

ANNAES BRASILEIROS
DE
Gynecologia

PUBLICAÇÃO MENSAL

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal	Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Manoel Borges Valladão	Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Aloysio Moraes Rego	Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Alkindar Soares	Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Mario Victor de Assis Pacheco	

ASSIGNATURA — Brasil, anno, 30\$000 — Extranjeiro, anno, 50\$000
Numero avulso, 3\$000

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

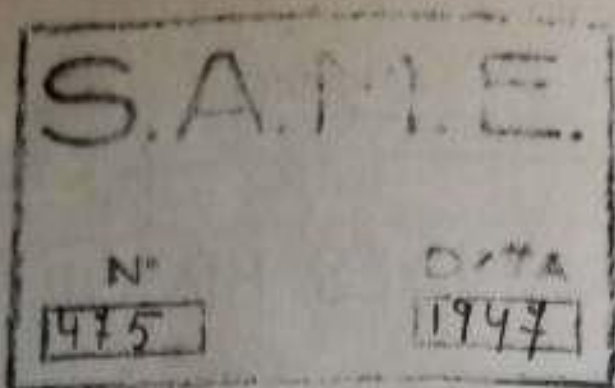
Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

A correspondencia sobre publicação scientifica deve ser dirigida ao Secretario.

Os assumptos commerciaes ou de publicidade serão tratados com o Gerente.

Redacção e Administração:

Rua Rodrigo Silva, 14 - 5.º andar - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL



Devogon

Para o tratamento dos fluxos vaginais de qualquer natureza, inclusive os frequentes e persistentes corrimentos produzidos pelos tricomonas. Permite um tratamento bio-etiológico pelo favorável reforçamento da fauna microbiana natural.

Embalagem original:
vidro de 30 comprimidos de 1 gr.



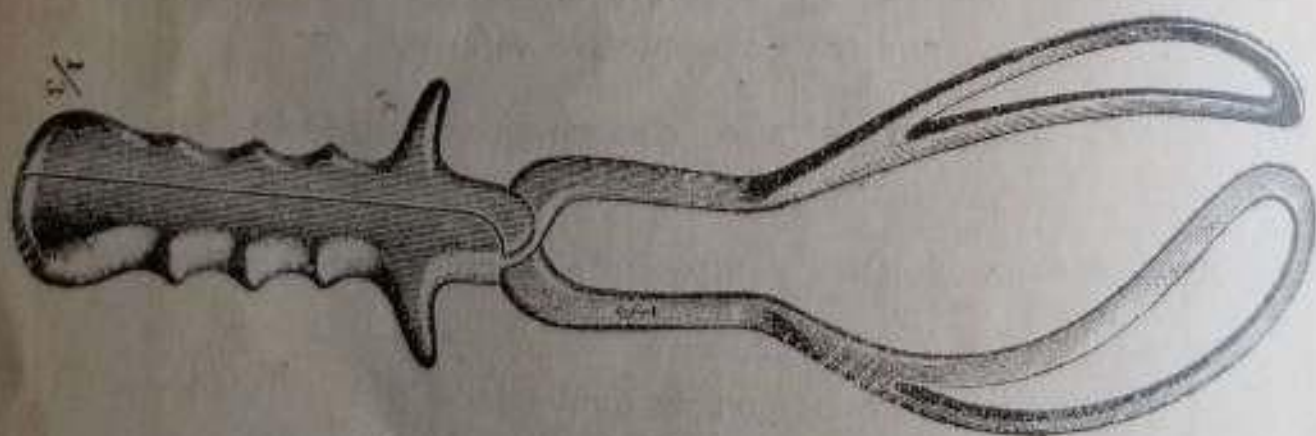
A Química "Bayer"

CASA LISTER LTDA.

SUCCESSORES DE J. ZUERCHER & CIA.

RIO DE JANEIRO — Rua São José, 87 — Telef.: 22-0771

END. TEL.: "CIRURGIA"



PERITOS em: Instalações de Hospitais, Consultórios Médicos, Casas de Saúde, Laboratórios, Raios X, Diathermia.

GRANDE STOCK em: Instrumentos de Cirurgia — Material para Consultórios de Médicos — Hospitais, Laboratórios — Acessórios de Farmácia — Material de Ensino.

Annaes Brasileiros de Gynecologia

REVISTA MENSAL

Anno I

Janeiro de 1936

Vol. I — N.º 1

SUMMARIO

SECÇÃO EDITORIAL

Apresentação 1

TRABALHOS ORIGINAES

Sobre o tratamento cirurgico do prolapso genital — PROF. ARNALDO DE MORAES 2

Três casos de esthiomacae cutis — DR. E. DE BARROS COELHO 22

NOTAS E COMMENTARIOS

O novo programma de Gynecologia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro 35

Docencia de Clinica Gynecologica 37

Cadeira de Clinica Gynecologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro 37

Sociedad de Obstetricia y Gynecologia de Buenos Aires 37

"O Hospital" — Seu aniversario 38

LIVROS E PUBLICAÇÕES

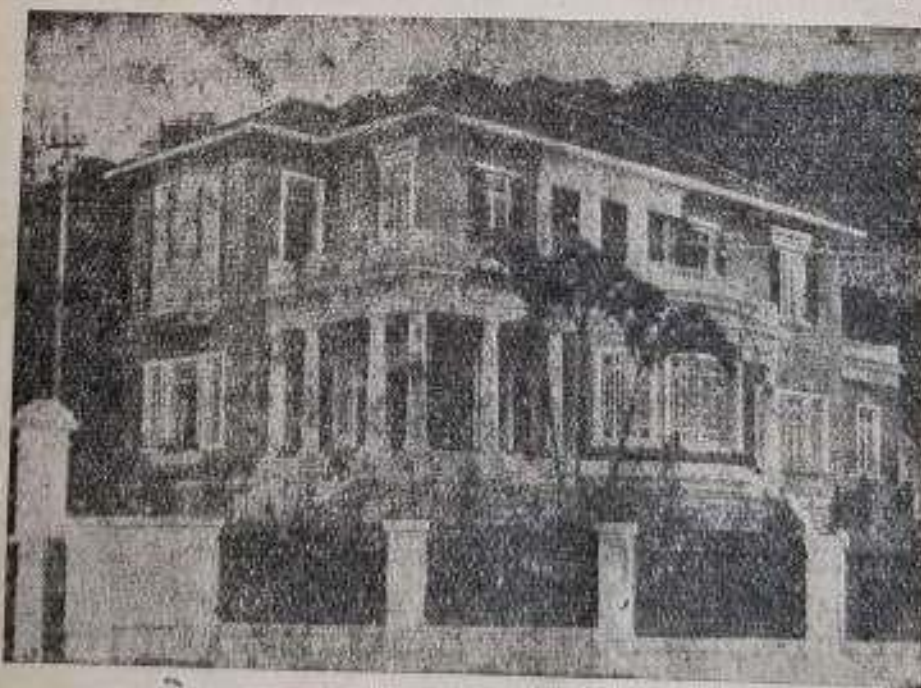
Orientação moderna em Gynecologia — MORAES, Arnaldo de 39

Manual de propedeutica do abdomea — RAMOS, Jairo e COUREIA NETTO, Alípio 39

RESUMOS

(Ver indice na secção competente.)

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



SANATORIO S. VICENTE

DIRECTORES: GENIVAL LONDRES E ALUIZIO MARQUES
Da Universidade do Rio de Janeiro

Rua Marquez de S. Vicente, 316, Gavea, Rio

Telephone 27-4036

Instituto Brasileiro de Microbiologia

RUA OITO DE DEZEMBRO, 123

SÓROS : Anti-Diphtherico — Anti-Tetanico — Anti-Dysenterico — Anti-Estreptococcico — Anti-Meningococcico — Renal Caprino, etc.

VACCINAS : Estaphylococcica — Estreptococcico — contra a Coqueluche — Typhica — Gonococcica mixta — Pneumococcica — Coli bacillar — Meningococcica.

ENDOGLANDINAS : (productos opotherapicos). Hepatica, ovarina, mamaria, hypophysaria, etc.

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

IMMUNICALDO : Filtrados bacterianos para uso local.

GALACTOL : Comprimidos e empolas de fermento Latico-bulgaro.

CITROBI : Injecções indolores de bismutho. Antisyphilitico energico.

TITANOL : Novo composto de mercurio. Injecções intramusculares indolores.

M A T E R S A N A

Vaccina prophylactica e curativa das infecções puerperaes.

G Y N E G O N

Lipovaccina curativa dos processos inflammatorios annexiaes.

(Amostras gratis aos Srs. medicos)

Annaes Brasileiros de Gynecologia

SECÇÃO EDITORIAL

APRESENTAÇÃO

Os "**Annaes Brasileiros de Gynecologia**", cuja vida se inicia com este numero, constituirão uma publicação mensal, de cunho exclusivamente scientifico.

Ao par da collaboração de illustrados collegas de todo o Brasil que nos quizerem honrar com os seus trabalhos, será esta revista o orgão official do ensino da clinica gynecologica da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro e da Faculdade Fluminense de Medicina, cujas cathedras são ambas occupadas pelo nosso Director Fundador.

Dahi se infere o cunho de publicação tambem dedicada ao ensino da gynecologia e da obstetricia, sabido que, essas duas especialidades constituem uma unica, não apenas na pratica diaria, como em todas as Universidades da Europa Central (Allemanha, Austria, etc.) e em grande numero de Universidades e Faculdades de Medicina Norte-Americanas. Nem se comprehende que se ensine separadamente aquillo que na pratica se exerce conjuntamente, senão no proposito de crear cadeiras, sem aproveitar os professores na maior divulgação dos conhecimentos medicos e no preparo dos alumnos para o exercicio da Medicina.

Por isto esta revista, embora designada "**Annaes Brasileiros de Gynecologia**", dentro da concepção allemã do ensino e da pratica da especialidade, vae se occupar não só da gynecologia, como tambem da obstetricia, como suas similares germanicas. Tambem terá acolhida em suas folhas tudo o que se relacione com qualquer problema mesmo extragenital da pathologia feminina, quer no campo endocrino-metabolico, quer no campo psicologico, psiquiatrico, biologico, genetico e eugenico.

A publicação tem como plano geral as seguintes seções: Parte editorial; Trabalhos originaes e lições; Resumos methodicos e systematicos de revistas de gynecologia e obstetricia, secção cujo desenvolvimento será cada vez maior; Notas e commentarios; Analyses de livros e outras publicações.

Naturalmente que não se poderá exigir muito dos primeiros numeros, mas estamos certos de que o trabalho continuado virá a fazer dos "**Annaes Brasileiros de Gynecologia**" uma publicação capaz de honrar a sciencia medica brasileira e de hobrear com as congeneres estrangeiras.

Por outro lado, não será uma revista morta, publicando apenas trabalhos dos outros ou resumos de revistas brasileiras e estrangeiras, mas na sua secção editorial e de notas e commentarios serão discutidos problemas geraes de ensino e, particularmente, das especialidades, tão descuidadas entre nós, se compararmos com o que se exige dos alumnos dos cursos medicos nos outros paizes.

Evidentemente ha uma situação a reclamar uma acção efficaz dos que se dedicam com amor ao professorado, e esta revista será a sentinela avancada em prol do ensino efficiente da Gynecologia e da Obstetricia.

Talvez só por isso valesse o seu apparecimento, se não tivéssemos ainda o escopo e a esperanza, de contribuir para a diffusão de conhecimentos dessas especialidades e do aperfeiçoamento desses conhecimentos no nosso meio e de vel-as merecer o logar que lhes cabe no ensino da Medicina no nosso paiz.

Annaes Brasileiros de Gynecologia

TRABALHOS ORIGINAES

SOBRE O TRATAMENTO CIRURGICO DO PROLAPSO GENITAL

PROF. DR. ARNALDO DE MORAES

Cathedratico da Clinica Gynecologica da Universidade do Rio de Janeiro e da Faculdade Fluminense de Medicina

O conhecimento do mecanismo pelo qual se processa o prolapso genital é indispensavel a todo aquelle que procura corrigil-o cirurgicamente. Sem essa base não poderá apprehender conscienciosamente as vantagens da operação idealizada e executada pelo professor Halban, de Vienna. De facto todos os processos operatorios do prolapso genital devem, como declaram Porges e Zimmer, ter como base as relações anatomicas existentes e somente o methodo de Halban satisfará completamente esse desiderato, porque se serve do material constructivo original para restabelecer as condições primitivas e, desta forma, o estado physiologico. Acresce que esse methodo operatorio permite que as funcções physiologicas fiquem inalteradas, isto é, garantida a capacidade procreadora das operadas.

Conforme accentua o professor Stoeckel o "bloco visceral" forma uma unidade estatica, cujos componentes se acham appostos uns aos outros, graças a acção coordenada das paredes abdominaes, do diaphragma e do assoalho pelvico, niveladora das modificações de tensão intra-abdominal que acaaso occurram. Evidentemente quando se lesa uma parte dessa capsula muscular do abdomen, deixa de se manter o equilibrio indispensavel á manutenção dos orgãos em sua posição physiologica. Assim, si se constituem lesões no assoalho pelvico (que é parte dessa capsula muscular do abdomen) ou, se em consequencia de sua grande distensão, nas parturições successivas, perde esse assoalho a sua capacidade de apparelho de sustentação, não encontra mais a pressão exercida pelas paredes abdominaes ou pelo diaphra-

gma a contrapressão necessaria, deixando de se manter o equilibrio estatico dos orgãos da bacia e cedendo o assoalho pelvico á pressão das visceras abdominaes.

A etio-pathogenia do prolapso teve o seu maior e melhor esclarecimento nos estudos de Halban e Tandler ("Anatomia e etiologia do prolapso genital") cuja leitura é indispensavel a todo o que desejar se assenhorear do assumpto. Por outro lado é tambem indispensavel estudar no cadaver a anatomia dos orgãos pelvianos, particularmente do assoalho pelvico e do tecido conjunctivo da bacia e seus fascias. Sem esse estudo cuidadoso não é possivel comprehender os fundamentos modernos do tratamento cirurgico do prolapso, baseado em sua etio-pathogenia.

Certamente não se pôde admittir que alguém se abalanice nos terrenos da cirurgia gynecologica vaginal sem esses conhecimentos imprescindiveis, a não ser que pretenda executar trabalho de inconsciente.

E' facto que já passou aos dominios da historia que o peritoneo e os ligamentos do utero (largo e redondo) não desempenham nenhum papel nem como elementos de suspensão, nem de tracção para suspender o utero ou mantel-o em posição physiologica. Os ligamentos redondos só desempenham esse papel quando cirurgicamente são empregados para esse fim, nos diversos methodos operatorios em que são aproveitados para corrigir a retro-versão uterina.

Posto á margem, portanto, aquillo que muitos autores ainda consideram o "apparelho de suspensão" dos orgãos genitales, resta-nos agora referir a grande controversia entre os autores germanicos sobre o papel que cabe ao "apparelho de detensão" e ao "apparelho de sustentação" na formação do prolapso genital.

Martin acha que os orgãos genitales são mantidos nas suas posições pela actuação do "apparelho de detensão" formado pelo tecido conjunctivo no qual os orgãos são mantidos como que puxados por meio de redeas. Esse tecido conjunctivo da bacia condensa-se em torno do collo do utero de onde se irradia na direcção das paredes pelvicas, anterior, posterior e lateraes, constituindo uma rede a que Martin deu a designação de "retinaculum uteri". Esse retinaculo foi comparado a teia que mantem o arachnideo, mas como aquella é muita vez incapaz de supportar um peso maior, cedendo portanto.

Para Martin o assoalho pelvico constitue um mero auxiliar, cabendo-lhe papel secundario em face da acção do "apparelho de detensão" constituído da forma descripta. O "apparelho de sustentação" é comtudo formado não somente

pela musculatura pelviana, como tambem pelos fascias. Os casos em que o prolapso não ocorre, apesar das lesões do assoalho pelvico, se explicariam pela acção do aparelho de detensão. Desde, porem, que o retinaculo uterino fosse lesado, sobreviria uma dystopia do utero, e pela atrophia do aparelho de detensão consequentemente, o prolapso genital.

Os estudos de Halban e Tandler já referidos accentuaram, não só nos exames cadavericos como experimentalmente, que a etiologia do prolapso reside na lesão do "aparelho de sustentação" formado pelo assoalho pelvico. O aparelho de detensão seria capaz, por suas formações que tomam o aspecto de verdadeiros ligamentos fixados ás paredes uterinas, de supportar o peso do utero normal e mantelo em posição physiologica, mas insufficiente para garantir sua situação no caso de peso augmentado ou de maior pressão intra-abdominal. Esse aparelho de sustentação formado pelo diaphragma pelvi-retal e pelo diaphragma urogenital, ao que podemos accrescer o papel da cunha perineal, supporta a pressão abdominal representada pelo peso das visceras. Particularmente aos musculos levantadores do anus está preposta essa funcção, de verdadeira contra pressão.

Entre os feixes dos levantadores do anus (Levatorschenkeln) ha uma abertura oval, longitudinal, limitada na frente pela face posterior da symphyse, lateralmente pelos bordos livres do musculo pubo-rectal, atraz pelo centro tendinoso constituído pela reunião das fibras preretaes entrecruzadas dos musculos pubo-retaes de ambos os lados. Essa abertura é o "hiato genital" atravessado pela vagina e pela urethra. Atraz do centro tendinoso está o "hiato rectal", logar de passagem do recto. O conjuncto formado por essas duas aberturas merece a denominação de "fenda dos levantadores" (Levatorspalt). Melhor dizendo, a urethra, uma parte da bexiga e a parede vaginal anterior e, ás vezes, tambem parte do utero em anteversão occupam a área do hiato genital, embora mantidos pelo diaphragma uro-genital e pela cunha perineal. Toda a vez que exista a integridade do aparelho de sustentação, ainda que augmente a pressão ou se dilate o hiato genital, o prolapso não póde ocorrer. O mesmo não acontece se houver lesão. Caso em que o aparelho de detensão não póde impedir o descenso e a queda genital. Atraz do recto está a porção mais resistente do assoalho pelvico, denominada por Halban e Tandler — "Levatorplatte" ou "lamina dos levantadores".

Karl Reifferscheid estudando esses pontos de vista antagonicos, no tratado de Halban e Seitz, aponta as concessões que de parte a parte se fizeram os autores divergentes.

Assim, Martin admite que uma lesão do aparelho de sustentação pôde levar á lesão do aparelho de detensão e causar um prolapso. Dahi o preconicio que faz esse autor da sutura dos levantadores em toda a operação de prolapso. Por outro lado Halban acabou reconhecendo o valor do aparelho formado pelo tecido conjunctivo para garantir a estabilidade dos órgãos genitales femininos. Accentua, particularmente, a importancia do "fascia endopelvico", que é uma continuação do "fascia endo-abdominal", formando um verdadeiro diaphragma conjunctivo sobre o diaphragma muscular, e enviando prolongamentos. Estes se fixam ás paredes posterior, lateraes e anterior da bacia, merecendo respectivamente as denominações de ligamentos utero-sacros, ligamentos cardinaes (Mackenrodt) e ligamentos vesico-uterinos lateraes. Esses fascias revestem os órgãos pelvianos, espessando-se nos pontos em que mais se fará sentir a pressão abdominal. Assim o fascia da parede vaginal anterior constitue uma zona de espessamento em connexão com o fascia do assoalho pelvico, em forma de septo distendido entre os pilares dos levantadores, dando apoio á bexiga que poderá ser mantida dessa forma em seu lugar, ainda que os levantadores e o perineo estejam lesados.

O afrouxamento do retinaculo uterino é a causa da retroversão do utero. Com isso passa esse órgão a se collocar na direcção do eixo da vagina, o que facilita o descenso e, a seguir, o prolapso, ainda que os levantadores permitam boa contensão. Halban tambem admite excepcionalmente o prolapso por insufficiencia do aparelho de detensão.

Von Jaschke, Sellheim, Wertheim, etc. são de opinião que o aparelho de sustentação formado pela musculatura do assoalho pelvico, e o aparelho de detensão, constituido pelo tecido conjunctivo pelvico, seus ligamentos com suas zonas de espessamento, representam funcionalmente um todo unico.

A importancia do aparelho de sustentação é reconhecida quando se attenta que Martin verificou nos recém-nascidos somente vestigios do tecido conjunctivo da pelve. Nos casos de "spina bifida" causadora da paralyisia da musculatura do assoalho pelvico tem se verificado prolapsos em recém-nascidos. O mesmo ocorre em muitas mulheres em que existe uma "spina-bifida" occulta. Estes exemplos ainda mais accentuam a importancia do aparelho de sustentação representado pela musculatura do assoalho pelvico na etio-pathogenia do prolapso.

Assim Halban e Tandler, apoiados em seus estudos exhaustivos, chegaram ás seguintes conclusões: 1.º o prolapso ocorre como uma hernia, no caso em que o hiato genital

não esteja sufficientemente ocluido, representando dessa forma uma zona de hernia. 2.º a pressão abdominal augmentada impelle para fóra os órgãos ou partes de órgãos que caem na região da pressão dessa zona de hernia, através da mesma. 3.º se um órgão se encontra na região do hiato genital, não tem elle mais nenhuma protecção no assoalho pelvico e é completamente impellido para deante. Se, porém, só uma parte do órgão cae nessa zona, enquanto outra parte fica fóra da mesma, é a primeira impellida pela pressão abdominal augmentada, enquanto que a ultima pela mesma pressão é comprimida contra a base de suporte e ahí fixada.

Halban e Tandler acham ter provado assim por seus estudos que a musculatura do assoalho pelvico representa por principios de ordem geral, phylogenicos, topographicos e mecanicos, os elementos que são capazes de paralyzar a pressão abdominal augmentada e manter em suas posições as visceras abdominaes. E accentuam que o estudo da pathogenia da dystopia genital fornece-nos a prova positiva da importancia da musculatura do assoalho pelvico. O melhor exemplo nos é dado pelos casos de paralyzia dos musculos do assoalho pelvico. Isso é particularmente observado nos casos de "spina-bifida" quando o terceiro ou quarto nervos sacros estão comprehendidos na meningocele.

Conhecemos hoje tambem que a constituição (biotypologia) representa grande papel nas alterações estaticas visceraes, que não são devidas a consequencia de ordem traumatica. A asthenia universal congenita (Stiller) que se caracteriza pela insufficiencia do tecido conjunctivo de sustentação, pela flacidez de suas fibras (von Jaschke) poderá servir de exemplo. O infantilismo, por outro lado, constitue terreno favoravel ás lesões traumaticas do parto, creado pela desproporção entre as possibilidades de dilatação das partes molles e as exigencias decorrentes da parturicção. Como disse von Jaschke ha no caso uma rigidez de tecidos. No infantilismo asthenico existe uma associação dessas duas condições de inferioridade resultantes da constituição, pois ao lado da tendencia maior para as dystopias visceraes ha uma predisposição ás lesões traumaticas do parto.

Reifferscheid, resumindo sua opinião grandemente logica, concorda com Halban que a manutenção dos órgãos pelvianos é assegurada em primeiro logar pela musculatura intacta do assoalho pelvico e que ao aparelho de detensão, formado pelo tecido conjunctivo, cabe um papel de apoio, certamente, não sem importancia.

O descenso do utero é portanto, consequente á retroversão, desde que haja causas predisponentes, como os trau-

matismos do parto ou o enfraquecimento congênito do tecido conjuntivo parametrial.

O útero collocado em retro-versão encontra-se orientado na direcção do eixo da vagina, impellindo-o a pressão abdominal, portanto, nessa direcção. No caso de útero em ante-versão é esta accentuada pela pressão abdominal, não podendo ocorrer o descenso, a não ser que todo o órgão se encontre na area do hiato genital. Por isso, a correcção do útero, collocando-o em ante-versão, dá os melhores resultados, porque a pressão abdominal tende a mantel-o de encontro á symphyse pubica. Assim se explicam os successos obtidos com as operações encurtadoras dos ligamentos redondos, até nos casos em que haja simples descenso do útero, sem complicações (cystocele, ruptura perineal, lesões dos levantadores).

De accordo com esta concepção actual, perfeitamente fundamentada pela observação e pela experimentação, o prolapso não ocorre porque uns órgãos arrastem os outros em sua queda, mas porque, não encontrando apoio, na area do hiato genital são impellidos para o exterior, simultanea ou successivamente, pela pressão abdominal. Stoeckel, evidenciando o papel da retro-versão na constituição do prolapso o faz na seguinte phrase expressiva, em que diz que a retro versão "por esse motivo é a ante sala obrigatoria do descenso".

A hypertrophia do collo, quer seja considerada uma consequencia da pressão abdominal (Halban e Tandler) ou da tracção exercida pela queda das paredes vaginaes sobre o collo (Schroeder, Hofmeier) é o resultado do represamento das partes collocadas na área do hiato, ora pelo edema consequente, ora pela hyperplasia do tecido conjuntivo. O certo é que esse collo hypertrophiado se acha collocado na direcção do eixo da vagina e, portanto, favorecendo o prolapso genital. Dahi a indicação de sua amputação sempre que a hysterosmetria vá além de 8 cm.

O processo operatorio seguido por Halban (vêde Gynäkologische Operationslehre, 1932) cuja marcha poderá ser comprehendida pelas figuras originaes do livro desse autor, aqui reproduzidas, consiste:

1. incisão mediana da parede vaginal anterior, exposição do fascia vesico-vaginal.

2. amputação do collo (na hysterosmetria acima de 8 cm.) Para esse fim é, em primeiro lugar, o fascia vesico-vaginal separado transversalmente da portio, então é descolada a bexiga da cervix, de modo que a prega vesico-uterina seja exposta; depois é circularmente seccionada a parede posterior

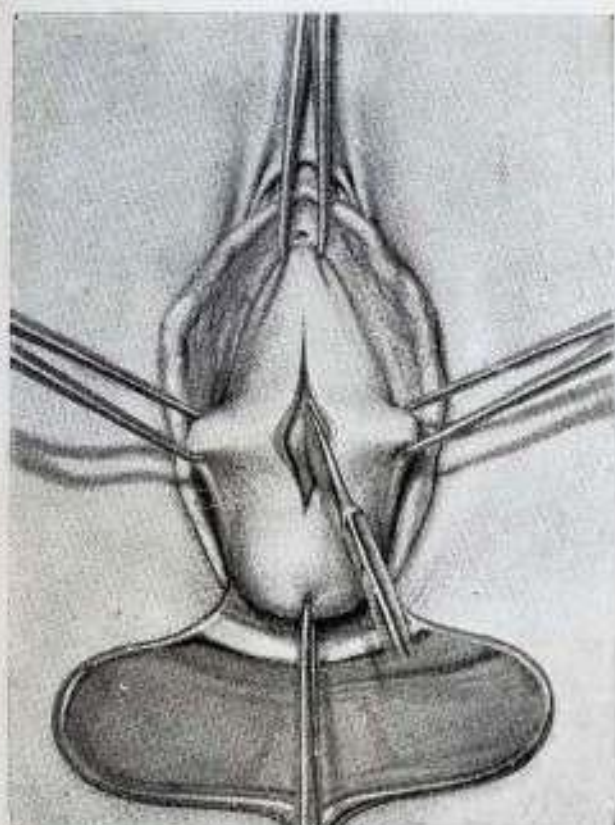


Fig. 1. Incisão da parede vaginal anterior.



Fig. 2. Secção perpendicular da face interna da parede vaginal anterior.

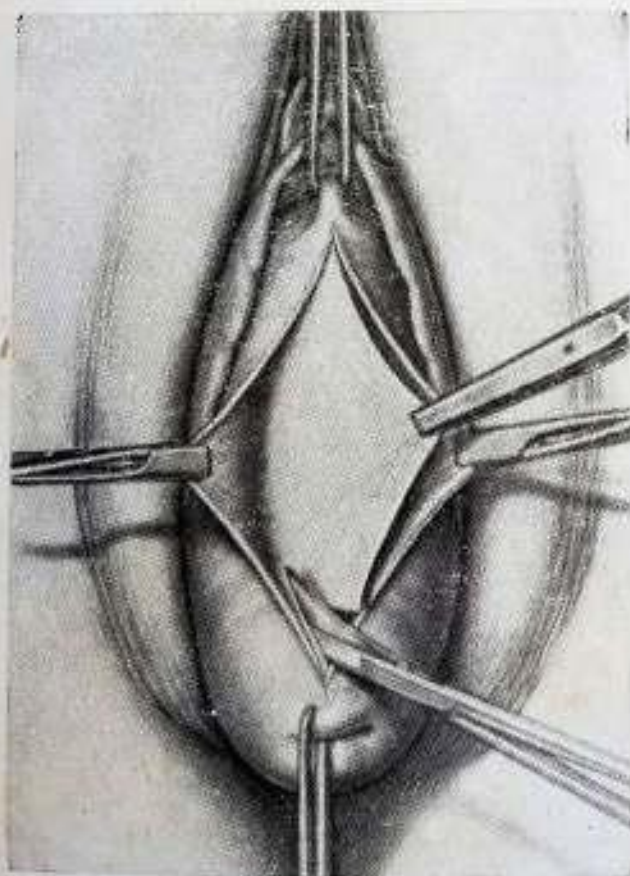


Fig. 3. Secção do fascia vesico-vaginal separando-o da sua relação uterina.

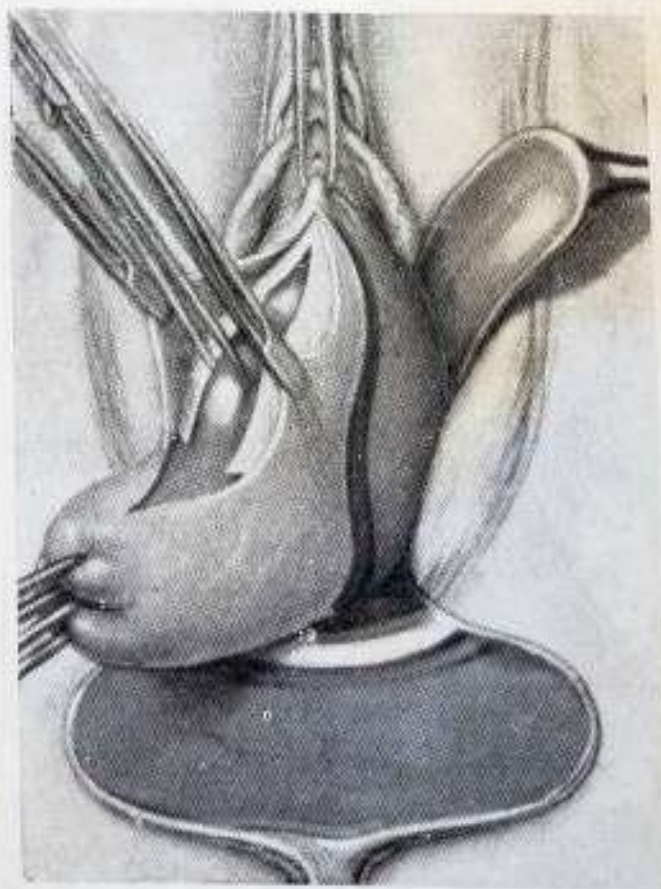


Fig. 4. Amputação do collo com secção da parede vaginal.

(Prof. J. Halban — Gynäkologische Operationslehre — 1932)

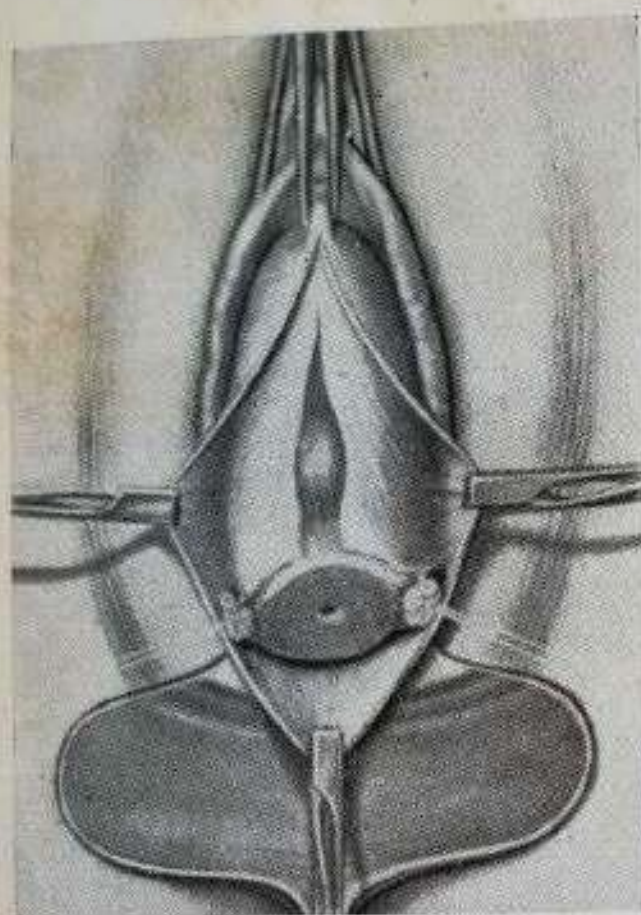


Fig. 5. A amputação do collo foi feita, vendo-se a ligadura das uterinas.

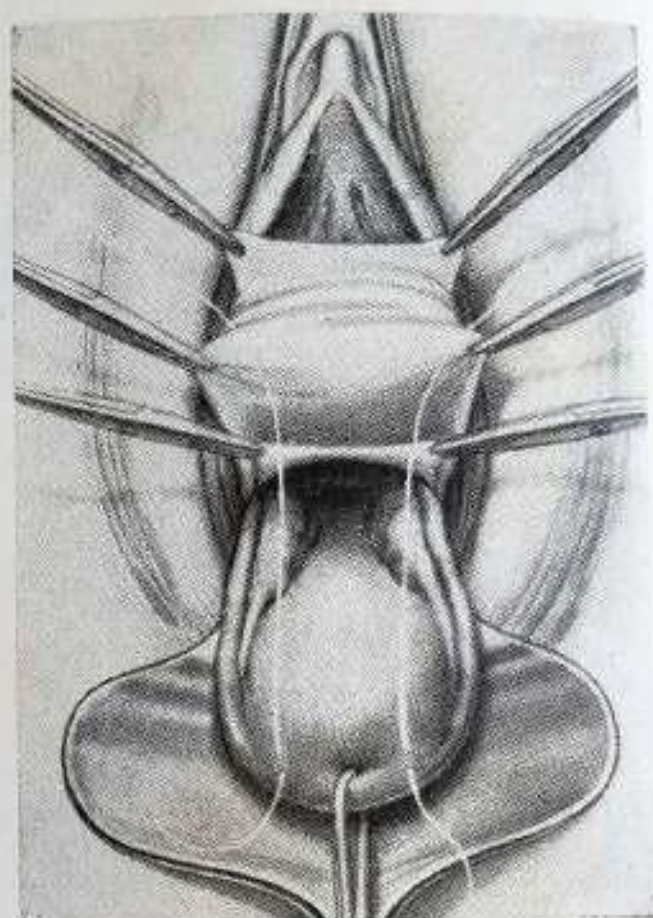


Fig. 6. "Vesico-suspensão" alta do utero, á parte fixa do peritoneo vesical.

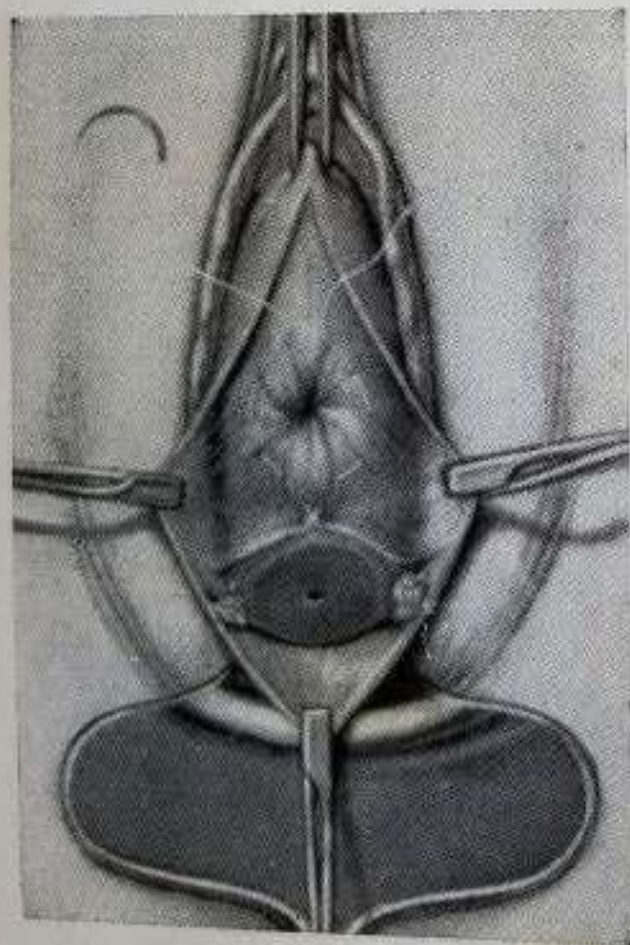


Fig. 7. O fasciá vesico-vaginal é fechado em bolsa.

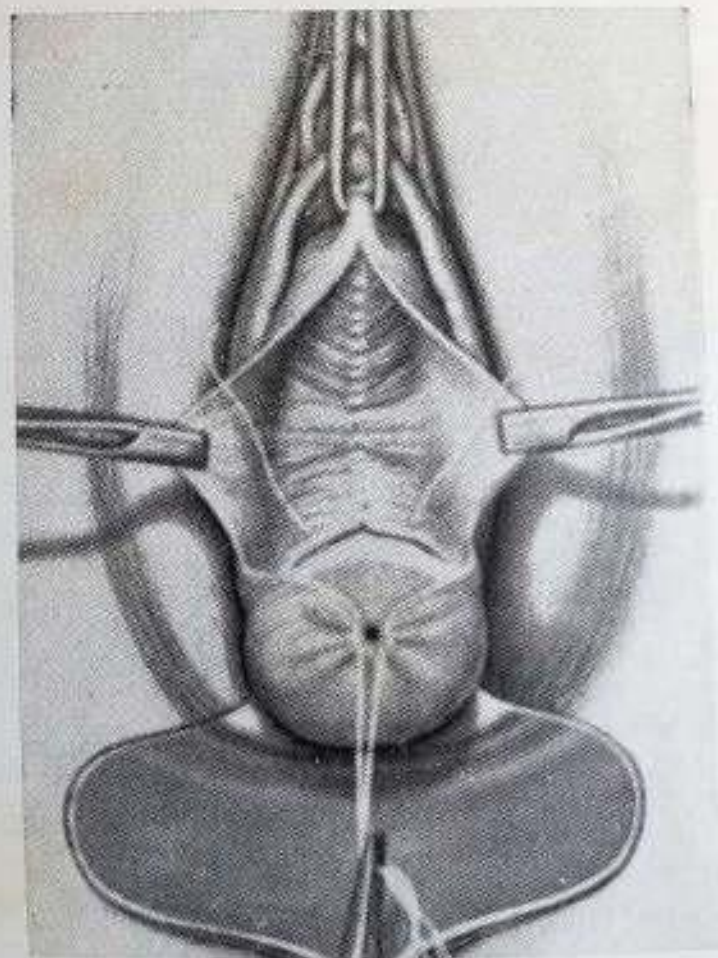


Fig. 8. A parede cervical posterior é recoberta com a mucosa vaginal.

(Prof. J. Halban — Gynäkologische Operationslehre — 1932)

da portio, na altura que é determinada para a amputação em vista; melhor será ligar esta secção com o corte da colpographia onde a parede vaginal anterior tanto é seccionada que desaparece o excesso. Unem-se ambas por uma incisão que começa dos dous lados abaixo do orificio externo da urethra, a principio dirige-se na parede anterior para fóra, depois para traz para alcançar a face posterior da portio. Os retalhos da secção circular são preparados, a bexiga afastada da cervix bastante, tanto que a arteria uterina apparece. Esta é ligada de ambos os lados; abaixo das ligaduras é a portio seccionada a bisturi ou tesoura, sendo ligados os ramos sangrantes da arteria vesical inferior no assoalho da bexiga. Nas amputações altas é frequentemente aberto o Douglas que é então fechado com sutura de *catgut*. A superficie da secção da cervix pode ser coberta com a parede vaginal, a principio somente a parte posterior. Os fios são deixados e servem como meio de tracção.

3. agora é trazido o utero para anteversão e nesse lugar fixado. Halban emprega a vesicofixação alta adeante descrita.

4. sutura do fascia vesico-vaginal.

5. sutura da incisão vaginal, na qual o fascia vesico-vaginal, seccionado é comprehendido, em 1 ou 2 logares para eliminação de espaços mortos, enquanto na secção inferior a parte anterior da portio é coberta com a mucosa vaginal.

6. restauração do perineo, eventualmente sutura dos levantadores. A vesico-fixação do utero, por via vaginal, foi primeiro praticada por Mackenrodt, em que esse autor, após colpotomia anterior por incisão longitudinal ou em T invertido, descolava a bexiga, separava um pouco do peritoneo vesical e o resecava, suturando o fundo do utero ao peritoneo vesical restante. Os resultados não eram bons e, por isso, Halban idealizou a sua vesico-fixação uterina "alta": "A prega vesico-uterina é aberta transversalmente, a bexiga é empurrada, com uma valvula, para deante, o utero é luxado pouco e pouco para deante, por meio de ganchos de um ou dous dentes, e, em seguida, por meio de uma valvula que fóra collocada sobre a parede uterina posterior, impellido na direcção do recto. Com isso ganha-se espaço. Agora puxa-se o peritoneo vesical, no qual com pequenos Péans se apprehendem partes cada vez mais altas do mesmo e se puxam, até que uma nitida resistencia e tensão do peritoneo mostre que se attingiu a parte fixa do peritoneo vesical no apice da bexiga. As partes mais altas do peritoneo vesical que foram apprehendidas com Péans, são agora suturadas no fundo do utero (bastante para traz, na transição para a

parede posterior do utero), por meio de uma sutura á direita e á esquerda, acima da inserção tubaria.

Abaixo dessa primeira sutura, com gradativa relaxação do utero, são collocados outros pontos, de modo que duas columnas de suturas existam, por meio das quaes o peritoneo vesical é completamente suturado com a parede anterior do utero. A prega é fechada, os bordos da ferida vaginal são reunidos”.

Assim se realiza, como accentua Halban, uma oclusão completa do cavum vesico-uterino e resultam, para a manutenção da ante-versão uterina, relações de pressão importantes e perfeitamente satisfactorias.

E' esta a technica simples da operação de prolapso pelo methodo de Halban, a que seria perfeitamente justificado dar o nome de operação de Halban-Tandler, por ser ella fundamentada nos exhaustivos trabalhos desses autores, sem que com isso desmerecesse a gloria de Halban. Vale referido que num trabalho recente de L. Kropp, esse auctor diz que será preferivel denominar a fixação alta do utero, antes pela designação de “vesico-suspensão” alta do utero, pois não ha uma fixação desse orgão que permanece completamente movel o que é caracteristicamente importante sob o ponto de vista funcional. O professor Hugo Werneck, uma das mais legitimas glorias da Gynecologia no Brasil, em sua primeira publicação sobre a “interposição vesico-uterina” (1918), ao defendel-a dizia: “pouco importa que o tenham qualificado de anticirurgico (o processo de Schauta-Wertheim), esquecidos de que não é anatomica a fixação do utero á parede abdominal e muito menos o emparedamento de duas valvas do utero, seccionado longitudinalmente, na espessura dos musculos recto abdominaes, como aconselha William Mayo”.

A mesma objecção fazem á technica de Halban os que a desconhecem, mas se é certo que esse reparo era possivel na interposição de Schauta-Wertheim, na technica de Halban não tem o menor cabimento, porque o utero é collocado em ante-versão e suspenso ao peritoneo vesico-uterino na sua parte mais alta. Por isso tem o direito de affirmar Halban: “os resultados são excellentes, gravidez e parturición são completamente asseguradas”. Até o imperativo apontado por Weibel, de que sendo a cystocele o symptoma capital do prolapso deve a operação attender a esse factor, tornando impossivel a queda da bexiga, fechando o hiato genital tanto quanto possivel, é completamente assegurado na technica de que tratamos. “Isso, diz Weibel, nunca poderá occorrer em uma operação exclusivamente abdominal”, o que é facil de admitir a quem tenha comprehendido o me-

canismo do prolapso e os principios da "vesico-suspensão alta do utero" pela technica de Halban.

As observações seguintes nada mais representam do que um pequeno contingente pessoal aos numeros vultosos que, entre nós, hão de resultar da diffusão de tal technica operatoria.

1.^a Observação

Caracteristicos geraes. — Senhora R., branca, brasileira, viuva, 68 annos, registrada em 20 de Junho de 1932, na minha clinica particular, sob o numero 1.708.

Antecedentes hereditarios. — Mãe fallecida de T.P., pae fallecido de affecção cardiaca.

Antecedentes pessoases. — Menstruada pela primeira vez aos 14 annos. Regras posteriores regulares. Deixou de ser regrada aos 40 annos. Teve 5 filhos, o primeiro a forceps, os outros espontaneamente.

Molestia actual. — Tem uma queda de utero (sic). Ha sete annos que está assim, mas ha um anno e pouco que começou a ter hemorragias e corrimento.

Exame. — "Habitus mesosthenicus". Pressão arterial: Mx. 15; Mn. 8 (Tycos). O exame da genitalia externa revela immediatamente o utero cahido, inteiramente fora da vulva. O exame consegue reduzi-lo, não revelando a existencia de nenhum tumor no orgão prolado, nem nos seus annexos. Taxa de uréa e tempo de coagulação normaes, verificados pelos exames de laboratorio.

Diagnostic. — Prolapso total do utero ou de 3.^a grão. Erosão cervical.

Tratamento. — Internou-se na Casa de Saude S. J. em 23 de Junho de 1932. Curativo com iodo na erosão cervical e tampão com gaze iodoformada.

Operação. — Em 24 de Junho de 1932. Technica de Halban. Incisão longitudinal da parede vaginal anterior, disseccção dos dous retalhos e separadamente do fascia. Descollamento da bexiga; abertura da prega vesico-uterina, fixação do utero com tres series de pontos ao peritoneo do apice vesical, no ponto em que aquelle não é tão mobilizavel. Amputação cervical. Sutura. Colporraphia posterior com myorrhaphia dos levantadores (Doléris-Proust). Pontos externos a crina. Sonda vesical de demora. Tampão de gaze iodoformada. Operador: Arnaldo de Moraes; auxiliares: Mario Pardal e Alderico Felicio dos Santos. Anesthesia: rachidiana, com solução dupla de estovaina, formula Daniel de Almeida. Anesthesista: Arnaldo de Moraes.

Sequencias operatorias: apyreticas. Dia 26, foi tirado o tampão vaginal e posto outro. Dia 30, retirada dos pontos do perineo; cicatrização "per primam". Alta curada em 8 de Julho de 1932.

Reexaminada em 1 de Agosto de 1932: Vulva hiante, mas utero alto, bexiga normal. A paciente não teve recidiva até esta data e não apresenta nenhuma perturbação.

2.^a Observação

Caracteristicos geraes. — Senhora D., branca, brasileira, casada, 39 annos, registrada em 21 de Março de 1933, na minha clinica particular, sob o numero 1.942.

Antecedentes hereditarios. — Pae fallecido de affecção cardiaca, mãe viva.

Antecedentes pessoaes. — Menarcha aos doze annos. Casou-se com 29, teve 3 filhos. Dous partos foram a forceps.

Molestia actual. — Sente uma dôr no lado direito, sahindo um catarrho quando faz esforços; pensa que tem ruptura, motivo pelo qual me consulta.

Exame. — "Habitus mesosthenicus". A palpação do ventre é negativa. O exame da genitalia externa verifica ruptura perineal, com rectocele e cystocele. O toque constata utero em retro-flexão, collo grosso, com folliculite, sangrando ao dedo. A hysterometria confirma a orientação uterina.

Diagnostico. — Retro-flexão com descensus uteri. Cêrvicite com folliculite. Ruptura perineal.

Tratamento. — Em 26 de Junho de 1934 voltou da Bahia e consultou-me. O exame confirma o diagnostico anterior. Pressão arterial: Mx. 14; Mn. 9 (Tycos).

Exame de urina. — Em 30 de Junho de 1934: albumina, glycose, acetona: ausentes; acidos e pigmentos biliares: traços.

Exame microscopico: Presença de alguns leucocytos e cellulas epitheliaes chatas, ausencia de pyocytos (pús), sangue e cylindros. Laboratorio Lindenberg e Madeira.

Em 7 de Junho de 1934: tempo de sangria, 2 minutos e 20 segundos; tempo de coagulação, 5 minutos e 25 segundos.

Internou-se no Hospital da B. P. em 9 de Julho de 1934. Lavagem intestinal, após o que é constipada com pilulas de extracto thebaico. Em 10, lavagens vaginaes com oxycyanureto de mercurio. A' noite uma dragea de Amytal sodico.

Operação. — Em 11 de Julho de 1934. Valvula pesante de Auvard. Dilatação cervical até 13 da serie de Hégár. Amputação do collo do utero á Schroeder. Incisão da parede vaginal anterior, sendo os dous retalhos descollados. Descollamento da bexiga. Abertura da prega vesico-uterina. Reviramento do utero com bastante difficuldade. Fixação da parede vaginal em bolsa, após cortar o excesso dos retalhos. Perineorrhaphia posterior com myorrhaphia dos levantadores (3 pontos externos com crina). Sonda de demora. Tampão vaginal.

Operador: Arnaldo de Moraes; auxiliares: Mario Pardal e Vicente Gaede. Anesthesia: mais duas drageas de Amytal sodico pela manhã, uma hora antes da operação e anesthesia geral pelo balsoformio. Anesthesista: Mario Lages.

Sequencias operatorias. — Apyreticas. Tirei os pontos com seis dias. Alta da casa de saude em 22 de Julho de 1934. Em 2 de Agosto examinei-a em meu consultorio, havendo um pequeno trajecto no perineo, lateralmente, que cicatrizou com applicação locais e injecções de Mergothiol. Alta curada. Esta doente foi por mim reexaminada em 1935 em excellentes condições.

3.ª Observação

Caracteristicos geraes. — Senhora S., 56 annos, parda, viuva, brasileira, matriculada no Dispensario de Clinica Gynecologica da Faculdade Fluminense de Medicina, Serviço do Prof. Arnaldo de Moraes, em 21 de Julho de 1934, sob o numero 542.

Motivo da consulta. — Dores generalizadas no abdomen, com prolapso do utero desde a idade de 30 annos.

Antecedentes hereditarios. — Pae falleceu com mais de 100 annos, mãe de vomica.

Antecedentes pessoaes. — Menarchia aos 8 annos e meio, o que é commum na familia (?). Regras posteriores normaes, sem dores. Casou-se aos 13 annos, teve 3 partos normaes. Menopausa aos 29 annos de idade (!).

Exame. — "Habitus hyperesthenicus". Mucosas coradas. Hypertrophía da thyreoide. Ventre flacido, não doloroso. Vulva encoberta pelo utero prolabado. Collo exteriorizado e com pequeno polypo fibroso. O toque reduz o orgão, nada havendo de anormal nos annexos.

Diagnostico. — Prolapso genital total. Polypo fibroso cervical.

Tratamento. — Internou-se no quarto particular n. 2 do Hospital de S. J. B. de Niterói, em 2 de Agosto de 1934. Urina: densidade 1013; albumina, traços; glycose, acetona, ausentes. Tempo de coagulação 6 minutos. Cuidados previos habituaes.

Operação. — Em 7 de Agosto de 1934. Ablação do polypo cervical, sendo dado um ponto a catgut no local de sua implantação. Operação de Halban. Incisão recta e longitudinal da parede vaginal anterior, descollamento vesical, abertura da prega vesico-uterina. Fixação do utero ao peritoneo vesical. Resecção do excesso de mucosa vaginal, fechamento em dous planos, o primeiro em bolsa, pontos separados no segundo. Perineorrhaphía alta com myorrhaphía dos elevadores. Sonda de demora, tampão iodoformado.

Operador: Arnaldo de Moraes; auxiliares: Manuel Valladão e Alkindar Soares. Anesthesia: rachidiana (Rachianalgina) — 0,12 centigrammas. Anesthesista: A. de Moraes. Tempo operatorio 50 minutos.

Sequencias operatorias: Apyreticas. Alata curada em 21 de Agosto de 1934. Depois que a paciente chegou a casa cahiu de uma escada de pedra, escanchada, soffrendo forte hemorragia genital, sendo chamada a assistencia de Niterói e applicando-lhe o medico um tampão, para sustar a hemorragia. Esse tampão foi retirado pelo Dr. Manuel Valladão, meu assistente, no dia seguinte, sendo a mulher por mim examinada dahi a dous dias. Verifiquei então que, apesar do traumatismo o resultado operatorio não fora prejudicado, o que é mais uma prova da excellencia do methodo.

4.^a Observação

Caracteristicos geraes. — Senhora C., preta, brasileira, viuva, 62 annos, matriculada no Dispensario da Clinica Gynecologica da Faculdade Fluminense de Medicina, Serviço do Professor Arnaldo de Moraes, em 24 de Janeiro de 1935, sob o numero 667.

Motivo da consulta. — Tem o utero para fora (sic), ha muitos annos, apresentando tambem corrimento.

Antecedentes hereditarios. — Pae morreu de velhice; mãe de cancer uterino.

Antecedentes pessoaes. — Teve sarampo e variola na infancia. Primeira menstruação aos 14 annos, posteriores normaes, sem dores. Últimas regras ha 6 annos. Casou-se com 14. Teve 11 partos espontaneos, datando a queda do utero desde o primeiro filho. O marido morreu de impaludismo.

Exame. — "Habitus mesosthenicus", nutrição regular, mucosas descoradas.

Urina: Densidade 1009. Albumina presente, outros elementos anormais ausentes. Exame em 29 de Jan. de 1935, no Lab. de Química Physiologica da F. F. M.

Ventre indolor á palpação. Vulva e urethra tapadas pelo utero prolabado.

Diagnostico. — Prolapso uterino de 30° gráo.

Tratamento. — Internou-se no Hospital de S. J. B. de Niterói em 29 de Jan. de 1935, ficando em dieta.

Operação de Halban em 2 de Fevereiro de 1935, com a technica regular. No momento da perineorrhaphia houve lesão da mucosa rectal, logo reparada. Operador: Arnaldo de Moraes; auxiliares: Mario Pardal e Manuel Valladão. Anesthesia geral pelo balsoformio (Alkindar Soares).

Alta curada em 27 de Fevereiro de 1935, com cicatrização perfeita da sutura rectal, que, allaz, pegou "per primam".

5.ª Observação

Caracteristicos geraes. — Senhora A. N., branca, brasileira, casada, 38 annos, registrada em 23 de Março de 1935, na minha clinica particular, sob o numero 2602.

Antecedentes hereditarios. — Paes vivos.

Antecedentes pessoais. — Menstruada aos 13 annos, regras regulares. Casou-se com 22, teve 2 filhos. O primeiro parto foi a forceps e violento, o segundo natural.

Molestia actual. — Ha 9 annos teve uma forte dôr e teve corrimto. Tratou-se com um medico e ficou boa. As regras são normaes.

Exame. — "Habitus mesosthenicus". Utero em retro-flexão, descensus accentuado, coilo na vulva, ovulos de Naboth.

Diagnostico. — Cervicite (ovulos de Naboth). Retro-flexio uteri. Prolapso uterino de 1.º gráo.

Tratamento. — Internou-se no Hospital da B. P. em 24 de Abril de 1935, depois de ter feito regimen indicado por vestigios de albumina, encontrados em 30 de Março de 1935. Tempo de coagulação normal, bem como taxa de uréa no sangue. Constipação previa pelo extracto thebaico.

Operação em 26 de Abril, consistindo na amputação do collo á Schroeder e operação de Halban com ligadura e secção das trompas de Fallopio. Operador: Arnaldo de Moraes; auxiliares: J. Portugal e Mario Pardal.

Anesthesia pelo balsoformio, após Amytal sodico 1 mais 2. Anesthesista: Mario Almeida.

Alta curada em 4 de Junho de 1935, após curativos, na parede vaginal anterior, cicatrizando a mucosa per secundam, sem suppuração.

Em 8 de Julho de 1935 queixa-se de uma picada quando se senta. O exame gynecologico revela utero em ante-flexão, movel, indolor, annexos livres. Tudo perfeitamente cicatrizado. A prescripção de um calmante resolveu o caso.

6.ª Observação

Caracteristicos geraes. — Senhora B., branca, brasileira, casada, 31 annos, matriculada em 3 de Setembro de 1935, em minha clinica particular, sob o numero 2798.

Antecedentes hereditarios. — Paes vivos, de boa saude.

Antecedentes pessoais. — Menstruada aos 14 annos. Regras regulares. Casou-se ha seis annos. Teve dous filhos. Primeiro parto muito difficil, com extracção a forceps, sendo completamente rasgada. Segundo parto natural. Já foi operada de appendicite. R. W. fracamente positiva, mas tem feito tratamento.

Molestia actual. — Diz que o utero está bem descido. Regras regulares, mas só veem dous dias.

Exame. — "Habitus hyposthenicus-mesosthenicus", brevilinea. Ventre tenso. A inspecção da genitalia revela-a humida. O collo desce até ao introito vaginal. Utero em retro-flexão, movel. Collo com extensa ruptura no labio superior.

Diagnostic. — Descensus, retro-flexão, ruptura cervical.

Exames de laboratorio. — Reserva alcalina por 100 cc. 55,7; uréa no sangue 0,18 por mil; indice de coagulação 2,5 minutos. Ausencia de elementos anormaes na urina.

Tratamento. — Internou-se no Hospital Allemão em 8 de Outubro de 1935. Operação em 9 do mesmo mez. Amputação do collo á Schroeder (havia extensa ruptura no labio anterior). Technica de Halban, com sutura em bolsa e depois da mucosa a pontos separados. Perineorrhaphia com myorrhaphia dos levantadores. Tampão iodoformado.

Operador: Arnaldo de Moraes; auxiliares: Mario Pardal e Sylvio Heilborn. Anesthesia pelo balsoformio, após Amytal sodico, feita pelo anesthesista Alderico Felício dos Santos.

Alta curada em 20 de Outubro de 1935, após sequencias operatorias excellentes. O exame gynecologico, feito no meu consultorio em 21 de Novembro de 1935 revelou o completo resultado operatorio.

7.ª Observação

Caracteristicos geraes. — Senhora D., branca, uruguaya, casada, 39 annos. Registada em 5 de Dezembro de 1933, na minha clinica particular, sob numero 2114.

Antecedentes hereditarios. — Pae fallecido de morte violenta, mãe viva.

Antecedentes pessoais. — Primeiras regras aos 14 annos. Posteriores regulares. Casou-se com 35 annos. Já teve dous filhos. A ultima morreu de erysipela post-vaccinal (Hospital Pro Matre). Teve um aborto. Puerperios normaes. O aborto foi consequente a applicações de diathermia. Marido teve infecção gonococcica.

Molestia actual. — Já esteve em tratamento e queixa-se do utero e ovarios (sic). Tem corrimento muito forte. Foi enviada a meu consultorio pelo distincto collega Dr. Mario Olinto.

Exame. — "Habitus mesosthenicus", longilinea. Vulva hiante. Perineo rôto, collo descido. Utero em retro-flexão, volumoso, indolor, annexos livres. Collo com mucosa de aspecto normal. Altura 1,60.

Diagnostic. — Descensus uteri. Retro-flexão, ruptura perineal de 2.º gráo.

Tratamento. — Em 23 de Março de 1934, a paciente que não se quizera submeter a uma intervenção reparadora, veiu a meu consultorio grávida de 4 mezes. A R.W. que mandei fazer, foi "fracamente positiva" (Lab. Penna). Indiquei tratamento pelo Acetylarsan e, na vigencia da gestação, queixando-se de forte corrimento com prurido, tratei-a, após pesquisa negativa de trichomonas vaginalis, com Devegán, com excellent resultado, mau grado o resultado negativo do exame. Ao Acety-

larsan associei o Crinobi, no tratamento da lues. Assistência prenatal cuidada. Deu á luz espontaneamente em 28 de Agosto de 1934, a feto vivo, masculino, de 3500 grs. de peso, assistida por parteira, por mim indicada.

Exame posterior. — Em 30 de Dezembro de 1935, a paciente que tem agora 42 annos, volta á consulta. O exame da genitalia revela um accentuado prolapso genital de 2º gráu, com hypertrophia do collo do utero, tapiroide. Pedi, depois do exame clinico geral, pressão arterial que foi Mx. 13, Mn. 8, os seguintes exames de laboratorio: Dosagem de uréa no sangue igual a 0,32 cent. por mil; tempo de coagulação igual a 5 min. e 20 seg. (Exames executados pelo Dr. F. Veiga Carvalho).

Tratamento actual. — Internou-se na C. S. S. J. em 4 de Janeiro de 1936, ficando em repouso e sendo tamponada com gaze iodoformada nesse dia e daí a dous dias de novo. Pilulas com 0,02 de Ext. thebalco, 2 vezes por dia.

Operação. — Em 7 de Janeiro de 1936. Valvula pesante de Auvard. Incisão longitudinal da parede anterior da vagina, reparada por Kochers. Preparo do fascia vesico-vaginal cuidadosamente executado. Incisão da mucosa vaginal, partido do limite superior da primitiva incisão, caminhando para baixo e para traz, circulando o collo a amputar (hystero-metria 8,5 cm., fora a hypertrophia tapiroide do labio anterior) e, com a mesma orientação attingindo do outro lado o ponto inicial. Ligadura das uterinas rente ao collo e amputação do mesmo, seccionada a mucosa vaginal no traçado antes descripto, tudo em uma peça só. Ligaduras de ramos vesico-vaginaes. Descollamento da bexiga, abertura da prega vesico-uterina, luxação do utero com gancho e pinça tira-balas. Fixação do utero ao peritoneo vesical, alta, conforme a technica de Halban, re-luxação do utero e fechamento do fascia em bolsa, depois recoberta por sutura longitudinal sepultando aquella. O collo, que logo a seguir a sua secção fôra com 3 pontos na sua parte posterior recoberto com a mucosa vaginal, é agora revestido em todo o seu contorno, depois de executada a sutura longitudinal da parede anterior, que apprehende tambem a sutura inferior, para não ficar espaço morto. Perineorrhaphia com myorrhaphia dos levantadores. Anesthesia pela Scurocaina (10 cent.), feita pelo operador.

Operador Arnaldo de Moraes, auxiliares Mario Pardal, F. Victor Rodrigues e Alvaro Salles.

Sonda vesical de demora e tamponamento vaginal com gaze iodoformada.

Sequencias operatorias. — Com 48 horas tirei o tampão vaginal e puz outro mais frouxo. Este foi retirado com 48 horas. No sexto dia tirei os pontos do perineo, feitos a crina (2), com cicatrização "per primam" e optimo fechamento. Levantou-se no 10.º dia e teve alta da casa de saude em 17 de Janeiro de 1936. As sequencias operatorias foram tranquillissimas, a cicatrização sem incidentes, motivo pelo qual é tambem esta observação incluída no presente trabalho, apesar de recentissima, confiante no seu successo.

Bibliographia

Hugo Werneck — O tratamento da procidencia do utero pela interposição vesico-uterina segundo a technica de Schauta-Wertheim e a de Watkins, Rev. Gyn. e Obst. 1918.

Lucas M. Machado — Sobre a etiologia e a therapeutica cirurgica do prolapso uterino, 1929.

- Arnaldo de Moraes** — Operação de Halban-Tandler, Bol. Coll. Bras. Cirurgiões, 1934.
- Halban e Tandler** — Anatomie und Aetiologie der Genitalprolaps beim Weibe, 1907.
- Porges e Zimmer** — Die operative Behandlung des Genitalprolapses, Arch. f. Gyn. 136 Band.
- Otto Oertel** — Anatomie, Histologie und Topographie des weiblichen Urogenitalapparates, Halban e Seitz, 1 Band, 1924.
- Karl Reifferscheid** — Lage und Gestaltveränderungen der weiblichen Genitalorgane, Halban e Seitz, 3 Band, 1924.
- W. Stoeckel** — Tratado de Ginecologia (tradução hespanhola, 1933).
- J. Halban** — Gynäkologische Operationslehre, 1932.
- W. Weibel** — Die Gynäkologische Operationstechnik, 1923.
- L. Kropp** — Die Vesicofixura uteri als operative Behandlung der Retroflexio, des Descensus und Prolapsus uteri, Zent. f. Gyn., 1935, N.º 50.
- Ed. Martin** — Die Erkrankungen des Beckenbindegewebes, Halban e Seitz, V. Band, 1. Teil, 1926.

Sur le prolapse genital et son traitement chirurgical

Résumé

L'A. se montre partisan décidé de l'opération d'Halban pour la correction du prolapse genital, parce que ses études anatomiques et ses constatations operatoires l'ont amené a conclure que c'est le seul procedé que tient compte du mecanisme statique et physiologique decoulant du jeu entre pression intrabdominale d'un coté et du rôle de l'appareil de detension (retinaculum uteri) et de la musculature de plancher perineal, de l'autre.

Après avoir longuement exposé les divergences qui se sont levées parmi les auteurs, qui s'en sont occupés, principalement, Halban d'un coté e Martin de l'autre, et montré les concessions mutuelles qu'il se sont fait, l'A. affirme que le point crucial de la pathogenie du prolapse reside dans l'affaiblissement des facteurs de contre-pression qui devaient agir dans l'aire du "hiatus genital" en s'opposant a la descente des organes que surplombent ce "hiatus". Et alors, pour corriger ces defauts il ne reste donc, que le procedé d'Halban, qui soit acceptable, parce qu'il se sert des éléments mêmes auxquels, dans l'état physiologique, sont devolues les fonctions en defaut.

L'affaiblissement du "retinaculum uteri" provoque la retroflexion qui, en mettant l'organe dans l'axe du vagin, favorise la descente.

Une preuve indiscutable de l'action indispensable des muscles du plancher pelvien ce sont les cas de "spina bifida" où par la paralysie de ces muscles l'on voit se produire le prolapse genital même chez des nouveaux-nés. Il y a aussi des prolapses chez des femmes adultes qui ont son origine dans une "spina-bifida" meconnue.

Quelques raisons encore, d'ordre biotypologique, peuvent agir sur le plancher pelvien en l'affaiblissant ou en le predisposant, par defaut d'elasticité, aux lesions de l'accouchement, d'ou peut alors decouler souvent le prolapse.

Ainsi donc, le mecanisme du prolapse peut être résumé en deux phases: 1) affaiblissement de l'appareil de "detension" (retinaculum) et 2) ensuite insuffisance de l'appareil de "soutien" (plancher pelvien).

L'A. expose la technique d'Halban qu'il montre avoir très bien comprise et se prononce avec L. Kropp pour la designation de "vesico-suspension" haute de l'uterus à l'endroit de "vesico-fixation", parce que l'organe reste libre dans ses mouvements ce qui permet très bien la grossesse et l'accouchement.

A l'article se suivent sept observations de cas personnels que l'A. a suivis après l'operation et qui montrent des excellents resultats.

On genital prolapse and its surgical treatment

Summary

The Author is a decided partisan of Halban's operation for the cure of genital prolapse, because his anatomic studies and operative conclusions lead him to think, that it is the only method that takes care of static and physiological mechanism of equilibrium, between intra-abdominal pressure on one hand, and the role of the detention apparatus (retinaculum uteri) associated with the musculature of the pelvi-perineal floor on the other hand (supporting apparatus).

He expounds the divergence that takes place between authors, that have treated the subject, mainly between Halban and Martin, and shows the posterior approach of their opinions about prolapse mechanism. He emphasizes as the crucial point of prolapse pathogeny the weakness of the contrapressure factors, that should act in the area of "hiatus genitilis" against the falling tendency.

In order to correct these faults, only Halban's method is logical, because the same elements are employed by this method, that act in the physiological conditions. The weakness of the "retinaculum uteri" is the cause of retroflexion of the uterus, that places the organ on the vaginal axis and makes the "descensus" possible. There is a convincing proof of the great importance of the pelvic musculature as supporting apparatus. It is "spina bifida" that determines paralysis of these muscles, and so makes prolapse possible even in the new-born. There are also some genital prolapses in aged women, whose cause is an occult "spina bifida". Biotypologic troubles and infantilism can also play a role in prolapse etiology by weakning pelvi-perineal muscles and causing obstetric lesions by lack of elasticity.

Summarizing the prolapse mechanism, it may be said in a few words that there are two steps: first, weakness of the detention apparatus (retinaculum uteri), and 2d., insufficiency of the supporting apparatus (pelvic floor). Halban's technique is explained, and the A. shows a good understanding of its details. He prefers, with L. Kropp, the expression "vesico-suspension", instead of "vesico-fixation" of the uterus, because the organ remains entirely free for movements, pregnancy and labor.

At the end of the article are explained the personal observations of seven cases, which have had excellent results.

Über den Genitalprolaps und seine chirurgische Behandlung

Zusammenfassung

Der Verfasser ist auf Grund seiner anatomischen Studien und der Beobachtungen bei seinen Operationen ein entschiedener Anhänger Operationsmethode von Halban zur Korrektur des Genitalprolapses. Seiner Ansicht nach ist dies die einzige Methode, die das Spiel der

Kräfte zwischen intraabdominalem Druck einerseits und Haftapparat (retinaculum uteri) sowie Beckenbodenmuskulatur andererseits berücksichtigt. Er berichtet ausführlich über die Meinungsverschiedenheiten, die zwischen den einzelnen Autoren auf diesem Gebiet, besonders zwischen Halban und Martin, entstanden, und die gegenseitigen Zugeständnisse, die sie sich machen mussten. Er erklärt weiter, dass die Hauptpunkt in der Pathogenese des Prolapses die Schwächung der Träger des Gegendruckes sei, die sich in der Gegend des "Hiatus" der Senkung derjenigen Organe entgegenstemmen, die diesen "Hiatus" überlagern. Das Verfahren von Halban ist nun deswegen das wirksamste, da es sich zur Beseitigung dieses Fehlers derselben Elemente bedient, die physiologisch die gleiche Funktion ausüben.

Die Schwächung des "retinaculum uteri" hat eine Retroflexion zur Folge, wodurch das Organ in die Achse der Scheide eingestellt und sein Vorfal begünstigt wird.

Einen klaren Beweis für die Notwendigkeit der Stützfunktion der Beckenbodenmuskulatur bieten die Fällen von Spina bifida bei denen durch Lähmung dieser Muskulatur ein Prolaps selbst bei Neugeborenen entsteht. Auch bei erwachsenen Frauen finden sich durch unerkannte Spina bifida verursachte Prolapse.

Noch andere konstitutionelle Faktoren können auf den Beckenboden einwirken, indem sie ihn schwächen oder ihn, infolge Verlustes seiner Elastizität, zu einem Geburtstrauma mit nachfolgendem Prolaps geneigt machen.

Man kann demnach die Entstehung des Prolapses in 2 Phasen einteilen: 1) Schwächung des Haftapparats (retinaculum uteri); 2) Unzulänglichkeit der Stützapparats (Beckenboden).

Der Verfasser erklärt die von ihm sehr gut verstandene Technik von Halban und spricht sich mit L. Kropp für die Bezeichnung "Vesicosuspension" statt "Vesicofixur" aus. Denn es bleibt dem Organ seine freie Beweglichkeit erhalten, was eine Schwangerschaft und Geburt sehr gut möglich macht.

Der Artikel ist von sieben persönlichen Beobachtungen des Verfassers begleitet, die er nach den Operationen gemacht hat und die ausgezeichnete Erfolge zeigen.

TRÊS CASOS DE ESTHIOMENE VULVAR (*)

DR. E. DE BARROS COELHO

Cirurgião em Alegrete

Os acasos da clinica de Hospital consentiram-me observar, ao mesmo tempo, três casos interessantes de lesão vulvar que, á primeira vista, cataloguei de esthiomene da vulva.

Si bem que a ethiologia do esthiomene ainda não esteja definitivamente esclarecida, a lesão que assim se classifica por sua marcha, seu aspecto, sua symptomatologia, tem, como diz Pozzi, "uma significação puramente clinica".

Com effeito, enquanto Huguier que primeiro estudou essa lesão assemelha-a ao lupus da face, e Martin e Nicolle verificaram em um caso a presença de folliculos tuberculosos e alguns bacillos de Koch, assim como Pozzi relata outro caso em que o microscopio revelou nucleos tuberculosos com cellulas gigantes, autores não menos autorisados discordam da natureza essencialmente bacillar da lesão.

(*) Artigo posthumo — **Dados biographicos** — O Dr. Elyseu de Barros Coelho nasceu em Pelotas, Rio Grande do Sul a 1.º de Novembro de 1890. Bacharelou-se pelo gymnasio Pelotense, em sciencias e letras, em 1908. Em 1909 ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em Março de 1914 seguiu para a Europa em viagem de estudos. Em Paris surprehendeu-o em Agosto do mesmo anno a deflagração da grande guerra; foi quando offereceu de prompto, seus sermeado cirurgião de hospital de Lauriston. Em 1916 transferido para o "Hôpital Auxillaire 44", com séde em Saint Cloud, assumiu a direcção do serviço de cirurgia do mesmo hospital. Voltando ao Brasil em Janeiro de 1918 concluiu logo brilhantemente o curso da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e defendeu a these "Introdução ao estudo da cirurgia" sendo approvado com distincção. Cirurgião de carreira e de nomeada no Rio Grande do Sul, foram innumeradas as suas contribuições ás letras medicas. Foi o cirurgião que pela primeira vez no Brasil praticou a "forage" da prostata, de Georges Luys a quem estava ligado por fraternal amizade. Dedicando-se ultimamente a cirurgia do tubo gastro-intestinal, foi, durante o anno de 1929, primeiro assistente de Victor Pauchét na casa de saude da Rue de Turin, em Paris. Residindo ha pouco em Alegrete, Rio Grande do Sul, fulminou-o uma crise de angor pectoris quasi em plena sala de operações ao finalizar uma gastrectomia, em 3 de Setembro de 1935.

Assim Verchère considera a lesão, que classifica de sclerema ano-genital, como um modo de reacção dos tecidos ano-vulvares determinada por affecções as mais diversas.

Para Dubreuilh e Taylor tratar-se-ia de um processo ulceroso chronico, sem caracter especifico.

Para outros essas alterações tissulares seriam comparaveis á elephantiasc (Renault), ao epithelioma tubulado (Cornil), ao syphiloma de Wagner, tumor gomoso em differentes estadios de evolução, ulceração e esclerose (Paul Petit). Outros ainda encontram uma simples inflammação do derma, uma infiltração do tecido conjunctivo por elementos embryonarios, sobretudo em redor dos vasos dilatados (casos de Leroy des Barres, examinado por Cornil, e de Matthews Duncan, por Thin).

Para Lécène, "la tuberculose *quelques fois*, la syphilis *plus souvent encore*, associées à des lésions d'infections secondaires par les saprophytes de la région, sont la cause habituelle de ces éléphantiasis vulvaires, les "esthiomenes" de nos pères".

Para Bégouin: "des ulcerations de nature differente avec œdème inflammatoire hyperplasique peuvent donner lieu à des lésions analogues".

Nos três casos que acabo de estudar, cujas observações se lerão mais adeante, a marcha, a evolução, o aspecto clinico, a symptomatologia, induziram-me a fazer o diagnostico de esthiomene. Entretanto a natureza tuberculosa não foi verificada pelo laboratorio, pois o laudo de analyse de duas biopsias revela num caso tratar-se de granuloma syphilitico, e noutro de lesões pre-cancerosas.

Certo a syphilis terá influencia na manifestação da lesão, senão como agente causador, pelo menos como preparador do terreno, por isso que essa lesão se constata principalmente nas prostitutas de baixa classe. A prova therapeutica entretanto, não consta ter sido feita, e, nos casos que me occupam em nada modificou a evolução das lesões.

Clinicamente o que caracteriza o esthiomene vulvar, é o edema hypertrophiante dos grandes e pequenos labios, associado a ulcerações irregulares com tendencia á cicatrização parcial.

Como explicar a pathogenia do esthiomene vulvar? Sendo certo que a lesão é quasi exclusivamente verificada nas prostitutas de baixa classe, aos excessos do coito, á falta de hygiene, á miseria physiologica, deve a lesão ser attribuida.

O esthiomene vulvar é uma lesão rara. Faure, que em 30 annos só viu nove casos, cita Nonat e Hardyngue, os

quaes em 25 annos de exercicio no H. St. Louis, nunca vi-ram um caso.

Bégouin, diz: "bien des gynecologues n'en ont pas vu d'exemple dans toute leur carrière".

Symptomas

O esthiomene vulvar inicia-se por um rebelde prurido, acompanhado de erythema dos grandes ou dos pequenos labios. O prurido é intenso, insidioso, obrigando as doentes á "grattage". Este periodo é completamente indolor.

As ulcerações que se formam logo após as erosões determinadas pela grattage, tornam-se dolorosas ao toque, sangrando algumas vezes facilmente. Nessa phase apparece o edema, que augmenta, pouco a pouco, até á hypertrophia dos tecidos visinhos. E' nesse periodo que as pacientes procuram recurso medico.

Nota-se, então, o augmento consideravel dos grandes e pequenos labios, dando idéa de elephantiasse.

O toque é doloroso, quasi impossivel, porque ha sempre vaginismo.

Raramente, como n'uma das minhas observadas, a paciente confessa a possibilidade do coito de vez em quando, talvez porque haja cicatrização parcial das ulcerações, favorecida pela abstinencia forçada e por algum cuidado hygienico, que diminúa a intensidade do vaginismo.

Ha, segundo os autores, dois typos clinicos conforme predomina a fórma *hypertrophiante* ou a *ulcerosa*.

A fórma ulcerosa apresenta as variedades *erythematosa*, e *serpiginosa*, *tuberculosa*, *perfurante*.

Na variedade *erythematosa* a ulcera é superficial, corada em borra de vinho, bordos cortados.

Na variedade *serpiginosa* como o nome indica, as ulcerações apresentam prolongamentos; na *tuberculosa* as lesões são constituídas de mamillos de hypertrophia, disseminados, emergindo do fundo da ulcera, com bordos talhados em bisel e fundo de côr violeta. Nesta fórma um dos caracteres mais importantes é, diz Pozzi, a facilidade com que se faz a cicatrização expontanea de um lado, ao passo que a ulcera se abre do outro; "ce travail reparateur peut se produire et se détruire ainsi au même endroit, plusieurs fois de suite". A variedade *perfurante* se caracteriza pelas excavações profundas que attingem o lado opposto do tecido lesado, dando lugar a fistulas ano ou vesico-vaginaes.

A fórma *hypertrophiante* caracteriza-se pelo augmento consideravel dos grandes e pequenos labios, que podem duplicar ou triplicar de volume, entre os quaes se descobre o

capucho clitoridiano infiltrado também pelo mesmo edema duro, elastico. Nessa forma as ulcerações não faltam, principalmente sob a variedade serpigínea, na face interna ou mucosa.

A pelle dos tecidos edemaciados apresenta-se lusidia, brilhante, secca, contrariamente á face interna dos grandes e pequenos labios, de côr violacea, humida, com estrias esbranquiçadas, duras, cicatrizes de ulceras anteriores. Ao passo que as partes ulceradas são dolorosissimas ao toque, as partes não ulceradas, hypertrophizadas, são indolores mesmo á pressão forte. A pressão dá a sensação de elasticidade, o edema não guardando a marca dos dedos. Ha sempre ausencia de engorgitamento ganglionar inguinal.

Diagnostico

O aspecto das lesões, juntamente com a ausencia de engorgitamento ganglionar inguinal, a marcha lenta do processo, distinguem o esthiomene de outras lesões, como o cancro molle phagedenico, que não se acompanha de oedema elephantisiaco e cuja evolução é mais rapida, tendo ainda no seu cortejo o engorgitamento ganglionar inguinal. Além disso o exame bacteriologico revela a presença de *B. de Ducrey*; as ulcerações gomosas syphiliticas, de evolução rapida, apresentam bordos avermelhados inflammatorios, e de fundo sanioso, tendo ainda o caracteristico de dureza na base.

O epithelioma, ulceração de fundo vegetante, sangrento, bordos evertidos, duros, acompanhada de engorgitamento ganglionar.

O granuloma ulceroso da America do Sul, presta-se á confusão, mas distingue-se, não só pela duração do processo, mas pela presença do bacilo encapsulado descoberto nessa lesão, por Donovan em 1905 (*).

Para Faure e Syredey, o que mais caracteriza o esthiomene é a sensação de caoutchouc que dá a palpação dos tecidos superficiaes. O oedema hypertrophico do esthiomene não guarda a impressão digital á palpação apoiada, os tecidos retomando immediatamente a forma e o aspecto anterior.

(*) Nota da redacção — Factor muito importante hoje em dia na etiologia dos syndromos que levam o nome de "esthiomene" é a lympho-granulomatose de Nicolas-Favre. Vale consultar a esse respeito recente monographia de muito valor da clinica de Gay Prieto em Sevilha, onde se mostra que a reacção de Frei praticada nesses casos dá alta percentagem de positividade.

Emfim seria possível reconhecer signaes de tuberculose antiga ou recente nas doentes portadoras de esthiomene. *Le Fort, Bernutz, Fiquet. (Cit. p. Pozzi pag. 1288).*

Attribuida á syphilis, á tuberculose, reconhece-se hoje esta ultima como causa effectiva do esthiomene, porém ignora-se a razão da sua localização.

Sendo certo que essa lesão é verificada quasi exclusivamente entre as prostitutas de baixa classe, aos excessos sexuaes, á falta de hygiene, á miseria, deve ella ser attribuida.

O prognostico do esthiomene é sempre grave. Lesão de marcha lenta, capaz de destruições extensas por propagação ao recto, á vagina, que podem ser perfurados. A cicatrização parcial das ulcerações, que é um dos caracteristicos da lesão, pode provocar estreitamento anal ou do meato urethral. As doentes acabam em cachexia e marasmo.

A cura seria rara, mesmo a expensas de operações amplas, o que não se observa porque quando as doentes procuram recurso já as lesões são extensas.

Na primeira phase, quando ainda em erythema, a anti-sepsia local associada ao tratamento geral, talvez conseguissem resultados satisfatorios.

Em geral a affecção dura de 4 a 10 annos. Numa das minhas observadas as lesões se iniciaram ha dez annos e a paciente ainda apresenta um bom estado geral.

Segundo Guérin as ulcerações da pelle seriam benignas, contrariamente ás da mucosa, que tomam o character phagedenico.

Na fórmula hypertrophiante, quando ainda a vagina está intacta, a vulvectomia total está indicada, feita com thermo ou galvanocauterio. Talvez ainda melhor seria, feita com o bisturi electrico. A electro-coagulação que, parece ainda, não foi tentada, deveria ser empregada nesta fórmula, assim como na ulcerosa, desde que a vagina, como disse acima, ainda não tenha sido ganha pelo edema.

O tratamento modificador das lesões ulcerosas pelos causticos — acido nitrico (Martin) potassa caustica (G. Veit) acido sulfurico (Guillaumet), seria mais indicado que os antisepticos — agua oxygenada, permanganato de potassio, vioformio, iodoformio, aniocol externo, etc.

A curetagem e a escarificação que dão resultados no lupus da face, só seriam proveitosas na forma erythematosas.

A qualquer tratamento local deve-se associar o especifico e o geral, tendo em vista o estado de verdadeira miseria physiologica a que chegam as doentes portadoras dessa terrivel affecção.



Fig. I



Fig. II A



Fig. II-B

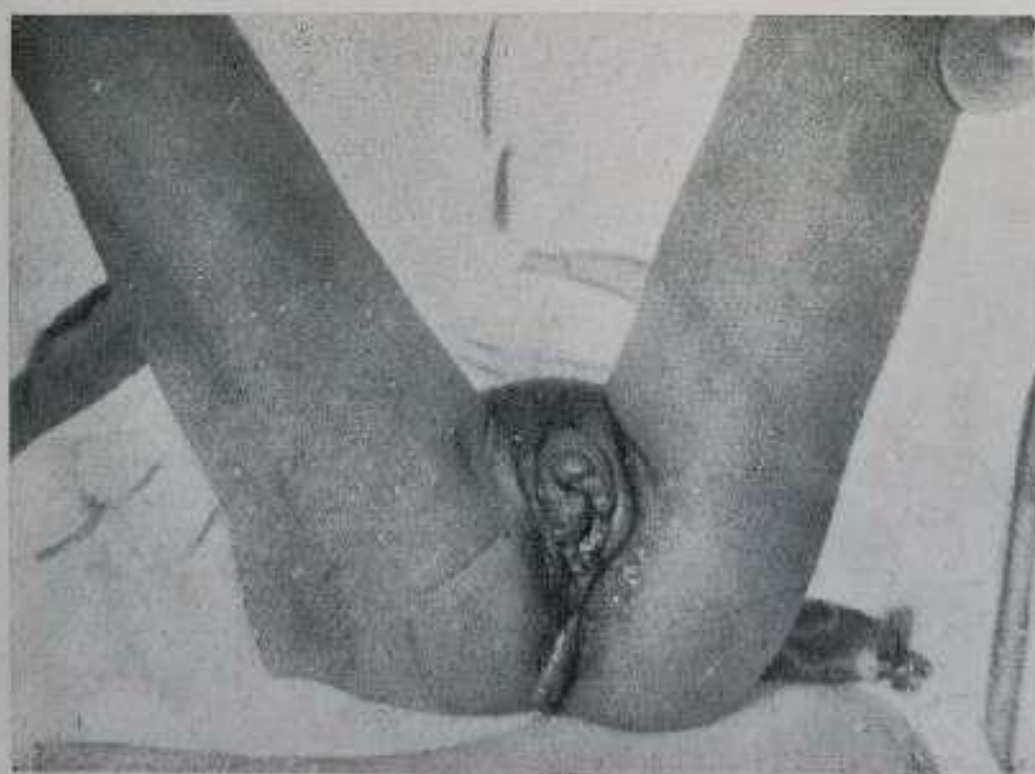


Fig. III



Fig. IV-A



Fig. IV-B

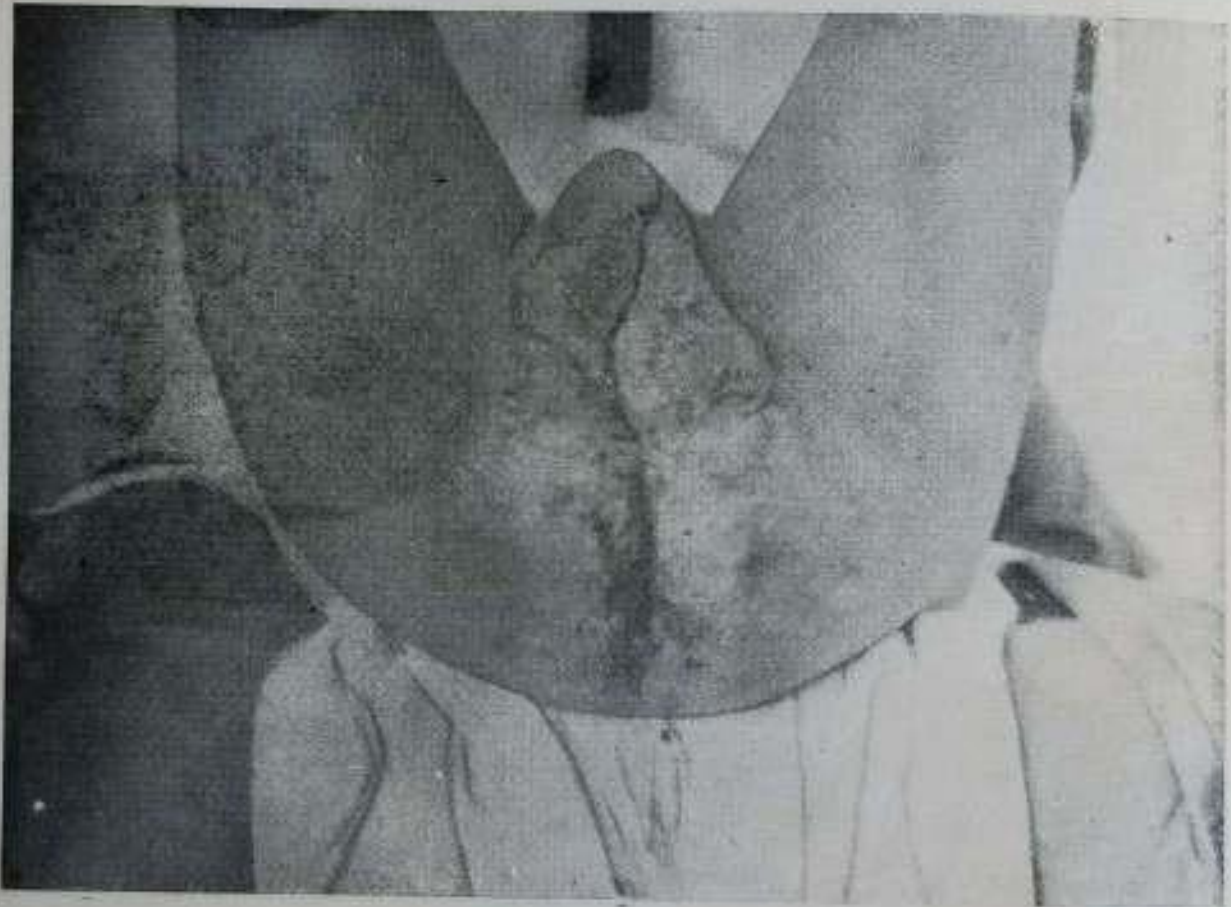


Fig. V

Observações

I — M. V. branca, 29 annos, solteira. Nada de particular entre ascendentes e colateraes.

Sarampo aos 7 annos. Afóra este e a grippe em 1918, não se recorda de ter estado doente.

Menarcha aos 13 annos, sempre bem regrada. Engravidou a primeira vez ha quatorze annos. Desse parto e dos seguintes, passou muito bem. Prostituiu-se após o 3.º parto, abortando logo a seguir 2 vezes.

Conta que ha dez annos teve forte prurido vulvar que a obrigava a coçar-se constantemente e procurar o coito prolongado e frequente. Nesse periodo teve abundante corrimento vaginal.

Algum tempo depois, em consequencia da "grattage", notou que certas partes da vulva onde antes se iniciára o prurido, eram dolorosas e sangravam, verificando então que "as partes estavam inchadas" (sic).

Não deixou, por isso, de continuar a aceitar o coito, antes procurava-o com prazer, porém, de vez em quando isso lhe era penoso pelas dôres que sentia na vagina e, sobretudo, nas partes externas.

Veu à consulta ha tres annos, porém não quiz ficar hospitalizada.

Por essa occasião, em vista das dôres que lhe provocava o coito, aceitou o coito anal que, tornando-se frequente depois, deu lugar à "sahida da via" (sic). Queixa-se tambem de "perder urina" (sic).

Exame: — Nota-se um augmento consideravel dos grandes e pequenos labios, sobretudo do lado direito com hypertrophia tambem do capucho clitoridiano. Afastando-se os tecidos hypertrophiados verifica-se a presença de algumas ulcerações sobre a face interna dos pequenos labios, de bordos talhados a pique, fundo de côr roxa, sangrando, e extremamente dolorosas ao toque.

A introdução do dedo na vagina é quasi impossivel porque as paredes vaginaes estão endurecidas, cartonadas, por um oedema elastico. Por isso mesmo o exame ao especulo não é possivel.

Tanto quanto se pôde fazer um exame meticoloso, afastando-se os grandes e pequenos labios, verifica-se a presença de uma ulceração sob o meato urethral, que se estende para a vagina. A um esforço da doente, um jacto de urina sae pela vagina. Certamente ha uma fistula vesico-vaginal.

Notam-se tambem algumas ulcerações sobre o perineo. Ha grande prolapso rectal com ulceração da mucosa, prolapso facilmente reductivel, deixando o anus francamente aberto, com atonicidade completa dos sphincteres e ulcerado em todo o seu contorno.

Ausencia de reacção ganglionar inguinal. A paciente apresenta sobre as coxas, pernas (fig. I), como allias em todo o corpo, manchas de vitiligo.

Feita a biopsia, revelou (fig. II). Chorio da mucosa vulvar apresenta consideravel infiltração por elementos mononucleares particularmente plasmocitos; infiltração que se dispõe especialmente em redor dos vasos, alguns dos quaes são sede de um processo de arterite, fazendo lembrar a natureza da infiltração e a sua disposição peri-vascular, uma lesão syphilitica.

Diagnostico: — Granuloma chronico especifico (Prof. Waldemar Castro, de Porto Alegre).

Foi feito um tratamento anti-luetico intensivo (914, bismutho, mercurio, iodureto) sem nenhuma modificação do estado local ou geral.

Localmente — lavagens com permanganato de potassio, vioformio.

Pediu alta um mez após internada, sahindo como entrára, apenas reduzido o prolapso.

II — J. S. 26 annos, preta, solteira. Historia familiar sem importancia.

Menarcha aos 15 annos, com periodos menstruaes 28/4 sem accidentes. Um aborto ha seis annos.

Pouco depois teve corrimento vaginal, com ardencia da urethra durante as micções.

Ha quatro annos sentiu forte prurido nas partes, obrigando-a a coçar-se frequentemente. Coito prolongado e frequente que aliviava o prurido.

Esse periodo se prolongou até ha 2 annos, mais ou menos, quando então se tornou impossivel o commercio carnal pelas dôres que lhe occasionavam. Diz que ha tres annos notou augmento de volume "das partes" (sic).

Tentativa de coito anal mal succedida por grande traumatismo então occasionado, do que resultou uma cicatriz cheloideana na margem do anus.

Exame: — Nota-se grande augmento dos grandes labios, sobretudo do lado direito (fig. III), que, afastados, deixam ver sobre os pequenos labios uma ulceração de bordos irregulares em franco phagedenismo.

Sobre o bordo livre dos grandes labios hypertrophiados ha ulcerações de bordos talhados a pique, fundo sanioso de côr vermelho sujo, secreção abundante, de cheiro acre.

Ao toque, doloroso pelas lesões da vulva, nota-se que as paredes vaginaes estão intactas, utero movel, indolor, fundos de sacco normaes. Ao especulo, que se consegue applicar apezar das dôres vulvares, verifica-se o colo do utero levemente augmentado de volume, sem ulceração.

A pesquisa de ganglios inguinaes revela-os levemente augmentados de volume á direita, porém absolutamente indolores.

A biopsia (fig. IV) revela que "o epithelio malpighiano de revestimento fortemente irritado por um processo inflammatorio do chorio, proliferou exuberantemente enviando para a profundidade do chorio numerosos e grandes diverticulos que, invadindo os tecidos visinhos de modo anarchico e quasi sem limites precisos se comportam, si não como verdadeiras formações neoplasticas, seguramente como lesões francamente pre-cancerosas (Prof. Dr. Waldemar Castro, Porto Alegre).

Visto estarem as lesões circumscriptas á vulva, pratiquei a vulpectomia total e concomitantemente a ablação dos ganglios inguinaes.

Cicatrização per-primam.

Alta 12 dias depois da operação. A paciente, a pedido meu voltou varias vezes á consulta em excellente estado geral e local, confessando que o coito já é possivel.

III — R. V. 25 annos, solteira, de côr mixta, 2 filhos vivos. Nega abortos. Menarcha aos quinze annos, typo menstrual 30/5, precedido algumas vezes de colicas.

Ha 6 annos teve forte prurido das partes, que cedeu mediante lavagens vaginaes diarias e abstinencia de coito. Nesse periodo teve o 2.º filho.

Pouco depois, abundante corrimento vaginal, de côr amarellada, máu cheiro. O prurido se estabeleceu novamente, de modo mais intenso, obrigando a paciente á grattage, e ao coito frequente sem escolha de parceiro. Notou, então, augmento de volume das partes que, pouco a pouco tornaram o coito impossivel. Nega coito anal.

Diz que ha um anno notou um tumor na vagina que, abrindo-se algum tempo depois, espontaneamente, deu sahida a abundante puz fétido.

O corrimento vaginal era abundante, obrigando-a a lavagens varias vezes e a semicupios repetidos, pois que a pelle das nadegas se apresentava irritada como se tivesse eczema.

Notou, pouco tempo após á ruptura expontanea do tumor vaginal, que as materias fecaes saham pela vagina.

Exame: — Verifica-se que os grandes labios (fig. V), enormemente augmentados de volume, fazem corpo com uma massa de hypertrophia dos tecidos das nadegas até junto ao coccix. Nessa massa, toda de tecido hypertrophiado, nota-se um sulco que corresponde ao espaço interlabial e ao perineo. E' absolutamente impossivel o toque, não só pela dureza dos tecidos cartonados, mas porque a tentativa de afastamento dos grandes labios provoca dôr.

Verifica-se tambem que, sem que a doente faça o menor esforço, fézes e urina saem atravez o sulco que separa os tecidos hypertrophiados.

Não querendo abusar da bondade do nosso mestre, Prof. Waldemar Castro, mandei a biopsia deste caso a outro laboratorio. Infelizmente até hoje não recebi resposta.

A paciente sahiu a pedido, dois dias depois de internada, havendo apenas recebido uma injeção de Luatol.

Creio que não se podem afastar estes casos do diagnostico de Esthiomene Vulvar, embora a histopathologia não tenha reconhecido nas biopsias, os caracteres da tuberculose.

Aliás, como vimos acima, essa questão ainda está aberta; ha realmente em torno della uma discordancia unanime, para a qual contribue a raridade da lesão.

Trois cas de "Esthiomène vulvair"

Résumé

L'auteur presente trois cas de "esthiomène" de la vulve dont, deux avec documentation anatomo-pathologique sous forme de micro-photographies.

Le terme "esthiomène" designe un syndrome complexe attribué par les modernes auteurs dans leur plus grand nombre à une origine tuberculeuse. C'est aussi la pensée de l'A. et il cite a son secours les opinions de Huguier, Martin et Nicolle, Pozzi, etc.

Cependant dans ses cas personnels il n'a pas été possible de trouver des follicules tuberculeux mais il a recours aux aspects cliniques pour baser le diagnostic.

Ainsi, donc l'A. croit que l'"esthiomène" est mieux une "entité clinique" pouvant avoir son origine aussi bien dans la tuberculose que dans la syphilis, dans la faute d'hygiene genitale et les excés genésiques. C'est un article posthume et la Redaction donne une note sur la valeur de la reaction de Frei au sujet de la correlation entre esthiomène et la maladie de Nicolas-Favre.

Three cases of vulvar "esthiomene"

Summary

Three cases of "esthiomene" of the vulva are reported, two of which have anatomo-pathological proofs by means of microphotographs. The designation denotes a complex syndroma, that the modern authors

in their majority attribute to a tuberculous origin. That is the opinion of the A. also, and he quotes in his favour the opinions of Huguier, Martin and Nicolle, Pozzi, etc. In his personal cases it has not been possible, however, to detect tuberculous follicles, but clinical aspects have been claimed to firm such a diagnosis, and so the A. thinks "esthiomene" is rather "a clinical entity", having its etiological causation, either in tuberculosis, or in syphilis, or in lack of genital hygiene, or excessive coitus. That is a posthumous article, and the paper-redaction makes a note on the value of Frei's test to point out the correlation between "esthiomene" and Nicolas-Favre's disease.

Drei Fälle von Esthiomene der Vulva

Zusammenfassung

Der Verfasser legt 3 Fälle von Esthiomene der Vulva vor, zwei davon mit anatomisch-pathologischen Unterlagen in Form von Mikrophotographien.

Der Ausdruck "Esthiomene" bezeichnet einen Komplex, den die Mehrzahl der modernen Autoren als von tuberkulöser Herkunft auffasst. Derselben Meinung ist der Verfasser, der zur Unterstützung dieser Hypothese die Ansichten von Huguier, Martin und Nicolle, Pozzi u. a. zitiert.

Zwar hat er bei seinen Fällen keine Tuberkeln nachweisen können, der klinische Befund spricht jedoch für seine Ansicht.

Der Verfasser glaubt nun auch dass die Esthiomene eher ein klinisches Gesamtbild darstellt, das sowohl tuberkulösen wie syphilitischen Ursprung sein, aber auch infolge Mangels an Hygiene der Geschlechtsorgane oder geschlechtlicher Ausschweifungen entstehen kann.

Der Artikel ist ein nachgelassener. Die Redaktion fügt eine Anmerkung über die Bewertung der Frei'schen Reaktion und die Beziehungen zwischen Esthiomene und Nicolas-Favre'schen Krankheit bei.

Annaes Brasileiros de Gynecologia

NOTAS E COMMENTARIOS

O NOVO PROGRAMMA DE GYNECOLOGIA NA FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

O ensino da Gynecologia exige dos que o professam, uma visão cada vez mais clara dos problemas maximos que hoje complicam essa especialidade. Na orientação que o novo cathedratico dessa disciplina em nossa Faculdade, prof. Arnaldo de Moraes, imprimirá ao seu curso, vê-se, pela simples leitura do programma, por elle organizado e approvedo pela Congregação, que nenhuma dessas exigencias do ensino moderno foi descurada.

Damos a seguir a integra desse programma:

CLINICA GYNECOLOGICA

Professor Cathedratico Dr. Arnaldo de Moraes

O ensino da clinica gynecologica deverá ser realizado o mais praticamente possivel, no dispensario, na enfermaria e no laboratorio de que deverá ser provida a cadeira. Os alumnos serão particularmente instruidos nas praticas propedeuticas, de forma a apurar-lhes o tino diagnostico, bem como no preparo para as operações, sua realização e sequencias operatorias. A pesquisa deverá tambem constituir um dos meios de cultura dos alumnos. As aulas theoricas, limitadas em numero, o mais possivel, tratarão de questões geraes ou doutrinarias, indispensaveis á cultura geral do medico, como por exemplo: physiologia do apparelho genital feminino, constituição e gynecologia, aspecto social da gynecologia, a luta contra o cancer em gynecologia, as molestias gynecologicas transmissiveis, etc., etc.

O programma para o concurso de professores e docentes livres é o seguinte do qual, na forma da lei, será escolhido o assumpto para as provas:

1. Physiologia do apparelho genital feminino.
2. Amenorréas pathologicas, suas causas e tratamento.

3. Menorrhagias, suas causas e tratamento.
4. Metropathia hemorrhagica. Diagnostico differencial das affecções metrorragicas.
5. Dysmenorréa, suas causas e tratamento.
6. Malformações do aparelho genital feminino.
7. Gonorrhéa na mulher. Diagnostico differencial de lesões inflammatorias de outra causa. Tratamento de umas e outras.
8. Tuberculose genital feminina.
9. Syndrome esthiomene.
10. Kraurosis da vulva, sua evolução e tratamento.
11. Prurido vulvar, suas causas e tratamento.
12. Parametrites e pelvi-peritonite.
13. Malposições dos órgãos genitales, etio-pathogenia do prolapso genital.
14. Neoplasias musculares e conjunctivas do utero, suas complicações e orientação therapeutica.
15. Neoplasias epitheliaes do collo do utero, diagnostico particularmente precoce, etiologia, fundamentos prophylacticos.
16. Fundamentos na orientação do tratamento do cancer cervical.
17. Neoplasia epithelial do corpo do utero, seu tratamento.
18. Etiologia e classificação dos tumores do ovario e do paraovario.
19. Accidentes na evolução dos cystos ovaricos e paraovaricos.
20. Lesões gynecologicas consequentes ao parto.

A parte operatoria constará das seguintes intervenções:

1. Vulva — Vulvectomy, ablação de cystos de Bartholino.
2. Collo do utero — Tracheloplastias e amputações pelos methodos classicos.
3. Vagina — Operações plasticas, colpotomias, formação artificial de vagina.
4. Desvios uterinos — Vias abdominal, inguinal e vaginal.
5. Prolapso genital — Vias abdominal e vaginal.
6. Utero — Myomectomias, hysterectomy sub-total, fundica e total.
7. Hysterectomy alargada no cancer cervical — Vias abdominal e vaginal.
8. Ovarios e trompas — Resecção do ovario, salpingo-ophorectomia, salpingectomy, operações contra a esterilidade e esterelizadoras.

9. Operações nas fistulas do aparelho genital.
10. Operações sobre o sympathico em relação com o aparelho genital.

DOCENCIA DE CLINICA GYNECOLOGICA

Realizaram-se em Dezembro ultimo as provas de docencia de Clinica Gynecologica, tendo o concurso decorrido dentro dos preceitos legais, sob a direcção da seguinte banca examinadora: Professores A. Brandão Filho e Arnaldo de Moraes e Drs. Fernando Vaz, Lincoln de Araujo e Jayme Pogy.

Foram considerados *habilitados* os seguintes candidatos inscriptos: Paulo Pinheiro de Barros, Clovis Salgado Gama, Carlos Augusto Borges Palhares, Waldemar Dias da Paixão, Luiz Aguirre Horta Barboza, Oswaldo da Silva Loureiro e Mario Victor de Assis Pacheco.

CADEIRA DE CLINICA GYNECOLOGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Por indicação do Cathedratico de Clinica Gynecologica foram nomeados assistentes effectivos os Drs. Mario Pardal e Alderico Felicio dos Santos, o primeiro com funções de chefe de clinica; e assistentes extranumerarios os Drs. Manuel Borges Valladão, Eduardo Pinto de Vasconcellos Filho, Aloysio Moraes Rego, Francisco Victor Rodrigues, Alvaro de Aquino Salles, José de Castro Sthel Filho, Oswaldo da Silva Loureiro e Mario Victor de Assis Pacheco.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

O Professor Arnaldo de Moraes recebeu, datada de 18 de Outubro de 1935, a seguinte carta que acompanhava o diploma de membro correspondente dessa associação medica argentina:

"Señor Doctor Arnaldo de Moraes.

De mi consideracion:

Cumplo con la muy grata misión de poner en su conocimiento que en la Asamblea tenida lugar el día 10 del cor-

riente mes, ha sido Ud. nombrado MIEMBRO CORRESPONDIENTE EXTRANJERO de nuestra Sociedad.

La designación de que Ud. ha sido objeto no es sinó un reconocimiento de sus brillantes condiciones científicas y de trabajo.

Aprovecho esta oportunidad para felicitarle y augurar su valiosa cooperación a un estrechamiento en las relaciones científicas y amistosas entre ambos pueblos.

Saluda a Ud. con la más distinguida consideración. —
(a.) *Alfredo J. Guiroy*, Secretario General."

"O HOSPITAL" — SEU ANNIVERSARIO

No mez de Dezembro findo a brilhante revista "O HOSPITAL", incontestavelmente uma das mais prestigiadas e diffundidas revistas medicas do Paiz, celebrou seu 7.º anniversario de actuação efficiente e tenaz no campo aspero da imprensa medica nacional. O numero commemorativo constitue sem duvida alguma um bello record no jornalismo scientifico entre nós, não só pelo primor graphico como pelo grande e cuidadoso esmero no preparo e selecção das publicações scientificas.

Merece ser sempre salientado o denodo e a dedicação de que vem dando provas os incansaveis trabalhadores que dirigem a conceituada revista, no arduo sector que é a imprensa scientifica. "O HOSPITAL" vem dando cada anno as melhores provas de que se o labor é duro, não é porem inglorio ou sem compensação porque, a sua existencia atravez desses sete annos vem sendo um desenrolar de triumphos.

Dando aqui aos nossos companheiros do "O HOSPITAL" a justiça do nosso testemunho, formulamos os nossos votos para que a sua prosperidade esteja sempre em correspondencia aos seus grandes esforços.

Annaes Brasileiros de Gynecologia

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Orientação moderna em gynecologia — MORAES, ARNALDO DE
— (Ed. Guanabara. Rio) 1935.

Mais feliz não podia ter sido a escolha do titulo do presente livro com que o A. vem enriquecer a sua já consideravel bagagem de publicações scientificas. Com effeito, nenhuma especialidade, como a que o A. pratica e professa, vem tendo tamanho numero de innovações e de descobertas surprehendedentes que ás vezes provocam transformações bem vastas á ponto de chegar a exigir a remodelação de capitulos inteiros de tratados relativamente recentes.

Como nos trabalhos anteriores os assumptos são versados com a proficiencia e cuidado de um verdadeiro Mestre e perfeito didacta. O primeiro capitulo: "Evolução da Gynecologia" é um excerpto da Lição Inaugural da cadeira de Clinica Gynecologica na Faculdade Fluminense de Medicina, peça magistral de estudo historico e critico da disciplina no qual ao finalizar chama a attenção de seus alumnos para a tendencia cada vez mais conservadora que a Gynecologia vem tomando e que é preciso accentuar mais e mais. Não seria possivel nessa rapida analyse dar uma idéa perfeita de todos os capitulos, todos elles da mais palpitante actualidade: o "Factor constitucional em Gynecologia", os "Hormonios sexuaes femininos", a "Metropathia hemorrhagica", o "Diagnostico e prophylaxia do cancer do utero", e a "Gynecologia social". São expostos com maestria por quem bebeu profusamente na litteratura mundial e hauriu com intelligencia na sua pratica profissional a seiva de saber que faz os grandes especialistas.

F. VICTOR RODRIGUES.

Manual de propedeutica do abdomen — RAMOS, JAIRO e
CORREIA NETTO, ALIPIO — (São Paulo) 1935.

Um volume de quasi 200 paginas, excellentemente apresentado em sua parte graphica, o trabalho desses dois bri-

lhantes cultores da medicina e da cirurgia paulistas, merece francos elogios. Na sua feitura vê-se que não faltaram saber em grande contingente, perfeita compreensão das necessidades didacticas, ao par de abundante e bem escolhido material de illustração, quasi todo fruto de trabalho inteiramente pessoal.

É um livro utilissimo que vem preencher um vazio de necessidade, porque ninguem por certo pretenderá negar que os compendios até hoje existentes são já um tanto antiquados em comparação com os grandes progressos realizados na arte de examinar, no correr dessas ultimas decadas.

É o grande merito da obra reside particularmente no facto de não ser apenas um livro escolar; cabe sem favor nas melhores bibliothecas de um practico ou cirurgião. Sua clareza, sua divisão moderna, o rigor scientifico do texto, em dia com as ultimas acquisições que a Radiologia e Cirurgia accrescentaram ao que o velho methodo clinico já havia adquirido, fazem do 1.º vol. do **Manual de propedeutica do abdomen** de JAIRO RAMOS e ALIPIO CORREIA NETTO uma obra de primeira plana.

O publico medico esperará ancioso a publicação do volume subsequente.

F. VICTOR RODRIGUES.

INDICE DOS RESUMOS

	Pags.
Diabetes e gravidez — LABBÉ M. e GILBERT-DREYFUS.....	41
O aborto therapeutico por via abdominal — BRINDEAU, A. e LANTUÉ- JOUL, P.	44
Das monstruosidades acephalas e acardiacas (<i>Holoacardius acephalus</i>) — GOLOUBSTCHIK-IOFFÉE	45
A Trachelorrhaphia de Pestalozza — GAIFAMI, PAOLO.....	45
Reprodução experimental da apoplexia uterina por acção sobre o systema neuro-vegetativo abdominal — LAPORTE, A. e PHAM, H. G.	46
Um caso grave de infecção puerperal tratado pelo chlorhydrato de sulfamido- chrysoïdina — LACOMME	47
A proposito da migração do ovulo — BURGER, P.	48
Parto espontaneo em uma mulher portadora de um fibroma volumoso de mais de 7 kilos — HOEFFEL, J. e BERNARD.....	49
Lateinoma do ovario — DECOULX, BEDRIN e BASTIEN.....	49
Cancers do coto do collo, avós hysterectomia sub-total — LABORDE, S., LEWL, P. e VAN ZELLER, M. L.	50
A produção experimental da excessiva hyperplasia endometrial — ZUCKERMANN, S. e MORSE, A. H.	52
Novas dosagens de prolan e estrina da gravidez (em especial relação com a toxemia tardia e a eclampsia) — SMITH, G. von S. e SMITH, O. W.	53
Cancer do utero na infancia — LOCKHART, H. A.	54
O uso do Dilandil em gynecologia — BROWN, T. K. e KLEINE, H. L.	54
Hemorragia tardia da prenhez — SMITH, P. H.	54
Prenhez e diabetes — KRAMER, D. W.	55
O papel da transfusão de sangue no tratamento das hemorragias obstetricas — DIECKMANN, W. J. e DOILY, E. F.	55
Occipito-posterior — CROTTY, J. G.	56
Factores de mortalidade na cesareana — BOWERS, O. T.	57
Anesthesia intravenosa pelo Evipan — HOLMAN, A. e MOTHLEN, A. ...	57
O collo antes e depois do parto — CASTALLO, M. A. e MONTGOMERY, T. L.	57
O tratamento cirurgico das dysfunções ovarianas — ROBINSON, M. R.	58
O ceratrim vivide no tratamento da eclampsia — BRYONT, R. D. ...	59
Em estudo da mortalidade fetal em pacientes com doenças organicas do coração — TEEL, H. M.	60
O uso de substancia estrogenica para terminação da gestação humana — "A.J.M.A." (Editorial)	61
Syphilis e gravidez — Um estudo clinico de 2159 casos — McCORD, J. R.	62
Tratamento da vaginite por trichomonas com soluções salinas concentradas ROSENTHAL, S. e KALDOR	63
Carcinoma da mamma em rato macho sob tratamento continuado pela "estrina" — BURROWS, H.	63
Prevenção e tratamento da septicemia puerperal streptococcica — LINDSAY, H. F. SELWOOD	64
Alterações de dispositivos hereditarios pelos raios ultra-violetas — FRIEDRICH, W.	65
Determinação prenatal do sexo, segundo a doutrina de Schöner e Marbe do balanço estatístico — HANS KOCH	66
A importancia decisiva da pressão capillar na therapeutica do estado preeclamptico — D. v. RAISZ	67
Resultados da irradiação röntgentherapica em 135 casos de mastite puer- peral — THEISS, H.	68
A importancia da curetagem exploradora na metrorragia climaterica e pre- climaterica — SCHWARZ, A.	69
Mais uma nova espécie de esterilização tubaria — HINSELMANN, H. ...	70
Experiencias cirurgicas na execução da lei de esterilização — KLEFF, G.	70
Resultados do tratamento da esterilidade — LOREK, C.	72
Estatística geral sobre a esterilização eugénica na mulher e as recommen- dações resultantes — von MIKULICZ-RADECKI, F.	73
Dos effeitos dos extractos do lobo posterior da hypophyse sobre o utero na hyperplasia glandular cystica — ERICH INNGHANS.....	75

INDICE DOS RESUMOS

	Page.
<i>Hemorrhagia tardia no puerperio</i> — SCHNEIDER, L.	76
<i>Sobre a clinica e a genese dos tumores de Brenner</i> — FAUVET, E. ...	76
<i>Experiencias com o parto rapido de Delmas e algumas observações sobre a innervação do utero e as vantagens da anesthesia lombar na obstetricia</i> — BITTMANN	80
<i>Menstruação e ovulação</i> — KNAUS, H.	81
<i>A proposito das cesareanas cervico-segmentarias extraperitoneicas por artificialio</i> — LEON, J.	84
<i>Hydatidose do aparelho genital. Considerações sobre 165 observações argentinas</i> — RUIZ, V.	84
<i>Chronologia e significação da dor do Douglas na prenhez ectopica</i> — STAJANO, C.	85
<i>Sarcomas do utero</i> — COLILLAS, D. e BAZTERRICA, E.	86
<i>A colpoperineocleisis sub-total no tratamento do prolapso nas mulheres velhas</i> — SCHMARCZ, ESQUIVEL e COSTA.....	87
<i>Symphisiotomia em cabeça derradeira</i> — FALSIA, M. V.	88
<i>Sobre a symptomatologia na gravidez extra-amnio-chorial</i> — BOERO, H. A.	89
<i>Dysmenorrhéa por utero duplo incompleto</i> — POVLÓVSKY, A. J.	89
<i>Sobre um caso de choréa gravidica tratada com injeções intrarachideas de Electrargol</i> — BRIQUET, R.	89
<i>Vulvite pseudo-diphtherica e lues secundaria da vulva</i> — SOUZA RUDGE	90
<i>Em torno dos gonocytos e genese das gonadas</i> — LORDY, C.	90
<i>Syndrome de Couvclaive e hemiplegia</i> — ARAUJO, J. O.	91
<i>Dysmenorrhéa membranacea</i> — GUIMARAES FILHO, A.	92
<i>Molestia de Paget da mamma</i> — GOULART, T. D. e BURLAMAQUI BENCHIMOL, N.	93
<i>Estado actual da anesthesia epidural sacra no Serviço de Cirurgia do Hospital N. S. do Socorro</i> — CORRÊA, B.	95
<i>Esterilidade feminina</i> — CORRÊA DA COSTA, C.	95
<i>Em torno de tres observações de sarcoma do utero</i> — TAVARES DE SOUZA	95

RESUMOS

Nesta secção serão sempre resumidas, mez por mez, todas as publicações interessantes que se publicarem nas principaes revistas do mundo sobre os assumptos da especialidade.

JULHO DE 1935

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

Diabetes e gravidez — LABBÉ MARCEL e GILBERT-DREYFUS
— (*Gynecologie et Obstetrique*, Tomo 32, N.º I, Julho 1935).

Mais um estudo em que LABBÉ traz as conclusões tiradas de cerca de 20 casos novos por elle observados. Distingue desde logo duas grandes classes de casos: aquelles em que o disturbio glycidico surgiu pela primeira vez *no curso de uma gravidez* e aquelles em que a gravidez sobreveio em mulheres já *diabeticas*.

Na primeira parte faz sobresahir a importancia de verificar si a glycemia é expontanea (em jejum) ou provocada (alimentar). Põe em relevo o estudo da curva da glycemia após a ingestão de glycose em jejum e dos ensinamentos desse estudo deduz a separação das *glycosurias gravidicas* em quatro categorias de gravidade crescente:

Glycosuria por abaixamento do limiar renal — Esse abaixamento é constatado por LABBÉ e M. CHEVKI em 80 % dos casos totaes de gravidez. Chegou a ser visto por FRANK como um *test* de gravidez; não tem significação prognostica, é geralmente moderado e cede com a terminação da gravidez.

Glycosurias por perturbação glycoreguladora do typo paradiabetico — Glycosuria discreta quasi de descoberta fortuita, curva da hyperglycemia provocada ligeiramente anomala pelo alongamento da flecha, são os caracteristicos dessa forma que deriva da insufficiencia funcional gravidica do figado e se deixa quicá influenciar por algum factor endocrino (hypophyse).

Para-diabetes e abaixamento concomitante do limiar renal — Ha passagem de assucar na urina mesmo quando a hyperglycemia

provocada não ultrapassa o limiar normal (Ig 80 segundo LABBÉ). "Associadas ou não ao abaixamento do limiar as glycosuras paradiabéticas benignas não soffrem influencia da insulina" que é mesmo contraindicada.

Diabetes gravidico propriamente dito — Não tão frequente como os estados paradiabéticos no decurso da gravidez. Quando surge motivado por uma gestação pode ou regredir com o parto ou tornar-se constante, o que é a eventualidade habitual.

A physionomia clinica é completa: polydipsia, polyuria, polyphagia, emagrecimento e acidose. *Muito grave para a mãe e para o feto* sendo que a morte desse é a regra. Mortalidade materna: 25 % dos casos (Mme. ANCHEL BACH).

Eis as deduições geraes dos A.A. sobre essas formas de disturbios glycidicos surgidos pela primeira vez no curso da gravidez:

"A prenhez evolue até o termo sob a acção da insulina e contrariamente aos dados classicos, o tratamento conserva até o fim da gestação a doença em forma benigna; no emtanto as perturbações vão se aggravando no decurso de outras gestações."

Na segunda parte estudam a influencia da gravidez sobre um limiar renal ou um mecanismo glycoregulador já anteriormente perturbados. De duas observações detalhadas e interessantes os A.A. concluem que em pacientes anteriormente glycosuricas a gravidez pode ora abaixar fortemente o limiar renal e provocar cetonuria intensa que não cede sinão difficilmente sob a acção insulinica; ora ficar sem acção sobre o limiar e determinar só uma cetonuria refreavel sob a acção da insulina; esta, muitas vezes corrige a cetonuria embora nenhuma acção mostre sobre a glycosuria renal.

Muito raramente a gravidez exerce acção paradoxal sobre o limiar, elevando-o.

Nas pacientes propriamente diabéticas a sobrevivida de uma prenhez pode actuar de 3 maneiras typicas: a) melhorando o diabetes; b) não o influenciando em nada ou apenas de modo minimo; c) aggravando-o francamente.

A primeira eventualidade é encarada pelos A.A. com scepticismo por nunca a terem elles proprios encontrado entre seus casos. Seria o caso de uma acção vicariante do pancreas fetal?

A repercussão nulla ou minima da gravidez sobre o diabetes se verifica segundo os A.A. na proporção de 30 %, sendo rarissima nos diabetes graves com desnutrição e acidose; nesse particular figuram como verdadeiras curiosidades os casos de ROSENBERG, UMBER, etc. Mesmo assim o mais das vezes o filho succumbe mesmo após o parto a termo.

Afinal consideram os A.A. os casos de aggravação do diabetes pela gravidez. E affirmam: o quadro da era pre-insulinica com os horrores do coma rapido, hydramnios, morte, maceração e putrefação do feto *in utero*, perigo das lesões do parto com infecção e gangrena, transmutou-se com o advento do hormonio pancreatico.

As estatísticas de LABBÉ, ROSENBERG e RABINOVITCH dão uma percentagem negligível de morte materna embora o futuro feto não logre ser tão favoravelmente modificado.

Também o manejo da insulina e do regimen torna-se bem mais delicado nas diabeticas em gestação. Depois de um estudo acurado de minuciosas e variadas observações de casos seus resumem LABBÉ e GILBERT-DREYFUS suas deduições da seguinte maneira. Quanto a mãe: em certos casos a tolerancia aos hydratos de carbono se mantem mais ou menos ao mesmo nivel que antes da gravidez.

Em seus casos, excluindo um caso de morte por eclampsia postpartum não tiveram a lamentar nenhum obito por aggravação do diabetes. Em geral os accidentes de aggravação occorrem do 6.º ao 9.º mez e constam de phenomenos acidoticos que ás vezes levam ao coma. O tratamento é delicado, exige a hospitalisação da doente para sob o contróle de exames frequentes e varios, orientar com vantagem a cura insulinica e acompanhar a tolerancia hydrocarbonada. Salvo caso excepcionalmente grave a amamentação pode ser permittida. As phenhezes ao repetir-se vão aggravando o diabetes.

Quanto ao feto: os resultados da cura insulinica não chegam a protegelo tão efficaçmente. Além de vícios de desenvolvimento organico, que são raros, a mortalidade não baixou como a materna com o advento da insulina. Para ROSENBERG 45 %; RABINOVITCH 5 em 24; WHITE 37 a 25 %; LABBÉ e GILBERT-DREYFUS 17 %; essa taxa cresce com a idade materna e portanto com a paridade e a duração do diabetes; a perturbação mais frequente é o hydramnios. As condições de saude posteriores do feto não estão a salvo do apparecimento da molestia embora isso não constitua regra; trazem muitas vezes alterações cardio-vasculares e hepaticas. São quasi sempre fetos grandes.

Quanto a pathogenia de todos esses phenomenos assignalam os A.A. a hypothese de CARLSON da supplencia do pancreas fetal nos casos de melhora do diabete na gestação e encorajam o proseguimento desses estudos.

Porque se abaixaria o limiar renal na gravidez? Perturbação autonoma da função renal? (GOLDBERG); desequilibrio sympathico? (JOEL, DUNNER); dysfunção hypophysaria? (PICO, SALOMON); do corpo amarello? (HEINTZ); da digestão? (COMMIDGE). Não se decidem LABBÉ e DREYFUS.

Entreveem, no entanto, que ao lado das perturbações pancreaticas e hepaticas oriundas da gravidez e capazes de desarticlar a glycoregulação, um papel cada vez maior caberá d'aqui por deante á hypophyse dada á constatação recente do *hormonio hypophysario hyperglycemizante* e ás alterações hypophysarias caracteristicas da gravidez (cellulas da gravidez, hypertrophia consideravel, aspecto acromegaloide frequente nas gravidas).

Frizam ao mesmo tempo a existencia de uma *acidose não diabetica* frequente na gravidez, resistente á insulinotherapia e que estaria talvez na dependencia do *hormonio hypophysario lipo-regulador* ou "*acetonemiante*" que seria tambem secretado em excesso devido a hyperplasia da glandula (HOUSSAY, JAGER e outros).

Como orientação therapeutica: do lado clinico tender a augmentar a ração hydrocarbonada em vista do feto que exige reservas, embora se faça mister augmentar tambem a insulina; velar tambem para que o abaixamento do limiar renal não contribua numa dieta exigua a levar a paciente á hypoglycemia. Tactear em cada caso.

Do lado obstetrico: proscipção do aborto systematico (LABBÉ e ROSENBERG) não só pelos perigos á elle inherentes como pela já provada possibilidade de conduzir a prenhez ao termo.

Não se mostram tão pouco favoraveis ao parto prematuro ou a cesarea (pelo grande tamanho fetal).

As glycosurias não diabeticas não requerem nenhum tratamento obstetrico.

O aborto therapeutico por via abdominal — BRINDEAU, A. e LANTUÉJOUL, P. — (*Gynecologie et Obstetrique*, Tomo 32, N.º I, Julho 1935).

Em interessante artiguete acompanhado de optimas figuras expõem os A.A. a technica seguida na Clinica Tarnier quando se deseja juntar ao aborto therapeutico a esterilisação da mulher.

Não gostam da via vaginal para a esterilizaçáo reputando-a difficil e incommoda; empregam-na no emtanto quando a molestia que indica o aborto é passivel de cura e portanto não aconselha a supressão de prenhezess ulterioress.

Nas cardiopathias graves a contraindicacáo da concepção sendo definitiva cabe a via abdominal para proceder o esvasiamento do utero e ligar com maior facilidade as trompas.

A operacáo a que chamam "pequena cesareana" pode ser feita com vantagem sob rachianesthesia. Tambem cabe a loco-anesthesia em particular pela *pantocaina*.

Eis a technica: incisáo infra-umbelical mediana, passagem de duas alças de catgut nos cornos uterinos para levantar o utero por tracção; incisáo mediana da parede do utero (as figuras mostram a incisáo no fundo do utero) a qual se segue a dehiscencia do ovo fechado. Logo após injecta em pleno myometrio, dos dous lados, extracto hypophysario; expulsado o ovo acaba-se de retirar com o dedo; com uma compressa destaca-se a caduca sempre espessa. Sutura com pontos em V para fazer a hemostase; alguns outros pontos separados e um chuleio superficial. A isso segue-se a resecção de um segmento tubario entre ligaduras.

REVUE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Das monstruosidades acephalas e acardiacas (Holoacardius acephalus) — GOLOUBSTCHIK-IOFFÉE, E. J. — (*Rev. Franç. de Gynec.*, Julho 1935).

Trata-se de um interessante e raro caso de monstruosidade. Numa prenhez gemellar de uma mulher moça e normal, após o nascimento de um fêto normal foi expulso um gêmeo monstruoso com os seguintes característicos: Uma massa arredondada que lembrava uma nádega na qual se viam implantados membros inferiores rudimentares. Esboço de genitais externos de typo feminino, tudo edemaciado exageradamente.

A roentgenoscopia confirmou tratar-se da parte inferior de um tronco com deformações e anomalias osseas.

Ausencia completa de órgãos visceraes. A circulação fazia-se em sentido inverso ao habitual e era accionada pelo coração do gêmeo. A classificação em holoacardius acephalus ficou documentada pelas provas a que foi submettido o monstro e esteiada nas opiniões dos maiores teratologistas.

A Trachelorrhaphia de Pestalozza — GAIFAMI, PAOLO — (*Rev. Franç. de Gynec.*, Julho 1935, Anno 30, N.º 7).

O A. procura tirar do olvido o methodo já antigo que PESTALOZZA creara para corrigir as rupturas de collo. A particularidade do processo reside no desdobramento. A technica é a seguinte: com um bisturi bem afiado incisam-se os dois bordos da ruptura parallelamente as duas camadas mucosas seguindo a linha de separação entre o epithelio vaginal e cervical, com cuidado para deixar a mucosa do canal revestida pelo tecido fibroso que a reforça; feito isso pratica-se a sutura dos bordos internos de modo a amarrar os fios por dentro do canal.

A sutura é difficil nos pontos mais superiores porém torna-se facilmente praticavel á medida que se desce; depois faz-se a sutura dos bordos dos dois retalhos exteriores. Os resultados tanto anatomicos como physiologicos são excellentes.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNECOLOGIE DE PARIS

Reprodução experimental da apoplexia uterina por acção sobre o systema neuro-vegetativo abdominal (*Reproduction experimentale de l'apoplexie uterine par action sur le système neuro-vegetatif abdominal*) — Comunicação de LAPORTE, A. e PHAM, H. G. — Seção de 1.º de Julho de 1935 — (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynec. de Paris*, Julho de 1935).

Praticando uma serie de experiencias para estudar o papel do sympathico na infecção e na immundade, os A.A. foram levados a descobrir phenomenos do maior interesse na esphera genital. Esses phenomenos são em tudo semelhantes a apoplexia utero-placentaria descripta por COUVELAIRE em clinica.

As analogias são tanto de ordem anatomica como biologica. Expõem succintamente as experiencias em que chegaram a provocar voluntariamente taes lesões em coelhas e cobayas gravidas.

O processo consiste em irritar o sympathico (glanglios, nervos e plexos) por soluções de venenos mineraes (sulfato de nickel, azotato de cobalto, acetato de chumbo, agua de sabão, alcool a 30º, cantharidato de sodio) ou ainda, com melhores resultados, injectando após sensibilisação previa uma fraca quantidade de serum humano ou equino. Esse methodo deu resultados muito mais comparaveis ao quadro clinico. Em um caso de uma cobaya attingida de trycho-phytia foi o bastante, pôr em contacto com o systema neuro-vegetativo, o antigeno homologo. Foram obtidos resultados mesmo com impregnação a distancia. Em 22 animaes houve 15 casos em que se produziu apoplexia uterina: 1 morreu de peritonite; os restantes deram resultado negativo.

As lesões principaes são as seguintes: grandes manchas ecchymoticas, irregulares, arroxeadas do utero; essas lesões invadem os ligamentos largos e em menor grao, os ovarios. O liquido amniotico mostra-se sanguinolento. As placentas mostram manchas hemorragicas ou são mesmo feridas de apoplexia franca.

Histologicamente as alterações se manifestam na musculatura uterina por extravasações perivasculares que chegam até a dissociar fibras musculares. A mucosa transforma-se em um verdadeiro lençol hemorragico.

Ao nivel da placenta todas as lacunas sanguineas podem mostrar-se cheias de hematias extravasadas.

Cumpre notar a existencia de lesões extragenitales como hemorragias do intestino, estomago, ganglios mesentericos, suprarenaes e ainda hepatite diffusa.

Comparando então os seus achados com as constatações clinicas da these de PORTES sobre a apoplexia utero-placentaria os A.A. en-

centram similitudes flagrantes, ponto por ponto, inclusive o edema do myometriio, a leve infiltração leucocytaria e alterações vasculares (endothelio) que aliás levaram PORTES em recente trabalho a dar á apoplexia placentaria o valor de um verdadeiro purpura uterino.

Analogia de resto confirmada por lesões constatadas fora da esphera genital.

Assim apparece tanto na clinica como na experimentação a apoplexia utero placentaria como o *symptoma cardinal* de um syndromo geral que tem suas traducções longinquas em outras visceras.

E, á luz desses experimentos parece aos A.A. que a ligação do raptus placentario com a etiologia que lhe dão PINARD, BAR e PORTES (hepato-toxemia) não reside nem numa modificação da coagulação sanguinea, nem numa acção directa sobre a parede dos vasos, porém sim em uma lesão das fibras sympathicas sob cuja dependencia está o equilibrio trophico dos endothelios vasculares.

Qualquer irritação ou impregnação toxica de taes fibras acarretaria ao nivel das principaes visceras, lesões degenerativas e sobretudo hemorragicas, decorrentes estas, de alterações endotheliaes.

Quanto a natureza dos venenos capazes de provocar por esse mecanismo o syndromo descripto, está por determinar.

Um caso grave de infecção puerperal tratado pelo chlorhydrato de sulfamido-chrysoïdina (*Un cas grave d'infection du post-partum, traité par le chlorhydrate de sulfamido chrysoïdine*) — LACOMME — (*Bull. Soc. Obst. et Gynec. de Paris*, sessão de 1.º de Julho, 1935).

Uma paciente em que já havia no momento do parto um inicio de infecção amniotica viu-se presa de uma grave infecção puerperal que se tornou logo inquietante. A partir do 12.º dia sobrevieram calefrios diarios com ascensões a 40º e acima. Vinte dias mais tarde nova phase de aggravação com calefrios muito violentos e em horas regulares. O exame da doente mostrou então que uma thrombophlebite se installava. Os lochios, então desaparecidos faziam erer que não mais a endometrite era a causa da temperatura. E' então, no 35.º dia que ante a imminencia de ter que praticar uma ligadura venosa, o que aliás fora aconselhado pelo prof. COUVELAIRE, o A. tenta o tratamento pelo chlorhydrato de *sulfamido-chrysoïdina*. Após o grande calefrio da vespera a temperatura estava em 37º,7. O primeiro comprimido de 0,25 foi dado; outros se seguiram de hora em hora até o total de 12. A' tarde os tegumentos estavam intensamente corados de amarello e a urina francamente vermelha. Nesse dia faltou o calefrio pela primeira vez após varias semanas e a partir dahi nunca mais appareceu. A deffervescencia foi-se fazendo gradativamente e era completa no 46.º dia.

Um quadro graphico que acompanha a communicação mostra a perfeita coincidência da modificação da curva com a ministração do sulfamido-chrysoïdina.

O A. mostra-se quasi convencido, da efficiencia da therapeutica no caso, maxime porque o tratamento foi iniciado num momento de aggravação franca do caso, quando só era de esperar uma ascensão ou uma manutenção da curva thermica.

A proposito da migração do ovulo (*A propos de la migration de l'ovule*) — BURGER, P. — (Soc. d'Obst. et Gyn. de Strasbourg, sessão de Maio, 4, 935 apud *Bull. Soc. d'Obst. et Gynec. de Paris*, Julho, 935).

O auctor relata um caso em que julga indiscutivel a migração interna (cuja possibilidade, FRAENKEL e HOLKNE contestam) do ovulo, isto é, o facto de um ovulo insinuado por uma trompa ser fecundado, chegar ao utero, insinuar-se pela ostio uterino da trompa opposta e ir-se nidar nesta.

Relata depois um caso de migração externa (peritoneal) do ovulo, isto é, um ovulo oriundo de um ovario caminhar até o pavilhão da trompa opposta e ir-se nidar nesta.

O primeiro caso, aliás muito interessante, é o seguinte: uma paciente que se apresenta com perdas após um pequeno atrazo. Nos antecedentes havia um parto difficil que requereu incisões do collo e forceps, seguindo-se infecção. Ao exame os annexos esquerdos mostram-se do tamanho de uma ameixa, sensiveis e fixos. Foi praticada uma curetagem. Continuando as perdas, a doente foi reexaminada: o tumor esquerdo mostrava-se maior; havia dores. Posto o diagnostico de prenhez tubaria a esquerda, a intervenção patenteou o seguinte: utero fixo em retroflexão. A' direita: annexos fixos, trompa permeavel. A' esquerda: adherencias prendendo os annexos; trompa collada ao ovario e com apparencia de Hydro-salpinx. A trompa examinada com mais minucia mostrava tres partes differentes: terço uterino de aspecto normal; terço medio intumescido, azulado; ultimo terço, bolsa kystica antiga completa e uniformemente fechada, cheia de liquido sanguinolento. O corte mostrou que a porção media era occupada por um ovo. O caso, de facto, parece provar eloquentemente, dadas as condições pathologicas da extremidade distal da trompa gravida que o ovulo só poderia ter penetrado pela trompa direita e chegado ao utero teria penetrado pelo isthmo para se nidar a esquerda. Uma falha nessa observação é a verificação que não foi feita da situação do corpo luteo que devia se achar á direita. A outra observação é um caso de utero duplo. A metade esquerda com um rudimento de trompa inseria-se lateralmente a meia altura na metade direita que estava gravida e possuia

trompa normal. A mulher foi operada por crises dolorosas e com diagnostico de appendicite.

O exame anatomico da metade uterina direita mostrava ausencia completa de luz uterina e tubaria. No entanto era o ovario desse lado que exhibia um soberbo corpo amarello de gravidez. O caso é claramente de migração externa (peritoneal) do ovulo.

Parto espontaneo em uma mulher portadora de um fibroma volumoso de mais de 7 kilos (*Accouchement spontané chez une femme atteinte d'un fibrome volumineux, de plus de 7 kilos*) — HOFFEL, J. e BERNARD — (Soc. d'Obst. et Gyn. de Strasbourg, sessão de 4 de Maio, 935 apud *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, Julho de 935).

Uma mulher deu á luz espontaneamente, em apresentação de face, a um feto a termo, morto, após parto laborioso.

A parteira não vendo o ventre diminuir e antes augmentar, constatando colicas que recommçavam fortes, chamou os A.A. na suspeita de um parto duplo.

Ao ser examinada a doente apresentava um grande tumor attingindo o umbigo. Na parte superior peristaltismo visivel.

Diagnostico: oclusão intestinal por tumor pelvico. O acto operatorio mostrou que se tratava de um fibroma que enchia a pelve e se elevava até o figado. Adheria fortemente ao colon descendente e á sigmoide comprimindo-os. O utero estava na frente do tumor. Um pediculo curto prendia este ao corno esquerdo. O tumor foi retirado após hysterectomia e libertação das adherencias. A oclusão desapareceu incontinenti.

O tumor pesou 7 kilos e 200 grs. Os antecedentes não assignalavam metrorrhagias e a paciente já tivera 3 gestações levadas a termo com partos espontaneos.

Luteinoma do ovario — DECOULX, BEDRIN e BASTIEN — (Reunion Obst. et Gynec. de Lille, sessão de 24 de Maio 935, apud *Bull. Soc. d'Obst. et Gynec. de Paris*, Julho de 935).

Os A.A. communicam um caso de luteinoma do ovario occorrido em uma mulher de 64 annos. O tumor que á laparotomia mostrou-se já inoperavel em vista de adherencias graves ao intestino, sigmoide e reto, attingia o umbigo, provocava ascite e sangrava a qualquer contacto.

O diagnostico não poude ser estabelecido previamente; só a biopsia o esclareceu.

O exame histológico mostrou um stroma conjuntivo frouxo, vasos pouco numerosos com endothelio intacto, e ilhotas cellulares de elementos polyedricos, nucleos pouco coraveis, com atypia e mitoses anormaes abundantes. Sobrecarga gordurosa do cytoplasma. O protoplasma mostrou-se cheio de granulos corados em vermelho pelo Sudão e em azul escuro pelo azul Nilo. Os A.A. não creem que se trate de seminoma, folliculoma ou cancer wolffiano, e sim de epithelioma luteinico e mais, cancer verdadeiro do corpo amarello que se distingue do cancer luteinico da *theca interna* de que COSASCESCO, ARAGANESCO e outros publicaram um caso (*Presse Medicale*, 1931).

Esses tumores eram considerados até 1931 como hypernephromas do ovario. Depois, porém, dos trabalhos de PEYRON, WINIWARTEK e SAINTMONT ficou patente que provêm do surto germinativo feminino.

Tres hypotheses disputam a explicação desse surto: 1.º) Cance-risação de um kysto latente do corpo luteo; 2.º) Diferenciação luteinica dos cordões pflügerianos ou de seus vestígios; 3.º) Tumor do corpo amarello propriamente dito. No caso vertente essa hypothese é improvavel em vista da idade da paciente (66 annos). Esses tumores não podem ser diagnosticados clinicamente.

Cancers do côto do collo, após hysterectomia sub-total

(*Cancers du col restant, après hysterectomie sub-totale*) —
LABORDE, SIMONE, LÉWI, P. e VAN ZELLER, M. L. —
(Sessão da Soc. d'Obst. et Gynee, de Paris, de 1.º de Julho
de 1935 apud *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, Julho, 1935).

Si as cifras publicadas pelos cirurgiões e pelos radiotherapeutas são bem discrepantes é que as estatisticas não são estabelecidas por uns e por outros nas mesmas condições.

Os cirurgiões referem os cancers do côto ao numero de hysterectomias sub-totales feitas num dado periodo; os radiotherapeutas estabelecem a percentagem dos cancers desenvolvidos no côto em relação ao numero total de cancers que lhes vêm ás mãos.

Não é de extranhar as estatisticas dos radiotherapeutas sejam mais carregadas pois que os cirurgiões não podem rever obrigatoriamente todas as suas operadas.

Um certo numero de cirurgiões (entre os quaes HARTMAN, DUCUNG, LECÈNE, ALBRECHT, BIERMER) admittem uma média inferior a 1 %.

Outros uma percentagem de 1 % ou pouco mais (FAURE, DOUAY, LENORMANT, etc.).

Os cirurgiões americanos dão até 3 e 6,5 % o que não está longe das cifras de CHAPUT e MEVEL (4 % e 3,5 %).

Os radiotherapeutas, em geral, com excepção de JEANNENEY (0,5 %) dão cifras de 2 a 5 %.

Os A.A. baseam sua communicacão no estudo de 1.508 cancers do utero, entre os quaes 57 casos eram de epitheliomas de cõto do collo.

A percentagem destes sobre os cancers do collo é de 4,9 %.

Para fallar porém de cancer do cõto do collo é indispensavel que tenha havido um *intervallo sã*o entre a hysterectomia e a aparição dos primeiros symptomas.

Os A.A. acham por demais schematica a opinião de que todo cancer apparecendo no cõto até um anno depois de hysterectomia já preexistia a essa, e que só os *cancers tardios* poderiam ser chamados *cancer do cõto*.

Eliminados dos 57 casos os cancers não tardios a percentagem dos A.A. cairia a 3,36 %. A maioria dos cancers do cõto são *epitheliomas malphigianos*. Quando ocorre um *cancer glandular*, cabe sempre a suspeita de que a affecção inicial etiquetada de fibroma já fosse um *cancer do corpo*.

Entretanto encontram 3 casos de cancer glandular de apparecimento bastante tardio para deixar duvida.

O prognostico do cancer do cõto é mais grave do que o do cancer do collo uterino não operado. Para isso concorre a extrema difficuldade technica do tratamento. A applicação de radium torna-se muito difficil devido ao desaparecimento dos fundos de sacco e ao facto do canal cervical ficar muito curto para a introdução de uma sonda radifera.

Deve-se ou não condemnar a sub-total em vista do cancer do cõto ?

A esse respeito os A.A. hesitam em se pronunciar, apenas lembrando que si a sub-total ao lado de outras vantagens é menos mortifera, cabe considerar que muitas vezes a total seria indicada si um diagnostico mais minucioso pudesse ser estabelecido, pois, iria mostrar o compromettimento de collos com toda a apparencia de sãos. Em seus casos viram desenvolver-se um cancer semanas após o acto cirurgico em 18 casos dentre 57 (31,5 %).

E' um argumento que deve ser pesado.

Por outro lado não creem que o acto cirurgico e suas consequencias possam agir como causa do cancer. Isso porque si assim fõra os cancers em cicatriz vaginal após hysterectomia total deviam ser frequentes, o que não ocorre. Pelo contrario, a percentagem é igual (0,68 %) a da occurrencia do cancer primitivo da vagina.

Discutindo essa communicacão J. L. FAURE cita TÉMOIN. "Em 1.064 hysterectomias sub-totaes que fiz por fibromas, nunca vi um cancer se desenvolver no cõto" e exprime sua opinião; a percentagem não deve exceder de 1 %. Ora a percentagem de mortalidade em favor da sub-total comparada a da total compensa largamente aquelle 1 %.

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

A produção experimental da excessiva hyperplasia endometrial — ZUCKERMANN, S. e MORSE, ARTHUR H. — (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Julho 1935, Vol. 61, N.º 1).

Os A.A. aceitando as idéas já expressas por HOFFBAUER e as que WILLIAMS CUNNINGHAM e principalmente BURCH deduziram de estudos das injeções repetidas de "estrina" em ratos e cobaias, procuraram demonstrar a acção do hormonio follicular como factor das hyperplasias do endometrio chamadas "typo queijo suisso".

Operaram em duas especies de macacos catharrineos. Dos animaes observados uma foi castrada previamente; após injeções repetidas de estrina attingindo a dose total de 21.000 e 36.675 u. r. o exame necroscopico do utero revelou typicamente os signaes da hyperplasia do endometrio com grandes dilatações glandulares e degeneração do epithelio, tudo na ausencia de extravasações sanguineas.

Tambem ALLEN houvera estudado a acção da estrina sobre macacos castrados mas sempre injectando doses totaes inferiores a 1065 u. r.

São mais interessantes os estudos de WERNER e COLLIER na especie humana, em mulheres ovariectomisadas que após absorção de 25.200 u. r. de theelina, mostraram em material curetado uma hyperplasia comparavel embora menor que a encontrada pelos A.A. em macacos.

As experiencias de SMITH parecem concordar com as citadas acima demonstrando que a presença da progestina é necessaria para que o organismo excrete a sua estrina. Deante de tudo isso concluem ZUCKERMAN e MORSE que a acção prolongada da estrina não sendo contrabalancada pelo corpo luteo leva o endometrio á hyperplasia exagerada que denominaram "typo queijo suisso".

Novas dosagens de prolan e estrina da gravidez (em especial relação com a toxemia tardia e a eclampsia) — SMITH, GEORG VON S., e SMITH, O. WATKINS — (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Julho 1935).

Continuação de um estudo anterior em que relataram estudos sobre 42 pacientes no ultimo terço da prenhez.

O estudo tem por fim mostrar as relações que possa ter a taxa de prolan e de estrina no sangue com: a) diagnostico differencial entre toxemias eclampticas e nephriticas; b) o prognostico nos casos incipientes de toxemia tardia da gravidez; c) a predição do desenvolvimento de uma toxemia na evolução da prenhez.

As dosagens são expressas em unidades rata por volume de 24 horas e o prolán sanguíneo em u. r. por 100 cc. de serum.

O periodo em que as dosagens são elucidativas para o diagnostico fica entre o 6.^o e 7.^o mez. A coincidência de ocorrerem as perturbações nauseosas e vomitos exactamente com o periodo da gravidez em que as dosagens de estrina sempre se mostram baixas faz crer numa ligação entre os dois factos e recommenda o hormonio como therapeutica desses disturbios.

Os A.A. affirmam que de suas observações se deduz que o desequilibrio endocrino devido ao augmento de prolán e a baixa da estrina é caracteristico das perturbações toxico-eclampticas dos ultimos mezes e que esse desequilibrio precede um pouco o apparecimento dos symptomas clinicos. Interessante se torna frizar a opinião de CUSHING sobre a repercussão das perturbações hypophysarias sobre a eclampsia e estados hypertensivos tudo se acompanhando da invasão basophílica, para elle.

Terminando esse estudo acurado e interessantissimo sobre mais 27 casos que juntam aos 42 anteriormente publicados (*Am. J. Physiol.*, 1934, 107:128) nos quaes os autores estudaram as taxas normaes de prolán e estrina em todo o decurso da prenhez e agora particularmente suas perturbações concluem os A.A., pelas seguintes asserções: na prenhez normal existe um *acme* do nivel do prolán, pelo 2.^o, 3.^o e 4.^o mez; segue uma queda pronunciada para depois manter-se mais ou menos invariavel.

A taxa de estrina augmenta normalmente do inicio ao termo da prenhez com uma elevação pronunciada entre o 3.^o e 5.^o mez.

Uma elevação do prolán nos ultimos mezes precede quasi sempre a installação da toxemia a não ser que o parto se dê pouco depois desse augmento.

Não vêm relação flagrante entre as curvas de prolán e estrina e o aborto.

Os estados nauseosos do começo da gravidez muitas vezes se acompanham de baixa da estrina.

Não ha parallelismo estricto entre a alta absoluta do prolán e a severidade dos symptomas eclampticos; muito embora a mais alta taxa de prolán no serum até hoje observada o tenha sido em uma eclamptica.

Tem valor a dosagem do prolán, tanto na differenciação entre nephrite e toxemia gravidicas como para prognostico quanto na segunda metade da gestação occorrem signaes premunitorios de toxemia.

AMERICAN JOUR. OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Cancer do utero na infancia — LOCKHART, HAROLD A. —
(*Am. Jour. of Obst. and Gynec.*, Julho 1935, Vol. 30, N.º 1).

Uma interessante observação pela extrema raridade do caso de que só havia até aqui, segundo o A. doze casos na literatura. Trata-se de um adenocarcinoma do utero em uma menina de dois annos e tres mezes. O diagnostico é comprovado tanto por biopsia como pelos dados necroscopicos. Extrema malignidade e numerosas metastases.

O uso do Dilaudid em gynecologia — BROWN, T. K. e
KLEINE, H. L. — (*Am. Jour. of Obst. and Gynec.*, Julho 1935,
Vol. 30, N.º 1).

O autor conclue de um inventario de 225 casos de cirurgia gynecologia em que empregou o Dilaudid, ora só, ora associado a Hyoscina que esse analgesico deve ser preferido á morphina. Isso porque a) requer menores doses para abolir a dôr; b) o despertar é mais prompto; c) menor atonia intestinal, menos vomitos e menos atonia vesical. Os suppositorios são optima forma para o uso post-operatorio. No entanto as doses maiores deprimem a respiração.

Hemorrhagia tardia da prenhez — SMITH, PHILLIP H. —
(*Am. Jour. of Obst. and Gynec.*, Julho 1935, Vol. 30, N.º 1).

Frueto do estudo dos casos occorridos em um total de 7.981 pacientes. A occorrença de hemorrhagias tardias por placenta previa, deslocamento e apoplexia placentaria foi de 1,2 %.

A mortalidade materna foi surprehendentemente baixa (3,3 %) isso seguramente pela precocidade e segurança do tratamento empregado.

A cesareana foi largamente empregada maxime a segmentar que o A. com de LEE e outros não julga contraindicada nos casos de placenta baixa. Não obstante, não acha que a cesareana deva ser o procedimento systematico. Algumas vezes recorre a versão e extração com o uso do balão.

Nos casos de descolamento, em vista da alta mortalidade fetal já tida como certa prefere a via baixa. Toda a attenção é necessaria quanto a não descuar da transfusão e abundantes venoclyses que o A. prefere sejam feitas com sôro gommado (gomma accacia).

Prenhez e diabetes — KRAMER, DAVID W. (Philadelphia) —
(*Am. Jour. of Obst. and Gynec.*, Julho 1935, Vol. 30, N.º 1).

A influencia da gravidez sobre o diabetes varia; pode haver ás vezes uma melhora que alguns attribuem a acção da insulina do pancreas fetal. Isso porém não tem uma base científica consistente.

A acidose pode existir nos ultimos mezes inteiramente desacompanhada de symptomas. O diabetes pode não só causar, como exigir o aborto ou a provocação antecipada do trabalho. A ultima pratica muitas vezes é indispensavel para salvar mãe e filho.

A complicação mais usual que o diabetes traz é o hydramnios que na era insulica baixou sensivelmente mantendo-se entre 11 e 27 %.

A mortalidade materna ainda é relativamente alta (33,6 por mil).

A natimortalidade é frequente (53 %).

Ha sempre a possibilidade de levar a termo uma prenhez numa diabetica uma vez que ella, devidamente instruida e vigiada queira se submeter as prescrições necessarias; o tratamento deve começar cedo e proseguir até o parto.

Mesmo os diabetes algo graves podem não chegar a comprometer a gravidez uma vez que a doente observe o tratamento. Com os diabetes francamente graves a margem de um bom prognostico se estreita. O perigo da acidose é sempre imminente.

Em uma palavra, o bom exito está condicionado, á maior ou menor gravidade do diabetes, á pratica de exames seguidos até o fim da gestação, á fiel observancia do regimen e á direcção cuidada do caso pelo obstetra e pelo internista associadamente.

O papel da transfusão de sangue no tratamento das hemorragias obstetricas — DIECKMANN, WILLIAM J. e DOILY, EDWIN F. — (*Am. Jour. of Obst. and Gynec.*, Julho 1935, Vol. 30, N.º 1).

Cerca de 28 % da mortalidade materna nos Estados Unidos (incluindo a prenhez ectopica) tem por causa accidentes hemorragicos. Os A.A. extranhando a inefficiencia dos esforços tentados até aqui para baixar essa alta percentagem puzeram-se a estudar as condições da mulher gravida no tocante ao peso, volume de sangue, volume hydrico total, hematimetria, dosagem de hemoglobina, fibrinogenio e proteínas plasmaticas. Observando mulheres gravidas desde o inicio até o puerperio verificaram que o volume sanguineo não augmenta na mulher gravida até o ponto de fazel-a supportar

melhor perdas de 1500 a 2500 cc. de sangue segundo o que affirmam WILLIAM, DE LEE e outros.

Constataram que se produz uma diluição sanguinea assim como uma baixa de hemoglobina ante-partum. Dão muito maior importancia á dosagem da hemoglobina e do hemocrito do que á contagem globular.

Estudam detidamente as modificações de pressão, o pulso, a vaso-constricção, etc.

Após isto expõem seu methodo proprio de transfusão para sangue citratado e citam uma série de observações interessantes. Aconselham fortemente injectar subsidiariamente sôro physiologico e sôro glycosado hypertonico (20 %). Recommendam grande lentidão ao injectar porque a falta deste cuidado pode occasionar até a morte.

Em seus 276 casos obstetricos, 20 tiveram accidentes de choque e 3, accidentes de incompatibilidade sanguinea. A grande rapidez indispensavel aconselha o uso do sangue citratado. Chegaram a fazer 800 cc. em 11 minutos, mas reconhecem que a media do tempo para tal quantidade deve ser de 20 a 30 minutos. A média de volume transfundido varia em suas estatisticas de 602 a 608 cc.

Para tratar as doentes que receberam sangue incompativel empregam ephedrina ou adrenalina, sôro glycosado hypertonico e, se a paciente chegou a receber mais de 200 cc. de sangue empregam "larga manu" o bicarbonato de sodio nas doses de 24 a 40 grs. "per os" ou injeccão de soluto a 4 % até 500 cc.

Concluem que só a transfusão precoce e abundante pode baixar a mortalidade materna por hemorragia obstetrica, uma vez que os constituintes sanguineos perdidos pela sangria só podem ser repostos pelo sangue do doador.

Occipito-posterior — CROTTY, JOSEPH G. — (*Am. Jour. of Obst. and Gynec.*, Julho 1935, Vol. 30, N.º 1).

De um total de 714 casos de apresentação occipito-posterior o A. ponde tirar as seguintes conclusões:

Mortalidade fetal corrigida 1,54 %.

Mortalidade materna 0,14 %.

Necessidade de intervenção 14 %.

No caso de intervenção sempre se deve procurar operar a rotação normal terminando-a si necessario pelo forceps. Nunca deixar de rodar a cabeça. A occurencia do occipito-posterior é de 20 % sobre o total dos partos.

O autor recommenda a anesthesia para-sacra e pudenda.

Factores de mortalidade na cesareana — BOWERS, O. TALBERT
— (*Am. Jour. of Obst. and Gynec.*, Julho de 1935, Vol. 30,
N.º 1).

Do estudo das cesareanas praticadas em um período de 10 annos no Miami Valley Hospital de Dayton Ohio num total de 243 casos dos quaes 236 classicos o A. conclue que: *a)* mortalidade materna foi de 4,5 %; *b)* a mortalidade fetal foi de 7 %; *c)* a cesareana classica é um processo cirurgico a conservar uma vez que a indicação seja precisa e o operador adextrado; *d)* a mortalidade cresce com a repetição da cesareana na mesma paciente; *e)* a peritonite que é a causa lethal mais frequente decorre de contaminação pre-operatoria do canal genital.

Anesthesia intravenosa pelo Evipan — HOLMAN, ALBERT e
MOTHIEN, ALBERT — (*Am. Jour. of Obst. and Gynec.*, Julho
1935, Vol. 30, N.º 1).

Na anesthesia pelo Evipan tem-se uma anesthesia venosa de real valor que se mostrou nas mãos dos A.A. inteiramente satisfactoria (100 casos de pequenas intervenções gynecologicas). Obtiveram boa anesthesia e resolução muscular absoluta de 10 a 15 minutos que puderam ser prolongados por segunda injeção nos casos em que foi necessario. A anesthesia foi bastante profunda. Aconselham o Evipan particularmente nas pequenas intervenções em pacientes tuberculosas. Não tiveram accidentes a lamentar em seus 100 casos e recommendam fortemente tal anesthesia para toda operação que não requeira mais de 15 minutos. A dose empregada foi de 1 cc. por cada 16,6 libras de peso.

O collo antes e depois do parto — CASTALLO, MARIO A. e
MONTGOMERY, THADDEUS L. — (*Am. Jour. of Obst. and
Gynec.*, Julho 1935, Vol. 30, N.º 1).

Um estudo sobre as consequencias que uma infeção preexistente do collo pode determinar no parto e das consequencias do parto sobre um collo doente no tocante ao cancer e precancer. Em 84 gestantes dentre 3.586 que partejaram, que apresentaram exame positivo para o gonococos os autores não hesitaram em tratar a cervicite antes do parto. Tratamento seguido: lavagens a domicilio com Lugol diluido, suppositorios de mercurochromo; na clinica: toques com mercurochromo mesmo intracervicaes e cauterisação electrica quando necessario. Não referem abortos. Quanto ao

periodo post-puerperal costumam submeter suas pacientes a um exame minucioso da vagina e do collo algumas semanas após o parto e repetir esses exames periodicamente para despistar o pre-cancer. Usam systematicamente o colposcopio de HINSELMAN pincelando antes o collo com uma solução concentrada de Lugol que cora apenas as zonas sãs (Test de SCHILLER).

O tratamento cirurgico das dysfunções ovarianas — ROBINSON, M. R. — (*Am. Jour. of Obst. and Gynec.*, Julho 1935, Vol. 30, N.º I).

Deante dos progressos dos estudos endocrinologicos, depois de descobertos os hormonios gonadicos e gonadotropicos pode parecer extranho que se procurem resolver pelo bisturi aquelles disturbios que por serem nada mais que um dysendocrinismo, deveriam estar unicamente ao alcance da medicação opherapica.

No entanto não deixa de apresentar interesse o artigo do Sr. ROBINSON M. R. de Nova York sobre o que praticou em 7 casos de dysfunction ovariana; 4 por hyper e 3 por hypofuncção. Os primeiros são casos de menorrhagias ou metrorrhagias rebeldes em mulheres moças e que não tendo uma causa organica nitida ou diagnosticavel ao toque foram submittidas em vão a tratamentos clinicos e a curetagens. Em todos os 7 casos resolveu intervir praticando oophorectomias parciaes bilateraes.

Depois de ter assignalado que a distincção entre hyper e hypofuncção ovariana é meramente convencional, passa a esmiuçar mais enidadosamente os mecanismos das dysfunctiones em comparação ao cyclo estral normal e separa as dysfunctiones em duas categorias principaes: a) manifesta-se uma perturbação continua do rythmo com predominancia ininterrupta da primeira (follicular) ou da segunda phase (luteinica) do cyclo havendo consequentemente ou perdas constantes e hyperplasia endometrial (metrorrhagias) ou então amenorrhéa persistente; b) entre essas eventualidades mais ou menos precisas ha duas variedades de desordens em que ambas as phases do cyclo se mostram porém em dysharmonia que provoca anormalidade ou pela polymenorrhéa ou pelo hypomenorrhéa; no primeiro é a phase preovulatoria a que predomina com amadurecimento de folliculos excessivos que contemporaneamente determina hyperplasia endometrial e perdas excessivas; no segundo, predomina a phase que se segue a ovulação e a actuação excessiva da lutina inibe a menstruação mantendo a mucosa na phase premenstrual.

O ponto frisante do pensamento do auctor é que *emquanto ha vestigios de rythmo no cyclo menstrual deve-se ficar no tratamento opherapico; uma vez que desaparece qualquer rythmo é que en-*

tão deu-se o predomínio completo de uma ou outra das phases e então deve-se intervir, porque as modificações são irreversíveis.

O A. sublinha a distincção entre os cystos folliculares e os cystos luteinicos para mostrar que nos primeiros ha luteinisação precoce da theca interna com permanencia da granulosa nada ou quasi nada luteinizada enquanto que nos segundos a theca interna não se luteinisa tão fortemente e é a transformação da granulosa que predomina.

Justificando a sua intervenção igual para corrigir disturbios oppostos (ophorectomia parcial) o A. invoca a intercorrelação do ovario, hypophyse, thyreoide e suprarenal.

Invertendo o schema de VON DE HOEVEN assim se explica; um estado follicular accentuado decorre de uma hyperprodução de prolan A. que por sua vez estimula a thyreoide e essa o vago que reversivamente vae inhibir a produção de prolan B cuja falta prolonga o estado follicular.

No caso inverso; a intensa e persistente luteinisação decorre do excesso de prolan B, esse estimula a suprarenal que pelo sympathico inhibe a produção do prolan A do que se segue a ausencia da phase follicular. Esse circulo vicioso é rompido pela exeresse de uma porção sufficiente de tecido ovariano que se mantem numa das phases (ou follicular ou luteinico) porque, cessando a acção inhibitoria ovario-hypophysaria, a pituitaria pode recobrar seu funcionamento normal e reorganisar o cyclo estral.

O veratrum viride no tratamento da eclampsia — BRYONT, RICHARD D. — (*Am. Jour. of Obst. and Gynec.*, Julho 1935, Vol. 30, N.º 1).

O tratamento seguido na clinica obstetrica do Hospital geral de Cincinnati, para os casos de eclampsia tem sido uma associação do veratrum viride (Veratrone) com o sulfato de magnesio e como subsidiarios, alcalis, dieta hydrica forçada, restricção de proteínas. O veratrum age como vasodilatador e assim facilitará a circulação cerebral, o metabolismo dos tecidos e a mobilisação dos edemas por sudorese e diurese; justifica o autor o seu emprego pela theoria que tem a eclampsia como um estado hypertensivo na dependencia de uma perturbação hypophysaria e que procura explicar todos os symptomas e a propria morte da eclamptica pela hypertensão.

O sulfato de magnesio tem por fim estimular a diurese e a excreção liquida pelo intestino.

A administração hydrica abundante tem por fim proceder no organismo uma verdadeira lavagem acarretando as substancias toxicas.

Os alcalis estimulam tambem a diurese e combatem a acidose.

A privação de proteínas tem por fim não augmentar o teor dos toxicos da desintegração azotada endogena.

O A. proscreeve os sedativos como desnecessarios quando já ha coma e por perigosos antes deste porque então pode passar desapercebida a entrada no coma.

O veratrum viride faz cahir rapidamente a pressão e o pulso. As doses devem ser tacteantes por causa da tolerancia individual muito variavel.

Em summa de 121 casos de eclampsia typica tratados, só se registraram 12 obitos na maioria dos quaes a autopsia revelou lesões gravissimas como endometrite purulenta, necrose do figado, broncho-pneumonia, etc. Os ultimos 50 casos tratados curaram-se todos.

Um estudo da mortalidade fetal em pacientes com doenças organicas do coração — TEEL, HAROLD M. (Boston) — (*Am. Jour. of Obst. and Gynec.*, Julho 1935, Vol. 30, N.º I).

Interessante artigo muito documentado sobre 598 gestantes cardiacas observadas em 10 annos. O estudo não se occupa com a sorte materna. A mortalidade fetal total, incluindo abortos foi de 20 %.

Considerada porém só entre os fetos viaveis foi de 7,28 %.

Quanto aos prematuros o A. considera os seus dados, primeiro julgando da prematuridade pelo peso. Nesse caso a mortalidade é bastante elevada abaixo de 2k.200: 13,33 %, por parto pelvico e 73,33 %, por parto cesareo.

A explicação é que nas cardiacas que são sempre mantidas em repouso os fetos tornam-se por isso mais pesados e o criterio peso não é seguro para aquilatar da idade fetal e assim fetos que pelo peso fariam suppôr uma certa idade uterina tem na realidade menos tempo. Tomando o criterio do calculo por tempo, o prognostico dos prematuros viaveis melhora bastante. Depois de 35 semanas a mortalidade fetal dos prematuros é sensivelmente igual a dos filhos de mulheres sãs (7,28 %).

Interessante o facto da mortalidade fetal do parto cesareo nas cardiacas ser muito mais accentuado do que no parto pelvico. O A. attribue o facto a administração de morphina no preparo para a intervenção.

No que toca a influencia da descompensação ao tempo do parto sobre a mortalidade, é notavel sua influencia aggravante.

Quanto a escolha entre o forceps e a cesarea o auctor, aliás de accordo com os obstetras modernos é entusiasta da via pelvica tanto para a mãe como para o feto.

Recorre porém a cesarea, sem morphina previa, e sob anesthesia local ou ether, nos casos de prematuridade baixa, porque teme que a provocação do trabalho exgotte as reservas cardiacas.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

O uso de substancia estrogenica para terminação da gestação humana (*The Use of Estrogenic Substance in Terminating Human Pregnancy*) — Editorial — (*The Jour. of the Am. Med. Assoc.*, Vol. 105, N.º 1, Julho 6, 1935).

“Os rapidos progressos que ultimamente tem sido realizados na elucidação do papel physiologico de principios ovarianos, placentarios e pituitarios tem conduzido a extensivos usos clinicos de muitos productos endocricos em gynecologia e obstetricia. Provavelmente os mais largamente empregados tem sido os preparados estrogenicos; tem sido experimentados em toda variedade de perturbações. Como é commum com productos glandulares, as esperanças iniciaes que nascem de uma rapida transferencia a seres humanos dos effeitos obtidos em animaes tem sido provados somente em pequeno grão.” Vale traduzir estas palavras iniciaes do editorial deste jornal scientifico americano, já que, no nosso meio, a grande propaganda de productos estrangeiros, faz com que esses enthusiasmos, ás vezes de simples leitura de bullas, levem ao emprego abusivo de taes substancias.

Dependendo ora de affinidades ora de dosagem, as substancias estrogenicas podem ser ora supplementares, ora antagonicas do hormonio do corpo luteo; são antagonicas da progestina (e do principio gonadotropico da urina gravídica tambem) nos effeitos sobre a irritabilidade da musculatura uterina. ALLEN accentuou que “grandes doses de substancia estrogenica podem vencer os effeitos da progestina e... a progestina pôde inhibir os effeitos da substancia estrogenica.” Na gravidez ha um equilibrio desses factores endocricos, do qual depende a terminação ou prolongamento da gestação.

Dahi veiu a idéa de procurar interromper experimentalmente, em animaes, a gravidez pela ministração de preparações estrogenicas e prolongal-a pela administração de progestina ou do factor gonadotropico da urina de mulher gravida. Em ratas, cobaias e coelhas foi possivel conseguil-o, interrompendo a gestação com preparações estrogenicas ou prolongando a gravidez pelo emprego de progestina ou do factor gonadotropico. As tentativas nos seres humanos tem, contudo, falhado.

O editorial refere-se ao trabalho de ROBINSON, DATNOW e JEFFCOATE de Liverpool, em que esses autores procuraram empregar preparados estrogenicos de alto potencial (10 mil e 100 mil unidades internacionaes por cc.) para terminação da gestação de sete semanas até ao termo. O emprego dessas substancias foi tambem seguido, com intervallo de 100 horas, do uso de uma ou mais doses de extracto da hypophyse posterior e deste e qq.

ROBINSON e seus colaboradores concluíram que o emprego de substancia estrogenica, proximo ao termo, produz ou não a terminação da gravidez, mas que não é um meio garantido. No "missed abortion", contudo, é de efficacia. Si parece que a substancia estrogenica augmenta a irritabilidade uterina na gravidez adeantada, é de pequeno valor da setima á decima quarta semana da gestação, na provocação do aborto. E' verdade que este trabalho representa uma contribuição apenas preliminar sobre o assumpto. Muito ha ainda a estudar sobre a gestação e seu relativo equilibrio endocrinico, diz o editorial.

Syphilis e gravidez — Um estudo clinico de 2150 casos

(*Syphilis and Pregnancy — A Clinical Study of 2150 Cases: Chairman's Adress*) — McCORD, JAMES R. — (*The Jour. of the Am. Med. Assoc.*, Vol. 105, N.º 2, Julho 13, 1935).

Trata-se de um discurso do Presidente da secção de Obstetricia, Gynecologia e Cirurgia abdominal da Associação Medica Americana.

Todas as mulheres eram de raça negra e tiveram R.W. positiva durante a gestação, em qualquer de suas phases, conforme os casos. O A. diz que estudos dessa ordem podem ser considerados como de valor puramente local. E' verdade, contudo, que embora a incidencia da syphilis seja maior na raça de cõr, os effeitos desastrosos da syphilis na gravidez são os mesmos em todas as linguas, credos e cõres.

O estudo accentua as devastações da syphilis na gestação, os magnificos resultados do tratamento efficiente ante-syphilitico na gestação e a segurança garantida ás mães com esse tratamento.

O trabalho que é documentado por numerosos quadros, finaliza concluindo que a gravidez não affecta o valor da R.W.; esta reacção deve fazer parte da rotina nos cuidados prenataes; em relação á actividade da molestia, o tratamento ante-syphilitico sufficiente assegura á mulher uma creança não syphilitica em 95 % dos casos; os melhores resultados são obtidos com 10 ou mais tratamentos; o tratamento deve ser moderado, mas continuo e não precisa ser controlado pela R.W.; o uso concomittante de arsenico e um metal pesado mostrou-se efficaz nas mãos do A.; tal tratamento parece ser sem perigo para a gestante; uma R.W. fortemente positiva, no liquor, prova, na maioria dos casos que a creança tem syphilis congenita; uma reacção negativa não é conclusiva; a existencia de osteo-chondrite nos ossos longos é pathognomica de syphilis congenita; parece não haver em medicina outra situação em que tão grandes dividendos, em vida e saúde, com tão pequenos recursos de energia e dinheiro, possam ser conseguidos como na prevenção da syphilis congenita.

Tratamento da vaginite por trichomonas com soluções salinas concentradas (*Treatment of Trichomonas Vaginitis with concentrated Salt Solution*) — ROSENTHAL, SCHWARTZ e KALDOR — (*The Jour. of the Am. Med. Assoc.*, Vol. 105, N.º 2, Julho 13, 1935).

Os A.A. accentuam inicialmente que varios agentes chimicos teem sido empregados para destruir as trichomonas vaginaes. Os resultados teem sido, contudo, insatisfactorios, pois que, sendo muito concentrados estes agentes podem lesar a mucosa; os parasitos podem adquirir resistencia ao agente empregado; e muitos desses methodos são complicados e, por isso, não podem ser usados a domicilio pelas pacientes.

O facto de que os protozoarios são affectados pelas variações de pressão osmotica do meio que os cerca, fez-lhes occorrer que esse protozario vaginal deveria tambem ser affectado nessas condições. O facto de que a trichomona vaginal é um parasito extracellular, vivendo livremente na vagina, tornou possiveis as experiencias *in vitro*, depois de colhido material em 2 a 3 cc. de soro physiologico. Já as experiencias de Schewiakoff, com infusorios do mar, haviam demonstrado que estes, transferidos do seu meio habitual, para soluções salinas concentradas, rapidamente tornavam-se inactivos e perdiam seu aspecto. A perda temporaria de suas actividades mereceu a designação de "anabiose salina". As trichomonas, depois de inactivação em uma solução salina a 12 %, recuperam sua actividade si immediatamente transferidas a uma solução physiologica. Tal não ocorre, contudo, si a solução for a 25 %, caso em que a inactivação é definitiva e sem remedio.

Os AA. empregam lavagens vaginaes diarias de solução salina a 25 %, na temperatura do corpo, em casos de diagnostico seguro, com todos os symptomas proprios da infestação: coceira, ardencia, descarga profusa, espessa, purulenta e escumosa, com odor putrido. A's vezes a mucosa vaginal e o collo apresentam granulações que variam do tamanho de uma ponta ao de uma cabeça de alfinete.

O methodo é simples, não irritante, barato e facil de executar pela paciente, dando prompto allivio á coceira e irritação vaginal e obsta, na maioria dos casos, a reinfestação pelas trichomonas vaginaes.

THE AMERICAN JOURNAL OF CANCER

Carcinoma da mamma em rato macho sob tratamento continuado pela "estrina" — BURROWS, HAROLD — (*The Am. Jour. of Cancer*, Julho 1935, Vol. XXIV, N.º 3).

LACASSAGNE, LOTHROP e LOEB, CORI e MURRAY já tem publicado experiencias de provocação de cancer mammario em ratos machos

tratados pela folliculina. O autor da presente communicação apresenta mais duas observações em que conseguiu provocar carcinomas da mamma pelo mesmo processo. Em um dos casos foi possível obter um auto-enxerto; os levados a effeito em dez ratos novos não tratados, falharam. O trabalho contem tres microphotographias elucidativas.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

Prevenção e tratamento da septicemia puerperal streptococcica — LINDSAY, H. F. SELWOOD — (*The British Medical Journal*, Julho, 6, 935).

Passa em revista todos os meios empregados como preventivos e curativos da septicemia puerperal streptococcica. Assignala a importancia que tiveram sobre a morbidade puerperal os treis factores: educação do publico quanto aos cuidados prenataes; o uso das casas de saude e hospitaes com enfermagem especializada e o isolamento precoce dos casos suspeitos. Em seguida examina os seguintes agentes: 1.º Vitaminotherapie, excellentes effeitos principalmente das vitaminas A e D como preventivos, augmentando a resistencia organica e exercendo a função protectora sobre as mucosas (Vitamina A). 2.º Chimiotherapia: a) *Quinino*: resultados precarios porque a dose efficiente sobre o germen é nociva aos tecidos; b) *Disulphamine*, tido como provocador de hyperleucocytose; resultados incertos; c) *Collosol argentum* e *collosol iodine* em injeções; tambem não se mostraram efficientes; d) *Mercreurochromo* intravenoso; resultado incerto. Outras drogas experimentadas tambem não deram resultados.

As applicações de gliceerina locaes intra-uterinas sob a supposição de provocar uma transudação da lymphá através das paredes uterinas mostrou-se aleatoria e incerta.

3.º *Vaccinas* — Preventivamente assignala o A. optimo resultado e cita o interessante facto seguinte: em sua clinica houve uma epidemia puerperal apezar do isolamento perfeito e ausencia de toques vaginaes. No entanto dentre 60 doentes, a pesquisa em material da garganta mostrou 52 vezes o *Streptococcus hemolyticus*. A vaccina de Stock então preparada, deu excellentes resultados. Como agente curativo não prova a vaccina tão boa efficiencia e não póde ser preconizada como tratamento exclusivo.

4.º *Serotherapie* — Preconisa por sua experiencia os sôros monovalentes por terem em sua opinião maior poder bactericida (sôro preparado com material da propria clinica). Entretanto conclue que ainda não se conseguiram preparar sôros sufficientemente ricos em anticorpos para dar resultados uniformemente bons.

O mais interessante nesse artigo é a recommendação do sôro anti-scarlatinoso baseada no grande parentesco bacteriológico entre os streptococcus da scarlatina e o *S. hemolyticus*. O auctor relata uma serie de casos em que sendo esperada uma forte infecção puerperal, não chegou a se manifestar com a injeção de 10 cc. de sôro anti-scarlatinoso no musculo antes do fim do trabalho. Torna-se necessario um test intradermico para despistar uma possivel anaphylaxia.

Curativamente tambem obteve bons resultados injectando 60 cc. do sôro assim que se diagnosticou a "febre puerperal" (o mais precocemente possivel). Nos casos mais graves teve que repetir o sôro em dose de 30 cc. com os naturaes cuidados para evitar choque anaphylactico, aliás pouco provavel antes de decorrerem 10 dias da primeira injeção.

Conclue o A. pela affirmação da grande efficiencia desse methodo e fundamenta a asserção com dados estatisticos. Em 32 casos occorridos em 1930 em seu serviço (a citada epidemia) só teve a lamentar um obito; eram no entanto todos casos graves. De um total de 83 casos tratados até Março de 1935, entre os quaes muitos só tiveram tratamento depois da doença já bem avançada, teve uma percentagem de curas igual a 81,92 %. Insiste pela precocidade da ministração e pelas doses "generosas". Acha bom agir preventivamente sempre que ha ou *anemia pronunciada* ou presença de algum *fóco septico* ou quando houver grandes *manipulações obstetricas*.

ZENTRALBLATT FÜR GYNÄKOLOGIE

Alterações de dispositivos hereditarios pelos raios ultra-violetas (*Änderungen der Erbanlage durch ultraviolette Licht*) — FRIEDRICH, W. — (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 6 de Julho de 1935, N.º 27).

Os raios X e os raios de substancias radio-activas causam lesões hereditarias sob a forma de mutações, em certos animaes e plantas, especialmente na drosophila e no antirrhinum (boeca de leão). E' tambem sabido que estas mutações seguem certas regras e que não existe qualquer differença entre as mutações expontaneas e as provocadas pelos raios X ou por substancias radioactivas. Estes effeitos da irradiação devem nos levar a proceder com certo cuidado á applicação de raios X e outros raios activos, com fins diagnosticos e therapeuticos.

O A., em collaboração com o Instituto de pesquisas sobre creação e selecção em Müncheberg, procedeu agora a investigações, para determinar, se tambem outras especies de raios, como os da luz ultra-violeta, podem provocar mutações. Chegou á conclusão

que a quota de mutação do antirrhinum subiu de $0,22 \pm 0,7 \%$ a $8,15 \pm 2,68 \%$ depois da irradiação com luz ultra-violeta. Quanto mais alta fôr a dose applicada, tanto mais alta é a quota de mutação. A lesão é muito influenciada pelo comprimento das ondas, sendo somente efficazes as ondas curtas, enquanto as de 300 micra não tem effeito algum.

Quanto á drosophila existem já publicações de outros autores (ALTENBURG, PROMPTOV, GEIGY, REUSS). Devido á grande absorpção de luz ultra-violeta e consequentemente á difficuldade de fazer penetrar estes raios até aos órgãos geradores, as pesquisas nos machos adultos desta mosea não deram resultado. A irradiação dos ovos causou, porém, perturbações de desenvolvimento de certos órgãos (pernas, abdomen, olhos) ou completa falta delles (ovarios, testiculos). ALTENBURG conseguiu obter, depois da irradiação do polo germinativo do ovo, cinco assim chamadas "reduplicated mutations", contra uma somente em ovos não irradiados. REUSS, empregando a lampada de mercurio e a dose sublethal em machos recentemente sahidos do ovo, observou uma quota de $5,9 \pm 1,2 \%$ contra $0,6 \pm 0,4$ (25 a 30 minutos de irradiação). Verificou-se tambem na drosophila a influencia determinante do comprimento das ondas.

Assim, está provado que tambem a luz ultra-violeta pode causar mutações, comquanto ainda não fosse possivel determinar a differença no effeito causado pelas duas especies de raios. Talvez fosse possivel dar certo rumo ao progresso de mutação, provocado pelos raios ultra-violeta.

Este processo tem interesse pratico somente, para a biologia das plantas e animaes, comquanto nunca venha a ganhar importancia para a do homem, pois os raios ultra-violeta, por causa de sua grande absorpção, não podem penetrar até ás cellulas germinativas humanas, ainda que fosse praticada uma applicação intra-uterina, o que se poderia imaginar para fins therapeuticos.

Determinação prenatal do sexo, segundo a doutrina de Schöner e Marbe do balanço estatístico (*Die Vorausbestimmung des Geschlechts nach Schöner und Marbe's Satz vom statistischen Ausgleich*) — HANS KOCH — (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 6 de Julho de 1935, N.º 27).

Segundo a theoria de SCHÖNER, o ovario direito fornece mais meninos do que meninas e, em geral, mais ovos fecundaveis do que o ovario esquerdo. Este fornece mais meninas do que meninos, sendo que o sexo predominante de cada ovario prevalece na relação de 2:1. Os ovarios alternam, o sexo passa da direita para a esquerda.

SCHÖNER pretende que, conhecendo somente os sexos, e as datas do nascimento dos dois irmãos precedentes, elle pode determinar por meio desta theoria, o sexo de uma creança, com uma probabilidade de 99,59 %.

O A. descreve o calculo pelo qual SCHÖNER chegou a esse resultado e prova que o calculo está errado. Nem por isso deixa de reconhecer que SCHÖNER, por meio de sua theoria, predisse o verdadeiro sexo num numero de casos extraordinariamente grande. Conclue, assim, que deve haver no material de SCHÖNER certas regras de estatistica e que o sexo de uma creança depende do sexo dos seus irmãos mais velhos.

MARBE, examinando nos registos civis, a successão dos sexos (400.000 casos), achou tambem por esse caminho certas regras: quanto mais nascimentos do mesmo sexo se succedem, tanto mais probabilidade existe que a creança seguinte seja do sexo opposto. Nascimentos successivos do mesmo sexo occorrem menos frequentemente do que se poderia suppor. MARBE conclue, que este balanço estatistico é a expressão de uma lei biologica, impedindo a preponderancia de um sexo.

Combinando as theorias de SCHÖNER e MARBE chegamos á conclusão, que dentro de uma familia, existe uma dependencia dos sexos das creanças entre si. Mas abstrahindo a familia e pondo em ordem os nascimentos conforme a data (como nos livros do registo civil), achamos que tambem assim ha uma dependencia entre si dos sexos. Resta agora descobrir, se a successão dos sexos é determinada pelo acaso, conforme a probabilidade ou se é regulada por uma grande lei biologica.

A importancia decisiva da pressão capillar na therapeutica do estado preeclamptico (*Die entscheidende Bedeutung der Hautgefäßdruckmessung in der Therapie der Präeclampsie*) — D. v. RAISZ (Budapest) — (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 13 de Julho de 1935, N.º 28).

Nem a pressão arterial alta, nem o edema, nem a quantidade de albumina na urina, nem a intensidade de symptomas subjectivos são meio seguro para reconhecer em tempo o perigo de eclampsia imminente. O A. chegou á conclusão que, em gravidas, parturientes e puerperas, cuja pressão capillar é de 60 mm. Hg., haverá eclampsia com toda a certeza, mas que já com pressão capillar de mais de 50 mm. Hg. é necessaria uma intervenção para evitar a eclampsia. Para medir essa pressão foi usado o manometro para pressão capillar do Prof. HERZOG.

Em 156 casos o Dr. DESSÖ v. RAISZ verificou que: 1. A pressão capillar das gravidas é a mesma que a das mulheres sãs não gra-

vidas. 2. A pressão capillar das grávidas soffrendo de edema é mais baixa que a normal, tanto mais baixa quanto mais forte o edema. 3. Ainda que existentes os symptomas preeclámpticos mais graves, a grávida ou parturiente fica livre de eclampsia, se a pressão capillar não exceder 50 mm. Hg., enquanto 4. a alta pressão capillar é o mais certo indicio da eclampsia.

O A. cita 13 casos em que — em eclámpticas e não eclámpticas — o edema, a quantidade de albumina, a pressão arterial foram quasi os mesmos, enquanto a pressão capillar foi o unico symptoma, que permittiu o diagnostico certo.

Estes 13 casos forneceram outras observações interessantes. Assim, com uma pressão capillar de mais 50 mm. Hg. não é sufficiente, para evitar a eclampsia, acelerar e terminar o parto, enquanto que parece desnecessaria qualquer intervenção em casos de pressão capillar normal, ainda que com symptomas graves (pressão arterial alta, edema, grande quantidade de albumina). Na therapeutica das parturientes preeclámpticas, a sangria deve servir como primeira medida. A diminuição da pressão capillar ou a continuação da pressão alta determinarão depois a applicação ou não de intervenções medicamentosas ou cirurgicas.

O Dr. DEZSÖ resume as suas observações nas duas regras: 1. com uma pressão capillar de mais de 50 mmHg. — deixando de parte os outros symptomas — o perigo imminente da eclampsia continua até que se apresentem os effeitos das medidas empregadas para evitar esse perigo, e 2. tendo diminuido a pressão capillar abaixo de 50, o parto espontaneo, apesar de outros symptomas graves, pode ser esperado sem perigo de um ataque eclámptico.

Resultados da irradiação röntgentherapica em 135 casos de mastite puerperal (*Erfolge der Röntgentherapie bei Mastitis puerperalis an 135 Fällen*) — THEISS, H. — (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 13 de Julho de 1935, N.º 28).

Na Maternidade da Academia estadual de Medicina em Dantzig foram praticadas, desde o anno de 1931, experiencias para o tratamento de mastites puerperaes por meio dos raios X. Foram tratados 135 casos, sobre cujo resultado se baseia o trabalho do A. A dose empregada oscillou entre 77,5 r (10 a 15 % de HED) e, nos ultimos tempos, 22,5 r (5 % de HED), sendo recommendado 55 r (10 % de HED) como sufficiente, sem nocividade. Foi irradiado o foco da inflammação e 3 até 4 cm. de tecido em derredor. Foram incluidos no numero dos casos relatados somente os que, além da elevação de temperatura, mostraram todos os symptomas da inflammação local do tecido, isto é, rubefacção, nitida infiltra-

ção, dores á pressão e espontaneamente. Além da irradiação não foi empregada outra therapeutica.

Das 135 puerperas tratadas com raios X, 124 tiveram alta curadas da Maternidade. Em 11, depois de passageiras melhoras, o tratamento cirurgico tornou-se necessario. Das 124 curadas 4 (dez dias até dous mezes depois) voltaram com novo abcesso no seio. Em tres destas 4 recidivas provavelmente se tratava de reinfeção.

O resultado do tratamento manifestou-se em todos os 135 casos poucas horas depois da irradiação, pela diminuição das dores, augmento extraordinario mas passageiro do rubor, e, nos 124 casos curados, pelo desaparecimento rapido da infiltração. A temperatura baixou ao normal no espaço de 2 a 3 dias.

A causa destes resultados favoraveis, segundo a opinião do A., foi o tratamento precoce, começado dentro das primeiras 24 horas depois da manifestação dos primeiros symptomas. Esta opinião é confirmada pelos 15 casos não curados pelos raios X, dos quaes 11 foram irradiados somente 48 e mais horas, e 2 mais de 24 horas depois do apparecimento dos primeiros symptomas. Estes casos apresentaram ainda depois da intervenção cirurgica cura mais rapida, quasi sem dores, e menor predisposição para recidiva do que os casos cirurgicos sem previa irradiação.

As observações feitas durante e depois do tratamento hospitalar não deixaram verificar nenhum enfraquecimento da função glandular mammaria. Em todo caso, a diminuição desta função, depois do tratamento com os raios X, é incomparavelmente menor do que depois do tratamento cirurgico que, em geral, tem como consequencia a incapacidade de amamentar.

Não foi observada nenhuma influencia prejudicial sobre a criança.

A importancia da curetagem exploradora na metrorragia climaterica e preclimaterica (*Die Bedeutung des Probe-curettements bei der präklimakterischen und klimakterischen Metrorrhagia*) — SCHWARZ, ALFRED — (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 13 de Julho de 1935, N.º 28).

Para mostrar a importancia da curetagem exploradora na metrorrhagia climaterica e preclimaterica, procedeu-se na Maternidade da Associação "Lucina", ao exame destes casos, de 1929 até 1934. De 258 curetagens, não menos de 26 ou, 10 % permittiram o diagnostico de carcinoma do corpo ou do collo do utero. Se a raspagem era feita em tempo, sempre se tratava de carcinoma em inicio, operavel.

Para verificar a affirmação de muitos autores, que a raspagem exploradora poderia contribuir para a propagação de cellulas

cancerosas pela torrente circulatória, causando assim metastases e recidivas precoces, foram examinados os casos dos annos de 1929 até 1931, submettidos a operação depois da raspagem. Em nenhum desses casos se verificaram recidivas.

Seria uma falha submeter todo o caso de metrorrhagia climaterica ou preclimaterica á curetagem exploradora sem excepção. Havendo a menor duvida, porém sobre a origem da metrorrhagia, não se deve perder tempo com tratamento hormonal ou com qualquer outra therapeutica, mas é indispensavel proceder incontinentemente á raspagem exploradora.

Mais uma nova espécie de esterilização tubaria (*Noch eine neue Art der Tubensterilisierung*) — HINSELMANN, H. — (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 20 de Julho de 1935, N.º 29).

Desde que ainda não existe um processo seguro de esterelização tubaria, ha o dever de communicar qualquer variante, afim de que se chegue gradualmente a um processo estandardizado. O processo que o A. descreve torna-se facilmente comprehensivel á vista das gravuras, limitando-se seus commentarios a dous pontos: 1) Os operadores que não peritonizam o pediculo da secção da trompa externo, podem deixar de fazel-o. No entanto o A. fal-o sempre. 2) O pediculo mediano deve ser puxado livremente para deante. O fio de ligadura serve igualmente para a fixação. O processo mostrou-se efficaz num grande numero de casos em que foi empregado.

ARCHIV FÜR GYNÄKOLOGIE

Experiencias cirurgicas na execução da lei de esterilisação — KLEFF, GUSTAV — (*Archiv für Gynäkologie*, Julho-Out., 1935, Vol. 159, Fasc. V).

Foram executadas na maternidade estadual de Magdeburg, desde Abril de 1934, até fins de Janeiro de 1935, 120 esterilizações conforme a lei allemã de esterilisação. As causas de esterilisação foram:

Imbecilidade congenita	91 casos
Epilepsia e demencia epileptica	16 casos
Schizophrenia	8 casos
Loucura maniaco-depressiva	4 casos
Surdomudez congenita	1 caso

Os methodos de operações usados foram:

Via vaginal	38 casos
Laparotomia	36 casos
Operação de Menge	45 casos

Os methodos de anesthesia foram:

Anesthesia sacra	51 casos
Anesthesia por infiltração	28 casos
Narcose geral	41 casos

O methodo preferido de narcose especialmente na esterilisação conforme MENGE e nas laparotomias, era a anesthesia sacra; mas não se podia evitar a anesthesia geral nos frequentes casos em que um estado de irritação das pacientes não permittia a anesthesia local, particularmente nas epilepticas nas quaes as manipulações para a anesthesia local motivaram frequentemente ataques graves. Uma epileptica morreu durante um desses ataques. Outro caso lethal occorreu devido a uma broncho-pneumonia depois de uma laparotomia. Manifestaram-se complicações durante a cura depois da:

Operação de MENGE	em 11 %
Operação por via vaginal	em 14 %
Laparotomia	em 17 % dos casos.

Tornou-se necessario em muitos casos um tratamento preparatorio de 8 a 15 dias por causa de falta geral de asseio e de alterações inflammatorias da vagina. Por isso o tratamento em geral tornou-se muito demorado; contando porém somente o tempo decorrido do dia da operação ao dia da alta chegamos ao seguinte resultado:

Depois da operação de MENGE..	14,4 dias
Depois da operação vaginal	16,7 dias
Depois da laparotomia	18,4 dias

Em virtude destas experiencias o auctor recommenda o methodo de MENGE sempre que este é possível, isto é, si o órgão genital interno estiver completamente são (exceptuando-se a retro-flexão movel que não é contra indicação) e não excessivamente hypoplasicos e na ausencia de perigo de infecção exogena decorrente de agitação ou inquietude das pacientes. Nestes casos deve-se empregar a via vaginal. Procede-se a laparotomia somente nos casos de anexite ou perianexite ou de fixação do utero.

Resultados do tratamento da esterilidade — LOREK, C. —
(*Archiv für Gynäkologie*, Julho-Out., 1935, Vol, 159, Fase. V).

Foram tratados desde 1926, 141 casos de esterilidade cujas causas foram as seguintes:

Doenças inflammatorias prévias.	31 casos
Dysmenorrhéa	11 casos
Abortos prévios	7 casos
Retroflexão uterina	23 casos
Anteflexão uterina	18 casos
Orifício uterino estreito	17 casos
Hypoplasia	13 casos
Corpo do utero rudimentar.....	1 caso
Myomatose uterina	2 casos
Casos sem indícios	18 casos

Dessas 141 mulheres 50 i. é, 34,5 % engravidaram; 43 i. é, 30,5 % deram á luz uma creança viva.

Deram resultados muito favoraveis a pertubação, a dilatação, a raspagem e a collocação de tubos de FEHLING, applicadas quer separada quer combinadamente. De 85 pacientes tratadas por estes methodos, 38, isto é, 44,7 % engravidaram e em 32 a concepção se deu dentro do primeiro anno decorrido da intervenção. Si considerarmos que a idade e a duração já grande da esterilidade não deixariam prever tão alta percentagem de curas o resultado se afigura grandemente favoravel.

A abertura da trompa na porção ampullar executada 14 vezes nunca deu resultado.

Para conseguir a gravidez não é sufficiente abrir a passagem pois persiste a perturbação da funcção. Quando se procede a laparotomia é recommendavel executar a ressecção da parte doente da trompa, deixando porém o pediculo proximal. A vitalidade da trompa conseguirá formar um canal, possibilitando assim a concepção. Em 4 implantações tubarias verificaram-se 2 curas.

São mencionados especialmente 4 casos: 1 com cura depois de EMMET, 1 com ressecção de um corno rudimentar do utero, e 2 casos de utero myomatoso onde a enucleação dos myomas fez-se acompanhar de gravidez 3 mezes, e 1 anno depois. Nos casos de myoma, a myomectomia deve ser a operação de escolha, por conservadora.

Estatística geral sobre a esterilização eugenica na mulher e as recommendações resultantes (*Sammelstatistik über eugenische Sterelisierungen bei der Frau und daraus sich ergebende Fichtlinien*) — von MIKULICZ-RADECKI, F. — (*Archiv für Gynäkologie*, Julho-Out., 1935, Vol. 159, Fasc. V).

O A. publica uma estatística sobre a esterilização eugenica da mulher tirada das informações de 47 hospitaes sobre 6.034 intervenções executadas entre o mez de Abril de 1934 e o começo de 1935. (O numero total das esterilizações eugenicas em ambos os sexos durante a época mencionada, na Allemanha, é avaliada em 45.000). A estatística se refere á mortalidade, á morbilidade e aos methodos de intervenção.

1. *Mortalidade* — De 6.026 mulheres esterilizadas morreram 25, i. é, 0,41 %. A causa mortis foi:

Infeção local	5 casos	20 %	dos casos mortaes
Doenças cardiacas e do metabolismo	8 „	56 %	„ „ „
Bronchopneumonia . . .	6 „		„ „ „
Molestias primarias . . .	5 „	20 %	„ „ „
Diathese hemorrhagica . .	2 „	4 %	„ „ „

O A. é de opinião que deve ser possível uma diminuição desses casos fataes; para esse fim recommenda: para eliminar o perigo de infeção, um cuidadoso exame gynecologico antes da operação e além disso observação da temperatura durante dois dias, contagem dos leucocytos, determinação da velocidade de sedimentação dos globulos sanguineos. A furunculose ou outras doenças cutaneas contraindicam a operação. Deve-se verificar si a paciente não é esteril evitando-se assim uma operação inutil. Antes da operação um cuidadoso exame geral é indispensavel. Tratando-se na maioria das vezes de pessoas psychicamente taradas que se oppõem, nos primeiros dias ao exame, torna-se necessario um certo tempo de observação (4 dias) até que estas pessoas se tenham acostumado ao novo meio.

A maioria das pacientes, devido ao seu estado de agitação difficultam a narcose inhalatoria, o que pode provocar uma bronchopneumonia post-operatoria. Recommendam-se por isso uma combinação de narcose rectal (Rectidon) com a narcose por ether. A obesidade extrema, a fraqueza geral ou catatonia contraindicam a operação.

2. *Morbilidade* — As pacientes em geral permaneciam no hospital entre 9,4 até 24 dias. O tratamento hospitalar demorado tinha sua causa na intenção dos respectivos medicos de observar as pacientes ou de esperar o fim da menstruação.

Complicações post-operatorias (em 1.º lugar abscessos das paredes abdominaes depois da laparotomia) motivaram um tratamento hospitalar até 60 dias.

O A. evita estes abscessos, provocados na maioria dos casos pelas proprias pacientes, applicando ataduras de Masticol, que as pacientes não podem arrancar sem grandes dores.

3. *Os methodos* — Devido á inexactidão das informações, sómente 5.559 operações foram utilizadas para a estatística. Os methodos de operações eram os seguintes:

Operação abdominal	4.613 casos	82,4 %
„ inguinal	683 „	12,9 %
„ vaginal	256 „	4,7 %
Castração por raios X ou radio (devido a idade avançada)	7 „	

Em contraste com os resultados desta estatística, em que prepondera a laparotomia, o A. recommenda uma escolha mais individual do methodo. Assim deve ser preferida a operação abdominal: em crianças entre 10-14 annos (para evitar a extensa ferida perineo vaginal) e em multiparas além de 30 annos (rigidez da vagina); a operação vaginal nas adultas que já deram á luz e com orgão genital normal, e nas multiparas antes de 30 annos de idade. Nas alterações dos orgãos genitales recommenda-se a laparotomia que faculta uma observação do campo operatorio.

A operação inguinal pode ser usada para a esterilisação conforme MENGE. Em todos os outros casos é inferior á laparotomia.

Os processos de esterilisação nesses 5.559 casos eram:

Esmagamento das trompas (Madeler)	2.067 casos	37,4 %
Deslocamento	1.213 „	21,7 %
Extirpação das trompas com excisão do utero em cunha	611 „	11 %
Excisão em cunha da secção intramural da trompa, deixando o resto	1.555 „	27,8 %
Methodo radical	95 „	1,7 %
Ligadura da trompa (Döderlein)	11 „	
Actinotherapia	7 „	

A operação radical (extirpação total em amputação supravaginal do utero, operação de BEUTTNER, extirpação dos annexos ou

ovariectomia) sómente foi usada para curar simultaneamente uma doença gynecologica. Neste caso esta operação perigosa é justificada como methodo de esterilisação.

Das intervenções na trompa, a mais simples e a mais segura é, na opinião do A. a extirpação da secção intramural da trompa, que pode ser empregada por via vaginal ou abdominal, e para todas as edades.

Conforme o A. os methodos de deslocamento são menos seguros e sómente se as trompas são bem moveis. Além disso offerecem o perigo de uma infecção ascendente ou de proliferações da mucosa da trompa.

O esmagamento da trompa conforme MADELER, é uma operação muito simples, mas é possível uma lesão da trompa pela pinça causando uma fistula e necrose da parte ligada da trompa finalmente a adherencia desta parte ao intestino.

Dos effeitos dos extractos do lobo posterior da hypophyse sobre o utero na hyperplasia glandular cystica — ERICH INNGHANS — (*Archiv für Gynäkologie*, Julho-Outubro, 1935, Vol. 159, Fasc. V).

No anno de 1935, o japonês SATAKO achou por meio de experiencias em animaes, que o utero mostra um augmento do tonus sómente quando falta no ovario o corpo amarello. KNAUS conseguiu provar que tambem no homem a existencia do corpo amarello maduro causa a completa immobilisação do utero e a eliminação da reacção provocada pelo hormonio do lobo posterior da hypophyse. Dura esta immobilisação no cyclo de 28 dias, do 16.º dia depois do começo da menstruação até o primeiro dia antes da seguinte. Depois deste dia o utero é influenciado pelo extracto do lobo posterior da hypophyse, apresentando um nitido augmento do tonus. Estas observações formam a base da theoria de KNAUS da fertilidade e infertilidade periodicas da mulher.

Estes achados de KNAUS foram confirmados por outros autores. Mas não faltam observações que deram resultados contrarios. KNAUS explica estas contradicções pela supposiçào que, apesar de menstruações regulares, faltou nestes casos a ovulação devido a doenças dos orgãos genitales, e que nos casos, em que, apesar da existencia do corpus luteum, o utero foi influenciado por pituitrina, tendo insufficiencia do corpo amarello.

O auctor examinou em 12 mulheres de 39 até 46 annos tratadas por causa de hyperplasia glandular cystica o effeito do hormonio do lobo posterior da hypophyse sobre o utero. Nesta doença em que faltou a influencia repressiva do corpo amarello sobre a musculatura do utero, este devia, conforme a theoria de KNAUS, apresentar um

augmento do tonus depois da irritação com extracto do lobo posterior da hypophyse.

Estas experiencias (injecção intravenosa de Pituitrina) porém não deixaram observar qualquer augmento do tono em contradicção á these de KNAUS.

O A. acha a explicação desse phenomeno na formação augmentada de folliculina em mulheres com hyperplasia glandular-cystica, devido a persistencia de folliculos no ovario. Grandes doses de folliculina, conforme as experiencias em animaes, de SIEGERT e FORMINA, eliminam os effeitos do hormonio do lobo posterior da hypophyse sobre o utero.

Hemorragia tardia no puerperio — SCHNEIDER, LEO —
(*Archiv für Gynäkologie*, Julho-Out., 1935, Vol. 159, Fasc. V).

Entre os casos de hemorragia secundaria no puerperio, os que tem sua origem em lesões perineo-vaginaes são raros. Em geral, elles apparecem no primeiro dia post-partum (até 13 horas depois). Foram porém descriptas hemorragias desta origem que se manifestaram no 11.º até o 31.º dia do puerperio.

No hospital gynecologico da Universidade de Berlim foi observado um caso, interessante por causa de sua appareção muito tardia.

Numa parturiente primipara foi feita uma incisão no orificio uterino com episiotomia e parto a forceps. A inspecção da vagina e do orificio uterino depois do parto mostrou escoriações insignificantes, cujo tratamento parecia desnecessario.

A paciente, curada de endometrite foi atacada por uma colipyelite e tratada com lavagens do bacinete e pela introduccção de um catheter. Retirado o catheter no 41.º dia do puerperio, a paciente levantou-se sem permissão, executando movimentos um pouco violentos. Sobreveio uma hemorragia tão forte, que a paciente perdeu mais de 1 litro de sangue.

Desdobrando a vagina descobriu-se na abobada direita da mesma uma hemorragia arterial, sahindo de uma ferida de 1 cm. de comp. que foi sustada por duas ligaduras em massa.

A causa desta hemorragia, extranha por sua appareção tardia, é explicada assim: não era possivel agglutinação solida da pequena lesão, não achada no exame post-partum, devido á infecção genital. A pyelite impediu a cura, ou pela sua influencia sobre o estado geral, ou por uma infecção. O processo inflammatorio na bacia, o catheterismo e as lavagens do bacinete, augmentando a disposição para hemorragias e impediram a regeneração dos vasos. Pelos movimentos violentos no 41.º dia arreventou a sutura mal agglutinada.

O caso ensina que as menores escoriações ou rupturas, cujo tratamento parece desnecessario, podem dar hemorragias graves, e que a origem de hemorragias não é sempre o utero. Um diagnostico exacto é indispensavel nestes casos, pois intervenções intrauterinas podem causar ou piorar uma infecção.

Sobre a clinica e a genese dos tumores de Brenner —

Priv. Doz. Dr. E. FAUVET — (*Archiv für Gynäkologie*, Julho-Outubro, 1935, Vol. 159, Fasc. V).

Em 1907, BRENNER descreveu um tumor ainda desconhecido do ovario, denominando-o "Oophoroma follicular". ROBERT MEYER, depois de minucioso exame sobre a histologia e genese destes tumores, mudou-lhes o nome, estabelecendo a designação "Tumor ovarii de BRENNER" ou simplesmente, "Tumor de BRENNER". O numero de 21 casos, que ROBERT MEYER conhecia em 1932, attingiu agora o dobro. O A., n'este ultimo anno, observou 4 casos.

Ha, segundo MEYER, dois grupos de tumores de BRENNER: tumores solidos com ou sem formação cystica, e tumores que se encontram nas paredes de cystomas. O A. até agora, achou somente os do primeiro grupo.

Os 4 casos apresentaram symptomas clinicos interessantes. Um delles apresentou symptomas typicos de um tumor das cellulas da granulosa (amenorrhéa de pouca duração, depois hemorragias irregulares continuas, sensação simultanea de rejuvenescimento e de estar doente), noutro caso (mulher de 60 annos), além de hemorragias postclimatericas, o utero tinha augmentado consideravelmente havia 2 annos. Num terceiro caso, a paciente soffreu de hemorragias postclimatericas, e no ultimo caso, ao lado do tumor de BRENNER havia uma endometriose.

D'ahi surgiu a questão, si estes symptomas clinicos eram motivados pelo hormonio sexual feminino, especifico, cuja producção, na mulher não gravida, é ligada ás cellulas da granulosa. Pois, conforme a opinião do autor, não são os tumores de BRENNER que fornecem hormonios. Mas não podem ser estes epiphenomenos dos tumores de BRENNER a expressão de uma função excessiva de outra glandula de secreção interna? E supponho que os tumores de BRENNER devem, á impulsos hormonaes, o seu desenvolvimento, temos então de admittir, que os hormonios sexuaes femininos exercem uma influencia preponderante, como nas endometrioses.

O A., apoiado pela opinião de outros autores, acha, que não são somente impulsos de origem ovariana que formam os tumores de BRENNER. Pode-se admittir essa possibilidade para a idade da madureza sexual. Mas não só ROBERT MEYER como tambem outros autores confirmam, que estes tumores se encontram, na maioria dos

casos, na idade depois da terminação das funções ovarianas, e que muito frequentemente, a primeira phase do desenvolvimento se encontra em mulheres velhas, de maneira que nesses casos deve ser excluído qualquer impulso de formação por parte do ovario.

Assim é possível que depois da eliminação dos hormônios do ovario, o systema da secreção interna desenvolva outros impulsos, resultando disso os symptomas clinicos ao lado do desenvolvimento dos nodulos de BRENNER.

Estes epiphenomenos dos tumores de BRENNER apresentam uma analogia notavel com os resultados das pesquisas sobre os hormônios da cortex da capsula suprarenal; foi observado crescimento da musculatura e da mucosa do utero e das glandulas mamarias; além disso uma alteração, correspondente ao começo dos effeitos do corpo amarello. Em todo caso, parece que os extractos da cortex da capsula suprarenal causam um crescimento do myometrio e das glandulas mamarias (com relação ao endometrio existem ainda duvidas). Com relação a estes symptomas o A. lembra os seus casos com augmento das glandulas mamarias e da musculatura do utero. Neste ultimo caso, tambem a mucosa do utero tinha soffrido impulsos de crescimento. O A. accentua, que nestes dois casos o quadro histologico do endometrio excluin, como causa destes processos, o effeito excessivo das cellulas da granulosa.

Nesta relação deve-se mencionar um caso, descripto de SCHIFFMANN, em que numa mulher de 60 annos, portadora de um tumor de BRENNER a mucosa do utero mostrou os phenomenos da phase pregravidica. SCHIFFMANN, é verdade, attribuiu este effeito a uma função independente dos tumores de BRENNER.

ROBERT MEYER é de opinião, que o material de origem dos tumores de BRENNER são focos congenitos de epithelio de cilios vibratéis, epithelio pavimentoso e cellulas caliciformes, situados no ovario e descriptos primeiro por WALTHARDT. Estes focos, si envoltos em tecido conjunctivo solido crescem, si envoltos por simples stroma cortical do ovario, se destroem. E' confirmada esta affirmação pela composição muitas vezes observada dos tumores com typos diferentes de cellulas.

Junto com os focos de WALTHARDT muitas vezes se mencionam os nodulos epitheliaes, encontrados na serosa das trompas e no lig. largo descriptos por WERTH, que explicou como processos de proliferação do epithelio peritonial. PLANT é de opinião, que esses nodulos são nodulos de BRENNER e elle conseguiu constatar mucos não só na cavidade mas tambem na fila interna das cellulas. ROBERT MEYER porém duvida, que estas formas possam ser consideradas como material originario de tumores ou mesmo como tumores. E ABRAHAM, cuja opinião o A. acompanha, chama attenção que a estes nodulos falta um elemento essencial do tumor typico, a capa de tecido conjunctivo.

Mas nesta questão, o estudo dos nodulos de WERTH pode ser util, tomando outro rumo. Estes focos de cellulas, oriundos do peritoneo e originalmente indifferentes não pareciam possuir a capacidade de desenvolvimento. PLANT e o A. porém conseguiram demonstrar, que elles podem adoptar o caracter de cellulas mucosas.

MEYER admite uma analogia nos tumores de BRENNER. As cellulas mucosas nos tumores, conforme a opinião d'elle, se desenvolvem dos focos de cellulas de WALTHARDT, originalmente indifferentes. Suppondo que os nodulos de WERTH, mais diferenciados se formam de descendentes da serosa sómente secundariamente sob a influencia de inflammações, é bem possível que os tumores de BR. se possam desenvolver de outro tecido original que não os focos de WALTHARDT. E nesta relação, o A. apoiado sobre observações em dois casos, nos quaes podia estudar as phases mais primitivas dos tumores de BRENNER, se approxima da these de SCHILLER que os tumores de BR. podem se desenvolver no reto. Num destes casos, em que se acharam na rete ovarii formações de tecidos iguaes ás primeiras phases de desenvolvimento dos tumores de BR. notou-se no tecido conjunctivo um desenvolvimento muito accentuado. Este achado tem uma certa relação com a já mencionada opinião de ROBERT MEYER que os focos de WALTHARDT sómente são capazes de se desenvolver, se envoltos de tecido conjunctivo rico de cellulas. Com isso surge a questão, si o desenvolvimento começa com o do tecido conjunctivo ou pela differenciação das cellulas epitheliaes, ou si os dois tecidos se influenciam mutuamente. PLANT e SCHILLER attribuem ao desenvolvimento do tecido conjunctivo um papel secundario. O autor porém acha que esta questão é ainda duvidosa.

Na opinião do A. não se pode admittir que exista uma relação progressiva entre os nodulos epitheliaes e os tumores de BRENNER, pois falta qualquer prova de que existam fora do ovario tumores deste typo. Parece mesmo, que os nodulos epitheliaes, contendo cellulas mucosas, representa, o fim do desenvolvimento.

O A. conclue com a declaração que os tumores de BRENNER são tumores exclusivamente do ovario. Dentro deste orgão, os tumores podem se formar de differente origem, ou dos focos das cellulas de WALTHARDT ou (conforme SCHILLER e o autor) da rete.

Este desenvolvimento não é sujeito á influencias de hormonios ovarianos. Pelo contrario, parece que o desenvolvimento dos tumores é favorecido pela cessação das funcções do ovario. Como causa dos symptomas clinicos podem-se admittir impulsos ovariaes de origem não ovariana. Pensou-se na cortex da capsula suprarenal, sem que se possa provar esta opinião. Que existem entre os symptomas clinicos e o desenvolvimento dos tumores de BRENNER certas relações parece ser confirmado pela observação de MEYER, que em mulheres climatericas a rete se torna mais saliente.

Experiencias com o parto rapido de Delmas e algumas observações sobre a innervação do utero e as vantagens da anesthesia lombar na obstetricia — Prof. O. BITTMANN — (*Archiv für Gynäkologie*, Julho (terminado 10-10-35), Vol. 159, Fase. V).

Em 1928, DELMAS publicou seu methodo da terminação rapida e indolor do parto. Tornando insensivel a cavidade abdominal e seus órgãos por meio de anesthesia lombar, elle abriu com os dedos e a mão o collo do utero, até que pudesse passar a mão. Terminou depois o parto por versão interna, extração da creança e descolamento manual da placenta. O processo todo não durou mais de 12-15 minutos. Em contraste com as experiencias de DELMAS, outros parteiros não conseguiram os mesmos bons resultados, de maneira que parecia pouco opportuno imitar este methodo.

O autor, muito sceptico primeiro com relação ao methodo de DELMAS, obteve resultados tão favoraveis, que utilisou esse methodo em 108 casos até hoje.

Após descrever a technica por elle usada, relata as suas experiencias com a anesthesia lombar. Esta anesthesia não é perigosa na obstetricia, sendo necessarias sómente pequenas quantidades do anesthesico; ella garante a anesthesia completa do campo de operação, não provoca vomitos, nem dôr de cabeça e, devido ao abaixamento da pressão sanguinea, por ella causada, tem um effeito therapeutico em casos de alta pressão sanguinea (eclampsia, nephropathia). Mas a anesthesia lombar é contraindicada em todos os casos, em que, depois de grande perda de sangue, a diminuição da pressão sanguinea já baixa, pôde se tornar perigosa.

Outra vantagem da anesthesia lombar é a falta quasi completa de hemorragias, que, aliás, contribue para ampliar os nossos conhecimentos sobre a innervação do utero.

Consegue-se sempre a dilatação do collo do utero, e mesmo com muita facilidade, quando o collo deixa passar pelo menos dois dedos. Esta dilatação, si executada sem precipitação, é auxiliada pela innervação do utero (Tonus inversamente proporcional do collo e do corpo do utero).

Quando existem rupturas antigas do collo, mal curadas, o methodo de DELMAS não é apropriado. Existe neste caso o perigo de nova ruptura, que, é verdade, é menos grave devido á hemostase dos vasos uterinos. Cicatrizes bem curadas do utero porém (depois de operação cesareana) supportam bem não só a dilatação, mas tambem a versão interna e a extração, mesmo por forceps.

As indicações para a operação de DELMAS foram: alteração das bulhas cardiacas da creança com edema do orificio uterino, primiparas mais velhas, inercia uterina, perda prematura do liquido amniotico. Além disso eclampsia, placenta prévia (casos não apro-

priados para a sectio), prolapso do cordão umbelical, febre antes do parto, apresentação transversal, doença cardíaca.

Morbidez e mortalidade são relativamente pequenas (8,8 % e 2,7 %). De 3 casos mortaes, 2 não foram causados pela operação.

Depois do parto de DELMAS, o tonus do utero é mais forte do que depois do parto normal. O utero e o organismo total são muito menos exhaustos. Das 111 creanças nascidas, sómente 3 morreram durante ou pouco depois da operação. As creanças se desenvolvem melhor do que as nascidas depois de parto demorado com forceps, e pelo menos tão bem como creanças nascidas em parto normal.

Apezar destes bons resultados, o methodo de DELMAS não pôde ser usado geralmente. Deve ser applicado sómente no hospital e por um parteiro com muita pratica. A anesthesia lombar porém pode ser recommendada nas operações obstetricas tanto na clinica como em domicilio.

ARS MEDICI

Menstruação e ovulação — Prof. H. KNAUS (Praga) — (*Ars Medici*, Vol. XIII, N.º 8).

Os autores francezes foram os primeiros a reconhecer, em 1840, dever haver certas connexões entre o amadurecimento do ovulo e a menstruação; compararam, entretanto, a menstruação com o cio dos mammiferos.

LEOPOLD demonstrou a inexactidão desta comparação, mas admittiu que a menstruação e ovulação usualmente occorriam, nas mulheres, simultaneamente.

LUDWIG FRAENKEL foi o primeiro a determinar a sequencia regular num cyclo de quatro semanas, pela inspecção systematica dos ovarios em todos os casos operados, estabelecendo que: a ovulação se dá primeiro, seguindo-se da formação de corpo amarello, e degeneração deste ultimo determinando a menstruação.

Depois de HITSCHMANN e ADLER terem demonstrado que a estrutura do endometrio soffre mutações periodicas e perfeitamente caracteristicas, em todas as phases do cyclo menstrual, R. MEYER, RUGE, SCHROEDER e outros, puderam comprovar estas descobertas em grande numero de experiencias.

MEYER assim synthetisa estas observações: "Sem ovulação não se produz corpo amarello; sem corpo amarello não se dá a menstruação".

Este principio aparentemente estavel, foi nos ultimos annos bastante abalado. Primeiro verificou-se que na India e na America as macacas femeas mortas no verão, demonstraram ter menstruação, mas não corpo amarello. Esta descoberta foi ractificada por exactas observações em macacas; a femea do m. rhesus menstrua

nos mezes de verão, sem ovulação previa e sem formação de corpo amarello. De accordo com a experimentação no animal, ha fundamento para se acreditar que aqui a menstruação se inicia por uma diminuição subita na formação do hormonio follicular.

A' vista da grande semelhança anatomica e physiologica dos orgãos sexuaes entre os primatas era de esperar que houvesse menstruação sem ovulação e sem formação de corpo amarello, tambem na especie humana, e que esta não se devia differenciar das chamadas hemorragias menstruaes genuinas.

NOVAK acredita, si bem que não possa provar, que o typo de cyclo menstrual sem ovulação é mais frequente do que se tem admittido até agora, mesmo em mulheres que apparentam perfeita saude.

Se examinarmos a litteratura gynecologica sob a luz destas considerações, encontraremos aqui e acolá, relatorios em que o corpo amarello previsto, não foi encontrado durante a operação. O autor mesmo provou a occurencia da menstruação sem ovulação na mulher, por um methodo por elle descoberto. — Registra os movimentos expontaneos do utero in situ; quando elle injecta pituitrina, o utero reage com contracções, *si não houver corpo amarello* presente, ao passo que esta reacção não se dará si houver corpo amarello.

Com estes conhecimentos, muitas manifestações, para as quaes, por muito tempo procuravamos uma explicação, tornaram-se mais claras. Por exemplo, foi observado que macacas novas sempre menstruam alguns annos, com intervallos irregulares, sem conceber, e só então passam á verdadeira idade da reproducção, quando desenvolvem completamente a funcção ovariana, com rompimento do folliculo, etc.

Muita cousa indica que na mulher tambem, os primeiros periodos menstruaes frequentemente irregulares, não são acompanhados de ovulação. Nos tropicos, as moças se casam geralmente no inicio da puberdade e apezar da cohabitação regular não concebem, em geral, nos primeiros tres annos. Excepções occorrem, como se sabe, a maneira do que se dá connosco, mas são contrarias a regra.

Em connexão com isto, é interessante notar: autores americanos provaram claramente que o ensinamento de WALDEYER de que existem cerca de 70.000 folliculos primordiaes, já formados na vida embryonaria, na femea, é falso. Para começar, era muito pouco provavel que tal folliculo primordial pudesse persistir até o quinquagesimo anno de vida.

Sabemos agora que novos folliculos primordiaes são formados cyclicamente com certos intervallos, especificos para a raça, e que outros morrem.

Estas variações de quantidade de hormonio follicular no sangue, provavelmente dão causa as hemorragias menstruaes, como mencionado acima. Portanto temos que concordar com A. WESTMAN que, em principio, distingue entre hemorragias por degeneração

do corpo amarello ou verdadeira menstruação, e hemorragia por degeneração follicular ou pseudomenstruação.

Resta determinar quando devemos considerar estas hemorragias por degeneração follicular como physiologicas e quando como pathologicas. As hemorragias da adolescencia, sem ovulação, consideraremos normaes, da mesma forma que aquellas mais ou menos irregulares do climaterio, que já muito difficilmente são precedidas de ovulação.

Como o cyclo follicular no ovario provavelmente continua durante a gravidez tambem, isto explica os regulares periodos menstruaes que apparecem em algumas mulheres durante esse periodo. Estes periodos, naturalmente, só são possiveis em determinadas condições anatomicas da porção inferior do utero.

Finalmente, as perdas sanguineas que são algumas vezes observadas nos recém-nascidos de sexo feminino, nas primeiras semanas de vida, enquadram-se aqui; aparentemente, nessa epoca, folliculos primarios formados sob a influencia dos hormonios gravidicos morrem em grande numero, provocando assim a hemorragia genital.

Em todos os outros casos a falta de ovulação antes do periodo mensal regular, deve ser encarada como pathologica, e assim explica muitos casos de esterilidade recalcitrante. Estas mulheres geralmente tem apenas ligeiras perdas sanguineas, durando um ou dois dias. Estes casos podem ser reconhecidos si procedermos ao exame bimanual durante o post e ante-menstrum. Na mulher sã, o utero se apresenta amolecido no ante-menstrum. Se o corpo do utero se encontra tão pequeno e duro neste periodo como no post-menstrum, então é porque certamente existe o cyclo mensal sem ovulação e sem corpo amarello. Em taes mulheres o autor encontrou os ovarios durante o acto operatorio coberto de uma camada lisa e opaca, como se fosse esmalte branco. Uma espessa tunica albuginea parece perturbar aqui a separação dos complexos cellulares do epithelio germinativo na substancia cortical, e a migração dos folliculos de Graaf maduros para a superficie do ovario, e assim impede o supprimento de um ovo capaz de fertilisação. O autor conseguiu regularisar as menstruações antes irregulares, por meio de administração oral de hormonio de corpo amarello e um subsequente curso de tratamento com saes marinhas alcalinas em Portrose, proximo de Trieste, tornou a concepção possivel.

Chama a attenção para o facto do marido ter ido com a mulher para a estação de cura. Apparentemente, o uso de saes marinhas alcalinas estimula a ovulação nos intervallos physiologicos.

Como não é provavel que o effeito da estação de cura persista nesse sentido, é aconselhavel recommendar ao casal que vá junto a estação indicada.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

A proposito das cesareanas cervico-segmentarias extraperitoneaes por artificio. Contribuição pessoal á technica de Michon — LEON, JUAN — (*Bol. Soc. Obst. y Ginec. B. Aires*, Julho 8, 1935, Tomo XVI, N.º 4).

Dos perigos e incertezas decorrentes das cesareanas em partos infectados, tem decorrido a preocupação constante de quasi todos os tocologos, visando diminuir seus riscos. Dentre essas tentativas é muito de reter a do A. que consiste summariamente no seguinte: em vez de suturar os bordos do peritoneo visceral ao parietal o que sujeita o cirurgião a ver romper-se a serosa ao retrair-se o utero, o A. engenhosamente aproveitou a idéa de isolar o peritoneo adaptando em todo o rebordo da incisão do peritoneo visceral compressas impermeabilizadas grandes que rebate sobre os campos exteriores; a fixação é feita por meio de pinças em T curvas que ficam por baixo das compressas. Esse methodo que nas mãos de LEON deu uma percentagem de lethalidade igual a 0 applica-se perfeitamente á incisão transversal curva de convexidade inferior da camada muscular a qual aliás elle recommenda entusiasticamente por todos os motivos até agora aventados: ser mais anatomica, prestar-se a uma protecção maior da sutura mais perfeita, etc.

Aborda tambem a questão da denominação da cesareana segmentar acabando, após passar em revista todas até agora sugeridas, por dar sua preferencia a de: *cesareana segmentar* puramente ou então, *cesareana isthmo cervical*.

Hydatidose do aparelho genital. Considerações sobre 165 observações argentinas — RUIZ, VICENTE — (*Bol. Soc. Obst. y Ginec. B. Aires*, Julho 8, 1935, Tomo XIV, N.º 4).

O Dr. RUIZ apresentou um extenso trabalho sobre todos os casos até hoje existentes na litteratura argentina. Conclue com DEVÉ que na immensa maioria dos casos, a hydatidose genital é de natureza secundaria á infestação dos órgãos superiores da cavidade peritoneal e salienta o erro da maior parte dos operadores que catalogam de primitivos os kystos hydaticos pelvianos apenas pelo facto de serem solitarios. Admitte porém a hydatidose primitiva, rara embora, e divide as formas da molestia em: primitiva, secundaria e terciaria; a primeira hematogena, a segunda, consequente a uma inseminação local ou recidiva post-operatoria ou ainda á metas-

tase sanguinea; a terceira á uma reinfestação por ruptura de um kysto já pelviano.

A repartição das localizações diversas poude ser dividida como segue: 64 casos de hydatidose abdomino-pelviana, 45 de localizações pelvianas multiplas, 15 do Douglas, 26 do ligamento largo, 5 do ovario, 2 da trompa, 4 do utero, 4 da vagina e 4 da vulva.

Quanto a symptomatologia, distingue 4 periodos: periodo cataclysmico inicial, periodo de latencia, periodo de crescimento progressivo do kysto e periodo de estado.

Põe em relevo ainda a quasi impossibilidade do diagnostico etiologico a não ser quando a doente já tenha sido previamente operada por hydatidose de outro orgão. Essa difficuldade decorre da completa falta de symptommas proprios aos kystos hydaticos que são confundidos com os de outra natureza.

Chronologia e significação da dôr do Douglas na prenhez ectopica — STAJANO, CARLOS (Montevideo) — (*Bol. Soc. Obst. y Ginec. B. Aires*, Julho 8, 1935, Tomo XIV, N.º 4).

Levanta-se o A. de inicio contra os moldes exclusivamente anatomicos que a Pathologia tem seguido até agora para interpretar os symptommas o que levou a uma interpretação por demais simplista.

Para fugir desse criterio o unico recurso é fazer da propria clinica o laboratorio da experimentação physio-pathologica.

Foram taes reflexões que o levaram a observar por prisma novo o symptoma da dôr no fundo de sacco de Douglas na prenhez ectopica. E pergunta: é tal symptoma expressão de hemoperitoneo ou depende apenas do syndromo visceral de distenção aguda do hematosalpinx ?

“Temos diagnosticado ruptura tubaria sem que de facto ella se tenha dado, encontrado hematosalpinx integral com grande tensão, com Douglas intensamente doloroso, acompanhando a symptomatologia theatral e aguda por todos conhecida, não encontrando, no entanto uma gotta sequer de sangue derramado no peritoneo.”

Muitas vezes a hypersensibilidade do Douglas tão bem descrita por PROUST vem acompanhada da mascara de uma hemorrhagia que não é verdadeira.

Todos os autores modernos e entre elles MONDOR tomaram a dôr do Douglas como signal certo de extravasamento sanguineo na serosa peritoneal. E' o que o A. chama de “profundo erro” e sustenta baseado em suas observações que “o heperitoneo pelviano é absolutamente indolor” em todas as suas phases contanto que se mantenha aseptico.

Assim discrimina os processos elementares de uma prenhez ectopica exteriorisando-se em crise aguda: *a*) etapa visceral pura; hematosalpinx symptomatico; *b*) etapa peritoneal: hemoperitoneo. A dôr do Douglas é contemporanea da crise tubaria (distensão pelo sangue que se collecta ao redor do ovo descollado. Essa dôr cede cada vez que a trompa se accomoda ao volume do hematosalpinx para reaparecer á um novo sangramento que augmente a tensão cavitaria.

Isso tem o A. verificado por successivas constatações operatorias; e chama repetidamente a attenção para essas crises visceraes que se succedem.

A ruptura completa termina com a crise visceral e a hyperesthesia do Douglas não perdura muitas horas apezar do sangramento continuar.

A dôr do Douglas é a tradução de um phenomeno que ocorre em todas as crises visceraes de outra situação.

A observação chronologica da dôr e sua repetição nas pequenas hemorragias intratubarias successivas é grandemente elucidativa e mostra que o symptoma é contemporaneo; "da dôr subjectiva (angor pelvico); do tenesmo rectal; da distensão tympanica dolorosa (ileo fugaz); dos symptomas geraes da crise (pallidez, lipothymia, suores, hypotensão, tachycardia, etc.), simulando muitas vezes uma anemia inexistente".

Mesmo a insuflação ou a injeccão de lipiodol podem por assim dizer experimentalmente suscitar uma crise pelvica em tudo comparavel a da hematosalpinx.

Por isso tudo, affirma STAJANO que a dôr do Douglas, traducção de uma crise visceral, pode existir sem o menor traço de hemoperitoneo.

Sarcomas do utero — COLILLAS, D. e BAZTERRICA, E. —
(*Bol. Soc. Obst. y Ginec. B. Aires*, Julho 8, 1935, Tomo XIV, N.º 4).

No serviço em que trabalham os A.A. encontraram nos ultimos onze annos apenas 3 casos de sarcoma do utero, em quanto que 589 casos de tumores uterinos de outra natureza foram observados. Percentagem do sarcoma em relação ao myoma — 0,79 %; em relação ao epithelioma — 1,70 %.

Dividem com R. MEYER os sarcomas *primitivos* do utero em: sarcomas da mucosa e sarcomas da parede uterina, estes ou diffusos ou encapsulados. Adoptam a classificação histologica do mesmo autor em: sarcomas de cellulas musculares, sarcomas de cellulas fusiformes e sarcomas de cellulas redondas. Além dessas existem como formas especiaes o typo alveolar caracterizado pela

disposição em leque das células tumorais, e o angiosarcoma sendo que só devem ser tomados como taes os tumores em que houver neoformação vascular atypica e não aquelles em que haja simples ajuntamento das células tumorais em torno dos vasos normais.

Citam ainda os sarcomas polymorphocellulares descriptos por ALBRECHT.

Os lymphosarcomas só podem surgir no utero, oriundos dos tecidos adenoides da mucosa; caracterizam-se pelo tecido reticular onde abundam lymphoblastos e lymphocitos.

Outro typo é o sarcoma racemoso do collo uterino, que os autores aliás estribados em numerosissimas opiniões, consideram como provenientes de tecidos heterologos (resquícios dos conductos embryonarios rudimentares). Uma das observações que deram causa a communicação é de um tumor desse typo.

Não ha symptomas caracteristicos e simulam, ora fibromas ora kystos ovaricos. O diagnostico depende da biopsia.

A malignidade é tanto maior quanto mais atypicos os elementos cellulares. Os sarcomas encapsulados são menos malignos.

Quanto ao tratamento os A.A. comparam as diversas estatisticas até hoje publicadas quer dos tratados cirurgicamente quer por irradiação. Parecem propender pela cirurgia reservando a radiotherapia para os casos inoperaveis.

Para decidir da operabilidade sugerem, á falta de outro criterio, praticar sempre a laparotomia que se limitará a ser exploradora ou não, conforme o estado em que se encontrar o ventre aberto.

Dos seus 3 casos um teve uma recidiva vaginal ao 5.^o mez; outro foi acompanhado 19 mezes sem recidiva; do 3.^o não tiveram noticias.

A colpoperineocleisis sub-total no tratamento do prolapso nas mulheres velhas — SCHWARCZ, H., ESQUIVEL, HUERGO e COSTA, José L. — (*Bol. Soc. Obst. y Ginec. B. Aires*, Julho 8, 1935, Tomo XIV, N.^o 4).

Tendo tido que reoperar uma mulher já operada aos 70 annos por prolapso total segundo a technica de LE FORT-NEUGEBAUER os autores tiveram sua preferencia pelo processo do prof. LABHARDT, de Basiléa. Dizem elles que esse processo offerece mais garantias contra as recidivas e além disso preenche as condições que se requerem de uma operação por prolapso, que visando corrigir um defeito que não acarreta perigos vitales deve ser sufficientemente innocua. A operação de LABHARDT preenche esses requisitos porque sendo singela, é rapida, dispensa a anesthesia geral e pratica-se por via baixa.

O detalhe que valorisa esse methodo em comparação com o de HEGAR é que procura formar um perineo bem alto, bem firme e

rico em tecidos, que assim se opponha com resultado a uma cystocele. "Para isso forma-se uma superficie de avivamento em 5 angulos". Começa por uma incisão em arco de concavidade superior que passando pela commissura tem as pontas junto da urethra; dahi desce de cada lado paralellamente a linha mediana da face anterior da vagina numa extensão de 4 cms. Dahi a incisão se incurva de cada lado para a linha mediana e para cima. Todo esse retalho é dissecado e suturam-se lado a lado os bordos sem dar importancia nem aos fascias nem aos elevadores. Consegue-se um perineo de 6 a 8 cm. de altura que chega até a urethra.

Symphisiotomia em cabeça derradeira. Considerações a proposito de duas novas observações — FALSIA, MIGUEL V. — (*Bol. Soc. Obst. y Ginec. B. Aires*, Julho 18, Tomo XIV, N.º 5).

Uma communicação de duas observações em que o A. praticou a symphisiotomia de ZARATE, em cabeça derradeira. Na primeira após ter tentado manobras de força para extrair a cabeça o methodo ampliatorio levou a prompta expulsão, porém o feto morreu e a autopsia constatou lesões meningeas (hemorragias); na segunda em que o ZARATE foi effectuado logo que se evidenciou pelo toque a desproporção feto-pelvica o feto nasceu vivo e em bom estado.

O A. defende entusiasticamente o segundo modo de proceder. Discorre sobre a inocuidade, a singeleza e a presteza da operação de ZARATE que revolucionou, no seu entender a obstetricia tornando possivel a prova do parto nas bacias levemente estreitadas porque a intervenção ampliadora chega sempre a tempo de dar nascimento ao feto vivo.

Tambem nas cabeças derradeiras não vê nenhum inconveniente em recorrer ao mesmo methodo que considera de todo innocuo para a mãe e salvador para o feto.

Conclue dizendo:

"Na dystocia de cabeça derradeira retida pela pelvis estreitada, a unica intervenção logica, segura, innocua e consentanea com os modernos recursos da obstetricia é a symphisiotomia de ZARATE.

As manobras de força, chamem-se CHAMPETIER DE RIBES, MARTIN, WINKEL, etc., para o encaixe da cabeça, devem ser abandonadas porque importam em um traumatismo fetal impossivel de medir."

Sobre a symptomatologia na gravidez extra-amnio-chorial ou extramembranosa — BOERO, HENRIQUE A. — (*Bol. Soc. Obst. y Ginec. B. Aires*, Julho 18, 1935, Tomo XIV, N.º 5).

O A. relata um novo signal para diagnostico da prenhez extra-membranosa. Em complemento das communicações que sobre o assumpto, vem fazendo desde 1914, só, ou em collaboração com J. COSTA, SCHWARCZ e outros, BOERO affirma baseado em algumas observações que a *apparencia fibromatosa do utero* quando accompanha a hemato-hydrorrhoea e os signaes certos de gravidez, quando o tamanho do utero não corresponde a idade da prenhez pelas ultimas regras, tem real valor do diagnostico da gravidez extra-membranosa.

Dysmenorrhoea por utero duplo incompleto — POVLOVSKY, ALEJANDRO J. e outros — (*Bol. Soc. Obst. y Ginec. B. Aires*, Julho 18, 1935, Tomo XIV, N.º 5).

Uma interessante communicação de um caso de utero duplo incompleto em que se produziu um hematometrio no utero imperfurado. As regras eram sempre acompanhadas por dores intensissimas que obrigavam a guardar o leito e que iam produzindo já uma grave repercussão sobre o estado geral. O diagnostico exacto só foi possível pelo exame da peça operatoria.

REVISTA DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA DE SÃO PAULO

Sobre um caso de choréa gravídica tratada com injeções intrarachideas de Electrargol — BRIQUET, RAUL — (*Rev. Obst. Ginec. de S. Paulo*, Junho-Julho, 1935, Vol. I, Fasc. 1).

Em um caso de choréa occorrido no 6.º mez da gravidez em uma mulher com antecedentes rheumatismas, portadora de lesão mitral, e com ausencia de signaes de syphilis (Wassermann negativo) o A. empregou o methodo de BALENA. Consta tal tratamento de injeções intra-racheanas de Electrargol. A technica é a seguinte: Retirada de 10 a 15 cc. de liquor e injeção consecutiva de 2,5 cc. de Electrargol. As injeções devem repetir-se cada 3-4 dias, augmentando-se de cada vez mais 2,5 cc. de Electrargol.

Produz-se uma reacção violenta, embora ephemera: hyperthermia accentuada, tachycardia, vomitos: um quadro typico de meningismo.

Na doente em questão foram feitas 3 injeções que produziram a cura e a paciente levou sua prenhez a termo dando á luz um feto vivo, normal.

O artigo contem um apanhado geral da etiologia, prognostico e tratamento da molestia no momento actual.

A explicação da acção curativa do Electrargol é para BALENA a acção colloidoclasica; para FORTES e LANGE, dependeria da meningite irritativa e aseptica.

Vulvite pseudo-diphtherica e lues secundaria da vulva —

SOUZA RUDGE, W. DE — (*Rev. de Obst. e Ginec. de S. Paulo*, Junho-Julho 935, Vol. I, Fasc. 1).

O auctor publica a observação de um caso de vulvite com os caracteres não só clinicos como bacteriologicos da diphtheria genital, associada a syphilides papulosas vulvares, no qual somente a ausencia de pathogenicidade do germen para a cobaya, veio demonstrar tratar-se de uma vulvite pseudo-diphtherica. Evidencia-se da observação, a importancia capital da identificação bacteriologica do germen para se firmar o diagnostico de diphtheria genital. A paciente colheu reaes beneficios com a sorotherapia anti-diphtherica, a qual o A. preconisa como tratamento das inflamações pseudo-membranosas dos orgãos genitales externos da mulher. — (Transcripto).

Em torno dos gonocytos e genese das gonadas —

LORDY, CARMO — (*Rev. de Obst. e Ginec. de S. Paulo*, Junho-Julho 935, Vol. I, Fasc. 1).

Das concepções até ha pouco classicas se deduz que as cellulas sexuaes primitivas (que apparecem na crista genital de WALDEYER), são o producto de differenciação do epithelio celomatico.

No entanto a concepção de WEISMANN da separação precoce entre *soma* e *germen*, separação que tem sido comprovada até mesmo antes da primeira divisão do ovo, vem ganhando terreno no campo da comprovação experimental.

Por outro lado, cellulas com o aspecto e os caracteristicos dos gonocytos primordiales tem sido encontrados em localisações diversas nas phases pre-somiticas de desenvolvimento embryonario. E surgiu então a supposição da organização dos gonocytos nos primeiros estadios da segmentação blastodermica, processando-se dahi uma migração dessas cellulas em busca da zona em que se forma a *eminencia germinativa*.

VERA DOUTSCAKHOFF julga mesmo que nas aves a migração se faça por via sanguínea e o A. surpreendeu em cortes alguns gonocytos com prolongamentos pseudopodicos que denunciam movimento.

Si algumas dessas cellulas, em sua migração, não chegam a atingir a *crista genital* onde evoluiriam para formar gonadas normaes podem tornar-se a origem de tumores germinaes diversos ou teratomas. E' uma hypothese sem duvida attrahente.

Nesse pé da questão surgiu uma controversia entre os autores. Para uns esses gonocytos primordiaes, migradores não seriam as cellulas sexuaes definitivas.

Essas se originariam de elementos celomaticos excitados pelo contacto daquellas.

Para outros seriam o começo da linhagem sexual indubitavelmente.

O facto que fez surgir essa divergencia é que numa dada phase do desenvolvimento embryonario ha uma lacuna: não se percebem mais gonocytos primarios e ainda não surgiram os secundarios.

No entanto outros autores affirmam que nessa phase os gonocytos não se deixam ver apenas, porque perdem seus granulos deutoplasmaticos coraveis, mas podem bem ser evidenciados pelos methodos electivos para o chondrioma que, esse se mantem sempre reconhecivel. RAUH, partidario convieto da continuidade da linhagem sexual poudé seguir a transformação dos gonocytos primordiaes até spermatogonias e ovogonias.

Entre essa opinião e a que admite que os gonocytos primordiaes sejam elementos do mesenchyma que apenas influenciam por contacto a formação do epithelio celomatico, o auctor não se pronuncia. Diz elle que quer se admitta uma quer outra hypothese resta um ponto desconcertante a resolver: é a involução rapida que soffrem os gonocytos secundarios após um esboço de espermatogenese ou ovogenese, chegando a desaparecer. Donde proviriam então os elementos sexuaes definitivos (spermatozoide e ovulo) ?

WINIWARTER e SAINTMONT dão a seguinte explicação: haveria nas gonadas duas *poussés* epitheliaes, a 1.^a de typo masculino que formaria os cordões testiculares; essa *poussé* tem character masculino e no desenvolvimento normal do ovario é ephemera e logo supplantada por uma 2.^a *poussé* que daria, essa, a estrutura feminina da glandula. A persistencia de cellulas da primeira *poussé* contemporaneamente com as da segunda daria os casos de ovario-testis e de hermaphrodisimo glandular.

O A. se inclina, entretanto a admittir o desenvolvimento ininterrupto das cellulas gonadicas a partir dos gonocytos primordiaes.

Syndrome de Couvelaire e hemiplegia — ARAUJO, J. ONOFRE
— (*Rev. de Obst. e Ginec. de S. Paulo*, Junho-Julho 935, Vol. I, Fase. 1).

O A. apresenta a observação de uma doente, attingida de syndrome de COUVELAIRE na qual sobreveiu uma hemiplegia direita associada á uma aphasia total transitoria. Indicou a hysterectomia prevendo que o estado infeccioso não melhorasse ou, caso novas hemorragias surgissem.

Como o hemogramma de SCHILLING mostrou porém, a melhora da doente, a intervenção não chegou a fazer-se.

Tece commentarios geraes acerca das hemiplegias puerperaes identificadas por FRUHINHOLZ e FRANÇAIS e chama a attenção para as hemiplegias consecutivas ás grandes perdas de sangue como no seu caso. A pathogenia dessas hemiplegias é bem complexa. Desenvolve-se sob influencia do estado meiopragico das arterias cerebraes, a queda da pressão, o espasmo reflexo em um vaso já doente e mesmo sob a influencia de alterações qualitativas do sangue. Nessa doente o A. vê a causa na queda da pressão, acarretando por ischemia o amolecimento cerebral. — (Transcripto).

Dysmenorrhéa membranacea — GUIMARÃES FILHO, ALVARO
— (*Rev. de Obst. e Ginec. de S. Paulo*, Junho-Julho 935, Vol. I, Fase. I).

A proposito de cinco casos de dysmenorrhéa membranacea, dous pessoaes e outros tres colligidos pelo A. tece elle, commentarios a cerca dessa syndrome, expendendo os conceitos hoje correntes entre os auctores estrangeiros que se tem occupado do assumpto. Mostra um variado conhecimento da litteratura pertinente ao assumpto. Damos as conclusões a que chega o articulista porque são o melhor resumo do seu trabalho. Eil-as: 1.^a) a dysmenorrhéa membranacea é desvio menstrual raro; 2.^a) o factor etiologico mais accetavel é o hormonal dependente da função ovarica, mas ainda não completamente elucidado; 3.^a) o diagnostico deve ser clinico havendo comprovação histologica; 4.^a) o diagnostico differencial visará principalmente a distincção com a gravidez, sob duas formas; o abortamento topico e a prenhez extra-uterina; 5.^a) o prognostico é reservado, principalmente na forma esfoliativa; 6.^a) todo o tratamento deve ser orientado no sentido de melhorar as condições funcionaes das secreções internas do ovario.

O HOSPITAL

Molestia de Paget da mamma — GOULART, THEODORO D. e BURLAMAQUI BENCHIMOL, N. — (*O Hospital*, Julho 935, Tomo II, N.º 7).

Publicam os A.A. duas perfeitas observações de molestia de PAGET, tiradas do archivo do serviço do prof. BRANDÃO FILHO. Assignalam a raridade da affecção dizendo que são as duas unicas observações da molestia existentes no archivo do serviço. A doença só muito excepcionalmente deixa de ser unilateral. Começa insidiosamente com a apparencia eczematosa, sempre em mulheres que amamentaram. A retracção do mamillo é signal que a doença já vem evoluindo ha tempo.

A evolução da molestia pode ser muito lenta; varia de 2 a 30 annos.

Para o diagnostico differencial preconizam os conselhos de BAUMGARTNER, isto é, lembrar sempre da possibilidade de: 1.º coincidência do eezema simples do mamillo e da areola com um cancer glandular; 2.º invasão da areola pelos canceres glandulares com produção secundaria de uma lesão eczematiforme; 3.º infiltração gradativa das regiões vizinhas pelo cancer da areola; 4.º propagação á glandula atravez dos canaes galactophoros, do epithelioma dos orificios do mamillo.

Tomando partido entre os que negam e os que affirmam a individualidade da molestia de PAGET os A.A. appellam para a "cellula de PAGET" absolutamente caracteristica e descrevem-lhe os caracteres: "são cellulas volumosas, encontradas, ou isoladas ou em pequenos grupos, desprovidas de filamentos de união e keratinisadas nos bordos. Tem protoplasma claro muito finamente granuloso muitas vezes acidophilo no centro e basophilo na periphèria". Mostram, citando abundantemente, as preferencias modernas dos autores pela concepção da doença como um cancer com origem no epithelio dos canaes galactophoros. Aconselham como tratamento a amputação larga e precoce da mamma.

REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA

Estado actual da anesthesia epidural sacra no Serviço de Cirurgia Geral e Urologia do Hospital N. S. do Socorro — CORRÊA, BRANDINO — (*Bol. do Coll. Bras. de Cirurgiões*, sessão de 13-5-935 apud *Rev. Bras. de Cirurgia*, Julho 935, Anno IV, N.º 7).

Estuda o A. esse methodo anesthesico e emprega-o abundantemente em seu serviço desde 1920. Varios trabalhos tem publicado

sobre o methodo do qual é um entusiasta. Os resultados obtidos são os melhores: ausencia de vomitos, possibilidade de alimentação immediata antes e depois do acto operatorio, optimas sequencias, inocuidade completa, ausencia de cephaléa, possibilidade do levantar immediato.

A pratica dos ultimos tres annos levou o A. a introduzir algumas modificações. Entre essas a addição de 2 gottas de adrenalina (solução millesimal) ao soluto, e o emprego previo de um entorpecente que pode variar (sedol, eukodal, dilaudid, etc.). Emprega tanto a novocaina em solução á meio por mil (reconhece-lhe acção hypertensora) como a percaina (hypotensora) e a neotutocaina; dão todas anesthesias optimas.

Quanto á quantidade o A. injecta 20 a 30 cc. para anesthesia do anus, perineo, orgãos genitales externos, 40 cc. para anesthesia um pouco mais alta e com 50 a 60 cc. obtem boa anesthesia até a região epigastrica; a grande diluição que usa permite-lhe essas doses altas.

Os aperfeiçoamentos introduzidos pelo A. reduzem as contra-indicações: deve-se escolher o sal conforme a pressão arterial do caso. As contra-indicações ainda não removidas são os tumores ou malformações da zona sacro-coccigeana e, nas mulheres, o paniculo adiposo muito desenvolvido. Nos seus operados nunca recorre a tonicardiacos quando pratica a anesthesia epidural.

Ligeiras obnubilações ou mesmo crises epileptiformes eram frequentes quando iniciava o emprego do methodo; hoje porém o apuro do methodo (cuidados para não injectar o liquido no cone dural ou em algum vaso, precaução de injectar ar para descollar a dura mater) supprimiram da sua pratica esses contratempos. A injeccão epidural é tão innocua que pode ser repetida no mesmo dia ou nos subsequentes.

A solução de novocaina empregada não soffre mais esterilização pelo calor que lhe altera o PH e sim, por filtragem a frio em vela de CHAMBERLAND. O resultado é efficiente assim, em concentrações quatro vezes menor do que dantes.

A estatistica do A. é a seguinte:

Anesthesias epiduraes	393 casos
Com sol. novocaina a 2 %.....	109 "
(Nesse numero 17 necessitaram chlo- roformio "a la reine").	
Com novocaina a 1 %.....	110 casos
Com novocaina a 1/2 %.....	79 "
(Solutu esterilizado por filtragem a frio).	
(Treis necessitaram anesthesia comple- mentar por Balsoformio ou chlore- thyla).	

Com <i>percaína</i> a 2 por mil.....	1 caso
„ <i>percaína</i> a 1 por mil.....	24 casos
„ <i>percaína</i> a 1/2 por mil.....	35 „
(Um necessitou anesthesia complementar).	
Com <i>Neo tutocaína</i> a 1 por mil.....	35 casos

O A. termina insistindo pelas soluções diluídas e lembrando que o methodo é largamente manejavel pois dá analgesias que vão até o epigastrio.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA (Rio)

Esterilidade feminina — Commentarios — CORRÊA DA COSTA, CLOVIS — (*Rev. de Gynec. e d'Obst.*, Rio, Julho 935, Anno XXIX, N.º 7).

N'uma mulher de 26 annos, oligomenorrhéica, casada ha 3 1/2 annos, sem deformidade genital, com *libido* normal, bôa permeabilidade tubaria, ovario sclero-kystico, que apenas tivera uma historia suspeita de infecção gonococcica, o A. extrahiu após laparotomia um tumor mucoso, intrauterino, do tamanho de uma avelã que o exame histopathologico mostrou ser um polypo adenomatoso. Dez mezes depois examinando a paciente encontrou uma prenhez no 7.º mez.

A proposito dessa mulher o A. pergunta: Pode-se considerar esteril uma mulher que 3 annos e meio após o matrimonio, ainda não tenha concebido ?

Seria a infecção genital com apparencia blenorragica mas, que não deixou resquícios annexiaes nem poudo ser comprovada por exame bacterioscopico, que provocasse a esterilidade ? Não parece dado o estado de *restitutio ad integrum* si é que houve uma infecção dessa natureza.

Outra hypothese: seria o polypo intrauterino a causa da esterilidade ? Não é provavel porque além de exiguo em tamanho esse tumor só poderia agir como causa de infertilidade provocando contracções continuas do utero, que impedissem a nidação. Mas não é provavel porque vê-se amiude a concepção se realizar em uteros semeados de tumores.

Si a paciente era de facto esteril qual teria sido o agente curativo ? Não é raro ver a insuflação tubaria agir como tal e essa hypothese não é descabida no caso. Quando porém é a insuflação que restabelece uma permeabilidade tubaria compromettida o operador que a practica pode acompanhar pelo manometro a resis-

tencia á pressão que cede a um dado momento, desfeita a obstrucção. No caso, tal não se verificou.

Teria a extirpação do adenoma tornado possível a concepção? O A. acha que sim por lhe parecer a hypothese mais provavel. Esse resultado ter-se-ia dado, talvez fazendo cessar algum reflexo utero-ovariano que estivesse perturbando as correlações entre utero e gonada, tão indispensaveis a fecundação.

Em torno de treis observações de sarcoma do utero —
TAVARES DE SOUZA (Chefe de clin. do Dr. Corrêa da Costa no Hosp. Gaffrée-Guinle) — (*Rev. de Gyn. e d'Obst.*, Rio, Julho 935, Anno XXIX, N.º 7).

Interessante comparar esse artigo com o que vai resumido nessa secção, de autoria de COLILLAS e BAZTERRICA (de B. Aires) porque enquanto estes A.A. assignalam a grande raridade da affecção em seus archivos, TAVARES DE SOUZA refere tambem treis casos, observados porém no curto prazo de onze mezes.

São treis casos firmados em diagnostico histopathologico dos quaes, no entanto um apenas fôra suspeitado de malignidade, os outros dous tendo recebido o diagnostico provisorio de fibromyoma.

O A. assignala a difficuldade de estabelecer diagnostico preciso antes da operação, isto porque mesmo a curetagem de prova (biopsia) não esclareceria senão os casos onde já houvesse comprometimento da mucosa uterina. O artigo prosegue mostrando as diversas tentativas que tem sido postas em pratica para o diagnostico differencial entre os sarcomas e os fibromyomas; entre ellas o da escola de ERLANGEN que sustenta que a descriminação se pode obter pela irradiação do tumor com 60 a 70 % da dose de erythema. Talvez que no futuro se consiga um test sero-diagnostico capaz de distinguir entre as duas affecções.

Concluindo, após ter lembrado que em dois dos seus casos não havia compromettimento do estado geral, diz: "por mais longínqua se nos pareça a hypothese de um tumor maligno, nem porisso devemos desprezal-a sem antes havermos empregado todos os recursos de que possamos lançar mão para o esclarecimento do diagnostico".
