conceito abaixo: «— Cuando una corrección ortopédica *incruenta* se suplanta por un tratamiento quirúrgico, tal corrección se ha transformado en *operación*.» (6). Ora, a episiotomia não é um procedimento cirúrgico? será por acaso uma correção ortopédica *incruenta*?

Em nossa classificação, o grupo dos partos auxiliados engloba não somente os partos corrigidos (de Beruti), como também um certo numero de procedimentos tocúrgicos que não importem em áto extrativo.

Perguntamos agora: — será que nossas idéas levam á confusão e atentam contra a claridade?

- 3 — *Según los autores, un parto operatório no es un parto auxiliado! Para ellos, tal como lo consignan en el diagrama adjunto, una sinfisiotomía, una dilatación artificial del cuello uterino, un Braxton-Hicks, una reducción de procidencia, una embriotomía no son partos operatórios (!!) (7).*

RESPOSTA — Eis aqui uma verdadeira deturpação de conceitos, praticada, não por nós, mas pelo nosso ilustre opositor. Não dissemos que o parto operatório não seja um parto auxiliado, mas apenas que consideramos PARTO AUXILIADO todo aquele em que o auxílio não importe em áto extratívo. Consideramos, portanto, os auxílios á terminação espontânea do caso. Dessa maneira, a sinfisiotomía (bem indicada, é óbvio), a dilatação artificial do cólo, o Braxton Hicks, a redução de procidencias, as embriotomías *simples*, (*simples*, professor Beruti), etc., etc., levando á terminação espontânea do caso, devem, a nosso ver, ser catalogadas no grupo dos partos auxiliados.

Maldosamente o Dr. Beruti diz que não cabem duvidas de que, «con este modo tan peregrino de depurar», os autores lograrão apresentar a melhor e a mais formosa estatística do planeta. (8). Não foi esse o nosso intento, ao propor a nova classificação dos partos. No Brasil, temos um acendrado amor á realidade para que nos deixemos embair pela ilusão de constituirmos padrão para tudo e para todos. Pelo quadro estatístico que apresentámos em anexo, vê-se bem que os nossos resultados são bastante modestos, espelhando bem a realidade dos fatos. Em matéria de depuração, teríamos muito que aprender com os mais experientes.....

- 4 — *«Parto auxiliado! Como si existieran partos no auxiliados! Todos los partos, en el mundo civilizado son auxiliados. Puede que todavía alguna negra del Africa central o alguna primitiva de uno que otro lugar inexplorado de la tierra, dé a luz solitaria, sin la asistencia de nadie.» (9).*

RESPOSTA — Loquacior natura, o professor Beruti usa aqui de uma fraseología destinada a armar efeito. O parto totalmente espontâneo, posto que pouco frequente, existe. Ele seria o parto ideal. Não o parto sem assistencia, «asistido por nadie» como diz o Dr. Beruti, mas o que se processasse espontaneamente, sem necessidade de auxilio ou de artificio á sua evolução. Seria o parto «que se inicia, evoluciona y se termina con la sola concurrencia de las fuerzas de la

naturaleza, salvo, claro está, la protección perineal, cuidados de asepsia etc.», como diz o Professor Beruti na sua definição dos partos espontâneos. (10). Não acreditamos que ele considere que a proteção do períneo, ou as regras de asepsia sejam medidas que transformem um parto espontâneo em Auxiliado ou em Corrigido... Esses partos espontâneos são ainda encontrados, salvo nos serviços em que seja frequente a distócia profissional, de que nos fala Magalhães. Daí a justeza da crítica de De Lee, quando se referia ao aumento da interferencia operatoria no ambiente hospitalar, graças às facilidades que o meio oferece e à divisão de responsabilidades. Nossa quadro estatístico mostrou que o prognóstico, nesses partos espontâneos, é o mais favorável possível, em cotejo com os Auxiliados e, principalmente, com os Extrávitivos. Isso dizia respeito não somente às taxas de mortalidade como de morbidez.

Non se confunda o parto espontâneo com o parto sem assistência, ocorra ele na Patagônia, na África Central ou em outra região atraçada e erma do planeta.

Para terminar, desejamos deixar consignado que não foi nossa intenção substituir a locução parto corrigido, de Beruti, pela nossa parto auxiliado. Sendo o conceito do parto auxiliado muito mais amplo do que o do corrigido, não caberia a substituição presumida. É possível que o mestre portenho tenha tirado essa ilação da leitura isolada de uma ou outra frase. Mas, si prosseguisse sua leitura com atenção, compreenderia, seguramente, que não houve esse intuito. Pode o Professor Beruti aceitar ou não a nossa proposta de classificação dos partos. Livre-se, entretanto, do receio de lhe estarmos disputando a primazia e a originalidade da idéia e dos estudos. *Ne per somnium quidem...*

Em nosso trabalho, não negámos ao Dr. Beruti a autoría de seus conceitos. Tudo está devidamente aspeado e seu nome foi citado sempre. Nossos estudos foram posteriores aos de sua lavra. Não julgamos condenável estudar temas já tratados por outrem. Por acaso o Professor Beruti se constrangeu em citar e ampliar as idéias de Selheim, por exemplo?

Ademais, são suas as palavras abaixo: «La nomenclatura obstétrica no puede, por ende, permanecer inmóvil y cristalizada.» (11).

Ser-nos-á por acaso, defeso, apresentar também algumas sugestões que nos pareçam oportunas, embóra que modestas? A nossa classificação abrange todas as modalidades de auxílios e de operações obstétricas. Não dará lugar, evidentemente, à confusão, mas, ao contrário, visa facilitar a padronização dos

partos, dentro das modernas tendencias da Obstetricia. Essa facilidade não é proporcionada pela classificação do Dr. Beruti, apesar de seus engenhosos diagramas, de seus neologismos e de seu talento criador.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 — *Iwan de Oliveira Figueiredo e Léo Rodrigues Lima de Gouvea.* «Ensaio de uma nova classificação dos partos.» In Revista de Ginecologia e d'Obstetricia, março de 1941.
 - 2 — *Josue A. Beruti.* «Clasificación de los partos y deformación de conceptos.» In Archivos de la Clínica Obstétrica y Ginecológica Eliseo Canton, janeiro de 1943, pag. 73.
 - 3 — *J. A. Beruti y Carlos T. León.* «Hacia una clasificación racional de los partos.» In Arch. Cl. Obst. Gin. Eliseo Canton, setembro 1942, pag. 711 a 731.
 - 4 — *I. O. Figueiredo e L. R. L. Gouvea.* Opus citado, pag. 176.
 - 5 — *J. A. Beruti.* Opus citado, pag. 77.
 - 6 — *J. A. Beruti.* Op. cit. pag. 77.
 - 7 — *J. A. Beruti.* Op. cit. pag. 76.
 - 8 — *J. A. Beruti.* Op. cit. pag. 76.
 - 9 — *J. A. Beruti.* Opus cit. pags. 75 e 76.
 - 10 — *J. A. Beruti y C. T. León.* Op. cit. pag. 724.
 - 11 — *J. A. Beruti.* Opus cit. pag. 74.
- Rio de Janeiro, em 29-6-43.

II

Alguns breves comentários sobre a assistência pré-natal ministrada no ambulatório da Maternidade Escola da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil

PELO

DR. MURILLO QUEIROZ DE BARROS

A finalidade do presente trabalho não é outra senão a de, fazendo um rápido bosquejo das atividades do Ambulatório de Obstetricia da Maternidade das Laranjeiras, despertar o interesse para outras publicações semelhantes afim de, pela comparação, submeter-nos a um aperfeiçoamento cada vez maior neste setor de tão transcendente importância. De fato, se a Obstetricia moderna apresenta, cada vez mais, resultados brilhantes, existem ainda aspéritos que podem e devem ser melhorados, maximé na

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redação: 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

Estado de Minas Gerais:
LUIZ M. RODRIGUES
Av. Bernardo Monteiro, 479
BELO HORIZONTE

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e
Paraíba do Norte:
I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

S. Paulo:
ADRIANO DE BARROS
Rua Alabastro, 265
Telefone. 7-2186

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 40,00
Registrado > 50,00
Para estudantes > 30,00

EXTERIOR - Porte simples Cr\$ 50,00
Registrado .. > 60,00

Numero avulso: Cr\$ 5,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

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

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

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

Pág.

I — Aspéitos atuais do problema da eclampsia, por J. Onofre Araujo	143
II — Féto acondroplásico, pelo Dr. Cid Ferreira Jorge	164
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
III — Da operação de Wertheim no cancer do colo do útero, pelo Dr. Gil Horta	172
IV — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	177
V — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	180
VI — BIBLIOGRAFIA	187
Revista de Obstetricia e Ginecologia de Caracas, n. 1, 1942; La Revista de Medicina y Ciencias Afines, n. 5, Mayo de 1942; n. 7, Julho de 1942; n. 10, Outubro de 1942; n. 11, Novembro de 1942; ns. 1 a 3, Janeiro-Fevereiro-Março de 1943. La Prensa Medica Argentina, n. 20, Maio de 1943. Revista Cubana de Obstetricia y Cinecologia, n. 2, Março-Abril de 1942; ns. 3 e 4, Maio de 1942; ns. 5 e 6, Junho de 1942; n. 1, Janeiro de 1943. Obstetricia e Ginecologia Latino Americanas, Abril de 1943.	
VII — SOCIEDADES MÉDICAS	202
VIII — PETITE REVUE — A. R. O. M.	207

I

Cadeira de Clínica Obstétrica e Puericultura Néo-Natal. (Serv. Prof. Raul Briquet)

Aspéritos atuais do problema da eclâmpsia^(*)

J. ONOFRE ARAUJO
Assistente

Desde que se observou o primeiro caso de eclâmpsia em gestante, o assunto tem sido estudado por pesquisadores de todas as escolas, que o encaram sob múltiplos pontos de vista, em que sobressai o de patogenia, e, modernamente, do prognóstico. Apesar da série extensa de publicações sobre o assunto, só aos poucos é que se vai aclarando alguns pontos, enquanto outros permanecem ainda no domínio das hipóteses.

A Clínica Obstétrica tem se socorrido dos progressos nos métodos de investigação de várias questões da fisiopatologia geral, mas a propósito da eclâmpsia gravídica, estamos ainda na fase da observação de dados clínicos, achados necroscópicos e pesquisas bioquímicas, muitas vezes sem concatenação visível, por vezes mesmo contraditórias, mas que vão sendo as bases do futuro monumento sólido, alicerçado em documentação que o passar do tempo, a meditação necessária e a comprovação repetida, permitirão fixar como verdade científica.

Quem imeditar em muitas das concepções que surgiram à mente de alguns pesquisadores e que foram relegadas, posteriormente, para o plano secundário, verá que estão, hoje, centralizando a atenção dos estudiosos, que lhes reconhecem a veracidade, apenas com interpretação diferente dos fenômenos observados.

Assim se justifica a atenção que o Presidente desta Secção deu a este assunto, escolhendo-o para tema de uma de nossas reuniões mensais. Queremos, de início, agradecer a gentileza da mesa, convidando-nos para relator do tema, e fazer sentir que não pouparamos esforços para corresponder ao pedido, e nos sentimos embaraçados para não empanar o brilho das realizações que o Sr. Presidente vem mantendo nesta casa.

—)o(—

(*) Relatório do tema da Secção de Obstetricia e Ginecologia da A.P.M.—Sessão de 28-5-43.

Dentre os aspéitos atuais do problema da eclâmpsia não se pôde deixar de fazer comentários, sucintos embora, das últimas aquisições no terreno da etiopatogenia da síndrome convulsiva do último trimestre da gestação. Não pretendemos trazer um relato de todas as teorias que foram emitidas nesse particular, em número avultado, que mereceu se dar à doença o epíteto de «doenças das teorias», não só por desnecessário como sem proveito para fins terapêuticos e prognósticos; suficiente se nos parece fixarmos a atenção apenas nos pontos que hoje estão assentados em base suficientemente documentada.

CONCEITO: — Precisamos, antes de mais nada, nos orientarmos sobre o significado da eclâmpsia como complicação da prenhez. De início, a eclâmpsia foi considerada entidade clínica individualizada, até que surgiu a tendência para se agrupar num só capítulo várias entidades mórbidas que ocorriam predominantemente durante a gestação, e assim considerando, buscar nesta, a causa de distúrbios, múltiplos na sua exteriorização, mas oriundos ou na dependência de um fator único: a gestação, e daí a denominação de «gestose» proposta por Zeitz. No entanto, parece que assiste razão à escola americana que justifica o emprego da expressão «toxemia gravídica» para as manifestações que ocorrem no último trimestre, isto é, a hipertensão com suas consequências: a eclâmpsia e o descolamento prematuro de placenta, respetivamente, a antiga síndrome convulsa e hemorrágica da intoxicação gravídica. Quanto aos vômitos incerciveis (síndrome hipermética) e à atrofia amarela aguda do fígado, de ocorrência mais frequente nos primeiros meses da prenhez, tendo-se hoje a afastá-las do conceito de toxemia gravídica, preferindo-se encará-las como manifestações anormais da fase de adatação materno fetal, que se estabelece em indivíduos portadores de miopragia orgânica para o lado do sistema nervoso vegetativo ou da glândula hepática.

Fazemos notar, nesse passo, que, entre nós, os discípulos de Lemos Torres acompanham a orientação de alguns autores americanos chamando de «rim gravídico» a todas manifestações clínicas da hipertensão que aparecem na prenhez, dela dependem, e se enquadram no grupo B da classificação adiante citada. Se algum reparo pôde ser feito a esse modo de encarar a toxemia gravídica é de parecer dar ao rim o papel proeminente na gênese da afecção, quando sabemos que a função renal é normal mesmo na crise convulsiva; a verificação da insuficiência renal permite deslocar esses casos clínicos para o grupo A em que a lesão é anterior à prenhez, dela independe, apenas poderá, e via de regra o é, ser agravada. Considerando-se, no entanto, que a hiperten-

são é de origem renal, pela produção no órgão secretor da urina de substâncias hipertensivas, pôde-se então, nessa base, aceitar essa denominação.

A denominação de «síndrome vascular da prenhez», de *Dexter e Weiss*, é sugestiva, pois caracteriza a fisiopatologia da afecção.

O «rim de reserva baixa», conceito de *Stander*, para aqueles estadios iniciais, manifestados por ligeira hipertensão e albuminúria, em que o poder de excreção é normal para as solicitações ordinárias, em quanto insuficiente para necessidades acrecidas, não mereceu apóio de todos os pesquisadores, e parece aceitável a tese de que o rim de reserva baixa já é um rim doente.

Assinalada esta restrição, se nos detivermos no exame da sintomatologia da toxemia gravídica, veremos que o alicerce ou o substrato fisiopatológico dessa entidade é a hipertensão arterial, o que nos permite unificar a toxemia gravídica à síndrome hipertensiva que ocorre em gestante, até no momento isenta de lesão renal ou vascular. De fato, toda eclâmptica tem hipertensão arterial.

Dos três elementos que acompanham a eclâmpsia (edema, hipertensão, albuminúria ou melhor proteinúria) o mais constante de todos, talvez o único, é a hipertensão arterial; *Cruickshank, Hewit e Couper* (1927) verificaram que apenas 30% de suas observadas tinham pressão sistólica inferior a 141 mm.; em 50% era acima de 160 mm., e em 6% acima de 200 mm. Também *Herman* (1929) afirma que 95% das eclâmpticas estudadas tinham pressão sistólica acima de 136 mm. (cit. *Dexter-Weiss*). A crise convulsiva toxêmica só se produz na base de uma hipertensão, a observação n.º 21221 da clínica obstétrica é sugestiva; múltipara, com 26 anos, entra para o serviço em trabalho de parto, com a pressão 120 x 80 mm. Parto e dequitação normais. No quinto dia a pressão se eleva para 150 x 100, e no sexto se inicia uma série de oito crises convulsivas, precedidas, 2 horas antes, por uma hipertensão de 180 x 100 mm.

A hipertensão está, como entre muitos, fazem notar *Irving* e *Eastmann*, na dependência de espasmos arteriolares generalizados demonstrados pela correlação entre os valores da pressão e o exame dos vasos retinianos. Nessas condições, a eclâmpsia nada mais é que o agravamento da síndrome hipertensiva ou seja o desfecho culminante e dramático do aumento súbito da pressão sanguínea. As diferenças entre a pré-eclâmpsia moderada, a de maior gravidade, e a síndrome convulsiva são apenas de grau, diferenças de intensidade nas manifestações clínicas de um só distúrbio funcional do organismo feminino gestante.

Ora, se o substrato fisiopatológico da toxemia gravídica é a hipertensão, devemos procurar quais os fatores gravídicos que determinam esse aumento da pressão e que condicionam o ataque eclâmptico.

E' do conhecimento geral que a hipertensão teve outrora, com *Bright*, seu fundamento em lesão anatômica renal a que posteriormente *Widl* pensou em lesão apenas funcional dos rins, e com *Volhard*, mais recentemente, se acredita na hipertonia primitiva, por espasmo arteriolar, a que se sucede lesão anatômica definitiva no órgão secretor da urina. Os trabalhos experimentais de *Goldblatt* (1928) em que a isquemia do rim, determinada pela compressão da artéria desse órgão era seguida de hipertensão, tiveram o mérito de focalizar o rim como fator da hipertensão e seguir-se daí uma série de pesquisas, principalmente americanas e argentinas, que vieram interpretar a natureza do produto secretado pelo rim (a renina, já entrevista, em 1898, por *Bergmann* e *Tigerstedt*) estudos que ainda prosseguem no intuito de se conhecer o mecanismo de ação dessa substância.

FATORES GRAVÍDICOS DA HIPERTENSÃO: — Vejamos porém, desde já, quais os fatores gravídicos que podem determinar a hipertensão, dividindo-os em duas classes: metabólicos e neuro-endócrinos.

1) *Fatores Metabólicos:* — Substâncias as mais diversas, oriundas do metabolismo incompleto ou alterado foram lembradas pelos diversos autores para explicar a gênese da eclâmpsia. Desde a retenção urêmica de *Wilson*, a amoniemia de *Spigelberg*, os distúrbios do metabolismo hidrocarbonado de *Titus*, e do metabolismo mineral (principalmente a retenção de cloretos), todos foram invocados, com documentação em acertadas pesquisas de laboratório, e que hoje não são aceitos. Explica-se esse fato porque não se fazia a distinção necessária entre a toxemia gravídica pura e os estados de intoxicação materna determinados por insuficiente função renal anterior ao estado de gravidez. Sabemos hoje, após as verificações da função renal, que esta não se altera na toxemia gravídica hipertensiva, mesmo na sua exteriorização máxima: a crise convulsiva.

Entre os fatores metabólicos que se estudam hoje está a anoxemia renal, obtida experimentalmente, graças aos notáveis trabalhos de *Goldblatt*, anoxemia essa decorrente da diminuição da corrente sanguínea intra renal.

Poderia o útero grávido repetir, *in vivo*, a hipertensão nefrogena experimental? A aceitação desse raciocínio implica em se considerar o útero gestante como fator mecânico, idêntico as das pinças de *Goldblatt*.

As experiências de *Dill* e *Ericson*, em 1938, pareciam em apôio dessa opinião, quando esses autores verificaram que a pressão sobre as artérias renais, necessária para produzir a hipertensão, era menor nos animais grávidos, demonstrando, dessarte, sua maior susceptibilidade à hipertensão experimental. Não foram estas, no entanto, as conclusões a que, mais recentemente, chegaram outros pesquisadores. *Goldblatt*, em 1939, e *Page*, em 1941, repetindo as experiências, não só verificaram que a pressão arterial não aumentava como, por vezes, diminuia, e concluiram que a prenhez tem atuação benéfica na hipertensão nefrogena experimental. *Goldblatt* invocou para a explicação dos seus achados a ação supletiva e compensatória do rim fetal, no entanto parece mais adequada a afirmação de *Page*, que atribue à alterações endocrinias ou circulatórias ligadas à prenhez, pois obteve idêntico resultado quando as executava em animais em estado de pseudoprenhez ou com tumores deciduais, casos em que a ação do rim fetal não podia ser invocada.

Durante muito tempo pensou-se na atuação mecânica do útero grávido como responsável pela dilatação e estase das vias excretoras renais que condicionam o aparecimento da pielite gravídica, e, no entanto, hoje se sabe que esse estado fisiológico dos ureteres correm por conta mais de ação hormonal que mecânica. Fala ainda contra a atuação mecânica do útero a observação clínica de volumosos tumores uterinos, como os fibromas, que não teem, via de regra, a hipertensão arterial no seu cortejo sintomático.

Desde 1932 *Bartholomew* vem se preocupando com a correlação entre os infartos placentários e a toxemia gravídica,creditando que substâncias oriundas da formação rápida desses autolizados sejam as responsáveis pela hipertensão. A guanidina, inicialmente invocada, não mereceu aprovação geral, pela observação de que não se a encontrou em maior concentração no sangue das toxémicas. Invocou-se então a tiramina.

Como se sabe, a tiramina se forma pela atuação das báterias sobre os albuminóides, derivando-se da tirosina por descarboxilação, e tem parentesco químico próximo com a adrenalina, com a qual tem idêntica ação hipertensiva e excitante da musculatura uterina. Sabe-se que o rim é o orgão de maior produção de tiramina e estudos experimentais demonstraram que na hipertensão nefrogena experimental a produção dessa substância é muito aumentada, procurando alguns autores vér correlação entre esse produto e a renina, substância proteica hipertensora. Em 1936, *Miller* e *Govaerts* verificaram a existência de tiramina no sangue e líquido céfalo-raquídeo das eclâmpáticas, bem como *Jonhs-*
son, em 1940, também a encontrou aumentada, não só na crise convulsiva, como nas gestantes hipertensas, interpretando que

a hipertensão seria causada pela tiramina que irritaria as terminações vaso-constritoras. Nos indivíduos alérgicos, sensíveis a essa substância, sobrevém o espasmo capilar, característica fisiopatológica do ataque convulsivo.

As modificações fisiológicas do metabolismo no último trimestre da gestação, principalmente a tendência para a retenção de água, encontram nesse estudo oportunidade para seu agravamento sob o influxo da toxemia.

2) *Fatores Neuro-Endocrinios:* — Quasi todos os órgãos endócrinos foram considerados como ponto de partida da eclâmpsia não se conseguindo, no entanto, demonstrar nelas alterações anatômicas peculiares e características da afecção. A correlação íntima entre o sistema neuro-vegetativo e as glândulas endócrinas evidenciam, de logo, o papel dessas últimas na manutenção do mecanismo da pressão arterial, e os desvios de seu funcionamento normal podem ser causas determinantes de hipertensão. No que diz respeito ao comportamento do sistema neuro-vegetativo durante a prenhez, há a instabilidade vago-simpática característica desse estado, que redunda numa labilidade do sistema vascular, que, aliás, é peculiar ao sexo feminino, já manifesta no ciclo menstrual, e que, como afirma Seitz é uma segurança e um mecanismo de adaptação às modificações da fisiologia. A instabilidade vago-simpática pode se denunciar, como mecanismo regulador e protetor na produção de espasmos arteriolares, primeira fase, reversível, da hipertensão, que leva à esclerose em que a diminuição do calibre do vaso não mais pode ser subtraída. Irving e Eastmann pensam que a toxemia gravídica seja uma doença inicialmente vascular, mas se atentarmos a que raramente encontra-se a crise convulsiva na doença vascular fóra da gestação, são dignas de apreço as pesquisas de Bartholomew procurando na placenta o fator inicial que promove o espasmo arteriolar generalizado.

Data de 1918, com Hofbauer, a explicação da toxemia gravídica em base hormonal. A neuro-hipófise foi invocada por Anselmino e Hoffmann, em 1931, sob a alegação da hiperfunção da porção posterior da glândula, o que pareceu confirmado quando Cushing, em 1934, demonstrou a invasão basofila dessa região numa síndrome clínica que traz seu nome, e que tem a hipertensão como fenômeno constante. No entanto, pesquisas mais recentes não evidenciaram maior teor de hormônio dessa parte da glândula no sangue circulante, e a síndrome de Cushing não é aceita como hiperpituitarismo, acreditando-se hoje, mais numa disfunção da cortex suprarenal. Tell e Reidl, em 1939, demonstraram na toxemia gravídica não só aumento da fração anti-diurética do hormônio do lobo posterior, semelhante à pituitrina,

como a correlação entre a intensidade da hipertensão e do edema, trabalhos que, em 1941, receberam confirmação de *Dexter* e *Weiss*. Baseado em que na prenhez normal a cortex suprarenal se encontra aumentada, ao passo que na toxemia gravídica se acha reduzida, *Fauvet*, em 1935, atribuiu à cortex papel de relevante na gênese da toxemia.

Os hormônios gonadotrópicos e os estrogênicos têm sido motivos de pesquisas minuciosas, principalmente por parte de *Smith* e *Smith*, que, desde 1934, têm dedicado sua atenção na dosagem desses hormônios nas toxemias, chegando a estabelecer uma curva de excreção que evidencia, nesse estado, um alto teor de substâncias gonado-estimulantes e concentração baixa dos estrógenos e de progesterona, que precediam, de quatro a seis semanas, as manifestações clínicas. Outros autores, como *Shute*, *Anselmino* e *Hoffmann*, confirmaram essas verificações, mas os resultados práticos no tratamento, pelo emprego dessas substâncias na toxemia hipertensiva, tem dado resultados contraditórios e persiste dúvida se tais achados são causa ou efeito.

Desta ligeira enumeração de pesquisas recentes no domínio da endocrinologia relacionadas com a toxemia gravídica se evidencia o que de princípio se afirmou: são pesquisas isoladas, ora contraditórias, que não teem ainda concatenação adequada, úteis no entanto para completar a elucidação do problema. Note-se ainda que essas toxemias aparecem sob a influência de um novo órgão endocrino, a placenta, cuja correlação com as demais glândulas não está completamente elucidada.

No entanto um fator de natureza endocrina parece estabelecido nesse terreno após as indicações iniciais de *Rappaport*, *Vorzimer*, *Fishberg*, isto é, a correlação entre a constituição e o aparecimento da toxemia. Estudando 120 casos de toxemia gravídica, esses autores verificaram grande frequência da obesidade, distribuição masculina dos pelos, facies acromegaloide e bacias pertencentes ao tipo androide, que levam a se pensar na disfunção endocrina correlata com a toxemia. Aliás, também entre nós, *Oliveira Bastos* confirmou a tendência à elevação da pressão nos indivíduos brevilíneos. A hipertensão que é achado comum nas mulheres que apresentam desordens endocrinas peculiares à menopausa vem em apoio da influência das secreções internas na hipertensão.

De todos esses dados se conclue que a toxemia do último trimestre se instala em mulheres que, predispostas à labilidade neurogênica por desequilíbrio endocrino, tipo constitucional e hereditariedade, sofrem a atuação de substância desconhecida, que determina espasmos capilares generalizados, responsáveis pela anoxemia renal e consequente formação de substância hipertensora, que reinicia o ciclo vicioso, entretem e agrava a hipertensão.

De tudo que acima ficou dito, de maneira muito sucinta, um fato decorre: é o acerto da unificação da toxemia gravídica do último trimestre à síndrome hipertensiva. *Fishberg* vai além e considera a hipertensão toxêmica idêntica à hipertensão essencial, baseado no tipo constitucional, idêntico em ambas as afecções; na anamnese dessas doentes em que se encontra na história familiar vários casos de hipertensão arterial e no estudo da evolução posterior desses casos em que é frequente a hipertensão como «reliquat» definitivo. A identidade não é perfeita como demonstraram recentes pesquisas da hemodinâmica renal, evidenciadoras de que na hipertensão essencial a constrição é acentuada nas arteriolas eferentes o que não se dá na toxemia gravídica.

Resta por último saber a razão da crise convulsiva. Neste particular podemos dizer que há uniformidade de vistos: é o edema cerebral o responsável pelo desencadear da crise. Discute-se apenas o mecanismo da produção desse edema: para *Volhard* e *Lichtvitz* não é o edema generalizado, pois este pode estar ausente, mas sim a constrição arteriolar espástica. Baseado na verificação experimental da menor capacidade de redução de calibre dos vasos cerebrais, *Fishberg* crê que tal fato determina, quando há hipertensão, aumento da pressão craneana com posterior filtração de água e formação do edema.

CLASSIFICAÇÃO —

Para adequada orientação terapêutica da eclâmpsia e das síndromes hipertensivas que ocorrem no ciclo grávido puerperal é necessário se proceder a classificação dessas entidades clínicas. Parece-nos que a classificação proposta em 1940 (*Bell, Dieckmann, Eastmann, Herrick, Kellogg, Stander, Mussey*) e aceita pela Comissão Americana atende os requisitos necessários, e, reproduzimo-la no quadro abaixo:

Grupo "A"	Doenças não peculiares à pregnanç	1) Doença hipertensiva	$\left\{ \begin{array}{l} \text{benigna (essencial)} \\ \text{maligna} \end{array} \right\}$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{moderada} \\ \text{grave} \end{array} \right\}$		
		2) Doença renal	$\left\{ \begin{array}{l} \text{a) nefrite vascular crônica (nefroesclerose)} \\ \text{b) glomerulo nefrite} \\ \text{c) nefrose} \\ \text{d) outras formas de doença renal grave} \end{array} \right\}$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{aguda} \\ \text{crônica} \end{array} \right\}$		

<u>Grupo "B"</u>	1) Pré-eclampsia	{ moderada grave
Doenças dependentes ou peculiares à prenhez	2) Eclampsia	{ convulsiva não convulsiva (i. é: coma e morte com achados necroscópicos típicos da eclampsia).

Grupo "C" — Vômitos da prenhez

Grupo "D" — Toxemias não classificadas

O marco divisório que separa a doença hipertensiva dependente da prenhez é a época em que se manifestam os primeiros sintomas, a hipertensão, de modo especial; e tomou-se como critério a 24a. semana. Toda hipertensão em gestante, de início anterior a esse marco divisório, não deve ser considerada como tendo na prenhez sua causa etiológica. No entanto a Comissão entendeu de grupá-la sob o nome de toxemias gravídicas para ressaltar que as lesões que essas moléstias apresentam, tendem a se agravar no período da gestação. Se essa classificação merece algum reparo do ponto de vista etiológico, por agrupar na mesma chave moléstias diferentes neste aspéto, ela tem, no entanto, vantagens para fins prognósticos e terapêuticos. Não entraremos, por já serem suficientemente conhecidos, nos pormenores para a diferenciação das subdivisões do grupo «A», lembraremos apenas alguns dados para se classificarem as doenças do grupo «B», afirmando, de passagem, que a pressão sistólica de 140 e a diastólica de 90 devem ser consideradas como limite da normalidade tencional da gestante. Chamamos também atenção que as subdivisões desse grupo «B» são apenas indicativas da maior gravidade da mesma doença, e devem ser mantidas para fins estatísticos e cotejo de medidas terapêuticas.

Carateriza a pré-eclâmpsia moderada (tipo 1) a hipertonia sistólica inferior a 160 e a diastólica 100 mm., a albuminúria que deve ser inferior a 6%, e o edema que é muito discreto ou mesmo ausente. Os doentes desse grupo não apresentam sinais oculares demonstráveis pelo exame do fundo de olho. Na pré-eclâmpsia grave a pressão sistólica se eleva a níveis superiores a 160 mm., a diastólica acima de 100 mm., a albumina é superior a 6% e o edema mais ou menos acentuado, o quadro sintomático se acompanhando, ainda, de alterações dos vasos retinianos. Enquadram-se na sub-divisão 2 do grupo «B» não só os doentes que apresentam a crise convulsiva, como aqueles casos de hipertensão seguidos de óbito após estado de coma e que a necroscopia vem revelar as alterações características da eclâmpsia (eclâmpsia sem convulsões).

PROGNÓSTICO: — O prognóstico da eclâmpsia tem merecido, nestes últimos anos, a atenção cuidadosa dos pesquisadores, cujos resultados têm sido modificar o conceito que se tinha da relativa benignidade da doença, e, consequentemente, alterar a maneira de tratar, não só a eclâmpsia, como, principalmente, a síndrome hipertensiva que precede a convulsão.

Deve ser encarado o prognóstico fetal e materno. Para o lado do feto a toxemia gravídica é uma das causas mais frequentes do obituário, só superada pela sífilis.

Browne e Dodds, numa série grande de gestantes com hipertensão, associada à lesões renais anteriores à prenhez, encontraram uma mortalidade fetal e néonatal de 25%, sendo que na série de *Mussey e Hunt* foi de 50%, e na de *Chesley e Sommers* é de 33,5%, o que se deve levar em conta quando se pensa em não interromper uma prenhez na expectativa de feto vivo. *Lichowitz* encontra o índice de mortalidade fetal de 47% no rim gravídico. Na estatística de *Mussey e Hunt*, em 1941, a mortalidade fetal na pré-eclâmpsia moderada foi de 3,5% e nas formas graves 19,3%, o que confirma as estatísticas de *Pekhan*, em 1933, em que a mortalidade fetal foi de 6,9% na pré-eclâmpsia, para atingir 48% na crise convulsiva. É útil ainda tomar nota que a mortalidade fetal está na dependência da hipertensão ser manifestação da toxemia pura, ou se ela se soma à hipertensão anterior ao início da prenhez. *Dieckman e Brown* dão as seguintes cifras: na forma moderada da toxemia pura 5%; ao passo que quando a toxemia está associada à lesão vascular anterior, a mortalidade fetal é bem maior: 12% na moderada, e 69% nas formas graves.

Demonstra ainda a estatística de *Pekhan* que a mortalidade fetal é proporcional à idade da doente, à gravidez e à época do aparecimento da toxemia (2,84% na prenhez de termo, para atingir 27,27% quando anterior ao 7º mês de gestação). Para *Stander* a mortalidade fetal na crise convulsiva é de 30% e para *Holland* 40% a 50%. Esses algarismos elevados da mortalidade fetal têm na intoxicação, na anaerose intrauterina, e na prematuridade suas causas determinantes, o que nos leva de lôgo a afirmar que as indicações operatórias na toxemia gravídica visam o interesse materno e não o fetal, pois, a não ser a anaerose sobrevinda em parturiente eclâmptica, em período expulsivo, a intoxicação e a prematuridade não podem ser removidas com o ato operatório. O prognóstico remoto dos fetos nascidos no evoluir da toxemia gravídica não é por esta afetada. Desordens que a criança apresenta de futuro correm por conta do trauma do parto e da pré-maturidade, e não da toxemia gravídica. Em relação ao prognóstico materno, devemos distinguir o imediato

e o remoto. O prognóstico imediato se agrava com o aparecimento da convulsão; enquanto é de apenas de 0,4% na pré-eclâmpsia moderada, atinge 1,7% na forma grave, para alcançar 13% na eclâmpsia. Em 1/3 das formas graves o óbito se dá por edema agudo do pulmão.

E' difícil um critério seguro para a avaliação do prognóstico materno quando já se declarou a crise convulsiva; os elementos se encontram entre os sintomas e sinais apresentados pela doente, não tomados isolados mas no seu conjunto, aumentando a gravidade com a concomitância de maior número de sintomas. A estatística de *Jorge de Rezende*, em 1938, confirma essa afirmação.

Completando a classificação sintomática de *Eden*, em 1922, modificada posteriormente por *Pekhan*, esse autor patrício acrescentou a iterícia, a agitação motora e psíquica e os distúrbios visuais, os quais, com o coma e a temperatura elevada caracteriza a gravidade da toxemia.

E' a seguinte a classificação sintomática de *Eden-Pekhan-Rezende*:

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1) — Pulso > 120 |
caracteres da gravidade |
| 2) — Pressão > 200 | |
| 3) — Edema acentuado | |
| 4) — Albuminúria intensa | |
| 5) — Oliguria | |
| 6) — Agitação motora int. e excit. psíquica | |
| 7) — Temperatura > 39°,5 | |
| 8) — Iterícia | |
| 9) — Coma grave e persistente | |
| 10) — Distúrbios visuais | |
| 11) — N.º de crises superior a 20 | |

Desvio para baixo

Eden divide os casos em *benignos* e *graves*, sendo característico destes últimos: pulso superior a 120, — temperatura acima de 39°4, — pressão maior que 200 mm. — presença de albuminúria massiva e coma. *Rezende* separa os casos *benignos* (apenas um sintoma positivo), *graves* (com mais de dois sintomas) e *gravíssimos* (com mais de quatro sintomas, principalmente se concomitantes os últimos). Propôz ainda chamar «desvio para baixo» quando aparecem alguns dos quatro últimos sintomas. A intensidade do edema não indica gravidade de caso clínico; *Eden* demonstrou 16% de óbito nos casos de eclâmpsia com edema, e 29% naqueles em que a infiltração aquosa estava ausente. O melhor sinal da reação do organismo, e que indica efeito da medicação empregada é a diurese. A melhora desta é paralela à melhora do quadro clínico.

A causa-mortis na eclâmpsia se deve à insuficiência do miocárdio, edema agudo do pulmão e pneumonia, além da hemorragia cerebral e meningéia. O prognóstico remoto da eclâmpsia tem sofrido neste último decênio modificações grandes à vista de melhor observação posterior dos casos. Predominou durante algum tempo o conceito da relativa benignidade da toxemia gravídica, pois que, com a prenhez se evidenciava, desaparecia com o seu término, e, via de regra, não deixava «reliquats». Ensina-se que a eclâmpsia era moléstia que raramente recidivava. No entanto se sabe hoje que isso não é verdade, graças não só a estudos experimentais e clínicos como aos conhecimentos que se tem da fisiopatologia da hipertensão arterial. Basta relembrarmos as estatísticas de alguns pesquisadores para se vêr que, com muita frequência, a hipertensão arterial é o «reliquat» definitivo da toxemia gravídica, como demonstraram, em 1927, *Herrick, Corwin e Tillmann*.

Pekhan, em 1929, observava 22% de nefrite crônica, um ano depois de parto complicado pela eclâmpsia. *Chesley e Somers*, em 1941, na análise de 169 casos encontrou hipertensão como sequela de toxemia em 17,5% dos casos, sendo que nos que atingiram a fase convulsiva alcançava 50%. Idênticas foram as conclusões de uma série de 400 casos observados por *Browne e Dodds*, em 1941, em que a hipertensão se manifestou como lesão residual em 60,8%. Na clínica de *Williams*, 46,5% das doentes tiveram hipertensão no primeiro decênio empós a toxemia. O fator mais importante que em todas as estatísticas condicionou a hipertensão remota foi a recorrência da toxemia. É ainda interessante notar que, segundo as observações de *Tell e Reidl*, não é a intensidade da toxemia mas a sua duração que tem influência na hipertensão remota.

Desses dados se conclue que, em média, 50% das mulheres que teem eclâmpsia ficam hipertensas, parecendo que os fatores mais evidentes nessa sequela são representados pela idade e paridade da doente na ocasião da manifestação toxemica, como se depreende do estudo dos casos de *Williams*. E, não são apenas observações clínicas que documentam esse acerto, também as verificações necroscópicas e o estudo da função renal isso evidenciam. *Chesley*, recentemente, fez em alguns casos de toxemia o que chama de «dissecção química», e, utilizando propriedades particulares do diodrast e da inulina já determinadas por *Smith* e colaboradores no estudo da hemodinâmica renal, verificou o estado do glomerulo depois das toxemias e concluiu que essas doentes trazem uma lesão vascular renal responsável pela manutenção da hipertensão arterial.

Se o estudo do prognóstico da toxemia gravídica está assim assentado, graças aos resultados da melhor observação clínica e

dos progressos da semiologia, é útil que se conheçam os meios para a avaliação desses riscos, e, dessarte orientar adequadamente terapêutica. Dos melhores métodos para avaliação da intensidade da toxemia destacam-se a tomada rigorosa da pressão arterial e o exame oftalmoscópico do fundo de olho. O esfigmomanômetro e oftalmoscópio são os instrumentos que orientarão o obstétrico na toxemia gravídica. O espasmo e outras alterações das arteríolas retinianas constituem índice valioso do gráu da lesão do sistema vascular geral, graças à transparência dos tecidos que a circundam. Já há tempos *Hallum*, em exame sistemático de todas as gestantes com pressão acima de 140 e 90, e *Wagener*, observaram a seguinte sequência das alterações retinianas, indicativas da crescente gravidade: estreitamento geral ou localizado do lumen arteriolar, edema, hemorragia e exsudato. As variedades de localização e do gráu da constrição, bem como a ausência de compressão artério-venosa falam que tais alterações do fundo de olho são de natureza espástica. De acordo com os estudos de *Bartholomew*, com o exame oftalmoscópico, não só podemos saber da intensidade da toxemia como temos elementos para diferenciá-la da doença vascular, e quando praticado nos primeiros meses de prenhez podemos predizer a elevação tensional no último trimestre.

O estudo das artérias retinianas informa do seu calibre, da relação artério-venosa (A-V), do aumento do reflexo à luz, da ocorrência de compressão artério-venosa, presença de espasmo e fócos hemorrágicos. Normalmente o diâmetro das artérias retinianas é 2/3 do das veias, e artérias desse calibre, livres de esclerose, não refletem a luz e não comprimem as veias. Baseado nesse critério e tomando a pressão diastólica de 80 mm. como limite normal, *Bartholomew* estudou 286 casos e concluiu que quando no primeiro trimestre da gestação encontra-se a relação A-V normal (2:3) via de regra a pressão se mantém normal até o fim, e, se houver hipertensão será sempre toxêmica. Quando a relação é de 1:2 pôde-se predizer a hipertensão nas últimas 4 a 6 semanas da prenhez, mesmo que a pressão seja normal na ocasião do exame. Outrora, o exame oftalmológico era pedido quando a doente já apresentava sinais subjetivos, fase em que a toxemia estava em gráu adeantado e as lesões eram irreversíveis; hoje, no entanto, com exames precoces e de rotina, se evidenciam lesões nas fases iniciais da doença. *Wagener*, em 1933, estudando as arteríolas da retina na toxemia gravídica, mostrou 4 fases consecutivas: a) estreitamento espástico das arteríolas; b) constrição irregular das arterias; c) aparecimento de fócos hemorrágicos e manchas esbranquiçadas; d) retinose difusa.

Quando a pressão é superior a 140 mm. encontramos, em 72% das vezes, alterações evidentes das arteriolas retinianas, sendo que as enumeradas no item c indicam perigo de lesão permanente do sistema arteriolar e justificam a interrupção da prenhez.

Dieckmann e Brown, recentemente, dizem que os sinais retinianos tem valor indicativo da gravidade do processo vascular, mas a sua ausência não indica evolução favorável do caso clínico, sendo de mais valia as informações dos valores tensionais e a sua duração.

O test do frio de *Hines e Brown*, além de perigoso na gestante, não dá indicações prognósticas, nem informa da probabilidade da instalação da toxemia, bem como são contraditórios os resultados: bons nas mãos de *Dieckmann* e nulos na observação de *Reid e Tell*.

A tomada rigorosa da pressão arterial, duas vezes ao dia, em gestante acamada é guia seguro da eficácia terapêutica e informa posteriormente da existência de lesões definitivas do sistema vascular. As alterações do fundo de olho encontradas na toxemia gravídica tem como base a hipertensão arterial e *Fishberg* as agrupa, por isso, sob a denominação de neuro-retinopatia hipertensiva, assinalando a sua gravidade, progressão rápida e maior propensão ao descolamento da retina. A amaurose, benigna e transitória, frequente após as crises convulsivas não depende de lesão periférica do nervo óptico, mas tem origem central.

TRATAMENTO: — Apesar de termos subordinado a eclâmpsia à síndrome hipertensiva da toxemia gravídica, no referente ao tratamento, convém considerar, separadamente, a terapêutica da hipertensão e a da convulsão; e o que, a seguir, vai ser dito representa a orientação seguida pela escola de *Raul Briquet*.

No tratamento da hipertensão durante a prenhez, principalmente do ponto de vista obstétrico, é fundamental o diagnóstico preciso entre a hipertensão dependente da toxemia e a decorrente de doença concomitante ou de início anterior à gestação. Para esse fim é útil ter-se em mente o quadro abaixo, adaptação da classificação de *Kellog* das toxemias da prenhez, onde se veem sublinhadas as doenças que se acompanham de hipertensão:

Grupo "A"	1) Doença cardio-vascular hipertensiva.	Hipertensão arterial	benigna
			maligna
	2) Nefropatias inflamatórias. Nefrite	Glomerulo nefrite	local
			difusa
		Pielonefrite	aguda
	3) Nefropatias degenerativas. Nefrose		crônica
		intoxicacão química bacteriana tipos especiais	aguda
Grupo "B"	1) Pré-eclampsia moderada (grau 1)		amiloide
	2) Pré-eclampsia grave (grau 2)		lipoide
	3) Eclampsia	convulsiva	
		não convulsiva	

Em páginas anteriores já demos os elementos necessários para a distinção das subdivisões do grupo B. Notamos, mais uma vez, que essa subdivisão é só para orientação clínica prognóstica, porquanto a doença é a mesma, apenas em grau mais acentuado de gravidade. Em palestra proferida perante a Sociedade de Medicina de Rio Preto, falámos da orientação terapêutica em toda a síndrome hipertensiva na gestação. Para não fugirmos ao enunciado do tema, consideraremos, neste passo, apenas a terapêutica da hipertensão como manifestação da toxemia gravídica pura, i. e., as que se enquadram no grupo B.

O tratamento da síndrome hipertensiva divide-se em tratamento médico, cirúrgico ou obstétrico. O tratamento médico poderá ser de ambulatório ou hospitalar condicionado à gravidez e natureza da hipertensão. Pode-se permitir o tratamento ambulatório nas hipertensas que o eram antes do início da prenhez, pois em tais casos, mesmo com a hospitalização não se consegue queda acentuada dos valores da tensão; subordinando-se no entanto a exames médicos bihebdomadários. A hipertensão dependente de toxemia gravídica pura, beneficia-se, de muito, com o internamento, que é imperativo nos casos graves, para repouso absoluto no leito, além de repouso psíquico e sensorial, pois toda excitação do sensorio pode determinar o desencadeamento da crise convulsiva. Vignes procurou verificar as modificações da pressão arterial sob influência da excitação luminescente da retina e verificou que se no homem e na mulher não grávida essa excitação sensorial não modificava o valor numérico da tensão, a elevação era, no entanto, constante na prenhez e mais acentuada na pré-eclâmpsia.

No tratamento médico da síndrome hipertensiva, dois sintomas devem, preferencialmente, ser visados: o edema e a oliguria. Para evitar a retenção de água nos tecidos indica-se o

regimen acloretado até que se alcance a eliminação urinária de cloreto de menos de 3 grs. por dia, e a restrição dos líquidos ao mínimo necessário para satisfazer as necessidades da sede. Atingindo esse desideratum, a restrição deve ser continuada por mais uma semana, quando, sob controle esfigmográfico, se pesquiza a reação orgânica pela administração progressiva do sal e ingestão de líquidos. Ainda em relação à dietética deve ser lembrado que duas escolas antagônicas se manifestam relativamente à questão das albuminas: uma indicando sua administração, pois que a ausência dela favorece a retenção de agua e a anoxemia renal, e outra favorável à supressão dos albuminóides da alimentação. Como já vimos que a função renal é normal na toxemia, não parece justificada a abolição das proteinas, à vista das necessidades metabólicas do feto. Esta discordância é ainda um «reliquat» do antigo conceito de eclâmpsia, manifestação de insuficiência renal. *Adair* aconselha regimen dietético em que, para o total de 2.000 calorias entre, pelo menos, 60,0 grs. de proteinas, 30,0 grs. de gordura e 400,0 grs. de hidratos de carbono. A administração de purgativos, a antiga sangria branca, pôde ser útil na desidratação tissular, desde que não empreguemos o ion *Na*; indica-se o leite de magnésia. A sangria é outro meio terapêutico da síndrome hipertensiva. Deve ser feita com a retirada de 100 a 200 cc de sangue, quantidade e intervalo que se regulará pela curva esfigmográfica.

A punção lombar tem indicação quando a pressão arterial, muito elevada, se acompanha de sintomas cerebrais acentuados, como a cefaléia, obnubilação, diplopia, etc.. Raramente, no entanto, nos socorremos da punção lombar para tratamento da síndrome hipertensiva, e quando isso fôr necessário a extração do liquor deve ser feita lentamente,gota a gota, na quantidade de 5 a 10 cc, para impedir a protusão do cérebro através o foramen magno. Parece-nos desnecessário o emprego de substâncias hipotensoras, como acetilcolina, veratrum viride, trinitrina, nitrito de amilo, etc. Em recente trabalho, *Goldblat* demonstrou, na hipertensão experimental, a ineficácia dessa medicação, inclusive a organo-terápica.

Para combater a insônia e a agitação, decorrentes da hipertensão, indica-se o luminal e o gardenal na dose de 0,30 a 0,60 centgrs. ao dia.

Finalmente, o que importa saber, é a oportunidade do tratamento obstétrico, sendo este um dos problemas mais complexos para o parteiro e que depende da justeza do conceito que ele tem sobre a gravidade da hipertensão duradoura. Vimos, linhas atraç, a ação maléfica sobre o organismo fetal com a persistência da hipertensão, e o futuro sombrio para o organismo materno. Nestas condições, a tendência atual é intervencionista na hiper-

tensão e abstencionista na crise convulsiva. O difícil é se estabelecer a oportunidade da terapêutica interruptora da prenhez. Indica-se a intervenção evacuadora do útero quando sobrevem piora ou não se observa melhoria da tensão arterial após tratamento médico adequado, com a doente hospitalizada. Três são as bases fundamentais da indicação cirúrgica: 1) observação mínima de três semanas; 2) tomada adequada da pressão arterial; 3) exame do fundo de olho. Pressão arterial que não desce suficientemente dentro daquele período, ou o aparecimento de hemorragias e exsudatos na retina, impõe a interrupção da prenhez, para salvaguardar o futuro materno, não prevalecendo aqui as condições do feto. A escolha da intervenção se subordina às condições obstétricas do caso clínico, preferencialmente por via vaginal, ou em casos especiais, a operação cesária, sob anestesia local, peri-dural ou raquídea. O acerto da prática da intervenção antes de se declarar a crise convulsiva é evidente pelo exame do diagrama do estado eclâmptico, de Kellogg, que se vê no quadro. Baseado em 400 casos observou esse autor a decuplicação da mortalidade materna toda vez que a intervenção foi praticada depois de instalada a convulsão: se no período pré-convulsivo a mortalidade foi de 2,5% passou para 25% depois de cruzada a linha das convulsões.

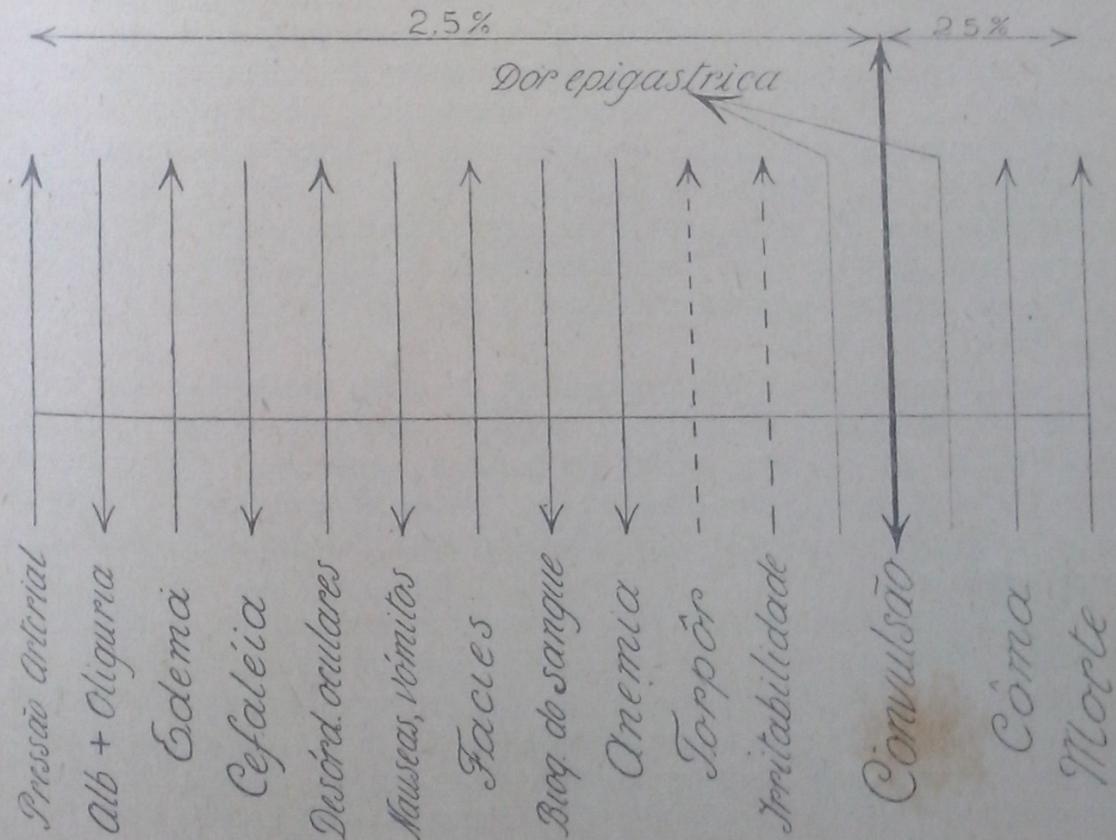


Diagrama do estado eclâmptico (Kellogg).

Desencadeada a síndrome convulsiva, o tratamento passa a ser apenas médico, só se justificando apressamento do parto na crise convulsiva declarada em parturiente em período expulsivo e cabeça profundamente insinuada, sob anestesia local do périneo.

No histórico do tratamento da eclâmpsia observa-se que ele tem variado de acordo com a concepção patogênica da doença. Inicialmente o médico subordinava-se apenas ao combate ao edema pela medicação purgativa e diaforética, para depois se utilizar das inhalações com clorofórmio, quando *Simpson*, em 1847, inicia esse método anestésico na cirúrgia.

A tendência cirúrgica no tratamento da eclâmpsia vai crescendo de maneira notável, utilizando-se as intervenções obstétricas com a finalidade de apressar o parto. A dilatação manual ou instrumental do cóilo, a cesárea vaginal, iniciada por *Dührssen*, e a abdominal passam a ocupar medida terapêutica indispensável no combate à crise convulsiva. A reação contra a orientação cirúrgica inicia-se então, e *Stroganoff*, em 1900, preconiza um método, até há pouco clássico, de tratamento conservador, baseado nos sedativos e utilizando a morfina e o cloral. O método inicial de *Stroganoff* tem sido modificado quanto ao intervalo das doses e natureza do sedativo, mas o fundamento ainda é o mesmo. As vantagens do tratamento conservador sobre o intervencionista é hoje ponto pacífico entre os obstetras e demonstrado por numerosas estatísticas de especialistas de todas as partes do mundo. O esquema do estado eclâmptico, de *Kellog*, é suficientemente demonstrativo do acerto dessa orientação terapêutica, e a análise por *Beruti*, de Buenos Aires, de mais de 300 casos, ocorridos em 27 anos, confirma essa asserção. No Rio de Janeiro a estatística de *Ivan Figueiredo* (1937) também conclui: 7,1% de mortalidade materna com o método conservador e 22,2% no parto operatório.

Em resumo, o tratamento atual da crise convulsiva tem como base e finalidade combater o edema cerebral, desintoxicar, se possível, o organismo, e dar repouso ao sensorio. Para atingir essa tríplice finalidade usam-se os sôros hipertônicos, a sangria e o sedativo. Vejamos, de maneira sucinta, essa terapêutica e seu valor.

Sôros hipertônicos: — É comumente empregado o sôro glicosado a 20 ou 30% cujo uso foi preconizado por *Titus*. A glicose hipertônica melhora a circulação cerebral drenando água dos tecidos, mas tem o inconveniente de trazer uma queda tensional apenas transitória e seguida de elevação, depois de 1 hora da administração. Na Clínica Obstétrica, foi observado esse fato, sendo que, em mais de uma doente, sobreveio a crise convulsiva 2 horas após a administração, em consequência da hipertensão

secundária. Modernamente, para obviar esse inconveniente usa-se a solução de sacarose a 30%, isenta daquele perigo.

Sangria: — É' medicação clássica no tratamento da crise convulsiva, já preconizada por *Mauriceau* em 1670; outrora em quantidade variável de 1000 a 2000 cc., e hoje, limitada a 300 a 400 cc. repetidas cada 3 ou 4 horas, se necessário. Considerava-se a sangria como tendo uma tríplice função: hipotensora, depuradora, e ocitocica; no entanto, sabemos hoje que para obter esta última é necessário a retirada de, pelo menos, 800 cc. e quanto às outras duas, é muito pequena ou mesmo nula. Continuamos, no entanto, a usá-la e atribue-se sua ação benéfica à subtração de líquido que se processa nos órgãos, o que acarreta diminuição do volume cerebral e queda de pressão intra-craniana. É no entanto de indicação absoluta nos casos de edema pulmonar complicando a toxemia.

Sedativo: — A morfina e o cloral constituem a medicação básica do tratamento conservador de *Stroganoff* de acordo com o seu esquema, universalmente conhecido, e modificado, em 1938, pela substituição do cloral pelo sulfato de magnésio, assim dividido:

Início do tratamento:	0,015 mg. morfina
meia hora depois	40 cc. de sulfato de Mg.
duas horas depois	0,015 mg. morfina
na 5. ^a , 11. ^a e 19. ^a horas	20 cc. de sulfato de Mg.

Pensamos não haver vantagem nessa cronologia rigorosa das horas; o que interessa é determinar a quietude pela administração de sedativos. O cloridrato de morfina na dose de 0,010 a 0,020 mg. será repetido, até 3 vezes, cada duas horas, intercalado e continuado, ao depois, pela administração do sulfato de magnésio.

Se quizermos evitar ação prejudicial da morfina, dê-se preferência aos barbitúricos usando o amital sódico na dose de 0,4 a 0,8 cg., ou outros sedativos, tendo sempre em mente usar a dose mínima necessária. No caso dos barbitúricos lembrar que eles reduzem a taxa de protrombina no sangue materno e fetal, devendo ser administrados com vitamina K para suprir esse efeito deletério.

O sulfato de magnésio teve seu emprego iniciado por *Ramond*, em 1908, para combater as crises tetânicas e na eclampsia por *Lazard*, em 1925, e representa, hoje, valioso auxílio no tratamento da eclâmpsia, substitutivo do cloral, por ter ação diurética, antiespasmódica, eupnéica, e talvez hipontesiva. Emprega-se o sulfato de magnésio em injeções intramusculares, como é regra no serviço que frequentamos, (20 cc. de uma solução a 25% repetida cada 2 horas) ou mesmo por via endovenosa, len-

tamente. Acidentes que ocorram, evidenciados pela diminuição acentuada dos movimentos respiratórios se combatem pela administração endovenosa de gluconato de calcio a 5%. O desaparecimento do reflexo patelar precede a depressão do centro respiratório e é bom guia para prevení-la. O luminal e o gardenal poderão ser usados até a dose de 0,80 cgs. nas 21 horas. Ultimamente tem sido usado o paraaldeido, por via retal. Deve-se notar que, quanto os A.A. que o tem empregado afirmem sua inocuidade, tanto para o lado materno como fetal, *De Lee*, em 1941, tornou público um óbito materno e fetal por intoxicação medicamentosa.

Enfim, todos os substitutos da morfina podem ser empregados, e si queremos um repouso adequado, usamos um sedativo de ação suficiente e duradoura, que se conheça de maneira adequada, e evitem-se manipulações contínuas com a doente, não a importunando com a tomada constante da pressão arterial e outros exames, a miude repetidos, pois o repouso da doente, em quarto escurecido, valem mais que as informações obtidas... A punção lombar tem indicações restritas, já anteriormente consignadas. A asma cardíaca e o edema agudo do pulmão, complicações frequentes na evolução das formas graves da toxemia gravídica, como, desde 1939, *Reidl e Teel* veem chamando a atenção, são tratados pela sangria, administração de doses elevadas de morfina e digitalização do miocárdio. Passada a fase aguda destas complicações cardio pulmonares, a prenhez deve ser interrompida, pois, como fazem notar aqueles autores, frequentemente recidiva dentro de pouco tempo.

E, para finalizar, seja-nos permitido, mais uma vez, ressaltar o já sediço conceito: é na adequada assistência pré-natal que está a chave da profilaxia, não só das toxemias gravídicas como da maior parte das complicações que surgem na fase sublime da vida feminina: a da maternidade.

REFERÊNCIAS

- São numerosíssimos os trabalhos sobre o assunto tratado. Citam-se, a seguir, apenas as referências feitas no texto.
- Araújo, J. O.* — Hipertensão em Clínica Obstétrica. *Bol. Soc. Med. Rio Preto* 17: 5, 1943.
- Bartholomew, R. A. e Colvin, E. D.* — Diagnosis of the occurrence of toxemia of pregnancy by examination of the unknown placenta. *Am. J. Obst. Gyn.* 36: 909, 1938.
- Bartholomew, R. A.* — Behavior of basal metabolism in the course of developing toxemia of pregnancy: correlation with cholesterol placental infarcts and retinal examination. *Am. J. Obst. Gyn.* 37: 584, 1939.

- Bartholomew, R. A. e Colvin, E. D.* — Interpretation of blood pressure during pregnancy and the puerperium. Am. J. Obst. Gyn. 42: 646, 1941.
- Bastos, C. O.* — Pressão arterial média. Tese Fac. Med. São Paulo, 1932.
- Beruti, J. A. Diradourian, J. e Ahumada, J. L.* — Resultados del tratamiento de la eclampsia. La Semana Medica, 48: 117, 1941.
- Browne, F. J. e Dodds, G. H.* — Prognosis for the fetus in toxemia of late pregnancy. J. Obst. and Gyn. Brit. Empire. 47: 549, 1940.
- Chesley, L. G.* — The question of glomerular damage following toxemia of pregnancy. Am. J. Obst. Gyn. 42: 229, 1941.
- Chesley, L. C. e Somers, W. H.* — Eclampsia and posteclampsia hypertension: Factors affecting remote prognosis. Surg. Gyn. Obst. 72: 872, 1941.
- Douglas, L. e Linn, R.* — Paraldehyde in obstetrics with particular reference to its use in eclampsia. Am. J. Obst. Gyn. 43: 844, 1942.
- Corwin, S. e Herrick, W. W.* — The toxemia of pregnancy in relation to chronic cardiovascular and renal disease. Am. J. Obst. Gyn. 14: 783, 1927.
- Dexter, L. e Weiss, S.* — Preeclamptic and eclamptic toxemia of pregnancy. Little, Brown & Cia. 1941.
- Dill, L. V. e Ericson, C. C.* — Eclampsia-like syndrome occurring in pregnant dogs and rabbits following renal artery constriction, Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 39: 362, 1938.
- Dieckmann, W. S. e Brown, L.* — Hypertension and pregnancy. Am. J. Obst. Gyn. 36: 798, 1938.
- Eastman, W. J.* — The vascular factors in the toxemia of late pregnancy. Am. J. Obst. Gyn. 34: 548, 1937.
- Figueiredo, I. O.* — Tratamento de 62 casos de eclâmpsia e 43 de outras gestoses na Maternidade de Cascadura. Rev. Obst. Gyn. 31. (2º): 89, 1937.
- Fischberg, A. M.* — Hypertension and nephritis, Lea Febigen, 4a. ed. 1939.
- Goldblatt, H.* — Studies on experimental hypertension. J. A. M. A. 119: 1192, 1942.
- Irwing, F. G.* — Vascular aspect of eclampsia. Am. J. Obst. Gyn. 31: 466, 1936.
- Johnson, H. W.* — Toxemia of pregnancy. Surg. Gyn. Obst. 70: 513, 1940.
- Kellogg, F.* — Toxemias of pregnancy. Am. J. Surg. 35-300, 1937.
- Kellogg, F.* — A New Classification of the Toxemias of Pregnancy Am. J. Surg. 48: 112, 1940.
- Kellogg, F. S. et al* — Recent advances with a new classification of pregnancy complicated by hypertension and albuminuria, Am. J. Obst. Gyn. 33: 300, 1941.
- Mussey, R. e Hunt, A.* — A Toxemias of pregnancy and management of parturition. J. A. M. A. 117: 1309, 1941.
- Mussey, R. D.* — Relation of the retinal changes to the severity of the acute toxic hypertension syndrome of pregnancy. Am. J. Obst. Gyn. 31: 938, 1936.
- Mussey, R.* — The relation of retinal changes to the severity of the acute toxic hypertensive syndrome of pregnancy. Am. J. Obst. Gyn. 31: 938, 1936.
- Page, F. W. et al* — The effect of pregnancy on experimental hypertension. Am. J. Obst. Gyn. 41: 53, 1941.
- Peckham, C. H.* — Fetal mortality in the toxemias of pregnancy. J. A. M. A. 101: 1608, 1933.

- Peters, J. P.* — The nature of the toxemias of pregnancy. *J. A. M. A.* 110: 329, 1938.
- Reid, D. E. e Teel, H. M.* — Non convulsive pregnancy toxemias. Their relationship to chronic vascular and renal disease. *Am. J. Obst. Gyn.* 37: 888, 1939.
- Reid, D. E. e Teel, H. M.* — Cardiac asthma and acute pulmonary edema complicating toxemias of pregnancy. *J. A. M. A.* 113: 162, 1939.
- Reid, D. E., Teel, H. M. e Hertig, A. T.* — Cardiac asthma and acute pulmonary edema, complication of non-convulsive toxemia of pregnancy. *Surg. Gyn. Obst.* 64: 39, 1937.
- Rezende, J. e Figueiredo, I. O.* — Proposta de classificação sintomática para estudo analítico dos casos de eclampsia. *Rev. Obst. Gyn.* 34:(2º): 3, 1940.
- Standier, H. J. e Kuder, M. D.* — Low reserve kidney. *Am. J. Obst. Gyn.* 35: 1, 1938.
- Vignes, H.* — Influence de la lumière sur la tension arterielle, en particulier chez les femmes enceintes. *Compt. Rend. Soc. Biol.* 127: 768, 1938.
- Vignes, H.* — Effects provateurs de l'illumination sur les crises éclamptiques. *Rev. Franc. Gyn. Obst.* 33: 588, 1938.
- Wagener, H. P.* — Arterioles of the retina in toxemia of pregnancy. *J. A. M. A.* 101: 1380, 1933.
- Vorzimer, J. J., Fischberg, A. M., Langroch, E. G. e Raffaport, E. M.* — Endocrine Basis of toxemia of pregnancy. *Am. J. O. Gyn.* 33: 801, 1937.
- Williams, T. J. et al* — The incidence of hypertension after the toxemias of pregnancy. *Am. J. O. Gyn.* 42: 98, 1941.

II

FETO ACONDROPLÁSICO

PELO

DR. CID FERREIRA JORGE

Da Sociedade Brasileira de Ginecologia.
Chefe da Clínica Obstétrica da Maternidade
de Cascadura e do S. A. O. D. do Dep. de
Puericultura.

OBSERVAÇÃO: —

«S.C.G. — Brasileira, preta, 26 anos, casada, doméstica, residente no Meier, matriculada no ambulatório pré-natal do Hospital de Cascadura, papeleta n.º 1010, 1942.

Internada às 20,15 hs. de 14 de julho de 1942, trazida pela ambulância do Posto do Meier, sendo recebida pela plantonista Dr. F. Beltrão Junior

A.H. — Pai falecido de causa ignorada — Mãe viva.

A.P. — Sarampo, coqueluche, menarca aos 13 anos, com os caracteres normais (28/28 dias). Regras posteriores sem alteração.

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redação: 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

Estado de Minas Gerais:

LUIZ M. RODRIGUES

Av. Brasil, 521

BELO HORIZONTE

Estado do Rio Grande do Norte:

LIVRARIA INTERNACIONAL

Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e
Paraíba do Norte:

I. BAPTISTA DE OLIVEIRA

Rua da Imperatriz, 58 — 1.º

RECIFE — PERNAMBUCO

S. Paulo:

ADRIANO DE BARROS

Rua Alabastro, 265

Telefone. 7-2186

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 40,00

Registrado > 50,00

Para estudantes > 30,00

EXTERIOR - Porte simples Cr\$ 50,00

Registrado .. > 60,00

Numero avulso: Cr\$ 5,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

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

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

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

S U M Á R I O

	Pág.
NECROLOGIO	211
Prof. Dr. Augusto de Souza Brandão.	
I — Assistencia maternal (aspetos do problema em São Paulo pelo Dr. Sylvio Oliveira de Barros	213
II — Analgesia caudal contínua de Hingson e Edwards (comen- tário em torno das primeiras observações), pelo Dr. Darcy Magalhães	221
III — Inversão uterina aguda com prolapso total, pelo Dr. Ugo Motta	251
IV — Santa Casa de Misericordia do Rio de Janeiro. Relatório dos serviços prestados no Ambulatório de Ginecologia (Ambulatório n. 20). Ano compromissal de 2 de Julho de 1942 a 2 de Julho de 1943	254
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
V — Cervicite sub-aguda por linfogranuloma venereo, pelos Drs. João E. Amaral e Moacyr A. Junqueira	258
VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	264
VII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	267
VIII — ANALISES	272
IX — PETITE REVUE — A. R. O. M.	273

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: 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

Estado de Minas Gerais:
LUIZ M. RODRIGUES
Av. Brasil, 521
BELO HORIZONTE

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e
Paraíba do Norte:
I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

S. Paulo:
ADRIANO DE BARROS
Rua Alabastro, 265
Telefone. 7-2186

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 40,00		EXTERIOR- Porte simples Cr\$ 50,00
Registrado > 50,00		Registrado .. > 60,00
Para estudantes > 30,00		

Numero avulso: Cr \$ 5,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

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

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

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

S U M Á R I O

	Pág.
I — Sulfamidoterpapia em Ginecologia e Obstetricia, pelo Dr. Licínio H. Dutra	277
II — Levantar precoce em Obstetricia e o serviço de Assistência Obstétrica a Domicílio, pelo Dr. Cid Ferreira Jorge	288
III — Versão espontanea — Versão por lavagem intestinal — Versão por purgativo; pelo Dr. Henrique Duék	292
IV — Revisão da cavidade uterina como profilaxia da infecção puerperal, pelo Dr. Luiz Alfredo Corrêa da Costa	295
 SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
V — Sobre 4 novos casos de carcinoma do colo em utero gravido, por Lucas M. Machado	301
VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	302
VII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	308
VIII — BIBLIOGRAFIA	311
Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Maio de 1942, Junho de 1942, Julho de 1942, Dezembro de 1942 e Janeiro de 1943; Boletin de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Agosto de 1942 e Maio de 1943; Archivos Uruguayos de Medicina, Cirurgia y Especialidades, Julho de 1942; Archivos de la Clínica Obstétrica y Ginecología «Eliseo Cantón», Janeiro de 1943.	
IX — ANALISES	213
Francisco Bergamin: «Hormonio do Corpo Amarelo»; J. Adeodato Filho: «Da Orientação Conservadora no Tratamento das Anexites».	
X — NOTICIAS	325
Vº Congresso Argentino de Obstetricia e Ginecología; Concurso de teses sobre o tema: «O uso terapéutico do princípio antitoxico do figado, isolado por Forbes».	
XI — NOTAS TERAPEUTICAS	327
Disturbios utero-ovarianos.	
XII — PETITE REVUE — A. R. O. M.	332
 333	

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redação: 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

SAO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:

LUIZ M. RODRIGUES

Av. Brasil, 521

BELO HORIZONTE

Estado do Rio Grande do Norte:

LIVRARIA INTERNACIONAL

Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e
Paraíba do Norte:

I. BAPTISTA DE OLIVEIRA

Rua da Imperatriz, 58 — 1.^o

RECIFE — PERNAMBUCO

S. Paulo:

ADRIANO DE BARROS

Rua Alabastro, 265

• Telefone. 7-2186

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 40,00

Registrado > 50,00

Para estudantes > 30,00

EXTERIOR - Porte simples Cr\$ 50,00

Registrado .. > 60,00

Número avulso: Cr\$ 5,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

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

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

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

Pág.

I — Em torno de um caso de incontinência urinária na mulher, operado pela técnica de Goebbels-Stoeckel-Frankenheim; por Waldemar Paixão.	337
II — Sobre um caso de mioma e gravidês (cesariana e histerectomia sob anestesia local), pelo Dr. João Mario da S. Pereira	349
III — Considerações sobre a gravidês ectopica, por J. Neval Moll	354
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	373
IV — Hematocolpos, pelo Dr. Alberto Henrique Rocha	374
V — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	378
VI — BIBLIOGRAFIA	381
Obstetricia e Ginecologia Latino-Americanas, Junho 1943; Archivos de la Clínica Obstetrica y Ginecologica "Eliseo Canton", Janeiro de 1943.	
VII — SOCIEDADES MÉDICAS	384
Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil.	
VIII — NOTICIAS	389
Curso de aperfeiçoamento de Clínica Ginecologica; — Conferencia do Dr. Horta Barbosa, em São Paulo.	
XI — PETITE REVUE — A. R. O. M.	391

R
REVISTA
DE
GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: 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

Estado de Minas Gerais:
LUIZ M. RODRIGUES
Av. Bernardo Monteiro, 476
BELO HORIZONTE

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e
Paraíba do Norte:
I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

Para assinaturas em todo o território
da República Argentina, dirigir-se a
nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CÓRDOBA

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL: Porte simples.. Cr \$ 40,00
Registrado... > 50,00
Para estudantes > 30,00

EXTERIOR: Porte simples Cr \$ 50,00
Registrado.. > 60,00

Numero avulso: Cr \$ 5,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

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

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

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão
atendidos desde que os interessados paguem as despesas
de tradução e datilografia.

S U M Á R I O

	Pág.
I — ANO 37º	3
II — Ligamentopexia sub-peritoneal de Simpson, pelo Dr. A. R. de Oliveira Motta	4
III — Identificação dactiloscópica do recém-nascido, pelo Dr. Luiz Aguirre Horta-Barbosa	14
IV — Notas sobre a inversão uterina, pelo Dr. Jorge de Rezende	20
V — Alongamento do colo associado a prolapsus genital incom- pleto e parto prematuro, pelo Dr. Ismar Pinto Nogueira	40
 SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	47
VI — O aborto terapeutico na hiperemesis gravidarum, pelo Dr. Daniel Ribeiro	48
 SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS)	51
VII — NECROLOGIO	52
Prof. Aristides Maltez, pelo Dr. J. Adeodato Filho.	
VIII — Orientação conservadora no tratamento do aborto, por J. Adeodato Filho	53
IX — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	61
X — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	66
XI — BIBLIOGRAFIA	74
Revista Paulista de Medicina, n. 4, 1942; Arq. Rio-Gran- denses de Medicina, n. 1, 1942; Archivos de la Clinica Obst. e Ginecologica «Eliseo Canton», n. 2, Maio de 1942.	
XII — NOTICIAS	77
XIII — PETITE REVUE — A.R.O.M.	78

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietário e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretário de Redação: 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
SAO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:
LUIZ M. RODRIGUES

Av. Bernardo Monteiro, 479
BELO HORIZONTE

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e
Paraíba do Norte:

I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.^o
RECIFE — PERNAMBUCO

Para assinaturas em todo o território
da República Argentina, dirigir-se a
nossa representante exclusivo

AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples... Cr\$ 40,00
Registrado > 50,00
Para estudantes > 30,00

EXTERIOR - Porte simples Cr\$ 50,00
Registrado... > 60,00

Numero avulso: Cr \$ 5,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

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

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

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão
atendidos desde que os interessados paguem as despesas
de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

	Pág.
I — Acerca do cefalematoma, por Carlos Werneck	83
II — Processo prático para avaliar as dimensões transversas da bacia e a proporção feto-pélvica, pelo Dr. Luiz Aguirre Horta-Barbosa	88
III — A propósito da estatística anual do serviço de "Clínica Obstétrica e Higiene Pré-Natal" da A. M. C. E. M., por Jorge de Rezende	94
IV — Leiomiosarcoma do útero e Histerectomia de urgência, por Arandy Miranda	101
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	113
V — Estatística do Serviço de Ginecologia da Santa Casa de Belo Horizonte, referente ao ano de 1942. Chefe do serviço: Dr. Lucas Monteiro Machado	114
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS)	119
VI — Sociedade de Ginecologia da Bahia (atas das sessões de 12 de Março, 19 de Abril e 3 e 17 de Maio de 1942)	120
VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	126
VIII — Revista de Revistas em Língua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	129
IX — BIBLIOGRAFIA Revista Med. da Bahia, Maio de 1942; Boletin de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, 12 de Agosto e 16 de Julho de 1942; Archivos Uruguayos de Medicina, Cirurgia e Especialidades, Maio de 1942.	138
X — ANALISES	142
XI — SOCIEDADES MÉDICAS	146
XII — PETITE REVUE — A.R.O.M.	147

NOTA IMPORTANTE

Em vista do excessivo encarecimento do material tipográfico e da mão de obra, somos forçados a avisar aos nossos distintos colaboradores, que as ilustrações em cores serão, d'ora avante, pagos pelos autores.

A Administração.

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redação: 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

Estado de Minas Gerais:

LUIZ M. RODRIGUES

Av. Bernardo Monteiro, 479
BELO HORIZONTE

Estado do Rio Grande do Norte:

LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e
Paraíba do Norte:

I. BAPTISTA DE OLIVEIRA

Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

Para assinaturas em todo o território
da República Argentina, dirigir-se a
nossa representante exclusivo

AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 40,00
Registrado > 50,00
Para estudantes > 30,00

EXTERIOR - Porte simples Cr\$ 50,00
Registrado .. > 60,00

Numero avulso: Cr\$ 5,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

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

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

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão
atendidos desde que os interessados paguem as despesas
de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

Pág.

I —	Gravidez e pôlipos, por Carlos Werneck	151
II —	Anus anômalo vestibular observado durante a gestação, parto e puerpério e curado cirurgicamente, pelo Dr. Luiz Aguirre Horta-Barbosa	152
III —	Estenose cicatricial, pelos Drs. Jorge de Rezende e Isaac José Amar	163
 SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS		 171
IV —	Carcinoma da mama consequente a hiperplasia epitelial descamativa cistifora, pelo Dr. Henrique Machado Horta	172
 SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS)		 187
V —	Sociedade de Ginecologia da Bahia	188
VI —	Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	195
VII —	Revista de Revistas em Língua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	198
VIII —	BIBLIOGRAFIA	208
	Arch. de la Clinica Obstetrica y Gynecologica "Eliseo Canton", Maio de 1942, Buenos Aires; Annales Instituti Obstetrici et Ginecologici Universitatis (Helsinki-Helsingfors), tom. XI, 1935.	
IX —	ANALISES	211
X —	PETITE REVUE — A.R.O.M.	215

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redação: 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

Estado de Minas Gerais:

LUIZ M. RODRIGUES

Av. Bernardo Monteiro, 479

BELO HORIZONTE

Estado do Rio Grande do Norte:

LIVRARIA INTERNACIONAL

Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e
Paraíba do Norte:

I. BAPTISTA DE OLIVEIRA

Rua da Imperatriz, 58 — 1.º

RECIFE — PERNAMBUCO

S. Paulo:

ADRIANO DE BARROS

Rua Alabastro, 265

Telefone. 7-2186

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 40,00

Registrado > 50,00

Para estudantes > 30,00

EXTERIOR - Porte simples Cr\$ 50,00

Registrado .. > 60,00

Numero avulso: Cr\$ 5,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

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

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

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

	Pág.
I — Compressão subcostal, sinal valioso de apresentação pélvica, pelo Dr. Luiz Aguirre Horta-Barbosa	219
II — Reflexões sobre um caso de acrania e anencefalia, pelo Dr. Jorge de Rezende	224
III — Diagnóstico precoce da gravidez pelo teste "Soskin-Wachtel e Hechter", pelos Drs. Benedito Mendonça Mendes e Carlos Tortelli Costa	232
IV — A associação de prolapsos genital e procidencia retal (Nota de técnica operatoria), pelo Dr. Paschoal L. Froldi	241
 SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	251
V — Disgerminoma do ovario, em menina de oito anos, com torsão aguda do pedicolo e aplasia do utero, pelos Drs. José Octaviano Neves, Henrique Machado Horta e Moa- cir A. Junqueira	252
VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	263
VII — BIBLIOGRAFIA	266
Boletin de la Sociedad de Obstetricia y Ginecologia de Buenos Aires, Julho de 1942; Annales Instituti Obstetrici et Gynecologici Universitatis (Helsinki-Helsingfors), 1935.	
VIII — SOCIEDADES MÉDICAS	272
Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil; Asso- ciação Piauiense de Medicina; Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba; Associação Paulista de Medicina; Sociedade Academica de Medicina e Cirurgia, Rio.	
IX — PETITE REVUE — A.R.O.M.	281