



**Universidade Federal da Bahia  
Faculdade de Medicina da Bahia  
Memorial da Medicina Brasileira**



Esta obra pertence ao acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira, e foi digitalizada pela equipe do Laboratório de Preservação do Memorial da Medicina Brasileira.



# MEMORIAL DA MEDICINA BRASILEIRA

Fevereiro de 2024

**Memorial da Medicina Brasileira – Faculdade de Medicina da Bahia**  
Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Pelourinho - Salvador - Bahia - Brasil

[www.bgm.fameb.ufba.br](http://www.bgm.fameb.ufba.br)  
[bibgm@ufba.br](mailto:bibgm@ufba.br)

EX-LIBRIS

BIBLIOTHECA GONÇALO MONIZ  
MEMÓRIA DA SAÚDE BRASILEIRA • ZINI



1941

2

# HEMORRHAGIAS PUERPERAES

## Thèse Inaugural

APRESENTADA

A' FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

E SUSTENTADA

PELA PHARMACEUTICA

201

### Glafira Corina de Araujo

Natural do Estado da Bahia

APPROVADA COM DISTINCCÃO

*Filha legitima de Firmo Caetano de Araujo e D. Herminia  
Roza de Araujo*

AFIM DE OBTER O GRÃO

DE

## Doutora em Medicina

On peut exiger beaucoup de celui qui devient aucteur pour acquies de la gloire, ou pour un motif d'interêt; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute des grands droits à l'indulgence de ses lecteurs.

*La Bruyère.*

201

---

BAHIA

IMPRENSA ECONOMICA 201

16 — Rua Nova das Princesas — 16

1892

BIBLIOTÉCA  
FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DA BAHIA

# FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director — O EXM. SR. CONS. DR. ANTONIO DE CERQUEIRA PINTO

Vice-Director — O ILLM. SR. DR. JOSÉ OLYMPIO DE AZEVEDO

## LENTES CATHEDRATICOS

### 1.ª Secção

<i>Os Illms. Srs. Drs.</i>	<i>Materias que Lecçãoão</i>
Luiz Anselmo da Fonseca .....	Physica medica.
José Olympio de Azevedo .....	Chimica medica e mineralogia.
João E. de Castro Cerqueira .....	Chimica organica e biologica.

### 2.ª Secção

José R. da Costa Doria .....	Botanica medica e zoologia.
Antonio Victorio de Araujo Falcão .....	Pharmacologia e arte de formular
Sebastião Cardoso .....	Chimica analytica e toxicologica.

### 3.ª Secção

Alexandre affonso de Carvalho .....	Anatomia descriptiva.
Antonio Pacifico Pereira .....	Histologia theorica e pratica.
Carlos Freitas .....	Anatomia medico-cirurgica e comparada

### 4.ª Secção

Manoel José de Araujo .....	Physiologia theorica e experimental.
Augusto Cezar Vlanna .....	Anatomia e physiologia pathologicas
José Eduardo Freire de Carvalho Filho .....	Materia medica e therapeutica.

### 5.ª Secção

Egas Carlos Moniz Sodré de Aragão .....	Pathologia geral e historia da medicina
Cons. Virgilio Clinaco Damazio .....	Medicina legal.
Manoel Joaquim Saraiva .....	Hygiene e mesologia.

### 6.ª Secção

José P. de Souza Braga .....	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior .....	Operações e aparelhos.
Antonio Pacheco Mendes .....	Clinica cirurgica — 1ª cadeira.
Manoel Victorino Pereira .....	» » 2ª »

### 7.ª Secção

Anisio Circundes de Carvalho .....	Pathologia medica.
Manoel Dantas .....	Clinica propedentica.
Cons. Ramiro Affonso Monteiro .....	Clinica medica — 1ª cadeira
Cons. José Luiz de Almeida Couto .....	» » 2ª »

### 8.ª Secção

Antonio Rodrigues Lima .....	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira .....	Clinica obstetrica e gynecologica.

### 9.ª Secção

Frederico de Castro Rebello .....	» medica e cirurgica das creanças.
-----------------------------------	------------------------------------

### 10.ª Secção

Francisco dos Santos Pereira .....	» opthalmologica
------------------------------------	------------------

### 11.ª Secção

Alexandre E. de Castro Cerqueira .....	Molestias cutaneas e syphiliticas.
----------------------------------------	------------------------------------

### 12.ª Secção

João Tillemont Fontes .....	( Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
-----------------------------	-------------------------------------------------

### Substitutos

<i>Os Illms. Srs. Drs.</i>		<i>Os Illms. Srs. Drs.</i>
Pedro da Luz Carrascosa .....	1ª Secção.	Alfredo Thomé de Britto .. 7ª Secção.
.....	2ª »	Deocleciano Ramos .....
José Carneiro de Campos ..	3ª »	Joaquim M. dos Santos .....
Guilherme Pereira Rabello ..	4ª »	Clodoaldo de Andrade .....
Raymundo Nina Rodrigues ..	5ª »	Carlos Ferreira Santos .....
João A. da Costa Dorea .....	6ª »	Francisco Braulio Pereira ..

Secretario — O ILLM. SR. DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

Sub-Secretario — O ILLM. SR. DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.







A' MEMORIA

DE MINHA QUERIDA IRMÃSINHA

Quelidonia Isaura de Araujo

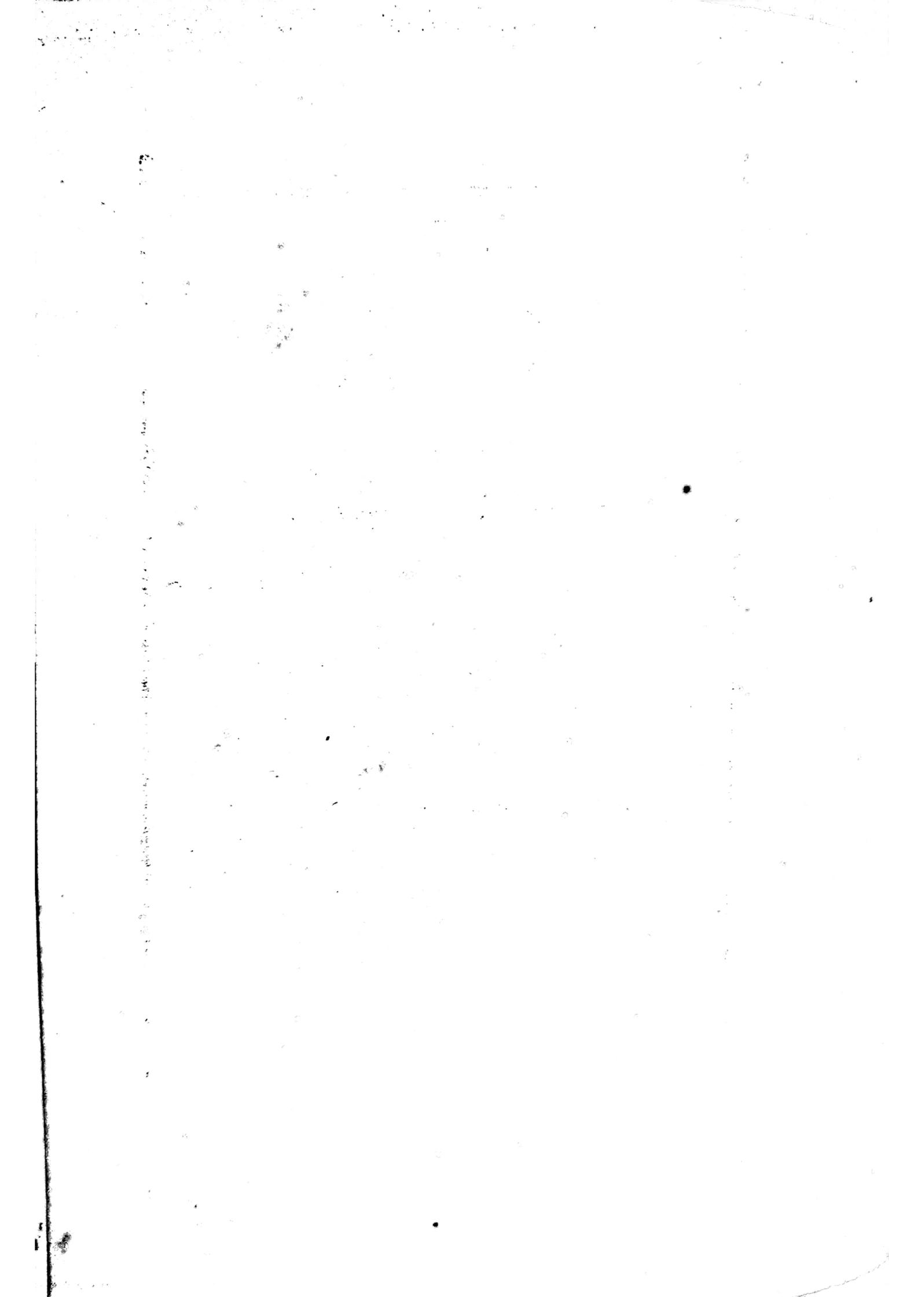
Saudade eterna.



A' MEMORIA

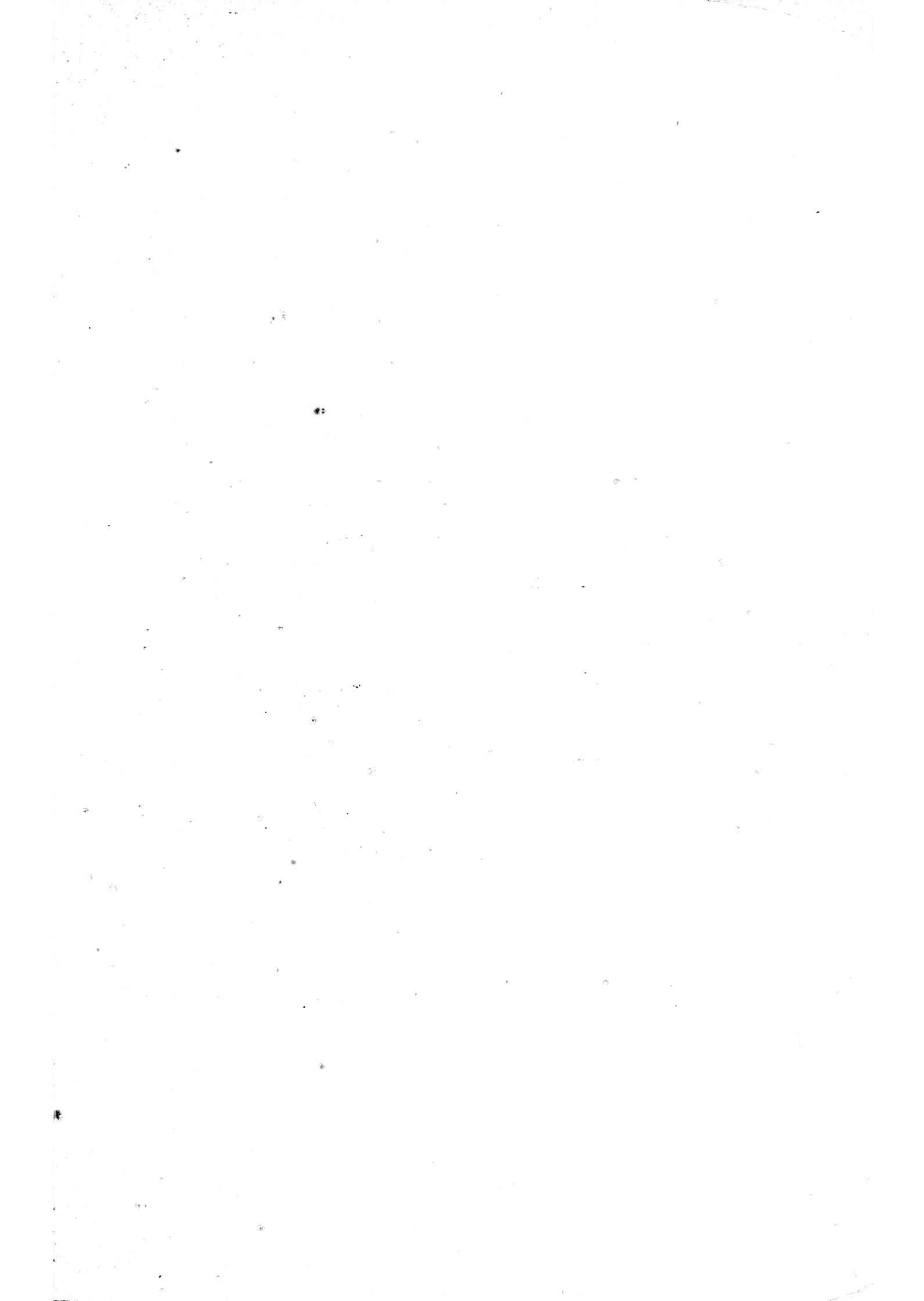
De meus Avós, Tios e Primos

Saudade.



A meus queridos e extremosos Paes

Respeitosa beijo-lhes as mãos.



A MEU BOM IRMÃO

*Guaristo Romero de Araujo*

Abraço-o com effusão.

A MINHA QUERIDA AVÓ

*D. Maria Carolina de Araujo*

Amizade e respeito.

AO BOM AMIGO E COLLEGA

*Francisco de Oliveira Ramos*

E SUA EXMA. FAMILIA

Verdadeira estima e consideração.

AOS MEUS PRESADOS TIOS

Quintino dos Santos Requião

E SUA ESPOSA

Julia Pereira de Souza

E SEU ESPOSO

Cordialmente os abraço.

AOS MEUS TIOS

D. AMELIA ROSA DE ARAUJO  
CAPITÃO JOSÉ FRANCISCO DE ARAUJO  
CAPITÃO MANOEL PASCHOAL DE ARAUJO

E SUAS FAMILIAS

Amisade.

A MINHA TIA

A EXMA. SRA.

D. Maria Constança de Castro

E SUA EXMA. FAMILIA

Amisade.

AO ILLM. SR.

*Dr. Manoel Gomes de Argollo Ferrão*

SUA EXMA. ESPOSA E SOGRA

Amisade e consideração.

A MINHA AMIGA E DISTINCTA COLLEGA

*Bra. Amelia Benebien Perouse*

E SEU ESPOSO

*Dr. Julio Perouse Pontes*

Sincera amisade.

AO ILLM. SR.

*Capitão Tenente João Perouse Pontes*

E SUA EXMA. FAMILIA

Amisade e sympathia.

AOS MEUS DISTINCTOS MESTRES

OS ILLMS. SRS. DRS.

AUGUSTO CESAR VIANNA  
MANOEL JOSÉ DE ARAUJO  
JOSÉ EDUARDO FREIRE DE CARVALHO FILHO  
CARLOS FREITAS  
ANTONIO VICTORIO DE ARAUJO FALCÃO  
ANIZIO CIRCUMDES DE CARVALHO

E SUAS EXMAS. FAMILIAS

Gratidão.

AOS MEUS MESTRES

*Os Srs.*

Dr. Julio Sergio Palma  
Pharmaceutico Henrique Diniz  
Pharmaceutico Almeida Araujo  
Dr. Carneiro de Campos  
Dr. Pedro da Luz Carrascosa  
Dr. Deocleciano Ramos  
Dr. Clodoaldo de Andrade

Reconhecimento.

AOS ILLMS. SRS. DRS.

*Matheus Vaz de Oliveira*  
*Menandro dos Reis Meirelles*  
*Thomaz de Aquino Gaspar*  
*João Pedro de Aguiar*

Reconhecimento.

A MINHA MADRINHA

*A Exma. Sra.*

*D. Leopoldina Rabelio*

Respeito.

Ao Sr. João de Vargas Leal

E A EXMA. FAMILIA

Amisade.

AS MINHAS DISTINCTAS COLLEGAS

Doutoras

*Ritta Lobato Lopes*                      ✕ *Francisca Barretto Praguer*  
*Anna Machado Marinho Falcão* ✕ *Ephigenia Veiga*

Muitas felicidades.

Aos amigos da minha familia

Prosperidade.

Aos collegas que me distinguiram com sua amisade

*Adeus,*



CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

## HEMORRHAGIAS PUERPERAES

There is no field of observation more instructive and interesting, than which is presented to us by the study of man's intellect.  
*Wright.*



ANTES de entrarmos no assumpto sobre o qual vamos dissertar façamos algumas considerações acerca da puerperalidade, seu historico, definição e physiologia.

Puerperalidade segundo Littré, Robin e Bondet, é o estado da mulher recém-parida; esta definição não é adoptada por todos os auctores.

A palavra latina — puerperium para tomar a denominação de puerperalidade, passou por uma serie de transformações phoneticas; e se fizéssemos um estudo minucioso, chegaríamos á conclusão, que, a transformação de puerperium em puerperalidade não foi devida simplesmente a um phenomeno de linguistica, e sim ás modificações que sobrevieram ás doutrinas medicas que reinaram em epochas mais remotas.

Para alguns auctores a puerperalidade é simplesmente o estado puerperal — derivada do latim puerpera — cuja significação é mulher em parto.

Para outros esta opinião não tem um cunho pathologico, devendo esta denominação applicar-se ao estado da mulher desde a concepção até a volta (apoz o parto) ao estado physiologico.

Não nos inclinando a uma ou outra opinião, podemos entretanto conciliá-las, porquanto uma e outra tem razão de ser: Si certas molestias que desenvolvem-se apoz o parto resultam de perturbações gravidicas, tambem é certo que o estado local vai repercutir sobre o estado geral.

A ruptura das connexões maternas e fetaes não prodnz apenas um choque momentaneo, pois que o equilibrio que lentamente destrnio-se não poderá restabelecer-se rapidamente, além de que a lactação, funcção latente no estado normal, mantem-se durante um tempo mais ou menos longo.

Si limitarmos a puerperalidade aos dias subsequentes ao parto, será ella a convalescença de uma ferida visceral feita em condições particulares, podendo ser perturbada por molestias intercurrentes.

A antiguidade e a idade media legaram-nos mui poucos documentos sobre este assumpto.

Hippocrates attribuia os accidentes puerperaes á metrite e á suppressão dos lochios.

Celso e Galeno nada mais adiantam.

Os escriptos de Paulo d'Egine são mudos neste ponto, porém Alboufarage diz-nos ser elle habilissimo no tratamento de molestias das mulheres e accidentes puerperaes; tendo escripto um livro traduzido por Honain Ebn Isaalt, succedeu que o original e a traducção perderam-se.

Na primeira parte da idade media Maschion, Soranos, Aetius, Philomenus e outros deixaram escriptos que chegaram aos nossos dias; entretanto nenhum d'entre elles cita uma observação ou apresenta uma theoria!

Um pouco mais tarde os estudos de gynecologia e obstetricia foram feitos mais detalhadamente.

Encher, Rösslin, Rodrigues de Castro, podem ser citados como os primeiros que se dedicaram mais minuciosamente a este estudo; este ultimo attribue a febre puerperal á suppressão dos lochios e sua transformação purulenta. Em seguida Charles Guillemean, Puzos, Mauriceau e outros trataram da suppressão dos lochios e das metástases do leite.

A doutrina de Puzos sobre a metastase do leite durou vinte annos.

A reacção apresentou-se ao mesmo tempo na Allemanha e na França por Stall, Bosquillon Walther e outros.

Gasc foi o campeão mais laborioso sobre uma nova theoria fundada em que os phenomenos febrís manifestados apoz o parto, são symptomas de uma unica entidade morbida — a inflammacção do peritoneo.

Como auxiliares Gasc teve Mercier e Baumers.

Tal é a primeira parte da historia das affecções puerperaes; até aqui a maioria dos auctores considerava o estado puerperal começando apoz o parto.

Em 1857 Monneret, Peter e Tarnier modificaram as opiniões existentes, ampliando-as.

Monneret define puerperalidade ou estado puerperal o conjuncto de modificações funcçionaes e organicas sobrevindas nas mulheres durante e depois do parto até o estabelecimento da lactação.

A opinião de Peter é identica á de Monneret.

Tarnier exprime-se da seguinte forma: Immediatamente apoz o parto ou algum tempo depois as puerperas apresentam um estado particular caracterizado por secrecção lactea; escoamento de lochios e a este estado diz elle dá-se o nome de puerperal.

Porém esta denominação é muito restricta, diz ainda Tarnier; e portanto devemos entender por estado puerperal ou puerperalidade o estado que apresenta a mulher desde a concepção até a cessação completa dos phenomenos que seguem-se ao parto, isto é, até o fim da lactação e quando as visceras voltam ao estado anatomico ordinario na cavidade da bacia.

Continua Tarnier — parece-me tão mal cabida a denominação de estado puerperal áquelle das mulheres recém-paridas, assim como o seria denominar gravidez ao periodo em que os battimentos do coração fetal começam a ser percebidos.

Finalmente, adoptando a expressão do Dr. Legroux, Tarnier denomina grande estado puerperal o conjuncto dos phenomenos observados em uma recém-parida, e pequeno estado puerperal

as modificações que se passam no organismo durante a gravidez e a lactação.

Entretanto um mestre igualmente eminente, o professor Pajot, admite que o estado puerperal é aquelle que começa no momento em que se dá o delivramento e cessa quando o organismo volta ao estado normal.

Funda-se este auctor para asserçã de sua doutrina, em que na physiologia e pathologia da puerperalidade, cousa alguma se assemelha á physiologia e pathologia da gravidez; enquanto que nesta ultima tudo tende á hypertrophia, após o parto ha tendencia á atrophia.

Si considerarmos as modificações geraes impressas ao organismo pela gravidez, e o estado do puerperio, encontraremos differenças mui palpaveis.

Durante a gravidez o equilibrio difficilmente se conserva, visto que soffre perturbações diarias.

N'este caso a mulher deve prover sua alimentação e a do ser que traz nas entranhas, o coefficente de distribuição varia sempre

No estado puerperal dá-se justamente o inverso. A perda alimentar deierminada pela lactação, diminue a partir de certo momento, se alguma vez um augmento se dá não tem a mesma regularidade e continuidade como succede durante a gravidez.

Na mulher gravida, a alteração produzida nos liquidos é puramente quantitativa, a economia não possui elementos estranhos.

Na recém-parida a nutrição tende a voltar ao estado normal, porém o sangue pode conter productos septicos.

Parece-nos que o sentido tão extenso em que a palavra puerperalidade tem sido tomada não é necessario.

Si consultarmos tratados mais modernos sobre o assumpto, taes como o de Spiegelberg publicado na Allemanha, o de Corradi na Italia, e o de Playfair na Inglaterra, veremos que consagram artigos differentes ao estudo das molestias da gravidez e ao puerperio.

Tratemos da physiologia da puerperalidade.

Sabemos que o funcionamento do organismo da mulher no estado normal é mui diverso do do estado gravidico.

Durante a gravidez o organismo materno soffre modificações locais e geraes.

As modificações locais são aquellas que se passam para o lado do utero e annexos.

Em primeiro logar temos o augmento de volume do utero devido á distensão mecanica e gradual d'este orgão pelo producto da concepção, bem como a hypertrophia de suas paredes.

D'esta hypertrophia e distensão resultam mudanças de forma, peso, capacidade, estructura, consistencia, situação, direcção e espessura.

Estas modificações são hypertrophicas e hypergenesicas das fibras cellulas da musculatura do orgão, transformações da membrana mucosa e no desenvolvimento do systema vascular que o feto deve possuir afim de levar-lhe sua alimentação.

O collo uterino igualmente soffre mudanças relativas ás que soffre o proprio utero, torna-se retractil, contractil, irritável, sensivel e extensivel, propriedades estas necessarias ao desenvolvimento e expulsão do feto.

Os annexos do utero soffrem também modificações que se resumem na hypertrophia e hypergenese d'estes orgãos.

As glandulas mamarias pelo liquido por ellas secretado, o qual deve servir para nutrição do feto, soffrem também modificações.

Estes orgãos preparam-se desde o começo da gravidez da mesma sorte que os outros orgãos pela hypertrophia e hypergenese dos elementos glandulares, phenomenos aos quaes junta-se a secreção de um liquido rico em assucar e albumina, conhecido em obstetricia com o nome de colostrum.

Taes são em resumo as modificações locais soffridas pelo organismo da mulher gravida.

Passemos uma ligeira vista sobre as perturbações do estado geral.

Desde logo podemos avançar que todos es systemas organicos são modificados, e as mudanças que se dão nos diversos aparelhos são physiologicas ou pathologicas.

O estado moral bem como o intellectual são perturbados ou transformados.

Na mulher grávida existe uma superabundancia de vida, mas uma vida passiva; ha uma plethora vital segundo a expressão do Dr. Raymond, com fraca despeza pessoal, da qual o feto é encarregado.

Comecemos por analysar as modificações que se passam no liquido sanguineo.

Tarnier e Chantrenil affirmam que ha um augmento constante na quantidade do sangue.

O professor Peter insiste tambem sobre este facto, e conclue que, a massa total do sangue augmenta pelo proprio facto da gravidez, havendo uma plethora quantitativa; para uns plethora lymphatica, para outros plethora serosa.

Becquerel, Rodier, Andral, Gavarret e Regnauld, em seus notaveis estudos, confirmados por outros auctores de igual nomeada, nada deixam a desejar sobre a constituição do sangue durante a gravidez: o augmento da agua no sangue durante a gestação sendo um factor constante, Becquerel e Rodier em suas analyses encontraram em 1,000 partes de sangue 791,1 de agua no estado normal, em estado de gestação elevou-se esta cifra a 801,6.

Regnauld dá uma media no começo da gravidez de 816,01 e nos ultimos mezes 817,70.

Pelo methodo das pesadas tem se demonstrado que em 1,000 partes de sangue no estado normal existem 127 globulos seccos, cifra esta que nunca é attingida durante a gravidez.

Esta diminuição é caracterisada especialmente no termo da gestação.

Becquerel e Rodier encontraram uma media de 111,8, o maximo de 127,1 e o minimo 87,7.

As observações microscopicas permitem um estudo mais minucioso.

No estado normal o sangue contem 5,000000 de hematias ou globulos rubros para um millimetro cubico de sangue, e 3 a 9,000 globulos brancos; segundo os estudos de Grancher, no estado gravidico o sangue contem 2,500000 a 4,000000 de hematias e 4 a 10,000 globulos brancos.

Este augmento dos globulos brancos denominado leucocytose physiologica, não compensa a diminuição das hematias.

A hemoglobina é diminuída em quantidade, Max Miskemann e outros assim o demonstram.

Becquerel e Rodier dão a proporção de 70,5 de albumina, Jamin calcula um 66 %, Regnaud dá uma media de 68,6 e 66,4 para o começo e ultimos mezes da gravidez.

Quanto á fibrina, contrariamente aos outros elementos soffre um augmento em vez de diminuição, pelo menos do 6º mez em diante o augmento accentua-se.

O ferro existente no sangue cuja proporção no estado normal é de 0,541 para 1,000, desce a 0,449 para 1,000. As substancias phosphoradas e gordurosas augmentam tambem, ao passo que os saes do serum sanguineo diminuem consideravelmente.

Denis analisando o sangue das veias placentarias e o sangue venoso de uma mulher grávida, encontrou augmento de peso dos globulos sanguineos do sangue placentario.

Estudemos as modificações da arvore circulatoria.

O primeiro auctor que assignalou a hypertrophia do coração foi Larcher, hypertrophia esta que se dá no ventriculo esquerdo.

A hypertrophia e hypergenese das tunicas dos vasos produzem-se especialmente na visinhança do utero, espessura de suas paredes e nos vasos do corpo thyroide.

Gueniot considerando todos estes factos conclue que, um glo-bulo isolado que normalmente é oxygenado todos os 50 segundos, durante a gestação o faz apenas cada 35 segundos, de sorte que elle chega ao resultado que, a massa sanguinea é menos rica em oxygenio e mais rica em acido carbonico durante a gravidez.

MODIFICAÇÕES NO APPARELHO RESPIRATORIO — Sabemos que moralmente o diametro antero-posterior do thorax da mulher excede o diametro transverso contrariamente ao thorax do homem:

Durante a gravidez dando-se a ascensão da utero na cavidade abdominal e compressão do diaphragma pelo segmento superior do utero, o diametro transverso augmenta, enquanto que o antero-posterior diminue. Este facto foi demonstrado por Dohru, professor de Marbourg.

Si dous grandes aparelhos da economia, o circulatorio e o respiratorio soffrem modificações durante a gravidez, é de prever que

o aparelho digestivo cuja importancia é incontestavel, seja tambem modificado pelo estado gravidico.

Tarnier em sua these inaugural descreve o estado gorduroso do figado durante a gestação; Sinety estudando com cuidado observou que, este estado notavel pela disposição dos granulos gordurosos, é inverso d'aquelle observado no envenenamento pelo phosphoro e que dá-se apenas durante a lactação.

O professor Pajot divide as perturbações do aparelho digestivo em tres classes: excitação, diminuição e perversão.

Uma perturbação ou modificação de muito valor durante a gestação, é a que produz-se no liquido urinario. Alguns auctores Chalvet, Lehmann e Harley entre outros admittem uma diminuição progressiva das substancias solidas da urina, o que attribuem a que a mulher grávida em sua alimentação não tem apenas que reparar as perdas do seu organismo, mas tambem nutrir o novo ser até a epoca do seu nascimento.

A urina da mulher grávida examinada no decurso da gestação contem menor proporção de acidos livres, sulfatos e phosphatos de calcio; os chloruretos ao contrario augmentam o que é attribuido por Lehmann a uma desassimilação dos tecidos maternos.

A urina emittida pela mulher grávida é em quantidade superior áquella do estado normal.

Quanto á kysteina que se revela pela presença de uma pellicula irrisada na superficie da urina, é composta de cristaes de phosphato ammoniaco magnesiaco, monadas e vibrões.

Blot em 1856 assignalou a presença do assucar na urina da mulher grávida, julgava elle que metade das mulheres em estado de gestação eram glycosuricas. Kiersten diz que, contrariamente a Blot, raras vezes encontrou glycosuria durante a gestação.

De Sinety crê que a glycosuria acha-se intimamente ligada á lactação.

Durante a gestação o systema cutaneo soffre modificações bem sensiveis.

Assim observa-se casos de pigmentação exagerada, tal como succede nos seios e no ventre, formando a aureola secundaria e a linha

parda. Sobre o rosto manifestam-se manchas formando a denominada mascara gravidica.

Recentemente o Dr. Esbach demonstrou diminuição na espessura das unhas.

As *vergetures* dos seios e do ventre são efeitos da distensão da derme além dos limites de sua extensibilidade.

Rokytansky, Ducrest e Moreau assignalaram a presença dos osteophytos craneanos, estas concreções soffrem tres modificações, são constituídas por uma camada de tecido esponjoso collocada entre duas laminas compactas.

Acham-se situadas entre a dura mater e a taboa interna, o occipital é dos ossos do craneo o ultimo invadido.

Follin e Claude Bernard affirmam ter encontrado nos ossos da bacia concreções identicas.

O systema nervoso por sua vez soffre tambem modificações durante a gravidez.

Começando pelo máo estar, somno, syncopes, iremos progressivamente até assignalar nevralgias, repugnancias dos alimentos, perfumes etc., desejos ou perversões do gosto, traduzindo-se pela inclinação a comer substancias fora do dominio da alimentação, tal é a malacia.

Finalmente a inquietação, mudança de character, preocupação do momento do parto e dos perigos que possam sobrevir.

Eis em resumo a primeira parte da physiologia da puerperalidade, denominada pelos auctores—phase plastica ; resta-nos agora estudar a segunda phase denominada—regressiva.

Denomina-se seguimento ou continuação do parto, o espaço de tempo decorrido apoz o parto, no qual não só o utero como toda a economia volta ao estado normal, tal é a definição dada por Desormeaux.

Estudemos os phenomenos geraes que se observam durante a continuação do parto.

Logo apoz o parto a parturiente experimenta um certo bem estar, acha-se livre das dores cruciantes que são o epilogo do periodo expulsivo, resta apenas grande cansaço, o qual será em maior ou

menor gráo, conforme o parto se tenha dado com maior ou menor rapidez.

Algumas vezes, ordinariamente nos partos laboriosos, vemos as parturientes apathicas, sem forças nem reacção, mesmo incapazes de fazer o mais ligeiro movimento no leito.

Outras vezes observaremos super-excitação pronunciada, a face torna-se vermelha, congestionada, a pelle quente, coberta de suor, os olhos brilhantes, o pulso cheio e rapido, os membros superiores e inferiores movendo-se no leito sem cessar.

Entretanto, apesar d'este cortejo de symptomas inquietadores, o utero pode estar contrahido, o ventre depressivel, sem dor.

Encontra-se tambem casos em que as parturientes acham-se calmas, sem a menor agitação, nem depressão, entretanto o utero pode conter destroços da mucosa, sangue, retalhos membranosos que deviam ser expellidos.

O utero devendo soffrer o phenomeno da involução, as glandulas mamarias começam a funcionar com maior ou menor actividade.

Percorramos ligeiramente os diversos phenomenos que se podem observar apoz o parto, mesmo nos casos normaes.

*Frio.*— Ordinariamente, affirmam os auctores, que em um terço dos partos observa-se logo depois do delivramento um calafrio de intensidade variavel, o qual não é seguido de acceleração do pulso, nem elevação de temperatura.

Este calafrio observa-se tanto nas primiparas como nas multiparas, não tem grande valor ; podemos classificar-o um acto reflexo physiologico.

*Pulso.* — O professor Depaul diz que apoz o parto observa-se augmento no numero de pulsações nas parturientes super-excitadas pelo trabalho, este augmento mantem-se cerca de uma hora e quando a calma se estabelece produz-se uma demora.

Nos casos em que não se nota exaggero no numero de pulsações temos a distinguir dous periodos : um primeiro de excitação, durante o qual o numero de pulsações attinge de 88 a 96, em seguida sobrevem uma demora manifesta e o numero de pulsações desce a 40 e mesmo a 35.

Blot, Henney, Palaschi, Denbel e outros estudaram com

cuidado esta diminuição nos battimentos do pulso, a qual observa-se com mais frequencia nas multiparas.

Quando o parto deu-se com facilidade, em seguida ao delivramento o pulso apresenta-se forte, cheio, lento e magistral ; Lorain e Marrey demonstraram que accusa alta tensão arterial resultante da brusca supressão da circulação uterina.

Esta diminuição do pulso pode durar 8 dias e mesmo 15.

Playfair, Blot e Depaul dizem que é nas primeiras 24 horas que esta demora do pulso se observa, a qual estaciona ou desaparece completamente.

Henney admitte que se conserve até o segundo dia, Denbel e Baumfelder affirmam que na tarde do ultimo dia é que o pulso apresenta maior demora.

Esta remissão ou demora do pulso é considerada por Blot de favoravel prognostico.

*Temperatura.* -- Hecker de Munich foi o primeiro que começou em 1854 a estudar a marcha da temperatura apoz o parto.

Em seguida, Winckel e Schrader na Allemanha, Chiarini na Italia, Chantreuil, Lorrain e Denbel em França e Squire na Inglaterra, entregaram-se a observações e estudos, chegando á conclusão que immediatamente depois do parto ha uma ligeira hyperthermia, commummente a temperatura eleva-se cinco a oito decimos do gráo.

Desde o começo até o fim do parto observa-se geralmente um augmento de temperatura de cerca de tres a cinco decimos no gráo, esta elevação persiste, podendo mesmo augmentar e raramente nos casos normaes excede um gráo.

Em seguida a temperatura desce nas 12 horas que se seguem.

No segundo dia a temperatura tende de novo a elevar-se e mantem-se durante uns seis dias acima da normal. Playfair admitte ser devida esta hyperthermia em parte á oxydação que resulta da involução uterina e em parte ao estabelecimento da secreção lactea.

Quando a temperatura excede 38° e acompanha-se de acceleração do pulso deve o medico receiar alguma complicação.

*Secreção lactea.* — E' o estabelecimento d'esta funcção um dos phenomenos mais importantes do seguimento do parto.

Sabemos que durante a gravidez as glandulas mammarias são

modificadas, porem só apoz o parto é que a circulação concentra-se ao redor dos acinis cheios de cellulas epitheliaes; este affluxo sanguineo traduz-se externamente por phenomenos fluxionarios, e internamente pela intumescencia das cellulas que rompem-se sob a pressão do liquido e cahindo nas cavidades dos conductos excretores formam o leite.

Esta funcção — a secreção lactea — começa a produzir-se com abundancia 40 a 60 horas depois do parto, podendo porem ser mais rapida ou mais retardada.

Algumas vezes, mesmo em mulheres robustas, a secreção lactea é tão diminuta, que quasi não é percebida, a fluxão mammaria quasi não se dá; a hereditariedade parece gozar importante papel n'este facto.

Entretanto em taes casos o medico deve procurar se existe alguma perturbação, influindo para que esta funcção deixe de se estabelecer.

Ordinariamente os seios tornam-se duros, dolorosos, quentes, as veias subcutaneas tornam-se apparentes.

Ao mesmo tempo a face torna-se animada, congestionada, os olhos brilhantes, ha cephalalgia e agitação, a pelle apresenta-se quente ou tepida ou mesmo coberta de suor.

Durante muitos seculos os auctores admittiram que a secreção lactea era seguida sempre de uma reacção febril denominada febre de leite. Paul Dubois foi o primeiro que appareceu em campo negando a febre de leite e em seguida outros auctores demonstraram que effectivamente não havendo complicação alguma que perturbe o estadó physiologico, não observa-se febre e sim apenas uma elevação de alguns decimos de gráo e um augmento de algumas pulsações cardíacas.

O professor Chantreuil, quando chefe de clinica do professor Depaul, fez observações sobre o pulso e temperatura das parturientes, notando que em 42 casos minuciosamente examinados, 31 vezes a temperatura não se elevou alem de um gráo.

Em seguida, em cada caso separadamente, eliminando aquelles em que a hyperthermia podia ter sido determinada por outro estado

diverso, chegou Chantreuil á conclusão, que, a hyperthermia no momento da secreção lactea era somente de cinco decimos de gráo.

Demonstrou ainda que a fluxão mammaria produz-se sem que o pulso soffra notavel modificação.

Em 50 observações encontrou elle 16 vezes o pulso reduzido a menos de 76 pulsações, 21 vezes este numero foi excedido não attingindo 100, finalmente 13 vezes o numero das pulsações elevou-se a 100.

Entre os mestres modernos, Depaul é o que com mais vehemencia tem protestado contra a theoria da febre de leite, e diz elle que, quando em uma parturiente encontra, no periodo correspondente á ascensão do leite as pulsações em numero de 100, pode affirmar que a causa é uma complicação.

*Contrações uterinas apoz o parto ou colicas uterinas.*—O utero retrahindo-se em seguida ao parto, exerce sobre seu proprio tecido uma compressão continua e suave, porem contrahe-se e esforça-se por se desembaraçar dos corpos extranhos que ainda existem no seu interior.

Estas contrações podem ser indolores, como as da gravidez cu dolorosas e constituem as colicas.

Nas primiparas estas contrações dolorosas são raras, ao contrario são frequentes nas multiparas.

Estas contrações nascem commummente depois do parto e duram de um a tres dias.

Recrudescem entre 15 e 60 minutos, e diminuem ou cessam no momento que a lactação se estabelece.

Muitas vezes cada sucção praticada pela criança produz uma contração dolorosa no utero.

Durante a contração o utero torna-se duro, projecta-se para diante, tornando-se sensível quando colloca-se a mão sobre o hypogastro.

Quando as colicas cessam, um pequeno jorro de sangue escoá-se, podendo ser acompanhado de alguns coagulos.

A causa das colicas uterinas é ainda desconhecida, as condições que parecem favorecer o seu apparecimento são: a excessiva distensão do utero nos ultimos mezes da gravidez, o parto muito rapido,

causas estas que diminuem a força da retracção uterina e tendem a conservar aberta a cavidade do utero na qual accumula-se certa quantidade de sangue.

As contracções dolorosas são muitas vezes determinadas pela existencia de um corpo extranho, tal como um retalho de membrana, produzindo uma irritação directa no utero.

Estas contracções dolorosas não devem ser confundidas com colicas intestinaes hepaticas ou nephriticas, nem com nevralgias que podem existir nos primeiros dias do parto.

E' conveniente depois do parto empregar uma gramma de centeio em seguida ao delivramento, no caso que se trate de uma primipara.

Se trata-se de uma multipara será empregada nma preparação opiacea com o fim de calmar as dores. Não se obtendo resultado temos os clysteres landanisados e as injeccões subcutaneas de chlorhydrato de morphina.

*Lochios.*—Os auctores consid eram tres variedades de lochios : vermelhos ou sanguineos, serosos ou sero-sanguinolentos e mucosos.

Os lochios sanguineos apparecem nas primeiras 24 horas, constituem uma continuação da hemorrhagia produzida pelo delivramento e são acompanhados de pequenos coagnos.

No segundo dia este escoamento vae impallidecendo, torna-se seroso, no quarto ou quinto dia torna-se muco-purulento e adquire um odôr especial.

Os lochios provem da ferida produzida pelo descollamento da placenta, ao qual juntam-se productos de secreção da mucosa uterina.

A abundancia e duração dos lochicos variam, dependem da maior ou menor rapidez da involução uterina.

Chimicamente os lochios contem muita albumina, ferro, sangue, hematina e hematoïdina.

Contem igualmente phosphatos e chloruretos alcalinos, cristaes de cholesterina e saes de calcio.

Estas substancias variam não só quanto aos individuos como quanto á epoca do parto.

Quando não se encontra mais albumina o sangue tambem desaparece, é substituido pela mucina e os lochios tornam-se viscosos.

Ha ausencia de fibrina nos lochios; pode existir certa quantidade de ammoniaco nos casos em que havendo destroços da caduca estes se putrefazem.

Virchow, Winckel, Hugh Miller, Delore, Robin e outros auctores estudaram a composição micrographica dos lochios. Robin estudou especialmente os globulos sanguineos e suas alterações, chegando á conclusão que elles resolvem-se insensivelmente em granulações moleculares, no 4º ou 5º dia encontram-se globulos de pús.

Em condições excepcionaes os lochios podem conter elementos figurados, protozoarios, por exemplo, o *bacterium termo*; quando o liquido torna-se alcalino estes protozoarios podem adquirir grande desenvolvimento, o que é um indicio de septicemia puerperal.

*Modificações do sangue.*—As modificações do sangue, ou melhor de sua constituição chimica e histologica, durante o seguimento do parto tem sido mui pouco estudado. Segundo Playfair a hyperinose acentuada nos ultimos mezes da gravidez, augmenta.

Apoz o parto o numero de globulos brancos augmenta e doze horas depois do delivramento attinge o maximo.

Pelo methodo das pesadas Andral e Gavarret, Becquerel e Rodier, encontraram sempre augmento do numero de globulos brancos bem como da quantidade de fibrina.

*Modificações da urina.*—Em França Quinquand é um dos auctores que se tem occupado mais minuciosamente d'este assumpto, de suas pesquisas resulta que, a quantidade de urina emittida augmenta nas primeiras 24 horas, depois eleva-se a 1,700 e mesmo 2,500 grammas; diminue de densidade a qual desce a 1,010 e 1,018, nos dias subsequentes attinge 1,022 ou 1,025 com as pessoas que tem a profissão de amas de leite.

Nas primeiras 24 horas a urina contem 20 a 22 grammas de uréa, se porem ha elevação thermica esta cifra augmenta, no quinto dia a uréa diminne.

Os chloruretos são tambem augmentados.

Os phosphatos diminuem, principalmente no segundo e terceiro dias.

A glycosuria das puerperas é um phenomeno que parece ligado á secreção lactea.

Dous ou tres dias depois do parto encontra-se quasi sempre assucar na urina.

Sinety assignala um facto notavel, é que com as amas de leite pelo exame microscopico encontra-se numerosas granulações gordurosas, insolueis no acido acetico e corando-se em negro pelo acido esmic.

A albuminuria quando existe suppõe sempre uma hyperhemia renal.

*Involução uterina.*—Depois da expulsão do feto e dos annexos, o utero volta pouco a pouco a suas dimensões primitivas ; esta volta ao estado normal, a qual é lenta e gradual, é o que denomina-se involução uterina.

Depois da expulsão dos annexos o utero pela palpação apresenta-se sob a forma de um corpo volumoso, arredondado, duro, cujo fundo acha-se na altura do umbigo.

Nos casos physiologicos e quando a parturiente amamenta a criança, o utero diminue de volume todos os dias e desaparece na excavação pelviana.

No 15° dia torna-se difficil a percepção do utero.

A involução uterina porem, só estará terminada quando o epithelio da mucosa estiver regenerado, o que dá-se no fim de dous a tres mezes.

Segundo Collin é necessario 65 a 70 dias para que a mucosa termine sua regeneração.

Apoz a expulsão do ovulo, resta da mucosa *culs-de-sacs* glandulares, tecido conjunctivo, e certo numero de cellulas.

Conhecidas as modificações geraes e locaes que se passam no organismo materno, quer durante a gravidez, quer durante o seguimento do parto, podemos affirmar que estas modificações são profundas e que, diz Tarnier, talvez não haja uma unica fibra que não experimente perturbações.

O seguimento ou continuação do parto é caracterizado por phenomenos de restauração para o organismo materno e n'isto ha um trabalho necessario á secreção lactea.

Si o processo retrogrado completa-se durante este periodo as glandulas mammarias cumprem sua funcção, isto é, começam a formar o leite.

Terminando o estudo sobre a puerperalidade, entraremos agora no das hemorragias puerperaes.

Adoptando a definição do professor Charpentier, diremos que hemorragias puerperaes são aquellas produzidas em uma mulher desde a concepção até a volta do organismo ao estado normal.

Com elle dividiremos as hemorragias puerperaes: em 1º hemorragias dos seis primeiros mezes da gravidez, aquellas que produzem o aborto; 2º hemorragia dos tres ultimos mezes da gestação ou do trabalho do parto determinadas pela placenta previa; 3º hemorragias do delivramento ou *post partum* e 4º hemorragias secundarias ou que sobrem horas ou dias depois do delivramento.

Portanto estudaremos separadamente cada grupo de hemorragias.



## PRIMEIRA PARTE

### Hemorragias dos 6 primeiros mezes da — gravidez ou do aborto

Die abnorm hohe Lage des Uterus, hat nur symptomatische Bedeutung, da der Uterus spontan nach den dislociert wird.  
*Schröder.*

**D**Á-SE o nome de aborto ou abortamento á expulsão do feto antes de se ter tornado viavel.

Consideram os autores a viabilidade a começar do sexto mez da gestação, outros só admittem a vida fetal no setimo mez.

O aborto divide-se em ovular, embryonario e fetal, segundo a epoca em que tem logar.

Igualmente o aborto divide-se em espontaneo quando produzido por causa interna ou externa, accidental quando devido a uma causa qualquer capaz de produzil-o, e provocado quando criminosa ou legalmente alguém procura determinál-o.

Ferdut divide o aborto em completo quando ha total expulsão do producto da concepção e incompleto quando é parcial.

#### ETIOLOGIA DAS HEMORRHAGIAS DOS SEIS PRIMEIROS MEZES DO ABORTO

Dividiremos as causas das hemorragias em duas classes:

1.<sup>a</sup> causa geral ou predisponente a qual é unica -- a gestação.

2.<sup>a</sup> causas especiaes ou multiplas.

CAUSA GERAL-- *gestação*. Sob a influencia da concepção produz-se no utero uma modificação completa em seu systema vascular,

traduzindo-se por uma circulação mais intensa e desenvolvimento dos vasos.

Com a maioria das mulheres a gravidez determina modificações consideráveis na constituição, temperamento, bem como no character e sensibilidade.

Emquanto que com algumas mulheres nos primeiros mezes da gravidez produzem-se phenomenos levando-as a um enfraquecimento physico e moral accentuado, traduzindo-se por palpitações, fadiga geral, vertigens, syncopes, infiltrações dos membros, emfim o edema.

Com outras produzem se phenomenos justamente inversos, e com estas parece que ha um augmento de forças.

Não é raro vel-as queixarem-se de cephalalgia, rubor e calor no rosto, suffocações, vertigens, dôres e peso renaes.

Emquanto que em umas manifesta-se anemia, em outras observa-se plethora, conduzindo muitas vezes ambos estes estados a um mesmo fim — a hemorrhagia.

Dada a concepção, no utero e annexos produz-se um affluxo consideravel de sangue.

A mucosa hypertrophiando-se consideravelmente, desenvolvem-se igualmente vasos sanguineos e apparece em muitas mulheres um affluxo do sangue podendo ser seguido de perda uterina.

Muitas vezes em consequencia d'este affluxo de liquido produz-se nas partes visinhas uma intumescencia varicosa ou aneurismatica.

Quando a quantidade de liquido é excessiva, os vasos despedaçam-se e sobreveem uma hemorrhagia mortal.

Quando o ovulo chega á cavidade uterina aloja-se em uma das dobras formadas pela mucosa uterina hypertrophiada.

Ambos desenvolvem-se conjunctamente; nutrindo o utero ao ovulo com os productos secretados em sua face interna.

O ovulo para desenvolver-se exige um augmento na actividade circulatoria do utero e havendo uma perturbação mesmo ligeira, este augmento torna-se causa de uma hemorrhagia.

Nos primeiros tempos da gravidez, a formação dos seios uterinos constitue igualmente uma causa de hemorrhagia.

No fim da quarta semana mais ou menos começa a organisar-se a placenta; ella é constituída ás expensas das villosidades choriaes existentes entre o ponto que o utero põe-se em communição com o ovulo.

Formando-se a placenta começam seus vasos a desenvolver-se; estes vasos originando-se das faces externas do chorion e interna do utero, vão encontrar se e unir-se formando um todo unico.

Terminada a formação da placenta, o que dá-se a partir do terceiro mez, o feto acha-se unido ao organismo materno por meio de innumeros vasos; fica estabelecida a dupla circulação.

Os vasos quer placentarios quer maternos, vão ter ao tecido inter-utero-placentario, ramificando-se resultando duas correntes sanguineas apenas separadas por paredes vasculares delicadissimas.

Jacquemier chama a attenção para as predisposições provenientes da connexão interna das correntes venosa e arterial.

O sangue arterial passa de troncos menos volumosos para multiplas cavidades, contrariamente ao sangue venoso que passa de cavidades mais largas para tubos estreitados.

Diz Jacquemier que n'este facto temos um factor na produção das perdas sanguineas, devido á ruptura dos vasos não só pela fraca resistencia das veias utero-placentarias, como tambem porque a circulação uterina retarda-se; a disposição entre os troncos e ramos das veias ovaricas e uterinas é manifesta, como consequencia teremos a estagnação do sangue venoso acompanhada do engorgitamento das veias.

Jacquemier firma sua theoria na fragilidade das paredes venosas.

Gendrin, cujos estudos sobre a estrutura muscular do utero durante a gravidez foram paciente e minuciosamente feitos, diz que, apoz o terceiro mez o tecido muscular uterino torna-se a séde de espasmos, os quaes produzem contracções em um ou outro ponto do utero.

Estas contracções actuam comprimindo os vasos uterinos e perturbando a circulação, dá-se o refluxo sanguineo, produz-se uma congestão parcial, ruptura de algum vaso e hemorragia.

Entretanto estas congestões limitam-se a um ponto do utero e despedaçam as adherencias placentarias.

CAUSAS ESPECIAES OU MULTIPLAS

O Dr. Barnes afirma que a hemorragia produzida no começo da gravidez é causa e symptoma de aborto.

Como causa de origem materna tem se invocado os temperamentos, os auctores consideram que o temperamento lymphatico dá lugar á stase, o sanguineo predispõe ás fluxões e apesar de por mecanismo diversos ambos produzem hemorragias.

Nas mulheres sanguineas a hemorragia é determinada pela actividade circulatoria, nas lymphaticas actnam o accumulo de sangue e a atonia muscular.

Nas mulheres de temperamento nervoso, fracas, de extrema debilidade, as perdas podem se tornar excessivas, assustadoras, relativamente ao estado do systema nervoso.

Uma outra causa muito importante é a congestão uterina periodica, cuja influencia faz-se sentir activamente pelo menos no começo da gestação. A concepção suspende esta hemorragia mensal, physiologica, porem não é raro nos tres primeiros mezes da gravidez ella produzir-se, se bem que menos abundante do que normalmente.

Mauriceau, Mme Lachapelle, Baudelocque e outros citam muitos d'estes factos, porém n'estes casos a hemorragia differe não só em quantidade como em qualidade.

Jacquemier cita como causa predisponente d'estas hemorragias ligeiras, sobrevindas no decurso da gravidez a disposição anatomica dos vasos uterinos.

O meio de vida, condicções hygienicas, alimentação, excesso de bebidas, distrações, elevada temperatura, uso immoderado do espartilho etc., são considerados por muitos auctores como causas predisponentes de hemorragias. A estas causas juntam-se as emoções Moraes vivas e todas as circumstancias capazes de abalar o systema nervoso e activar a circulação.

Baudelocque admite que estas emoções podem provocar contracções uterinas arrastando o descollamento da placenta, o qual será seguido inevitavelmente de extravasação sanguinea, bem como que

estas contracções, a partir do quinto mez, podem produzir movimentos fetaes convulsivos, durante os quaes o cordão umbellical pode produzir tracções sobre a placenta cuja ruptura será seguida de perda sanguinea.

A hydropisia amniotica bem como a dupla gestação actnando mecanicamente, distendem exageradamente a cavidade uterina rompem as relações utero-placentarias e produzem contracções e como consequencia á hemorrhagia.

As molestias fetaes, lesões placentarias, pequena extensão do cordão umbellical, nós n'elle existentes, e o proprio aborto acham-se ligados á hemorrhagia dos primeiros seis mezes da gravidez.

As molestias geraes caracterisadas por pyrexias, quer ligadas a alterações organicas, ou a um profundo estado dyscrasico, as molestias constitucionaes collocando a mulher em más condicções, favorecendo a interrupção da gravidez, determinam a hemorrhagia.

Não devemos esquecer os traumatismos quer sobre o ventre, a bacia ou mesmo sobre os pés, sendo acompanhados de forte commoção occasionando perdas hemorrhagicas; as molestias uterinas taes como metrites, ulceracções, neoplasmas etc., são igualmente capazes de produzir hemorrhagias.

#### SYMPTOMATOLOGIA

Muitas vezes as hemorrhagias são annunciadas por prodromos, taes são as dores lombares, sensação de peso na bacia, cephalalgia, frequencia do pulso, acceleração circulatoria e reacção febril. Quando não actúa uma causa subita e violenta para a producção de uma hemorrhagia, esta apresenta-se sem se fazer annunciar.

Quando uma hemorrhagia se produz no utero, fica o sangue no interior derrama-se para o exterior, ou ainda parte fica na cavidade uterina e parte extravasa-se; d'ahi a divisão das hemorrhagias em internas, externas e mixtas. Os symptomas das hemorrhagias variam segundo ellas são internas, externas ou mixtas. Os symptomas das hemorrhagias dos seis primeiros mezes são geraes ou locaes.

Os symptomas geraes são identicos aos de qualquer outro

perda sanguinea, a gravidade depende da quantidade de liquido e das condições organicas da mulher.

Segundo Joulin as hemorragias externas são proprias dos primeiros mezes da gestação.

O Dr. Gouveia em sua these inaugural no anno de 1884, diz que, a hemorragia interna que se dê nos primeiros mezes da gestação pode ser tão insignificante que possa passar despercebida á mulher e ao medico.

N<sup>o</sup>esta epoca é mais commum que o sangue saia para o exterior e então não se observará distensão do utero, que é um signal de hemorragia interna, e sim dores uterinas, sensação de peso na bacia e pelo tocar sentem-se coagulos sanguineos.

A dôr é um symptoma sempre constante na hemorragia, podendo desaparecer quer pela influencia de um tratamento apropriado ou sem elle.

Quando a dor reaparece é porque a causa primitiva persiste, ou trata-se de um coagulo que achando-se na cavidade do utero actúa como corpo estranho, irritando-o e provocando contracções que produzem a ruptura dos vasos.

Quando a placenta está em via de formação e desenvolvimento o sangue encontrará um espaço maior, derramando-se portanto em maior quantidade.

No quinto mez da gestação o feto começa a mover-se, sendo seus movimentos percebidos, porem se apparece uma hemorragia, estes movimentos perdem sua regularidade, tornam-se fracos e chegam mesmo a cessar quando a perda interna é consideravel.

Quando a hemorragia interna é consideravel, diz Hervieux, manifesta-se o desenvolvimento abdominal, o qual distingue-se do hydramnios pela rapidez com que se apresenta.

O sangue nas hemorragias internas pode derramar-se entre a parede do utero e a face uterina da placenta, no proprio tecido da placenta e constituir focos sanguineos aos quaes denominam os auctores apoplexia, hematoma ou thrombose da placenta. O sangue pode tambem derramar-se na face fetal da placenta como nas camadas membranosas que formam o sacco amniotico.

DIAGNOSTICO

Nos primeiros seis mezes da gestação muitas vezes torna-se difficil reconhecer uma hemorrhagia puerperal.

As hemorrhagias dadas n'esta epoca podem ser a expressão de uma affecção uterina local, como por exemplo as ulcerações do collo do utero, os fibromas, cancros ou quaesquer neoplasmos.

Campre-nos entre as ulcerações do collo assignalar uma variedade denominada por Richet — ulcerações varicosas — cujo apparecimento dá-se sempre em seguida a um aborto ou parto de termo, especialmente nos casos em que pratica-se a intervenção obstetrica.

Estas ulcerações devidas a traumatismos produzidos pelos instrumentos, ou ao despedaçamento do collo pela passagem do feto, assestam-se de preferencia no labio posterior do focinho de tenca, podendo penetrar profundamente nos tecidos e produzir em consequencia perdas sanguineas de maior ou menor duração.

Nos casos de metrites, neoplasmas etc., feito o exame por meio do speculo e diagnosticada a lesão, proceder-se-ha o seu curativo com o fim de sustar a hemorrhagia dependente de alguma d'estas causas e evitar o seu reaparecimento.

Uma outra difficuldade que se pode apresentar nas hemorrhagias dos primeiros seis mezes é ser ella interna ou externa; no primeiro caso o medico poderá fazer o diagnostico quando o aborto produzindo-se der sahida a coalhos de cor negra; no segundo caso resta distinguir-se se trata de uma hemorrhagia puerperal ou de uma hemorrhagia physiologica.

Assignalamos já casos de mulheres nas quaes a hemorrhagia periodica manifesta-se, a congestão que então dá-se no utero encontrando-o cheio, determina rupturas e hemorrhagias.

Não tem valor algum como meio de diagnosticar uma hemorrhagia puerperal de outra physiologica que possa continuar a apresentar-se no decurso da gravidez, a ausencia ou presença de dor, terminação expontanea da hemorrhagia, porquanto tudo isto se pode dar em um e outro caso. Mme. Lachapelle admittia differença

entre as propriedades do sangue de uma e outra hemorragia, mas nem a abundancia maior no caso de hemorragia puerperal, nem a dor que é continua e não precede porem segue a hemorragia, como tambem o facto de que n'este caso o orificio uterino conserva-se aberto, não parece assentar em bases solidas para firmar o diagnostico.

Baudelocque diz que o liquido proveniente de uma hemorragia puerperal é espesso e coagulavel, nas hemorragias physiologicas é ao contrario claro, seroso e não coagulavel.

Naegele cita que n'estas hemorragias a paciente sentirá sempre os incommodos concummittantes o que não succede nos casos de hemorragias puerperaes.

Ignalmente destituído de valor para o diagnostico é a forma do coagulo ; alguns auctores dizem que no estado de vacuidade o utero tem uma forma triangular pelo achatamento de suas paredes, e que o coalho não apresentando esta forma deve-se concluir que trata-se de uma hemorragia puerperal.

Emfim quando o medico não encontrar meios que facilitem o diagnostico deve firmar-se na anamnese.

Se trata-se de uma pluripara na qual nunca manifestou-se em casos de gravidez anteriores hemorragias, o medico encontrará mais facilidade no diagnostico.

Mas se trata-se de uma primipara? N'este caso, mesmo indagando-se a causa do accidente, a epoca do apparecimento etc.; se manifestaram-se taes perdas no começo da gravidez o medico encontra difficuldade no diagnostico. Se o parteiro for chamado quando certa quantidade de liquido foi expellida, deve procurar reconhecer se o ovulo foi expulso.

Para facilitar o exame derramará um pouco de agua sobre os coagulos afim de com mais clareza reconhecer o producto da concepção.

A partir do terceiro mez o medico encontra mais facilidade para diagnosticar a hemorragia.

PROGNOSTICO

Podemos dizer que o prognostico de uma hemorragia puerperal tem sempre um certo cunho de gravidade.

O primeiro dever do medico é procurar conservar o producto da concepção. Quanto maior quantidade de sangue perdido mais gravidade terá a hemorragia, produzindo o aborto.

Entretanto pode succeder que, apesar da grande quantidade de sangue extravasado, o aborto não se produza e a gestação continue.

Nas mulheres plethoricas, de forte constituição, a perda sanguinea é melhor supportada do que com as de constituição fraca, debeis e nervosas, se bem que muitas vezes possa se dar o contrario.

A epoca da gravidez em que apparece a hemorragia influe sobre a gravidade d'ella; quanto mais proxima está a epoca do parto tanto mais grave para o organismo materno será a hemorragia, emquanto que para o feto a gravidade cresce na razão inversa do seu desenvolvimento.

A hemorragia pode reincidir sem que da primeira vez tenha compromettido a vida do feto.

Quando a hemorragia depende de um estado diathesico, o prognostico será mais grave, n'estes casos ella reincide, agrava o estado de saude da mulher e como consequencia produz-se o aborto.

Quanto maior numero de vasos romper-se e quanto mais volumosos forem, mais grave e abundante será a hemorragia.

As hemorragias do aborto sendo mais frequentes nos primeiros tres mezes da gestação são menos graves para o organismo materno, o contrario succede nas hemorragias do quarto, quinto e sexto mezes. Se a hemorragia não produzir o aborto total pode sobrevir um grave accidente para a mulher, o feto não sendo expellido, as membranas rompem-se, o ar penetra, ha decomposição e septicemia; o mesmo succederá quando houver retenção de algum fragmento de placenta ou das membranas.

Os auctores consideram tambem que os logares epidemicos, aquelles em que o ar é viciado, são mais prejudiciaes ao prognostico

de uma hemorragia do que as localidades em que o ar é puro e sandavel como succede no campo.

#### TRATAMENTO

Dividiremos o tratamento das hemorragias dos seis primeiros mezes da gestação, em prophylactico ou preventivo e curativo.

O tratamento prophylactico ou preventivo consiste no affastamento dos factres etiologicos que pela intensidade e duração com que manifestam-se podem determinar o apparecimento de uma hemorragia. Este tratamento deve ser applicado principalmente no intervallo da gestação, quando o organismo materno acha-se de novo no seu estado physiologico.

Temos em primeiro logar a hygiene que a mulher grávida deve observar.

Se a causa productora da hemorragia é uma affecção local do utero: inflamações, engurgitamentos, desvios e tumores, o medico deve empregar todos os meios capazes de debellar qualquer d'estas affecções. Barnes diz que o medico deve lançar mão do curativo local sem receio de produzir o aborto, pois que pelo contrario curando a causa cessa o effeito.

O medico deverá prescrever as mulheres grávidas uma vida pouco laboriosa, que sejam evitadas as emoções de qualquer natureza, fadigas, compressão produzida pelas roupas etc. As mulheres plethoricas devem submeter-se a um regimen pouco abundante e não muito succulento, evitar bebidas alcoolicas e todos os excitantes.

As mulheres fracas, debeis, devem usar reconstituintes e uma alimentação boa.

Quando a mulher acha-se sob a influencia de uma molestia constitucional ou diathetica, o emprego de medicamentos destinados a suspender sua marcha ou minorar seus effeitos torna-se necessario.

Não ha muito tempo que nos livros de obstetricia os auctores proscreviam o emprego do mercurio nos casos de syphilis, porem hoje felizmente, depois que novos impulsos tem sido dados ao estudo

das affecções gravidicas e puerperaes, o mercurio é empregado em dozes therapeuticas e a maioria dos auctores considera tal tratamento capaz de evitar o aborto e as hemorrhagias, uma vez que seja debellado o mal.

Porem nem sempre o medico poderá evitar que a hemorrhagia se produza, mesmo porque pode ser chamado á cabeceira da doente quando a perda já se tiver manifestado e só neste caso terá que lançar mão dos meios curativos. Se apparecem prodromos annunciando a hemorrhagia, ou sobrevindo uma perda insignificante, o parteiro deve recommendar á enferma repouso absoluto e empregará desde logo o tratamento curativo.

Assim, a enferma deve occupar o decubitus dorsal, deve achar-se collocada em um plano resistente, tendo a bacia mais elevada, seo aposento deve ser espaçoso, arejado e não possuir muita luz, as coberturas devem ser leves afim de conservar-se a temperatura do corpo sempre a mesma.

A doente ficará immovel em um leito, isenta de toda perturbação que possa contrarial-a, o medico terá tambem o cuidado de evacuará bexiga e os intestinos por meio do catheterismo vesical e purgativos.

Evitar o aborto é a maior preocupação do medico e elle deve prevenil-o emquanto lhe for possivel até o momento em que seja indispensavel a expulsão do feto com o fim de salvar a vida da mulher.

De todos os meios curativos ou therapeuticos, os opiaceos, particularmente o laudano de Sydenham é aquelle que com maior vantagem é empregado. Nægele diz que associando pequenas doses de ipecacuanha ao opio obtinha bons resultados.

As emissões sanguineas tem sido prescriptas como meio curativo, parece-nos porem que não devemos augmentar a perda, praticando uma emissão, salvo se se tratar de uma plethora franca. neste caso seria o recurso extremo.

Os revulsivos applicados na parte anterior do tronco e membros superiores, os sinapismos nas espaldas tem sido prescriptos.

As compressas geladas applicadas sobre o ventre tem muita acceitação em obstetricia, igualmente os calmantes, hemostaticos,

bebidas frescas aciduladas, como a limonada sulfurica, agua de Rabel, xarope de groseilles, etc.; são uteis na plethora geral e local.

Cumpre-nos observar que a acção do frio não deve ser muito prolongada, será necessaria no começo dos accidentes, porem se a hemorragia se prolongar muito enfraquecendo o organismo da doente não é indicado o emprego da agua gelada, igualmente quando a pelle torna-se resfriada, o pulso fraco e pequeno.

Jouliu é um partidario acerrimo das injeções adstringentes, succede porem que com estas injeções o liquido difficilmente poderá alcançar o ponto de origem da hemorragia, e visto produzir a coagulação do sangue, teremos corpos estranhos capazes de despertar contracções uterinas.

A injeção uterina feita com agua quente na temperatura de 40 a 45°; devendo ser esta previamente esterilisada, tem sido de muita acceitação em obstetricia.

A antisepsia faz-se principalmente com creolina e bichlorureto de mercúrio, este deve ser empregado com a maxima cautella, afim de que não se dê absorpção e como consequencia um envenenamento.

Hohl, entre outros auctores, preconisa o sulphato de quinino no tratamento das hemorragias puerperaes, aquelles porem que julgam um abortivo o regeitam.

O Dr. Henrique Samico affirma ter debellado hemorragias rebeldes com o emprego do sulphato de quinina e cita um caso em que a perda ja datava de quarenta dias.

Os sectarios da doutrina abortiva dos saes de quinino rejeitam o seu emprego não só em casos de hemorragias como nas infecções palustres em mulheres gravidas; porque dizem elles, tendo o quinino a propriedade de excitar as fibras lisas provoca contracções uterinas e consequentemente o aborto. Nós porem dizemos com Berlioz que nenhuma experiencia prova este facto.

O professor Rabnteau admittindo a paralyisia do systema muscular pelo emprego dos saes de quinino, considera entretanto que taes preparados actnam sobre as fibras lisas do utero e produzindo contracções provoca o aborto.

Para que o quinino seja um excitante do utero é necessario ser empregado em doses fraccionadas, mas se nós o empregarmos

em dose mais elevada, elle tornar-se-ha hyposthenisante e mesmo depressivo.

Duchassaing e outros auctores attribuem ao quinino o poder de provocar o apparecimento das hemorragias physiologicas fora da epoca em que costumam se manifestar, elle julga-a emenagoga porem outros entre os quaes Gubler, Alams, Delmas, Labéc etc. não admittem que este alcaloide tenha o poder de provocar contracções uterinas e menos a propriedade emmenagoga.

Desde que a quinina em dose moderada tem sido considerada por grande numero de auctores como tonica e diuretica, podemos dizer que em virtude de sua acção sobre as fibras lisas ella não pode nem deve ser considerada como emmenagoga.

A pratica demonstra que a quinina pode ser empregada durante o periodo catamenial sem que produza augmento do fluxo sanguineo; portanto uma vez que não admittimos que a quinina tenha propriedade de provocar o aborto, não a julgamos emmenagoga, pelo contrario parece-nos ser ella capaz de em alguns casos debellar uma hemorragia quando esta não for physiologica.

Um outro meio aconselhado por auctores de grande nomeada é o centeio tomado na dose de duas grammas em tres doses e com intervallo de dez minutos entre ellas. Muitos parteiros entre os quaes aqui na Bahia o illustrado mestre o sr. Barão de Itapoan, reprovam o emprego d'este medicamento, reservando-o somente para os casos em que o feto e annexos já tiverem sido expellidos da cavidade uterina, preferindo ao centeio o perchlorureto de ferro.

Resta-nos agora tratar de um dos meios curativos muito importante: o tampão.

Alem de obstar a sahida do sangue para o exterior e coagular-o, o tampão, meio heroico em muitos casos, pelo seu contacto irrita as paredes vaginaes, activa as contracções uterinas, completa a dilatação do collo, produzindo o descollamento do ovulo ou da placenta e sua expulsão.

Bourgeois, Leronx, Smellie e outros já empregaram o tampão com successo.

O meio mais communmente usado para o emprego do tampão consiste em levar bolas de fio ou algodão embebidas de liquidos

adstringentes ou unctadas com uma substancia oleosa, até o collo do utero; deve se amarrar um fio que ficará pendente afim de facilitar a extracção do tampão

A sua introdução é feita por meio dos dedos ou com o emprego previo do speculum, o qual será retirado á medida que o canal estiver obturado, isto feito mantem-se externamente o apparelho por meio de uma atadura em T.

Durante a permanencia do tampão torna-se necessario praticar o catheterismo vesical.

Charpentier liga grande importancia ao emprego do tampão conjunctamente com o centeio, elle mantem o tampão 24 a 48 horas e durante este tempo applica duas grammas de centeio em oito papeis, dando os quatro primeiros com dez minutos de intervallo; deixa passar algumas horas e applica os restantes nas mesmas condições. Algumas vezes diz elle é preferivel as injeções subcutaneas de ergotina, porque actuam mais rapidamente, parece-nos que esta medicação tem algum valor clinico.

Dührsen é partidario do tampão com gase iodoformada.

Braun aconselha injeções de perchlorureto de ferro.

Alguns auctores citam como aproveitaveis injeções subcutaneas de cafeina.

Si a retenção da placenta for a causa da producção ou continuacção de uma hemorragia puerperal, verificando o parteiro que ella acha-se perto do orificio externo, se a dilataçao do collo o permittir, levará dous dedos e com elle tomará a placenta e a extrahirá, emquanto que com a outra mão fixará o utero.

Si as adherencias forem mui fortes o parteiro utilizar-se-ha da curetta de Pajot ou da pinça de Levret.

Nos casos de retenção simples basta o tampão associado a<sup>o</sup> centeio para provocar o descollamento e a expulsão da placenta.

A massagem do utero é capaz de provocar o descollamento e expulsão da placenta em virtude de despertar contracções uterinas.

Taes são os meios mais importantes para o tratamento das hemorragias sobrevindas nos primeiros seis mezes da gestação.

Stoltz foi um dos primeiros a refutar a theoria de Levret, demonstrando a integridade do collo até o fim da gestação.

## SEGUNDA PARTE

### Hemorragias do trabalho do parto ou dos ultimos tres mezes da gravidez

En toutes les sciences, les erreurs mêmes sont profitables, parce qu'ils servent de leçon, ainsi que la perte d'un vaisseau decouvre souvent aux navigateurs l'existence d'un écueil.

#### ETIOLOGIA

Além das causas estudadas nas hemorragias dos seis primeiros mezes da gravidez e que podem ser applicadas ao do trabalho do parto, temos as rupturas do utero e cordão umbellical ou de alguns de seus vasos e a inserção viciosa da placenta.

A ruptura do utero que pode affectar quer o collo, quer o corpo do orgão, é ordinariamente consequencia de exaggero de distensão ou diminuição de resistencia nas paredes uterinas.

Quando a ruptura affecta o collo, pode dar-se na porção inferior ou superior.

No primeiro caso temos um facto muito frequente, é uma ruptura insignificante; ordinariamente não é acompanhada de accidentes e produz-se no monumento que a cabeça do fêto apresenta-se no orificio externo.

A ruptura da porção superior do collo é talvez tão grave quanto a do proprio corpo do utero, e o accidente mais a temer, por suas perigosas consequencias, é certamente a hemorragia.

De ordinario nestes casos a perda externa é muito insignificante, o sangue com o liquido amniotico extravasa-se para o ventre produzindo a distensão abdominal. Esta distensão vai crescendo, os

vasos despedaçados continuam a sangrar, a perda augmenta muitas vezes sem que se possa perceber a causa.

Si porém a ruptura faz-se na vizinhança do collo, ou em pontos como este menos rico em vasos, si uma parte fetal ou placentaria obtura a fenda produzida pela ruptura, emfim se ha uma retracção depois que o producto da concepção acha-se na cavidade peritoneal, estes accidentes graves, fataes, não são tanto para temer.

As rupturas do cordão ou dos vasos umbellicaes foram por Bandelocque, Nægele e outros consideradas como devidas a molestias dos ditos vasos, ou distribuição anormal d'elles.

Apezar de não serem tão frequentes relativamente á ruptura uterina, entretanto quando rupturas se produzem no cordão umbelical, ou em alguns de seus vasos, exigem do medico uma intervenção rapida, porque a vida do feto achando-se em perigo, bastam minutos de demora para que se torne impossivel salvá-lo.

Estudemos agora a causa mais importante das hemorragias, do trabalho do parto, isto é, a placenta previa.

Playfair define placenta previa aquella que insere-se no segmento inferior do utero, de maneira a ficar collocada total ou parcialmente sobre o orificio interno do collo, divide elle as inserções placentarias anormaes em central ou completa e marginal ou incompleta.

Outros auctores porem, admittem quatro casos de inserção viciosa da placenta: 1.º inserção total ou central, aquella em que a placenta occupa totalmente o orificio interno do collo; 2.º inserção parcial, quando somente uma parte do orificio é coberto pela placenta, n'este caso a placenta occupará não só o segmento inferior do utero como tambem o collo; 3.º inserção marginal, áquella em que a placenta insere-se no segmento inferior do utero e muito perto do collo, apenas tocando este ultimo; 4.º inserção intra-cervical, admittida por Barnes, porem negada por muitos auctores, é aquella em que a placenta insere-se no proprio collo.

Antigamente não se admittia que a placenta podesse se inserir em outro ponto que não fosse o fundo do utero, porem em 1685 Portal chamou attenção para o facto de que a placenta podia deixar de

inserir-se no fundo do utero; em segundo Gilbert apresentou observações de inserção placentaria no orificio interno do collo.

Bandelocque, pelo prestigio de que era cercado, fez abraçar novas idéas, entretanto não era possivel chegar a um accordo sobre o ponto de predilecção para a inserção viciosa da placenta.

Diversas tem sido as opiniões emittidas com o fim de explicar as causas da placenta previa.

Para Velpeau o ovulo descolla a mucosa, impelle-a e d'esta sorte a placenta fixa-se em toda a area do descollamento.

Holst admitte como causa as contracções espasmodicas empregadas pelo utero para expellir o ovulo.

Stein sustenta que o ovulo cahindo na parte inferior do utero em virtude de seu proprio peso, ahi determina a inserção viciosa da placenta.

Para Caseaux ha uma tumefacção insufficiente da mucosa, tornando mais ampla a cavidade uterina, o que faz descer o ovulo para o ponto mais declive.

Carnichael admittia dous pontos de inserção placentaria, um primeiro temporario no fundo do utero, o segundo permanente, inferior ao primeiro, conduzindo ao resultado final da descida da placenta.

Em uma estatistica de Nœgele elle cita que Arneth de Vienna encontrou 9 vezes a placenta previa em 6572 partos, Hecker 9 em 3519, Collins 11 em 16,414 etc., etc.

Todas as theorias acima citadas nada mais são do que meras hypotheses.

#### SYMPTOMATOLOGIA

De todos os factores etiologicos o mais grave é incontestavelmente o descollamento da placenta, o qual pode dar-se não só em casos de placenta previa como quando a placenta acha-se normalmente inserida.

Nos casos de inserção viciosa notaremos no descollamento placentario uma particularidade: estas hemorragias quasi nunca se apresentam antes do sexto ou setimo mez.

Nas hemorragias por descollamento da placenta previa não ha prodromos, a mulher é surpreendida de improviso, muitas vezes mergulhada em um somno calmo acorda subitamente molhada de sangue. Commummente esta perda não é muito abundante, porém reproduz-se e augmenta progressivamente de intensidade.

Ha entretanto casos em que a paciente é acommettida de colicas renaes, lombares, máo estar etc.

Para Charpentier a hemorragia apresenta em sna marcha notavel intermittencia. Aparecendo ordinariamente sem causa conhecida, tem uma certa duração e durante alguns dias não apresenta outro phenomeno a não ser a propria perda.

Outras vezes succede que a hemorragia se torna continua, com recrudescencias intermittentes e exacerbação dos symptomas geraes.

*Mecanismo da hemorragia no caso de placenta previa.* — Diversas são as theorias que tem sido apresentadas afim de explicar qual o mecanismo das hemorragias puerperaes nos casos de placenta previa. Giffard e Portal admittindo que a inserção placentaria podesse fazer-se no segmento inferior do utero, diziam que, n'este caso a hemorragia era produzida pela abertura do collo e despêdaçamento das veias que achavam-se em contacto com a placenta.

Levret combate esta theoria e emette a opinião que o collo sendo o ponto de inserção placentaria e tendo parte no desenvolvimento uterino, a placenta não podendo acompanhar seu desenvolvimento, é descollada, produzindo hemorragias as quaes tendem inevitavelmente a repetir-se, e aquella que se produz por occasião do trabalho do parto em consequencia da abertura e dilataçáo do collo, deverá ser tanto mais consideravel quanto maior fôr a porção do orificio coberto pela placenta.

Stoltz foi um dos primeiros a refutar a theoria de Levret, demonstrando a integridade do collo até o fim da gestação.

Jacquemier diz que o utero nos primeiros seis mezes da gravidez desenvolve-se á custa das fibras do segmento superior, e de então em diante á custa do segmento inferior, depois ficando estacionario. Elle compara o que se passa nos casos de inserções normaes e viciosas afim de fundamentar sua theoria.

Nos casos normaes, diz Jacquemier, o ovulo acha-se em uma

cavidade relativamente ao seu volume muito grande, e acompanhando o desenvolvimento do utero, é affastado mecanicamente apenas nos ultimos tempos da gravidez ; n'esta epocha porem o desenvolvimento da porção superior do utero é mais lento, porque começa a desenvolver-se a parte inferior, n'este caso só com uma distensão extrema a placenta poderá descollar-se.

No caso de inserção viciosa, quando a placenta estiver no orificio interno ou em algum ponto de sua visinhança, o collo tendo uma cavidade muito estreita acha-se desde logo coberto em parte pela placenta. O seu desenvolvimento faz-se de baixo para cima, ora sendo esta cavidade diminuta relativamente ao ovulo, o augmento será mais rapido e em maior gráo do que se o utero tivesse de desenvolver-se de cima para baixo.

No principio da gestação não ha phenomenos particulares, porem mais tarde a distensão torna possivel um descollamento parcial. O segmento inferior do utero destendido mecanicamente, a placenta soffre tracções que conduzem ao descollamento de uma certa porção, como consequencia temos a producção de hemorragias.

Barnes e Simpson por sua vez refutaram esta theoria.

Barnes admite que o sangue proveniente do descollamento placentario é do proprio utero, Simpson contrariamente diz que vem da placenta.

Assim Barnes affirma que esta hemorrhagia denominada inevitavel cessará forçosamente por uma contracção uterina energica logo que o trabalho do parto esteja em um certo gráo.

Moreau attribua a falta da hemorrhagia durante o parto á morte do feto, conseguintemente á cessação da circulação utero-placentaria.

Duncan admite que a hemorrhagia nos casos de placenta previa é accidental, devida ás mesmas causas que actuam quando a inserção placentaria é normal e para elle a inserção viciosa apenas torna as causas mais activas.

Mesmo depois do parto a hemorrhagia por inserção viciosa pode sobrevir e n'este caso a gravidade augmenta.

*Vejamus o descollamento placentario nos casos de inserção normal.*

N'este caso a inserção tem logar no fundo do utero e o descollamento sobrevem tendo como causas quaesquer das já enumeradas.

Podemos aqui dividir as causas em geraes e locaes.

Como symptomas geraes consideramos as alterações que sobre o estado physico se manifestam, taes são máo estar geral, dores lombares, peso e entorpecimento na bacia etc., estes phenomenos podem ser seguidos de cephalalgia, frequencia do pulso, elevação de temperatura, vertigens etc.

Quando estes symptomas attingem certo gráo, a mulher sente que os movimentos do feto diminuem e acabam por não serem mais percebidos.

Estes symptomas podemos denominar prodromicos.

Si o descollamento tem de se dar em seguimento a uma hemorrhagia, a pelle torna-se pallida, o pulso enfraquece, as extremidades resfriam-se, estabelec e-se a perda sanguinea e as forças da enferma esgotam-se.

Ha casos em que nenhum phenomeno precursor se apresenta, o primeiro symptoma é a propria hemorrhagia.

*Symptomas locaes.* — As perdas sanguineas conforme estabelecemos na primeira parte são internas, externas ou mixtas.

Se a perda é externa basta a verificação do liquido sanguineo para caracterisal-a.

Na perda interna algumas vezes passa despercebido o derramen em virtude de sua pequena intensidade, outras vezes porem os symptomas crescem proporcionalmente á quantidade do sangue extravasado.

Quando a perda interna é extraordinaria, devemos logo pensar que honve grande extensão de placenta descollada. N'estes casos os symptomas geraes são muito intensos, o ventre augmenta consideravelmente, havendo tensão e dureza do utero.

Se a perda sobrevem durante o trabalho no intervallo das contracções, grande numero de coalhos é expulso, o que se dá em vista da parte fetal que se apresenta deixar de obturar o orificio do collo.

O professor Caseaux estabelece um quadro symptomatologico e diz que: 1º o sangue pode extravasar-se entre a porção placentaria

voltada para o utero e a porção da parede uterina correspondente; á medida que a perda augmenta a placenta vai se descollando até os pontos centraes, descolla as membranas e envolve o feto.

Entretanto a marcha pode ser inteiramente inversa; assim o sangue vai ter á parte central da placenta sem descollar os bordos e fica contido n'este espaço fechado.

2.º a placenta pode receber o derramen no seu proprio tecido, formando o que em obstetricia denominam-se hematoma ou apoplexia da placenta, cuja consequencia é a morte do feto seguida da expulsão do mesmo.

3.º a face fetal da placenta pode ser a séde do derramamento e n'este caso provavelmente antes dos symptomas se manifestarem para o exterior a perda foi interna.

4.º as camadas membranosas que formam o sacco amniotico são a séde do derramamento, assim o provam as observações de Baudelocque.

5.º finalmente temos o cordão umbellical, dando-se n'elle uma ruptura total ou parcial sobrevem a hemorragia, indo o liquido cahir mesmo no interior dos amnios.

#### DIAGNOSTICO

Quando a hemorragia é externa a presença do liquido é o symptoma mais claro, porém pode dar-se o caso de ficar no utero certa porção de sangue e então o parteiro poderá ter duvidas sobre, se a perda é interna ou mixta.

Quando a gravidez toca ao termo, a hemorragia é mais facilmente diagnosticavel quando é externa, contrariamente na perda interna os symptomas difficeis de serem observados difficultam muito o diagnostico.

A hemorragia por ser consideravel pode exacerbar de tal sorte os symptomas que o medico é levado a diagnosticar a perda interna, e para muitos parteiros um symptoma existe sempre: o crescimento rapido do utero, o qual simula mesmo uma divisão do orgão em duas partes, uma das quaes conterà o feto, a outra o liquido

sanguineo. A rapidez d'este crescimento do utero exclue a idéa de uma hydropsia amniotica, porque esta ultima desenvolve-se lentamente em relação á primeira.

A marcha da hemorragia pode ser continua ou intermittente, apparecendo ou augmentando durante o repouso do utero ou durante as contracções. Nas apresentações cephalicas isto succede com mais frequencia, porque a cabeça do fêto obturando o orificio interno do collo, durante a contracção a hemorragia cessará.

Si ha inserção viciosa da placenta, o modo brusco por que os symptomas se manifestam constitue um signal valioso, especialmente a intermittencia com que estas perdas se manifestam, é talvez o symptoma caracteristico e que nunca deve ser despresado.

Ordinariamente em taes casos a perda é externa, se bem que possa succeder que algum sangue se coagulando obstrua o collo impedindo o liquido de extravasar-se. Si praticarmos o toque observaremos a ausencia do balouço ou choque de retorno. Sabemos que no setimo e oitavo mezes o balouço se percebe mui claramente, porquanto o dedo explorador é separado do fêto somente pelo segmento inferior do utero.

Mas se tivermos um caso de placenta previa, a espessura das paredes uterinas achando-se augmentada, o impulso communicado pelo feto não é sufficiente para que o balouço se perceba.

Si a inserção placentaria for central, pelo toque o parteiro encontrará na face uterina da placenta uma massa esponjosa; igualmente quando a placenta corresponde ao orificio interno o toque demonstra a ausencia do sacco das águas.

Muitas vezes o toque nada pode revelar, por exemplo quando é praticado em occasião que o collo se acha fechado, de sorte que o dedo não pode franqueal-o.

Tambem se a inserção for marginal, mas a certa distancia do orificio o dedo do parteiro não poderá attingil-a e o toque nada esclarece.

Quando o trabalho do parto se declara, desde que o collo se dilata sufficientemente para admittir a penetração do dedo, este attingindo as membranas reconhece-as pela sua espessura e rugosidades, igualmente as anfractuosidades e lobulos placentarios.

Nos casos em que a hemorragia é devida a uma ruptura do utero o diagnostico faz-se com difficuldade.

A quantidade do sangue extravasado está em razão directa da extensão da ruptura e como a perda ordinariamente é interna, salvo casos muito raros, o parteiro verificará sua presença externamente.

Quando a ruptura dá-se logo no começo do trabalho de sorte que o collo não se acha sufficientemente dilatado e as membranas achando-se intactas, além de que o feto permanecendo ainda no interior do utero são dous obstaculos á sahida do sangue e este terá forçosamente que accumular-se no abdomen ou na propria cavidade uterina.

Se o feto acha-se todo ou alguma de suas partes na cavidade abdominal, a palpação combinada ao toque permitem o reconhecimento de uma ruptura e algumas vezes de ansas intestinaes no interior do utero.

#### PROGNOSTICO

Nos ultimos mezes da gestação, especialmente no setimo e oitavo, podemos dizer que as hemorragias são muito mais perigosas para a mulher, bem como para o feto, tornando-se em muitos casos origem de partos prematuros.

Pode succeder que a perda sendo insignificante, por ter sido em pequena extensão o descollamento produzido, uma vez que a vida do feto não se acha em perigo, a gravidez pode continuar e chegar ao termo.

Cumpre observar que uma hemorragia por ser insignificante não é isenta de cuidados, porque pode ser seguida de outras mais abundantes devidas á irritação produzida por algum coalho.

Nas hemorragias abundantes a gravidade do prognostico augmenta não só para o feto como para a mulher.

Antes do tempo de seu completo desenvolvimento o feto não tem força sufficiente para resistir, a mulher por sua vez enfraquecida pelos repetidos ataques em seu organismo, acha-se apta para ser invadida por quaesquer accidentes graves que sobrevenham.

As hemorragias internas são sempre mais graves do que as externas, principalmente nos ultimos mezes da gravidez em que o utero tem maior capacidade e portanto acha-se apto a conter maior quantidade de sangue e só manifestam-se tardiamente quando torna-se difficil, se não impossivel salvar a vida da parturiente.

No momento do parto, isto é, quando o trabalho começa, se não ha dilatação do collo a hemorragia será certamente mais grave.

Quando dá-se a ruptura da placenta, dá-se igualmente a asphixia do feto e por consequencia sua morte. Se o sacco das aguas rompe-se o accidente torna-se ainda mais grave, porque a capacidade do utero augmenta e o sangue extravasa-se em grande quantidade.

As hemorragias externas são tanto mais graves para o feto quanto mais precoces são.

Nos casos de placenta previa a hemorragia é extremamente perigosa para a parturiente, tanto mais grave quanto se manifesta em epoca distante do trabalho, pela tendencia que tem a repetir-se e com mais abundancia.

Durante o trabalho o derramen é sempre mais perigoso, porquanto n'este periodo contracções se produzem, o collo dilata-se, portanto maior extensão da placenta é descollada e a hemorragia augmenta.

Para o feto as hemorragias por inserção viciosa da placenta são sempre de prognostico desfavoravel, determinam ordinariamente procidencia do cordão umbellical produzindo a asphyxia do feto.

De todas as variedades da placenta previa a de inserção central é a que produz mais graves hemorragias, demora a marcha do trabalho, predispõe o utero á inercia e obstruindo o orificio interno impede o emprego de qualquer meio hemostatico.

Igualmente de mui grave prognostico são as hemorragias produzidas pela ruptura uterina, alem de serem acompanhadas de peritonite grave, a expulsão do feto requer certas operações taes como a gastrotomia, que augmentam a gravidade do prognostico.

Nos casos de ruptura do cordão umbellical, ou de algum de seus vasos é mais prejudicial ao feto.

Depaul e Churchill calculam a mortalidade das parturientes em casos de inserção viciosa da placenta na proporção de 1: 3, Read dá 1: 4½, Barnes 1: 10 2½.

#### TRATAMENTO

Nas hemorragias dos tres ultimos mezes da gestação, o tratamento a empregar é identico ao das hemorragias do aborto.

Divide-se em prophylatico e curativo.

O tratamento prophylactico tem por fim obstar que o accidente se produza: taes são as regras hygienicas, etc.

Ainda dividiremos o tratamento curativo em geral e especial.

A therapeutica geral abrange certo numero de precauções a tomar, cuidados indispensaveis de prodigalizar á enferma e emfim substancias medicamentosas que podem servir de auxiliares.

Em primeiro logar quando a hemorragia se manifesta em uma mulher grávida ella deve guardar o leito, conservar uma posição horisontal com a bacia mais elevada do que o resto do tronco.

O seu aposento deve ser espaçoso, sem demasiada luz e arejado.

Deve-se recommendar a maior tranquillidade, evitar a mais ligeira contrariedade.

O medico terá o cuidado de prescrever bebidas ligeiramente aciduladas e frescas, praticar o catheterismo vesical e desobstruir o rectum.

No tratamento especial das hemorragias estudaremos separadamente as hemorragias dos ultimos mezes da gestação, as do trabalho do parto e as devidas á inserção viciosa da placenta.

Vejamos em primeiro logar o tratamento das hemorragias dos ultimos mezes da gravidez.

A hemorragia pode apresentar-se ligeira ou grave.

No primeiro caso, se o derrame foi precedido de phenomenos plethoricos, os auctores aconselham a sangria do braço, mas nos casos em que o trabalho não começou ainda e a perda é pequena.

Nos casos contrarios a sangria é prescripta.

Si a hemorragia pode ser sustada, se ha esperanças de que a gravidez continue e possa chegar ao termo, os opiaceos são indicados, quer pela via gastrica, quer em clysteres; por exemplo o landano de Sydenham na dose de vinte gottas em pequeno vehiculo, estes clysteres serão repetidos algumas vezes com uma hora de intervallo.

A enferma será mantida em dieta nas primeiras 24 horas.

Si os accidentes cessam, a enferma deve guardar absoluto repouso, não usar alimentos succulentos, principalmente se a perda foi devida á plethora e emfim evitar que se dê uma reincidiva.

Quando o medico encontra-se a braços com uma hemorragia grave deve intervir energicamente.

A sangria é contraindicada, pois appressa o resultado fatal.

As compressas frias nos rins, hypogastro etc., são uteis no começo dos accidentes devendo ser banidas quando a perda continúa.

Si a perda não cessa e colloca a mulher em estado de extrema prostração os revulsivos serão indicados.

Baudelocque cita o caso em que um maniluvio muito quente suspendeu uma forte hemorragia.

Velpeau empregava um sinapismo na região posterior do tronco e obteve resultados felizes, se bem que elle proprio não confie unicamente n'este meio, sendo entretanto um auxiliar.

Si empregados esses meios a perda continúa, o parteiro usará o centeio, duas grammas em tres doses com dez minutos de intervallo de uma para outra dose.

Paul Dubois crê que o centeio, actúa somente como hemostatico.

Germain Sée e Laborde em seus estudos sobre o centeio dizem que este agente therapeutico actúa sobre os vasos, regularisa o pulso e demora a circulação; determina contracções capillares diminuindo a quantidade do sangue que em certo lapso de tempo tem de atravessar-os.

Entretanto Desormeaux bane absolutamente o emprego do centeio nas hemorragias uterinas, salvo quando o trabalho tiver começado.

O proprio Paul Dubois diz que o centeio não provoca o parto

prematureo como admittem alguns auctores, porquanto não provoca contracções.

Parece-nos que devemos dizer com Charpentier que o centeio em doses moderadas e associado ao tampão presta reaes serviços em casos de hemorragias rebeldes, alem de que facilitará o parto se houver mister, impedindo que se manifeste nova hemorragia depois do delivramento.

Entretanto não nos devemos esquecer que o centeio tambem possue contra-indicações: nos casos de apresentação viciosa do feto, lesões organicas do utero, e vicios de conformação da bacia.

Se apesar de todos os meios empregados a perda continúa ameaçando a vida da mulher e do feto, o parteiro recorrerá ao tampão e provocará o parto pela ruptura das membranas.

Já tratamos do tampão com minuciosidade na primeira parte d'este trabalho, e agora apenas citaremos suas contra-indicações, uma vez que já fizemos ver suas vantagens.

O tampão é contra-indicado, primeiro, quando houver esperança que a gravidez possa continuar seu curso; segundo, quando a placenta inserindo-se no collo, o trabalho se acha já muito adiantado sendo impossivel terminar o parto com intervenção do forceps ou versão.

A ruptura das membranas é preferivel ao tampão quando a hemorragia é intensa, especialmente nos ultimos tempos da gravidez, quando o trabalho está começado.

Puzos propoz um processo pelo qual leva-se um ou mais dedos no orificio do collo, separando cuidadosamente as paredes, este afastamento será feito com intervallos de repouso afim de provocar contracções, de sorte que as membranas insinem-se na parte superior do collo, n'esta occasião o parteiro rompe-as de uma só vez, afim de provocar o escoamento do liquido.

Quando a apresentação é cephalica deve-se levantar um pouco a cabeça fetal afim de facilitar o escoamento.

Diz Puzos que por este processo a contractilidade uterina é despertada de sorte a fazer retrahir os vasos situados na espessura de suas paredes, o que impede a persistencia da hemorragia.

Caseaux assevera que alem d'isto o utero retrahindo-se sobre

o feto, aquellas de suas partes que se applicarem sobre os vasos, os comprimem e fazem cessar a hemorragia.

Steward regeita o processo de Puzos, porque em sua opinião a ruptura das membranas antes da dilatação completa do utero retardam a expulsão do feto, tornando impossivel a versão que mais tarde poderá ser necessaria.

Entretanto o methodo de Puzos tem sido empregado por muitos auctores, somente seus partidarios exigem uma condição para o seu emprego: é que se manifestem contracções uterinas indicando um começo de trabalho.

Muitas vezes, em virtude da persistencia da perda, pode succeder que o collo esteja dilatado sem que o medico e a enferma o percebam, e por isso é sempre prudente praticar o toque.

Quando o collo offerece ligeira resistencia, pode o parteiro usar as fricções abdominaes e algumas doses de centeio.

Quando a hemorragia é interna e em grande quantidade, o unico meio que poderá salvar a vida da mulher, fazendo cessar a hemorragia, é a intervenção do parteiro.

N'estas condições pode succeder que o collo esteja amollecido, em começo de dilatação, ou seus bordos espessos e duros acham-se fechados.

No primeiro caso, se a dilatação é sufficiente deve-se romper as membranas e terminar o parto, quer com o emprego do forceps ou da versão, segundo o caso exigir.

No segundo caso, a hemorragia sobrevindo antes da evolução da gravidez, a obliteração do collo que será mais pronunciada em uma primipara, torna-se um obstaculo á introdução do dedo.

Se o orificio tende a dilatar-se, perfura-se as membranas e introduz-se forçadamente a mão; emfim, quando nenhum meio empregado vence a resistencia do collo, o parteiro praticará n'elle incisões multiplas.

Em alguns casos, que os accidentes apezar de ameaçadores, não são fulminantes, tem-se recorrido á compressão da aorta abdominal.

Durante o trabalho, se o sangue não tende a se accumular na cavidade uterina, teremos os meios já citados para combatter as hemorragias dos ultimos mezes da gravidez, somente n'este caso

é excluído o emprego do opio, porque suspende as contracções, igualmente a sangria só é indicada nos casos de plethora.

Quando o collo se acha dilatado sem que as membranas estejam rotas a indicação é rompê-las.

O centeio em pequenas doses apressará o trabalho e suspenderá a hemorragia se ella tiver continuado, e d'esta sorte demora a marcha do trabalho.

Quando a hemorragia do trabalho assume o caracter de gravidade, quer seja interna, quer externa, os meios a empregar são referentes á dilatação do collo.

Se a dilatação for pequena temos os refrigerantes, o tampão, ruptura das membranas, o centeio, meios estes que muitas vezes são sufficientes para deter o accidente.

Pode no emtanto succeder que a hemorragia continue e o collo fique tão retrahido, que a introduccção da mão seja impossivel; n'este caso o tampão applicado uma ou mais vezes, auxiliado da compressão abdominal prevenirão o primeiro, a perda externa, a segunda a perda interna.

Somente o parteiro deve ter resignação para esperar ás vezes muitas horas até que o accidente desapareça.

Resta-nos estudar o tratamento das hemorragias por inserção viciosa da placenta.

Muito grave, n'estes casos a perda assume proporções assustadoras e o medico deve empregar meios energicos.

Os meios utilizados n'estes casos são variados.

Uma questão importante é saber se se deve deixar a gravidez continuar, caso a hemorragia possa ser sustada.

Em geral as obras de obstetricia aconselham, quando os meios empregados são sufficientes, deixar continuar a gestação.

Para este fim aconselham collocar a enferma em um plano duro, ao abrigo do calor, revestida de pouca cobertura, em um aposento arejado e fresco; applicar compressas frias nas partes inferiores do abdomen e aconselhar a ingestão de medicamentos hemostaticos taes como o acido gallico, opio etc.

Playfair em sua obra -- *L'art des accouchements* -- admite

que, uma vez o feto attingindo a viabilidade deixe-se o parto ter lugar, d'esta sorte se evitarão accidentes hemorrhagicos.

Deixando de parte esta questão vejamos quaes os meios a empregar nas hemorrhagias por inserção viciosa da placenta as quaes são: o parto forçado, ruptura das membranas, emprego do centeio, tampão e descollamento da placenta acompanhado de expulsão antes do feto.

*O parto forçado* apesar de ter sido muito adoptado tem dado sempre resultados negativos.

Antigamente os parteiros usavam introduzir dous dedos ou toda a mão e extrahir pela versão o feto.

Modernamente, com o auxilio dos dedos provoca-se a dilatação do collo e fazem-se multiplos desbridamentos para a dilatação completa, depois do que extrahe-se o feto.

Esta operação muito perigosa, a nosso ver só deve ser empregada em casos extremos.

*Ruptura das membranas.*—O processo de Puzos é o mais acceito para a ruptura das membranas.

Gardien o contra-indica nos casos de inserção da placenta sobre o collo.

Riogy e Deventer aconselham dirigir o dedo atravez da placenta nos casos de inserção central e romper as membranas.

Gendrin opta por descollar a placenta em um dos bordos e por esta abertura levar o dedo que per furará as membranas, o seu methodo é o mais usado, porem exige para um resultado satisfactorio que o collo se ache completamente dilatado.

Nos casos de apresentação viciosa do feto é contraindicada a ruptura das membranas.

*Centeio.*—Quando associado ao tampão os resultados são satisfactorios, activa as contracções, dilata mais rapidamente o orificio do collo e permite a terminação mais rapida do parto.

Nos casos de estreitamento da bacia, apresentações viciosas ou lesões organicas do utero é contraindicado.

*Tampão.*—Apenas falta-nos tratar do tampão denominado artificial: o tampão de Gariel, o colpeurynter de Braun, o balão de Chassigny, os saccos dilatadores de Barnes.

Nenhum d'estesapparehos apresenta as vantagens do tampão classico.

Applicado o tampão torna-se necessario que elle permaneça 12 a 24 horas.

Charpentier diz que o tratamento por excellencia para as hemorrhagias por inserção viciosa da placenta é o tampão.

Muitos auctores contestam esta opinião, assegurando que o tampão torna a perda de externa em interna, porem se a placenta está adherente ao orificio, o feto achando-se ainda na cavidade uterina e as membranas intactas, a perda tornando-se interna não offerece perigo algum, pois que encontrando todos estes obstaculos o sangue tende a coagular-se.

Se a placenta está descollada e o trabalho começado, o sangue retido pelo tampão formará um coagulo entre este e a placenta fazendo parar a perda.

Dado o caso que as membranas já estejam rotas e o trabalho adiantado, se a apresentação for do vertice fará as vezes de um tampão interno que será auxiliado por outro externo, de sorte que pela compressão directa da cabeça do feto sobre os vasos despedaçados faz parar a perda.

N'estes casos sempre graves, é prudente fazer a compressão do ventre e do utero por meio de uma faixa.

Se a perda interna augmentar, o que se reconhecerá pelo crescimento rapido do utero, o tampão deverá ser retirado e apressar-se-ha a terminação do parto.

Uma objecção sem valor algum é que o tampão provoca o parto prematuro.

Sabemos que as hemorrhagias por placenta previa dão-se sempre quando o feto acha-se em condições de viver fora do seio materno e se o tampão não provoca o parto prematuro nas raras vezes que ella se dá, é sempre um beneficio para a mulher, livrando-a quasi sempre de uma morte inevitavel; logo não ha razão alguma para excluil-o da pratica.

Dubois e Depaul adoptam um processo de tamponnamento, pelo qual collocado o tampão, deve-se esperar que o collo se ache sufficientemente dilatado para romper as membranas.

Se sobrevier nova hemorragia se applicará novo tampão e termina-se-ha o parto na primeira oportunidade.

Pajot e Bailly não admittem que se retire o tampão quando a dilatação do collo for completa, querem que permaneça durante as contracções e se alguma parte d'elle for expellida administre-se uma a duas grammas de centeio provocando a retracção uterina e expulsão do feto.

Se sobrevier uma hemorragia apoz o parto pratique-se o descollamento da placenta.

Havendo indicação de terminar o parto, vejamos como deve o parteiro intervir.

Nos casos de inserção marginal uma parte do collo acha-se occupada pela placenta, de sorte que a mão do parteiro ou os instrumentos devem ser introduzidos pelo lado opposto á inserção.

Se as membranas estiverem rotas, a mão penetrando pela abertura pode applicar o forceps ou praticar a versão, quando as membranas estão intactas a indicação é rompê-las.

Nos casos em que a hemorragia for diminuta, as contracções intensas e a apresentação do vertice poder-se-ha deixar o parto á natureza.

Nos casos porem de inserção central, o parteiro intervirá perfurando a placenta e manobrando por esta abertura artificialmente praticada, ou fará o descollamento total da placenta e por um dos lados da abertura fará a versão.

Charpentier dá-nos uma estatística de 65 casos de inserção viciosa da placenta nas quaes o forceps e a versão foram empregados tendo-se feito applicação do tampão tendo em alguns casos se dado a terminação espontanea, portanto o emprego do tampão sendo coroado de resultado satisfactorio.

Resta-nos tratar do descollamento da placenta e sua expulsão antes do feto. Este meio proposto por Radfort teve entre seus adeptos Simpson, ao qual é por alguns auctores attribuido sua invenção.

Radfort julgando que a compressão exercida pela cabeça do feto sobre os vasos parava a hemorragia em todos os casos por elle observados, e que quando a placenta era prematuramente expellida as crianças nasciam mortas, estabeleceu as seguintes regras:

1°. Se o orificio do collo offerece uma dilatação sufficiente para que a mão possa ser introduzida sem perigo, deve-se tentar o parto e o descollamento da placenta.

2°. Quando existem signaes de morte do feto deve se descollar a placenta e romper as membranas, as contracções sendo energicas o trabalho será entregue á natureza, nos casos contrarios se utilizarão os estimulantes.

3°. A bacia sendo estreitada a placenta deverá ser extrahida, em seguida far-se-ha a craneotomia.

4°. Havendo dilatação do cello, que permitta a introdução da mão, acompanhada de ruptura das membranas e fortes contracções, deve-se descollar completamente a placenta.

5°. Nos casos de esgotamento devido á hemorragia por inserção central da placenta, esta deve ser perfurada no centro, escoado o liquido amniotico e a placenta destacada empregar o galvanismo.

6°. Finalmente se houver inserção parcial, rompe-se o sacco das aguas e se sobrevier hemorragia lança-se mão do galvanismo.

Simpson julga que quando o descollamento placentario é parcial, a hemorragia é mais grave para a parturiente, em cada hemorragia havendo obliteração dá-se o impedimento do sangue affluir e á medida que a separação é mais completa o numero de vasos conductores de sangue diminue e a perda cessa.

Elle admite que deve-se arrancar a placenta, e que a hemorragia depende da placenta, o que hoje não é mais acceito.

Temos finalmente o methodo de Barnes.

Este auctor diz que quando a gravidez tem apenas seis mezes, o orificio achando-se dilatado, a hemorragia moderada, sem ser acompanhada de dores, o parteiro deverá esperar.

A punção das membranas será feita quando antes de manifestar-se o trabalho produz-se uma hemorragia abundante, comprimir-se-ha o ventre com uma faixa, a qual actuando como um excitador, impelle o feto para o orificio do utero, augmenta a dilatação diminuindo a perda; muitas vezes basta o emprego do tampão.

Quando o collo achando-se insufficientemente dilatado, a

hemorrhagia persiste, o descollamento da porção de placenta que estiver fixa á zona cervical será indicado.

Emfim, o collo achando-se fechado o parteiro procurará dilatal-o e em seguida descollar a placenta na zona cervical ; para este fim elle levará a mão entre a placenta e o utero descrevendo um circulo ao redor do orificio, ao sentir o bordo placentario ahi romper as membranas procurando reconhecer qual a posição do feto, depois d'isto succede ordinariamente que o collo retrahindo-se faz cessar a hemorrhagia, por ultimo o parto será entregue á natureza ou far-se-ha a dilatação em maior gráo, depois do que o parteiro fará a versão bi-polar, tendo o cuidado de irrigar o collo com uma solução de perchlorureto de ferro.

Em virtude dos innumerous perigos, aos quaes mãe e filho acham-se expostos, parece-nos mais accetavel o processo de Barnes aos de Simpson e de Radfort.

Em todo o caso a nosso vêr o tampão deve ser empregado mesmo em casos especiaes e não será muita ousadia affirmarmos que, no maior numero de casos obteremos bons resultados.



## TERCEIRA PARTE

### Hemorragias post partum ou do delivramento

The aquisition of knowledge is one  
of the most honourable occupations of  
youth.

*Heriott.*

Em obstetricia chama-se delivramento a expulsão natural ou artificial dos annexos do feto, é um acto complementar do parto.

O delivramento é natural ou espontaneo, quando a natureza se encarrega da expulsão dos annexos sem a necessidade de intervenção.

Ao contrario, é artificial quando em virtude de accidentes taes como inercia uterina, fraqueza e ruptura do cordão umbellical, contracção espasmodica do utero, adherencias placentarias, etc., ha necessidade da intervenção do parteiro para que o delivramento se dê.

Em seguida á expulsão do feto decorre um certo espaço de tempo antes que a placenta seja tambem expellida.

Ordinariamente, apoz a sahida do feto, o utero contrahe-se, volta sobre si mesmo e a cavidade uterina diminue.

A placenta não podendo acompanhar este movimento, dá-se a ruptura dos vasos que a unem á parede uterina e ella descolla-se; encaminha-se para o collo, irrita-o, este reage, as contracções augmentam.

O orificio do collo que apoz a sahida do feto voltára sobre si mesmo, dilata-se de novo; expellida para fora do utero e com o auxilio das contracções abdominaes é a placenta expulsa para o exterior.

N'esta occasião fazendo-se a palpação abdominal, notar-se-ha

um globo duro, resistente, acima da symphise pubiana, é o utero retrahido.

Si porem, os phenomenos não se succedem com esta regularidade, se ha ausencia de contracções, ordinaiamente sobrevem a hemorrhagia, a qual pode manifestar-se antes ou depois do delivramento.

#### ETIOLOGIA

A retenção da placenta devida quer ao seu não descollamento ou a um descollamento incompleto, é factor importante na producção da hemorrhagia.

Se a placenta se acha descollada, só em parte as contracções não podem comprimir e obliterar os vasos e o sangue encontrando sahida cahirá na cavidade uterina.

Pode dar-se o [caso de ter sido a placenta completamente descollada e não ser ella expellida em vista da insufficiencia das contracções.

A retenção simples da placenta acompanhada de fracas contracções uterinas é a causa mais frequente das hemorrhagias que precedem o delivramento.

Não devemos omittir as adherencias entre a parede uterina e a placenta que difficultam o delivramento, principalmente quando, como diz Gueniot, dá-se a fusão dos tecidos uterino e placentario.

Estas adherencias que podem ser parciaes ou totaes, algumas vezes não produzem perdas, trazendo porem violenta retracção uterina.

Gueniot é de opinião serem devidas estas adherencias á falta de um phenomeno natural ou physiologico.

A maioria dos auctores porem, considera-as produzidas por endometrites, placentites ou degenerescencias fibrosas dos elementos de junccão entre a placenta e o utero.

N'estes casos a contracção uterina tende a esperar o descollamento da placenta, se ha adherencias estas são maiores em uns pontos do que em outros, n'estes a separação dá-se mais facilmente enquanto que n'aquelles em que a adherencia é maior, as contracções

tornam-se irregulares, difficultam o descollamento, de sorte que os vasos despedaçados não sendo obliterados deixam o sangue sair com maior ou menor intensidade.

Se apesar de contracções energicas no fim de um quarto de hora não se encontra a placenta no collo, deve se ter desconfiança de uma adherencia, e a certeza virá quando praticando tracções sobre o cordão este distende-se bruscamente, ao mesmo tempo que a parturiente accusa viva dôr no utero, a qual augmenta com a intensidade da tracção.

Quando a superficie da placenta é pouco espessa e muito extensa, o que denomina-se placenta velamentosa, o descollamento é difficil porque a placenta durante as contracções accmpnha as paredes do utero.

Stoltz divide o spasma, ou contracção espasmodica do utero, em quatro variedades: 1º spasma do orificio externo, 2º total do corpo, os quaes são excepçoes; 3º spasma do orificio interno; 4º spasma parcial do corpo do utero.

O spasma do orificio interno, denominado por Guillemont «Hour Glass» é relativamente commum: a cavidade do utero apresenta-se com duas divisões: uma superior rigida e contrahida, a inferior molle, flacida, tomando a forma de uma ampulheta.

Este accidente é tanto mais grave quanto maior porção de placenta estiver contida na loja superior.

No spasma parcial do corpo do utero, a placenta fica encerrada em uma loja formada á custa de certa porção da parede uterina, constituindo o enkystamento placentario.

A placenta pode achar-se toda na loja superior, ou na parede interna que forma ao redor d'ella um annel saliente. Velpeau cita ainda que pode dar-se uma subdivisão, cada uma contendo um cotyledon.

Jacquemier e Bubendorf não admittem estas variantes dos enkystamentos, reuñem todas as formas sem uma unica, denominada incarceration da placenta.

No caso da placenta succenturiada, as contracções uterinas difficilmente descollam a massa placentaria, podendo algum cotyledon

ficar no utero provocando accidentes, dos quaes a hemorragia é um dos mais graves.

Vejamos as hemorragias devidas á inercia uterina.

Apoz a expulsão do feto, a contracção uterina desaparece, igualmente dá-se o escoamento de uma certa quantidade de sangue, e pelo toque vê-se que a placenta chegou ao collo.

Porem, sobrevindo a inercia do utero, nenhum d'estes symptomas se apresentará.

O organismo da parturiente enfraquecido por molestias anteriores, ou por hemorragias sobrevindas durante a gravidez ou o parto, as affecções uterinas, a gravidez multipla o hydramnios, etc., são causas productoras da inercia uterina.

Igualmente a lentidão do trabalho, ou qualquer circumstancia que retarde ou dificulte a expulsão do feto, concorrem para levar o utero á inercia.

Ordinariamente n'estes casos a hemorragia resulta da falta de contracções.

Um outro agente productor das hemorragias é a inversão uterina.

O tecido muscular que forma a superficie interna do utero não se acha igualmente distribuido, a parte occupada pela placenta é a que menor numero de elementos contracteis possui.

Pode succeder que no momento de uma contracção do utero, deprimindo-se esta porção em que a contracção se deu, assim se conserve sem voltar ao seu estado primitivo e teremos a inversão uterina no primeiro gráo.

Quando o orificio dilata-se e ao mesmo tempo os ligamentos uterinos tornam-se frouxos, o corpo do utero sahe atravez do collo e a inversão é completa.

Os symptomas da inversão são característicos: pulso pequeno, fraco, rapido, vomitos e mesmo convulsões, a pelle torna-se fria, viscosa, a enferma tem a sensação de caimbra, peso e violenta dor abdominal. A hemorragia depende do estado das paredes uterinas, quando a parte que não soffre a versão contrahe-se, a outra porção achar-se-ha sufficientemente comprimida e a perda será prevenida.

Quando todo o órgão acha-se em estado de relachamento a hemorragia será excessiva.

Pode haver coincidência da ruptura do utero com a inercia, n'este caso a hemorragia, quer dê-se no decurso do parto, ou depois de terminado, torna-se extraordinariamente grave.

Entre as causas da hemorragia post partum, Barnes destacava as produções pathologicas das paredes uterinas, as quaes em sua opinião tornavam irregulares as contracções uterinas, impedindo a retracção do utero, ou irritavam o órgão produzindo hemorragia.

Citaremos ainda como causas o volume excessivo da placenta, a fraqueza e ruptura do cordão umbellical.

Nos casos em que o volume da placenta é exagerado, ao penetrar no collo o sangue accumula-se sobre ella; o utero mais desenvolvido do que em outros casos acha-se mal retrahido, mais molle, a perda interna augmenta e ordinariamente n'estes casos o unico recurso é levar a mão á cavidade uterina e extrahir a placenta.

A fraqueza do cordão umbellical pode ser devida a um parto prematuro, assim como a uma inserção viciosa sobre a placenta — placenta em raquetta —, ou ainda a divisão dos vasos atravez das membranas inserção velamentosa — e n'estes casos mesmo tracções moderadas podem causar a ruptura do cordão.

Entretanto esta ruptura é devida mais commummente a tracções exercidas sobre o proprio cordão antes do completo descolamento placentario.

N'estes casos a hemorragia não se apresenta, a placenta será logo expellida ou manifesta-se a perda e o dever do parteiro é immediatamente levar a mão á cavidade uterina e terminar o delivramento permittindo que o utero retrahindo-se evite a hemorragia.

#### SYMPTOMATOLOGIA E DIAGNOSTICO

Nas hemorragias post partum não existem prodromos.

Contrariamente á opinião d'aquelles que consideram um signal importante a ausencia de calafrios no espaço de tempo que decorre entre a expulsão do fêto e a da placenta, Charpentier diz-nos que, serão de mais valor as circumstancias ou causas favoraveis ao desen-

volvimento da inercia uterina, e que o parteiro observando qualquer signal, deve immediatamente obstar que a inercia se produza.

A abundancia da perda depende de condições taes como o descollamento extenso da placenta e o gráo da inercia.

Quando a inercia é completa, ainda que a placenta esteja inteiramente descollada, a perda pode ser intensa e n'estes casos temos as hemorragias denominadas fulminantes.

Estas perdas são ordinariamente internas, o fêto tendo sido expellido, o sangue accumula-se facilmente no interior do utero, porém muitas vezes a hemorragia manifesta-se externamente.

Os symptomas são geraes e locaes.

Os primeiros variam de intensidade em relação com a quantidade e violencia do derramamento.

A pallidez da face, resfriamento das extremidades, fraqueza, tendencia a syncopes, o pulso fraco e pequeno, são symptomas que apresentam-se em quasi todas as hemorragias.

Como symptomas locaes temos as dôres renaes, constricção epigastrica, calafrios espasmodicos etc., os quaes reclamam da parte do medico seria attenção.

Se apparecem syncopes, accessos hysteriformes, convulsões, o organismo da enferma não podendo mais reagir, é fatalmente votado á morte. Quando a perda é intensa o proprio sangue a denuncia.

Se for interna ou mixta os diversos meios exploradores que possui o parteiro leval-o-hão a fazer o diagnostico.

Assim empregando a palpação serão reconhecidas as contracções, o endurecimento, elevação e augmento do utero em virtude da existencia do sangue no seu interior.

Practicando-se o toque a placenta descollada é retida no segmento inferior do utero, ou um coagulo obstruindo o orificio do collo serão reconhecidos.

Pela introdução da mão no interior do utero o parteiro reconhecerá o sangue em estado liquido bem como os coagulos.

E' conveniente praticar a percussão do ventre afim de não se confundir os intestinos distendidos por gases com uma hemorragia interna.

Ainda outro cuidado que deve ter o parteiro é descobrir a causa da perda.

Se a origem da hemorragia for uma retenção placentaria e achando-se a placenta apenas em parte descollada, as contracções serão fracas. Se observarem-se fortes contracções sem que tenha se dado a expulsão da placenta, o medico deve suppôr existirem adherencias entre a parede uterina e a placenta.

Para obter a certeza d'esta supposição, collocando o parteiro uma das mãos sobre o abdomen e deprimindo o utero, ao mesmo tempo que com a outra mão pratica o toque, reconhecerá se a placenta se acha apenas retida no utero ou adherente.

Quando a causa da hemorragia for o enkystamento, a irregularidade do utero e atresia do collo são reconhecidas pelo toque e palpação.

Se trata-se da inversão uterina, ella nos ultimos grãos certamente não apresenta difficuldade no diagnostico, a palpação e principalmente o toque muito auxiliam o parteiro n'esta pesquisa.

Se o collo ou mesmo o corpo do utero tiver soffrido uma ruptura a exploração interna tirará qualqer duvida, e exceptuando os casos em que a placenta desenvolve-se no segmento inferior, a ruptura do collo não sendo extensa não produz grande perda.

Pela palpação diagnostica-se com facilidade a inercia uterina, pois que quando o utero se contrahe é reconhecido sob a forma de um globo duro acima da symphise.

#### PROGNOSTICO

O prognostico, em resumo, é sempe grave.

Algumas vezes a abundancia da perda determina um enfraquecimento exaggerado, outras vezes dá-se logo a morte.

Se durante a gravidez, a parturiente soffreu de hemorragias, e portanto o seu organismo acha-se muito debilitado o prognostico será mui grave, principalmente quando por natureza a mulher é de constituição fraca.

Quando a inercia é a causa da perda a contracção uterina mui

difficilmente é despertada, principalmente quando a hemorragia é violenta e subita, a gravidade augmenta quando depois de ter cedido, a inercia apresenta-se de novo.

Como causas tambem de seria gravidade a retenção da placenta; as adherencias e a ruptura uterina tornam o prognostico mui grave.

#### TRATAMENTO

O tratamento n'estas hemorragias é prophylactico e curativo.

O tratamento prophylactico é muito limitado; são cuidados que o parteiro deve dispensar á parturiente com o fim de prevenir a hemorragia.

Quando as contracções uterinas são fortes e succedem-se com rapidez deve-se evitar que o parto seja subito; igualmente se as contracções forem fracas, espaçadas, se a doente acha-se já abatida, esgotada, será necessario por meio de fricções abdominaes e com o auxilio do centeio procurar provocal-as, caso o collo seja dilatavel.

Logo que o feto tenha sido expellido, o parteiro practicando a massagem do utero, isto é, comprimindo-o levemente atravez das paredes abdominaes, o estimulará despertando a contractilidade.

Apoz a expulsão da placenta o parteiro deve applicar algumas compressas no fundo do utero e aos lados, mantendo-as com ataduras circulares.

Estes meios muito faceis de praticar são poderosos agentes contra a inercia uterina, permettendo portanto que não se produzam hemorragias.

Para auxiliar a expulsão da placenta muitos parteiros praticam tracções sobre o cordão, mas o practico deve ter cuidado, afim de não dar-se a inversão uterina ou ruptura do cordão, bem como apoz a sahida da placenta, de verificar que não permanece no utero porção alguma de placenta ou de membrana.

No tratamento curativo, o qual se emprega quando a hemorragia já manifeston-se, o parteiro tem em vista; desembaraçar o utero da placenta ou do sangue que em seu interior existir; prevenir

que o sangue áffluindo para o utero se extravase em sua cavidade e finalmente combatter os effeitos perniciosos da perda.

Desembaraçando o utero da placenta o parteiro poderia encontrar-a normal ou anormalmente inserida.

No primeiro caso a perda que se manifesta á duvida a um descollamento parcial e sendo a causa necessariamente a insufficiencia das contracções, é logico, que o parteiro deve procurar actival-as, ordinariamente com o emprego das fricções ou da massagem uterina as contracções tornam-se activas, porem estes meios podem ser insufficientes e então o parteiro recorrerá á expressão uterina, denominado methodo de Credé.

Se apesar de todos estes meios a hemorrhagia não ceder o parteiro deve praticar o decollamento da placenta.

Para este fim introduzirá uma das mãos no interior do utero, enquanto que com a outra fixara o utero exteriormente, este orgão assim irritado contrahe-se, de sorte que se obtem o descollamento da placenta como tambem augmento da contractilidade.

Nos casos de adherencias, anomalias e inserção viciosa da placenta estes meios não bastam.

A extracção da placenta é difficil e algumas vezes impossivel.

Para este fim cada auctor apresenta um processo: assim uns aconselham a extracção em massa, outros a raspagem do tecido da placenta ou a sua fragmentação.

Hüter emprega um processo que consiste em esmagar a placenta de encontro as paredes uterinas, fazer uma injecção de agua fria na cavidade do utero com o fim de retirar os destroços placentarios, isto repetidas vezes até que não se encontre mais o menor fragmento de placenta no interior do utero.

Porem pode succeder que persista na cavidade uterina algum pequeno fragmento de placenta, o qual putrefazendo-se produz uma infecção, alem de que este processo expõe a parturiente á traumatismos.

Charpentier accnselha que quando se praticar este processo tenha-se o maximo cuidado e delicadeza no manejo, e faça-se depois injecções deterrentes no interior do utero com permanganato de potassio, agua phenicada etc., igualmente que haja todo cuidado em

evitar a inercia secundaria, o que se faz por meio de compressas ou ataduras auxiliadas com o emprego do centeio ou injeções de ergotina.

Se a retenção da placenta complica-se ou é causada por um espasmo uterino, seja do corpo do órgão ou do collo, os meios á empregar variam conforme o caso de que se trata.

Quando o spasma é no corpo do utero a hemorragia de ordinario é pouco abundante e bastará provavelmente o emprego do laudano em clysteres, ou a pommada de belladona em fricções; além d'isto o o parteiro introduzindo a mão no utero fará a extracção da placenta.

Nos casos porem em que o spasma é no collo uterino, e a perda abundante não cede aos meios empregados no primeiro caso, o parteiro não deve hesitar em forçar a introdução da mão.

Se o spasma produzindo-se no corpo do utero determina o enkystamento placentario, se a hemorragia é ligeira, os meios acima servirão, mas se for abundante o parteiro levará a mão ao utero e com o dedo em forma de gancho extrahirá a placenta.

Nos casos de enkystamento da placenta o uso do centeio é contra indicado.

Ao mesmo tempo que o parteiro precede ou auxilia o delivramento, deve evitar ou combatter, se existe, a inercia do utero.

N'estes casos de inercia a hemorragia é sempre tão grave que torna-se fatal á parturiente.

Diversos meios com o fim de provocar a contracção ou activação são indicadas pelos auctores.

Schrader administra o centeio, outros auctores com mais razão preferem as injeções subcutaneas de ergotina, em virtude de actuarem mais rapidamente.

As fricções practicadas sobre o ventre, a massagem do utero, a digitalis, opio, ipecacuanha etc., tem sido indicadas n'estes casos.

Gooch aconselha que de ume certa altura deixe-se cahir sobre o ventre da doente um filête de agua fria, uma especie de ducha abdominal; os resfriamentos a innundação do leito da enferma etc., são inconvenientes d'este processo.

Na Inglaterra empregam a essencia de therebentina, e a digitalis em alta dose.

Na Allemanha usam muito injeções com agna alcoolizada.

A agua fria está sendo muito empregada, principalmente na Allemanha e Inglaterra; igualmente o gêlo em fragmentos introduzidos no utero, é um processo hemostatico, ao qual Playfair prefere e emprega em muitos casos; tambem a agua gelada em injeções rectaes.

Um meio que em muitos casos citam os actores como tendo produzido bons resultados, é a injeção de agua fria practicada com o irrigador de Higginson.

Tratemos logo do emprego da agna quente.

O Dr. Atthil reunio 16 observações no hospital Rotunda, nas quaes apoz o emprego de diversos meios, taes como o proprio gêlo e o centeio, fazendo injeções intra uterinas com agua na temperatura de 45° as hemorragias cederam.

Outrepont, Scanzoni, Kiwisk e Barnes são adeptos dos stypticos em injeções.

Para este fim aconselha Barnes esvasiar o utero de destroços ou coagulos que contenha, e em seguida com o styptico preferido fazer a injeção; o perchlorureto de ferro é de todos os stypticos o mais usado.

Kiwisk prefere o muriato de ferro.

As injeções hypodermicas de ether sulfurico tambem são hoje preconizadas no estrangeiro; aconselha-se empregar ate uma gramma e meia de liquido, e dizem se os partidarios que obtem sempre exito.

Os estimulantes não devem ser esquecidos, mas o parteiro deverá ter cuidado em não abusar do seu emprego, pois muitas vezes em lugar de produzir estimulação, o contrario se dá.

Quando apesar de todos estes meios a hemorragia continua com abundancia, sendo impossivel despertar as contracções uterinas, o cuidado do parteiro n'este caso é evitar que o sangue affluindo para o interior do utero se derrame n'elle.

A compressão da aorta abdominal, o tampão intra-uterino

igualmente as injeccões adstringentes, de que tratamos acima, são indicadas.

Jacquemier não admitte em hypothese alguma a compressão da aorta abdominal, porque diz elle, sendo o seu sangue de origem venosa, a compressão em vez de diminuir augmenta, em virtude da stase que se produz.

Caseaux acceta a opinião de Jacquemier e adianta que, se algumas vezes se obtem resultados, são estes devidos á compressão da veia cava inferior, e por este motivo este ultimo vaso deve ser comprimido quando se faz a compressão da aorta.

Para practicar-se a compressão da aorta abdominal, temos tres processos: introduz-se a mão atravez da parede posterior do collo do utero, e faz-se a compressão, ou applica-se as mãos sobre as paredes abdominaes e uterinas, comprimindo-as, ou emfim, procura-se o fundo do utero e faz-se a compressão acima.

Muitos parteiros n'estes casos tem recorrido ao tampão, mas aqui, torna-se de difficil applicação, e não obsta que o sangue continue a sahir.

Provavelmente o tampão não forra a face interna do utero, pois quando se o retira, ordinariamente a hemorragia que se suppunha debellada reapparece.

Chassagny fez construir um balão duplo, ao qual insufla-se ar ou substancias liquidas, porem o primeiro inconveniente é a difficuldade de introduzir no collo, quando não ha grande dilatação.

Evrat aconselhava que se tomasse um limão, e tirada a casca, se o espremesse no interior do utero.

Temos agora a transfusão do sangue.

Nos casos geraes de hemorragias puerperaes, quando todos os meios tem sido improficuos, o parteiro lançará mão da transfusão sanguinea como ultimo recurso.

A transfusão parece ter sido empregada a primeira vez em 1492 pelo papa Innocencio VIII, porem as principaes tentativas sobre o assumpto, foram feitas em França por Dewis de Montpellier; em seguida Lewer cita ter feito uma experiencia injectando o sangue do carneiro nas veias de um homem em estado de saude, e a experiencia foi coroada de exito.

Depois de jazer por muito tempo no esquecimento, no seculo actual começou de novo a ter ingresso na sciencia.

Nas primeiras operações empregava-se o sangue do carneiro.

Brown Sequard não acceta a opinião d'aquelles que utilizam o sangue do carneiro para a especie humana, por ser este sangue rico em acido carbonico, e pobre em oxygenio.

A maior difficuldade na transfusão do sangne, é sua coagulação pouco tempo depois de sua extracção, e para que isto não succeda diversos meios tem sido propostos: transfusão immediata de braço a braço, junção de alguma substancia chimica capaz de impedir a coagulação, ou a extracção de toda fibrina, depois do que filtra-se o sangue, de sorte a injectal-o liquido.

A operação é sempre muito arriscada, quer pela possiblidade de alguma parcella de fibrina produzir uma embolia, ou pela entrada de bolhas de ar, como tambem porque o coração pode tomar um impulso exagerado.

Emfim, se não devemos condemnar a transfusão, accetal-a em todos os casos seria talvez um absurdo.

Se a causa da hemorrhagia é uma ruptura uterina, temos os diversos meios empregados nos casos de inercia.

Se, entretanto, a hemorrhagia for devida a inversão uterina, a redução do orgão deve ser feita rapidamente.

Quando o descollamento da placenta precede a inversão uterina, Charpentier aconselha proceder em primeiro logar o descollamento total e em seguida practicar-se a redução.

Em virtude das difficuldades encontradss por alguns parteiros, estas os levaram a practicar a amputação do corpo do orgão com o esmagador de Chassaignac.

Se o utero estiver em inercia, o processo é introduzir toda a mão e com o punho impellir de baixo para cima a porção saliente, emquanto que a outra mão fixará a utero atravez da parede abdominal.

Cessada a hemorrhagia o parteiro prescreverá repouso absoluto, excitantes, analepticos, tonicos, etc.

## QUARTA PARTE

### Hemorrhagias secundarias

Die inversion kommt wohl nur bei schlafer Uteruswand durch die Schwere des Tumors, der den Cervix aneinanderdrängt und durch den Intraabdominaldruck allmalich zu Stande.

(Schröder)

Ordinariamente, quando depois do delivramento decorrem horas sem o apparecimento de uma hemorrhagia, a parturiente pode na maioria dos casos julgar-se ao abrigo d'este accidente.

Entretanto muitas vezes, horas, dias, e mesmo semanas apoz o parto, quando a enferma acha-se em convalescença, vê-se sobrevir uma hemorrhagia, a qual podendo ser destituida de gravidade, muitas vezes assume proporções assustadoras.

Entre as diversas causas productoras das hemorrhagias secundarias, a inercia secundaria do utero é a mais importante.

Este phenomeno pode passar despercebido ao parteiro, e este só ter conhecimento quando a hemorrhagia se manifesta; eis porque é do dever do medico não abandonar a parturiente logo, e sim algumas horas depois do parto, afim de que nenhum phenomeno possa manifestar-se e sobrevenha uma hemorrhagia.

Algumas vezes, tendo-se manifestado uma hemorrhagia e cessando depois quando o utero acha-se contrahido, se a contractilidade uterina mantem-se, a perda não reaparecerá.

Porem, muitas vezes a parturiente não se acha isenta de perigo, a inercia secundaria do utero se manifestando, a hemorrhagia segue-a.

Dois signaes temos pelos quaes conheceremos quando este accidente se vae manifestar: um reside no proprio utero, outro no pulso.

Quando o utero apresenta-se com a forma de um globo duro, facilmente perceptivel atravez da parede abdominal, é signal de que a contracção d'este orgão deu-se.

Mas se permanece flacido, molle, se á menor pressão dá-se ligeiro escoamento sanguineo, a doente experimenta logo uma sensação de mau estar.

Nas parturientes ameaçadas de hemorragias, ordinariamente o pulso é pequeno e frequente, e isto é um signal de muito valor.

Além da inercia secundaria, temos outras causas: a formação ou retenção de coagulos, a hypertrophia chronica, retroflexão e anteversão do utero, congestão e ulceração do collo, os diversos neoplasmas, etc.

O parteiro deve distinguir o caso de uma hemorragia tardia e a profusão de lochios.

Principalmente nos casos em que a involução uterina faz-se com lentidão, os lochios persistem certo tempo, tornando-se abundantes, podendo durar um mez e mesmo mais.

A hemorragia secundaria porem, quando manifesta-se é de chofre.

Alguns parteiros com o fim de prevenir a inercia secundaria e por conseguinte o apparecimento de uma hemorragia, empregam o centeio.

Algumas vezes, dê-se o parto com regularidade ou não, passa-se certo tempo, 48 horas ou mais sem que manifeste-se o menor accidente, e quando menos se espera sobrevem uma hemorragia, muitas vezes grave, entretanto a causa pode ser minima: um descuido qualquer, algum cotyledon placentario, qualquer fragmento de membrana que tenha permanecido no utero, e basta muitas vezes retirar este corpo extranho, que actua como um irritante, para que a perda cesse, auxiliando-se a retracção com uma ou duas grammas de centeio; é provavel que a hemorragia não reincida.

Pode succeder tambem que, caso algum corpo extranho permaneça no utero, não seja devido á negligencia do parteiro, assim pode dar-se nos casos de placentas succenturiadas, ou quando as adherencias placentarias e uterinas são muito intimas, de sorte que o delivramento não se faz totalmente.

Alguns auctores consideram ainda outra variedade de hemorragias tardias: aquellas que apparecem em epoca remota, 25 ou 30 dias depois do parto, e que para estes auctores são devidas a uma excitação produzida pelo aleitamento, a qual repercutindo no útero, pára ou impede que a involução se faça e a hemorragia se manifeste.

Finalmente, seis semanas apoz o parto, ás vezes mais cêdo, uma perda sanguinea apparece, mas n'estes casos não é uma hemorragia tardia, porem a physiologica que volta.

#### TRATAMENTO

Nos casos em que a hemorragia é devida á inercia secundaria do utero, é de regra o parteiro levar a mão a este orgão, afim de retirar de seu interior qualquer corpo extranho que o esteja irritando, em seguida administrar o centeio.

Muitos auctores empregam tampões adstringentes imbebidos em perchlorureto de ferro ou matico.

O parteiro deve ter cuidado em empregar clysteres prevenindo a constipação; nos casos rebeldes o sulfato de ferro, centeio e pequenas doses de sulfato de magnesia, tem dado bons resultados.

Quando a hemorragia é abundante, Caseaux emprega o tampão, mas n'este caso a perda pode se tornar interna (o que é muito mais grave) se o utero se achar muito distendido.

Playfair prefere injecções stypticas.

Quando a hemorragia é entretida por fragmentos de placenta, ou de membranas, examinando-se com cuidado a cavidade uterina, far-se-ha o diagnostico extrahindo o corpo extranho.

Mas se o orificio achar-se fechado, torna-se necessario em primeiro lugar fazer a dilatação por meio de hastes de laminaria, pequenos saccos dilatadores de Barnes etc, e a operação deverá ser feita n'estes casos com o emprego previo do chloroformio, por ser em extremo dolorosa.

Depois de retirado o corpo extranho deve o parteiro fazer injecções com liquidos desinfectantes, afim de prevenir uma septicemia.

A massagem do útero tem sido empregada, consiste em fricções ligeiras practicadas diariamente durante certo espaço de tempo, um quarto ou meia hora, sobre a parede anterior ou o fundo do útero. As parturientes n'estes casos devem observar regras hygienicas, devem occupar um aposento ventilado, de temperatura de 15°, não devem fatigar-se, nem soffrer impressões phisicas ou moraes, que perturbem sua tranquillidade.

A alimentação igualmente deve ser feita regularmente, evitando-se as substancias excitantes.



# PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA CADEIRA



## CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

### Laryngoscopios

I Laryngoscopios são instrumentos destinados ao exame do larynge.

II — Estes aparelhos fundam-se na theoria dos espelhos planos.

III — Devido á pouca espessura dos espelhos, para que não se cubram de vapor condensado e não se resfriem depressa, deve-se limpá-los e aquecê-los previamente.

## CADEIRA DE CHIMICA INORGANICA E MINERALOGICA

### Aguas mineraes

I — Aguas mineraes são todas aquellas que contêm naturalmente em dissolução substancias utilisaveis em therapeutica.

II — Conforme os principios que contêm as aguas mineraes, tomam diversas denominações.

III — Ellas dividem-se em aguas mineraes frias, e aguas thermaes.

## CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA

### Nutrição do reino vegetal

I — Os vegetaes nutrem-se absorvendo no meio em que vivem por intermedio das raizes, os liquidos e os gases destinadas a constituir a seiva.

II — Esta seiva, durante a vegetação, movendo-se incessantemente, vai ter aos órgãos periphericos, aos quaes nutre modificando-se.

III — O movimento dá-se da raiz para as folhas, e vice-versa, constituindo a seiva ascendente e descendente.

CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

Chloroformio

I — Este corpo foi descoberto quasi simultaneamente por Liebig na Allemanha, Soubeiran na França e Guthrié na America.

III — Dissolve diversas substancias, taes como o iodo, bromo, cera, oleos fixos e volateis, enxofre, phosphoro, camphora, resinas e quasi todas as substancias organicas, ricas em carbono, é o melhor dissolvente do caotchouc.

III — Muito empregado em cirurgia, é poderoso anesthesico, entretanto quando impuro ou mal administrado produz a morte, quer por syncope ou asphyxia.

CADEIRA DE CHIMICA ANALYTICA E TOXICOLOGICA

Phtaleinas

I — São resultantes da acção do anhydridophtalico sobre um phenol.

II — A fluoresceina é a mais conhecida das phtaleinas, produz-se pela acção da resorcina sobre o anhydrido phtalico.

III — A eosina, resultado da acção do bromo sobre a resorcina, é uma floresceina tetrabromada.

CADEIRA DE PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

Vinagres medicinaes

I — Vinagres medicinaes são vinagres contendo em dissolução principios medicamentosos.

II — A simples solução e a distillação são os melhores processos de obtenção dos vinagres medicinaes.

III — Dos processos de solução é a maceração aquelle que extrahе maior quantidade de principios activos.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

Anatomia da retina

I — A retina é uma membrana tenue, ligeiramente transparente, que forra a superficie interna do globo ocular.

II — No individuo vivo é quasi completamente transparente, apoz a morte torna-se diffuente e opaca.

III — Formada de dez camadas, contem em sua estrutura uma substancia conjunctiva, elementos nervosos e vasos sanguineos

CADEIRA DE HISTOLOGIA

Origem dos vasos lymphaticos

I — Ainda não se acha perfeitamente discriminada a verdadeira origem dos vasos lymphaticos.

II — A maioria dos auctores admite que elles provem das malhas do tecido conjunctivo.

III — Sappey contrariamente admite que originam-se elles de uma rêde ininterrupta de lacunas e capillares mui tennes, Robin é adepto d'esta opinião.

CADEIRA DE ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA E COMPARADA

Do coração na especie humana e nos vertebrados

I — No homem o coração, bem como nos mammiferos e aves, compõe-se de dois ventriculos e duas auriculas.

II — Nos peixes o coração possui somente duas cavidades, uma auricula e um ventriculo.

III — O coração dos reptis tem tres cavidades, duas auriculas e um ventriculo. Nos batrachios adultos o coração é identico ao dos reptis, e o sangue circula igualmente.

## CADEIRA DE PHYSIOLOGIA

### Somno, sonho e somnambulismo

I — O reponso dos órgãos superiores denomina-se somno, é o descanso cerebral.

II — Os phenomenos que se passam durante o somno com vigilia da memoria e conservação das pessoas e objectos é o sonho.

III--A realização de actos durante o somno, ligados a alguma idéa preexistente no cerebro isoladamente, eis o somnambulismo.

## CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

### Estudo dos lipomas

I — Tumor molle, constituido por tecido gorduroso, de volume variavel e produzindo a fluctuação, tal é o lipoma.

II — Podendo ser puro, fibroso, [mixomatoso, etc., muitas vezes infiltra-se de saes calcareos inflamma-se e ulcera-se.

III — De prognostico benigno, o seu desenvolvimento é porem muito demorado.

## CADEIRA DE MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA

### Do jequirity

I — O abrus precatorius ou jequirity, é uma leguminosa da familia das papillonaceas.

II — Usado nas molestias oculares, é principalmente na sclerose da cornea, e na conjunctivite granulosa.

III — A acção do jequirity é devida a um principio activo de natureza chimica, e não a um micro-organismo.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL E HISTORIA DA MEDICINA

Crise e phenomenos criticos

I — Denomina-se crise uma mudança no decurso da molestia, em sentido favoravel á cura.

II — A crise observa-se ordinariamente no decurso das pyrexias.

III — O abaixamento da temperatura, o suor e a hemorragia são os phenomenos criticos mais communs.

CADEIRA DE HYGIENE E MESOLOGIA

Da carne como alimento, molestias produzidas e transmittidas por ella

I — Na classe das substancias alimenticias, a carne occupa um dos primeiros logares.

II — As carnes duvidosas não devem servir para a alimentação por serem nocivas.

III — O carbunculo, de todas as molestias transmittidas pela carne, é a mais frequente.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

Embriaguez. alcoolismo, influencia sobre a imputabilidade

I — O individuo que soffre de delirium tremens e loucura alcoolica não deve ser responsabilizado por seus actos.

II — E' imputavel com attenuantes, aquelle que commetter um crime em estado de embriaguez não premeditada, se esta apenas diminuir e não aniquilar completamente a intelligencia e a vontade.

III — A loucura alcoolica differe da embriaguez, esta é o resultado de uma intoxicação aguda, aquella é uma manifestação do alcoolismo chronico.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

Do phlegmão diffuso

I — Uma inflammação tendente a eliminar o tecido cellular mortificado pelos agentes septicos tal é o phlegmão diffuso.

II — O symptoma local mais apreciavel é a dôr.

III — Os banhos locais antisepticos e os desbridamentos multiplos constituem o melhor tratamento.

CADEIRA DE OPERAÇÕES E APPARELHOS

Trepanação craneana

I — A origem da trepanação remonta aos tempos pre-historicos.

II — Não deve a trepanação ser praticada em todo e qualquer caso.

III — Na pratica da trepanação o conhecimento das localizações constitue poderoso auxilio.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Coxo-tuberculose

I — Assim denomina-se a tuberculose da articulação coxo-femoral.

II — O seu melhor tratamento é a extensão continua.

III — Entre os seus modos de terminação o mais feliz é a anquilose.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Osteomalacia

I — Osteomalacia é o amolecimento do tecido osseo.

II — Rindfleish reputa-a uma lesão nutritiva dos ossos, da qual resulta a reabsorpção dos saes calcareos.

III — Até a época presente não está determinado seu verdadeiro tratamento.

#### CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

##### Da influenza

I — Affecção dos órgãos respiratorios está a influenza sob o dominio dos climas.

II — No Brasil, contrariamente aos paizes da Europa, esta affecção é sempre de character benigno.

III — Está no dominio da sciencia o sulfato de quinino como agente curativo da influenza.

#### CADEIRA DE CLINICA PROPEDEUTICA

##### Auscultação

I — Pela auscultação a clinica chega ao diagnostico de differentes affecções.

II — Na exploração medica nunca se deve despezal-a.

III — Deve-se a Laennec o descobrimento de tão importante meio explorador, cujo valor therapentico, é innegavel nas molestias pulmonares e cardiacas.

#### PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

##### Fórmias clinicas do beri-beri, suas causas e tratamento

I — Tres fórmias apresenta o beriberi: a paralytica, edematosa e mixta.

II — O calor, a humidade, e os vicios de alimentação são os factores predisponentes.

III — Na fórmula paralytica prescrevem-se os estimulantes e tonicos, na edematosa os diureticos e purgativos, para a fórmula mixta é necessario associar-se um e outro tratamento.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Alcoolismo

I — Muitos casos ha em que o syndroma do alcoolismo é explicado por alterações renaes.

II — Acontece algumas vezes comprometter o systema nervoso permittindo áquelles cujo espirito não está acostumado a observar, confundil-o com o beriberi.

III — A polynevrite alcoolica é uma manifestação do alcoolismo.

CADEIRA DE OBSTETRICIA

Utilidade da antiseptia

I — O fim da antiseptia é libertar a parturiente dos accidentes puerperaes.

II — A antiseptia se exerce desde os meios que cercam a enferma logo no começo.

III — As substancias antisepticas empregam-se ordinariamente em solução, o bichlorureto de mercúrio é o agente mais empregado.

CADEIRA DE CLINICA GYNECOLOGICA

Do Abortamento

I — A expulsão do producto da concepção antes da viabilidade denomina-se abortamento.

II — Segundo a epoca em que dá-se o aborto, denomina-se ovular, embryonario e fetal.

III — As causas predisponentes são commummente as congestões uterinas.

CADEIRA DE CLINICA PEDIATRICA

Rachitismo

I — Caracterisa-se esta affecção por desordens nutritivas, principalmente no tecido osseo.

II — As modificações consistem em deformações do esqueleto inflexões e fracturas das dyaphyses e curvatura das epyphises.

III — Os ferruginosos, oleo de figado de bacalháo, boa alimentação, habitação no campo, etc., são os meios curativos mais empregados para o tratamento do rachitismo.

CADEIRA DE CLINICA OPHTHALMOLOGICA

Da Cataracta

I — A catarata é produzida pela opacidade total ou parcial do cristallino.

II — Ella pode ser capsular e lenticular.

III — Em relação á epoca em que se apresentam, dividem-se em congenitas e adquiridas.

CADEIRA DE CLINICA DERMATHOLOGICA E SYPHILIGRAPHIA

Da Lepra

I — A lepra é uma affecção chronica e constitucional.

II — Manifesta-se sob a forma de alterações tegumentares.

III — Suas variedades principaes são: a tuberculosa, a anesthesica e a mixta.

CADEIRA DE CLINICA PSYCHIATRICA

Da suggestão no tratamento das molestias mentaes

I — Difficil e muitas vezes impossivel é a hypnotisação nos individuos que soffrem affecções psychicas.

II — A clinica é mni pobre em casos, nos quaes se tem applicado este tratamento.

III — Nos casos de nevroses hystericas existem observações em que a suggestão teve exito.



# HYPPOCRATIS APHORISMI



Mulierem gravidam morbo quopiam acute corripis lethale.

Secc. V, Aph. 30.

Mulieri pregnante erysipelas in utero, lethale.

Secc. V, Aph. 39.

Lassitudines spontè abortu morbum denunciant.

Secc. II, Aph. 5.

Ex sanguinis profluvio delivratio aut etiam convulsio, malum.

Secc. VII, Aph. 9.

Natura corporis est in medecina principium studii.

Secc. VIII, aph. 10

Muliere utero gerenti si mamæ desecente gracilescent, abortionis periculum est.

Secc. V, Aph. 37



