

V.2/353

THESE

APRESENTADA

À FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 31 de Agosto de 1869

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

NO DIA 6 DE DEZEMBRO DO MESMO ANNO

NA AUGUSTA PRESENÇA

DE SUA Magestade o Imperador

POR

JOSÉ GUILHERME KEMNITZ

Doutor em medicina pela mesma Faculdade, ex-interno das extinctas casas de saude de N. S. da Saude e da Gloria, ex-socio do Athenêo Medico, do Instituto Academico, etc.

NATURAL DE MINAS GERAES

Filho legitimo

Do Dr. Guilherme Pedro Kemnitz

E DE

D. Jesuina Maria Kemnitz.

Si tu l'égarais dans ton vol
C'était, pour chercher la lumière.
(Casimir de La Vigne.)

RIO DE JANEIRO

TYP. DO APOSTOLO — RUA NOVA DO OUVIDOR NS. 16 E 18.

1869

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR — O ILLM. E EXM. SR. CONSELHEIRO DR. JOSÉ MARTINS DA CRUZ JOBIM.
VICE-DIRECTOR — O ILLM. E EXM. SR. CONSELHEIRO DR. LUIZ DA CUNHA FEIJÓ.

LENTES CATHEDRATICOS.

PRIMEIRO ANNO.

Os Illms. Srs. Drs.:

F. J. do C. e Mello Castro Mascarenhas	{	Physica em geral e particularmente em suas applicações á medicina.
Manoel Maria de Moraes e Valle		Chimica e mineralogia.
José Ribeiro de Souza Fontes		Anatomia descriptiva.

SEGUNDO ANNO.

Francisco Bonifacio de Abreu	{	Botanica e zoologia.
José Ribeiro de Souza Fontes, Examinador		Chimica organica.
		Physiologia.
		Anatomia descriptiva.

TERCEIRO ANNO.

Antonio Teixeira da Rocha	{	Physiologia.
Francisco de Menezes Dias da Cruz		Anatomia geral e pathologica.
		Pathologia geral.

QUARTO ANNO.

Antonio Ferreira Franca	{	Pathologia externa.
Antonio Gabriel de Paula Fonseca, Examinador		Pathologia interna
Conselheiro Luiz da Cunha Feijó, Presidente		Partos, molestias de mulheres pejudadas e paridas e de crianças recém-nascidas.

QUINTO ANNO.

Antonio Gabriel de Paula Fonseca	{	Pathologia interna.
Francisco Praxedes d'Andrade Pertence		Anatomia topographica, medicina operatoria e appparelhos.
		Materia medica e therapeutica

SEXTO ANNO.

Francisco Ferreira de Abreu	{	Medicina legal.
Ezequiel Corrêa dos Santos		Pharmacía.
Antonio Corrêa de Souza Costa		Hygiene e historia da medicina.

João Vicente Torres-Homem	{	Clinica externa, 3º e 4º anno.
		Clinica interna, 5º e 6º anno.

OPPOSITORES.

José Thomaz de Lima	{	Secção de sciencias accessorias.	
Joaquim Monteiro Caminhoa			
José Joaquim da Silva	{	Secção de sciencias medicas.	
José Maria de Noronha Feital			
Francisco Pinheiro Guimarães			
Vicente Candido Figueira de Saboia	{	Secção de sciencias chirurgicas.	
Luiz Pientzenauer, Examinador			
Matheus Alves de Andrade			

SECRETARIO—Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes.

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas Theses que lhe são apresentadas.

À MEU PAI.

À MINHA MÃE.

À MINHA IRMÃ.

À MEMORIA DE MEUS IRMÃOS

Saudade

AO MEU AMIGO

O ILLUSTRADO CIRURGIÃO DR. ALFREDO GUIMARÃES.

Em começo ainda dos meus estudos academicos tive a fortuna de conhecer-vos e de merecer a vossa amizade. Nada poupasteis para instruir-me na pratica da difficil arte de curar, já os recursos da vossa brilhante intelligencia, já os fructos da vossa experiencia clinica. — Offerecendo-vos a minha These não faço mais do que dar uma prova, embora insignificante, de minha gratidão e prestar um tributo ao vosso bello talento cirurgico.



Ao Illm. Sr. Dr. Baptista dos Santos.

Prova de muita gratidão e homenagem á sua bella intelligencia e muita illustração.



AO ILLM. SR. FREDERICO A. DUVEL.

E Á SUA EXCELLENTISSIMA FAMILIA.



Ao Illm. Sr. Dr. Theodoro Pekolt.



Ao meu amigo João Julio dos Santos Ferreira.



Aos meus collegas e em particular aos meus companheiros de estudo

Os Drs. :

- Antonio Alves Teixeira de Souza
- Domingos Alves da Motta Ferraz
- Silvino José de Almeida Junior
- Antonio Teixeira de Souza Alves
- José Antonio Machado Reis
- Manoel Pinto Ferreira Junior

SECÇÃO CIRURGICA

DAS HEMORRHAGIAS DURANTE A PRENHEZ

On peut le dire avec vérité, les hémorrhagies des femmes enceintes sont les maladies qui exigent le plus de sang froid, le plus de connaissances et le plus d'habilité.

— En présence de semblables accidents en effet, quelques seconds de plus ou de moins décident souvent de la vie ou de la mort de deux êtres également chers.

(VELPEAU—*Traité complet de l'art des accouchemens.*)

As palavras acima transcriptas de um dos vultos mais proeminentes da cirurgia moderna por cuja perda a sciencia traja pesado luto, bastão para legitimar a importancia da materia que tomámos para thema de nossa dissertação.

Escolhendo um ponto como este de tocologia não tivemos em vista a pretensão de acrescentar alguma cousa de novo a um assumpto que desde Hippocrates até nossos dias tem sido tratado pelos mais eminentes medicos, e menciiionado em todas as obras de obstetricia, mas sim procurar estudá-lo e familiarisarmos-nos com o que a experiencia e a observação exacta dos factos tem colhido sobre tão importante materia, para no futuro podermos proceder quando alguma vez nos virmos em face de accidente tão grave e assustador.

Entendemos o enunciado deste ponto como referindo-se unicamente ás *hemorrhagias uterinas* propriamente ditas, das quaes pretendemos unicamente tratar, mesmo porque as de mais, quaesquer aliás que sejam suas origens e sédes de derrame, apresentação durante a prenhez, como muito bem diz o professor Caseaux, as mesmas indicações que em qualquer outra época da vida, e só em casos raros e excepcionaes poderão ellas obrigar o parteiro a terminar apressadamente o parto.

HEMORRHAGIAS DURANTE A PREENHEZ

Causas

As hemorragias que se manifestão durante o curso da prenhez podem ter lugar em qualquer época da gestação, porém são mais frequentemente observadas durante os tres primeiros e os tres ultimos mezes.

A riqueza vascular da mucosa uterina que se torna membrana caduca, a facilidade com que os derramamentos sanguineos podem ter lugar no espaço que no principio existe entre a chorion e a folha reflectida da caduca explicão sufficientemente a frequencia dos accidentes hemorragicos nos tres primeiros mezes. Nos tres ultimos mezes, principalmente a inserção viciosa da placenta no segmento inferior do utero motiva a frequencia das perdas hematicas.

Seguiremos a divisão adoptada pela maioria dos autores das causas em predisponentes, determinantes e especiaes; divisão esta que satisfazendo o espirito facilita grandemente o estudo.

Causas predisponentes

La gestation est une mer orageuse et parsemée d'écueils sur laquelle la mère et l'enfant vont voguer pendant neuf mois entiers.

(MAURICEAU.—*T. des maladies des femmes enceintes.*)

D'entre as grandes e profundas modificações que durante o seu curso a prenhez imprime no organismo materno, as perturbações que se dão para o lado da circulação geral, e principalmente para a uterina constituem as principaes causas predisponentes das hemorragias.

E' perturbada a circulação geral emquanto á composição ou antes á qualidade do sangue e emquanto á sua quantidade e curso através do systema vascular.

As pesquisas hematologicas modernas tem operado uma completa revolução nas idéas medicas relativas á composição do sangue das mulheres em gestação.

Antes das analyses de Andral e Gavarret, considerava-se a mulher grávida como sempre plethorica, fundando-se em que o sangue da menstruação supprimida era todos os mezes levado a enriquecer a massa geral. Porém Andral e Gavarret demonstrando que o sangue da mulher prenhe, longe de aperfeiçoar-se em qualidade empobrecia em relação ao seu elemento principal, os globulos, e augmentava em agua; Bequerel, Rodier, Regnaud, apoiando com suas experiencias e por meio de novas e concludentes analyses esta importante descoberta, fizeram com que a *plethora* das mulheres grávidas parecesse menos evidente, e que se começasse a suspeitar que o sangue das regras *retido* na massa geral não fosse bastante para compensar o desperdicio necessitado para o desenvolvimento do ovulo.

O professor Caseaux collocou-se na frente deste movimento, e fez da chlorose a companheira quasi que fatal da prenhez, no que talvez esse eminente pratico excedeu-se pela forçada necessidade em que se fica de considerar a prenhez antes como um estado pathologico.

Sem entrarmos em mais largas considerações a respeito das alterações do sangue durante a prenhez, resumidamente apresentamos as modificações que esse fluido soffre em relação á sua quantidade de globulos, de fibrina, de albumina, de agua e de ferro que contém.

1.º Os *globulos* diminuem pouco nos seis primeiros mezes e mais manifestamente nos tres ultimos.

2.º A *fibrina* augmenta mais consideravelmente nos dous ultimos mezes.

3.º A *albumina* pouco diminue emquanto á sua proporção geral.

4.º A *agua* augmenta em proporções mais notaveis.

5.º A quantidade de *ferro* diminue sensivelmente.

Este estado que d'ahi resulta de polyemia serosa, como o chama Caseaux, constitue pois uma causa predisponente dos accidentes hemorrhagicos.

Em mesma linha a *plethora*, e as perturbações que para o lado da circulação geral e do coração determina a prenhez em certas mulheres.

Os batimentos do coração são mais fortes e mais frequentes, o pulso compartilha esse augmento de força e de frequencia, a face torna-se colorida, ha augmento de calor na cabeça e face, atordoamentos, tinidos nos ouvidos, etc.

Estes phenomenos podem augmentar a ponto de constituirem um verdadeiro estado morbido do organismo, que necessite a intervenção da arte; porém ordinariamente estas perturbações dissipão-se em época mais adiantada.

Larcher e Blot admittem uma hypertrophia do coração durante a prenhez, a qual porém como a uterina é temporaria.

Pensamos com os Srs. Pajot e P. Dubois que debaixo do ponto de vista das modificações na circulação geral e na composição do sangue, a gestação ora produz a plethora, ora a chloro-anemia e muita vez nada de especial.

CIRCULAÇÃO UTERINA.—As arterias do utero apresentam um augmento de volume consideravel e principalmente um alongamento proporcional ás dimensões do orgão em todas as épocas da prenhez.

Jacquemier em seu bello artigo sobre o aparelho vascular do utero nota com toda a razão que esse alongamento não é devido ao desdobramento das arterias, pois que durante a prenhez ellas são mais flexuosas ainda do que no estado de vacuidade.

Como seria natural pensar-se, esses vasos não adquirem o volume que apresentam nas paredes do utero de um modo gradual; antes de chegar ás paredes lateraes do utero, porém quasi no momento de penetrarem no tecido do orgão, elles engrossão-se bruscamente, ficando as arterias uterinas mais volumosas do que as ovaricas.

Na espessura dos ligamentos largos esses vasos se dividem formando numerosos plexos e penetrão no tecido uterino ramificando-se em todas as direcções.

Um grande numero destas arterias, porém de menor volume, penetrando em toda a espessura do utero vão até á mucosa onde formão uma rêde riquissima de vasos capillares, os quaes segundo Wirchow algumas vezes alargão-se extraordinariamente ao menos durante uma parte da prenhez. As suas paredes são excessivamente delgadas.

Comprehende-se, pois, como Jacquemier achou-os mais permeaveis ás injecções do que em geral o são os capillares, o que fez com que elle já então suppuzesse o seu augmento de volume, facto depois averiguado por Wirchow. D'entre as arterias que, atravessando o tecido do utero, penetrão na mucosa, ha um certo numero, cujo calibre e alongamento são maiores e que vão á placenta: —*vasos utero-placentarios.*

« As grandes veias do utero em plenitude, diz Köliker, apresentarão-me,

além da camada muscular normal de fibras circulares excessivamente grossas, uma camada muscular interna e externa de direcção longitudinal, e cujos elementos têm as mesmas proporções collossaes ahi onde o espessamento das paredes é directamente demonstrado. »

Este espessamento das paredes venosas está em harmonia com o augmento de volume, que os *proprios* vasos venosos apresentam no utero a termo. E' commum encontrar-se alguns destes *seios uterinos*, como se chamão, com um calibre de seis a oito millimetros. Diversamente do que tem lugar nas arterias, o augmento de volume das veias faz-se de um modo menos brusco, porque não é unicamente nas paredes uterinas que estas veias adquirem as grandes dimensões, mas tambem na espessura dos ligamentos largos. Dividindo-se o tecido muscular do utero em tres planos, é entre o médio e o externo, ou antes na espessura do plano médio, que se encontrão esses *seios uterinos*. Desprovidos de valvulas, todos estes numerosos vasos têm largas e facéis communicações uns com os outros, e fazem do utero, como diz Wirchow, uma especie de orgão cavernoso.

Uma grande quantidade destes grandes e numerosos vasos aproxima-se do plano interno e espalha-se em sua espessura. Jacquemier, fallando destes canaes, diz que são mais multiplicados e maiores nas porções das paredes do utero, que correspondem á placenta; neste ponto um grande numero aproxima-se da face interna, a maior parte em uma direcção muito obliqua e rasteja em uma maior ou menor extensão da face interna do utero, e sem mudar muito sensivelmente de direcção penetrão na cáduca utero-placentaria, nos lobulos da placenta: *veias utero placentarias*.

Os *lymphaticos* não apresentam modificação alguma de estructura apreciavel, augmentão unicamente de volume, e isto de um modo proporcional aos demais elementos do utero.

Assim, pois, essa immensa riqueza vascular do utero, logo no primeiro mez da gestação, activada pela secreção de succos destinados ao desenvolvimento do ovulo, que ainda não tem contrahido senão fracas adherencias com as paredes do utero, pôde tornar-se uma das causas productoras de accidentes hemorrhagicos, pela mais leve perturbação. Quando a gestação é já mais adiantada e que a placenta está organisada, a dupla circulação de que esta membrana é séde, o desenvolvimento tão consideravel do aparelho vascular do utero, a estrutura particular dos vasos utero-placentarios favorecem ainda grandemente as perdas hemorrhagicas.

Jacquemier considera a passagem do sangue de troncos pouco volumosos para as cavidades amplas, largas e multiplicadas do utero, como uma causa de lentidão na circulação uterina, produzindo a stase do sangue, o engorgitamento dos vasos e depois a hemorragia. Com a perfeita analogia ás leis da hydraulica, «de quando um liquido corre em um tubo continuo, a quantidade que em um momento dado atravessa as diversas secções do tubo deve ser a mesma por toda a parte; e a velocidade diminue se o tubo se alarga e vice-versa»; Jacquemier comprova esses seus resultados.

Caseaux, fazendo embora justiça ás sabias indagações de Jacquemier, e adoptando mesmo em muitos pontos a opinião deste autor, comtudo declara não poder compartilhar inteiramente suas idéas. Pensa que a circulação não é tão demorada no systema uterino, e que esta causa de lentidão deve ser largamente compensada pela rapidez com que o sangue contido nestes capillares venosos deve passar nos troncos, aos quaes vem ter. Conclue Caseaux dizendo que, principalmente nos primeiros mezes, a perda se faz por *exhalação*, pela ruptura das veias, as mais das vezes pela ruptura das arterias utero-placentarias, e, finalmente, pela ruptura de veias e arteriolas que rastejão na espessura da membrana caduca por fóra da placenta. Não podemos admittir a opinião do professor Caseaux emquanto ás hemorragias por *exhalação*, porque a histologia moderna protesta contra esse modo de ver pelos seus legitimos órgãos: — Köliker e Virchow. Hoje está-se em geral de accordo em pensar que o systema vascular é em toda a parte continuo e cercado de paredes membranosas; deixou-se tambem de admittir a porosidade sensivel destas membranas. Os finos poros que se têm achado em diversas outras partes não têm mesmo analogos nos vasos: quando se falla em porosidade das paredes vasculares é na accepção physica da palavra, e quer-se com isto indicar intersticios invisiveis, moleculares. Uma membrana de collodio não é nem mais homogenea, nem mais continua do que a membrana capillar. Suppunha-se tambem em certos pontos a falta de parede nos capillares; esta hypothese não é mais admissivel: o mesmo acontece em relação á transudação ou diapédese do sangue, através de um vaso sem ruptura de membrana. Em certos casos pôde tornar-se difficil o encontrar-se o ponto onde teve lugar a ruptura, mas é impossivel que o sangue e seus corpusculos possam sahir de um vaso, a não ser por uma solução de continuidade. A histologia demonstra estes factos de um modo tão evidente, que toda a discussão sobre elles seria ociosa.

Estas disposições não varião, mesmo quando certas partes do aparelho vascular soffrem um notavel accrescimo. E' o que muito bem se observa na prenhez, onde as veias, as arterias, os capillares do utero, da vagina, das trompas, dos ovarios, dos ligamentos uterinos, soffrem um enorme augmento de volume (Wirchow).

Gendrin reúne ás causas -predisponentes o desenvolvimento do tecido muscular do utero; para elle muitas perdas, sobretudo as que têm lugar depois do terceiro mez, são devidas ás contracções que se manifestão neste orgão, qualquer que seja a influencia moral ou physica que as presida. Essas contracções são em geral irregulares, parciaes e facilmente reconhecidas pela mão por causa das saliencias passageiras que determinão na superficie do globo uterino. Esta sorte de spasma pôde trazer rupturas nas ramificações vasculares e produzir extravasações sanguineas. O rompimento e o descollamento parcial da placenta pôde tambem ser uma das consequencias.

Temos estudado uma serie de causas predisponentes do lado da circulação geral, e especialmente uterina; enumeremos agora em traços largos outras causas da mesma ordem, porém devidas a influencias geraes variadas. Umaz dizem respeito á constituição e ao temperamento. As mulheres plethoricas, cujas menstruações são de ordinario mui abundantes, as que são dotadas de uma susceptibilidade nervosa muito exaggerada, nas quaes todas as excitações se reflectem no utero; aquellas em que o temperamento lymphatico e a relaxação dos tecidos tornão as paredes vasculares menos resistentes, são predispostas ás hemorragias puerperaes. Outras causas dizem respeito ás condições hygienicas. Os climas e as estações representão um importante papel na producção das hemorragias. Mais frequentes nos climas mui quentes ou mui frios, ou impregnados de uma atmospherã humida, as metrorrhagias podem ter lugar em qualquer parte que accidentalmente reúna estas condições. Já Hippocrates o havia observado como produzindo o aborto. « Si vero hyems austrina et admodum pluvia fuerit, ver autem siccum et aquillonium, mulieres ex quacumque causa abortiunt. » (Aph. 12, sect. 3.ª) A habitação em lugares elevados, onde o ar é rarefeito, pôde figurar como uma das causas predisponentes. O que a respeito de climas e estações deixamos dito pôde-se repeti-lo em relação ao calor artificial, como a residencia em quartos muito aquecidos, o uso funesto dos banhos mui quentes, como ordinariamente usão as senhoras entre nós. A frequencia dos bailes, dos espectaculos, das

reuniões mui numerosas, onde muitas vezes a temperatura é extremamente elevada. E em mesma linha, uma alimentação muito excitante, o uso immoderado das bebidas alcoolicas, dos aphrodisiacos, dos drasticos. Parent Duchatelet, em seu bello livro sobre a prostituição na cidade de Pariz, menciona o abuso dos prazeres sexuaes como uma das causas predisponentes das metrorrhagias, que são mui frequentes nas prostitutas. Como taes ainda, a compressão do ventre por vestimentas apertadas, as posições verticaes exigidas por certas profissões, as grandes márchas, emfim, todos os exercicios phisicos immoderados, e talvez a hereditariedade, segundo pensa Depaul.

Causas determinantes

Numerosas e variaveis ao infinito são estas causas. A acção mui prolongada das causas predisponentes de que acabamos de tratar, pôde torna-las verdadeiras causas determinantes. São moraes e phisicas. As primeiras actuão sobre o organismo inteiro, e o utero é influenciado como que por *contra pancada*. As segundas na maioria dos casos dirigem sua acção directamente sobre o órgão gestador. Um pezar profundo, uma alegria immoderada, um susto repentino, a vista de um objecto ou de uma pessoa que inspire repugnancia, um accesso de cólera, eis em geral as causas moraes que determinão no organismo uma perturbação subita, que vai reagir sobre o utero. Emquanto ás phisicas: um choque, uma quéda, as fadigas da equitação, marchas forçadas, attitude em pé, esforços phisicos, a tosse, a coqueluche, os vomitos violentos, etc., causas que determinão perdas mais ou menos consideraveis.

Mas nestes casos qual o mecanismo por meio do qual tem lugar a hemorragia?

Quando se trata de uma emoção moral viva, facilmente comprehende-se que consecutivamente a um abalo nervoso, tem lugar um affluxo sanguineo para o utero, uma congestão exagerada desse órgão e uma ruptura vascular. Emquanto ás causas phisicas, divergem os autores sobre o modo pelo qual se produz a perda de sangue. Pensão uns que ha primitivamente um descollamento placentario que determina o rompimento do vaso; outros pensão que a ruptura vascular dá-se em primeiro lugar, e o derrame que é a con-

sequencia traz o descollamento da placenta. Esta ultima opinião parece-nos a mais provavel, pois é difficil que a placenta sustentada de um lado pelo utero e de outro pelas membranas e seu conteúdo, possa descollar-se sob a influencia de uma commoção mesmo forte, seria preciso para que isto se dêsse um choque violento, o qual mesmo não pederia descollar a placenta, senão rompendo ao mesmo tempo as membranas.

A acção destas causas determinantes é excessivamente variavel. Se algumas mulheres existem que sem experimentarem perturbação alguma em seus organismos, podem ser expostas impunemente ás causas violentas que já expuzemos, existem ao contrario outras, nas quaes a menor emoção, o mais leve abalo physico, bastão para produzir accidentes tremendos; — é que independentemente da causa immediata existem, como já o dissemos, predisposições que exercem uma influencia muito manifesta.

Causas especiaes

Embora não muito numerosas são comtudo de mui grande influencia. Existe uma principalmente que, desde muito tempo, mereceu a attenção dos observadores, e deu lugar a explicações diversas; queremos fallar da *inserção viciosa da placenta no segmento inferior do utero*. A ruptura do cordão umbilical, e outras particularidades ainda são causas especiaes que enumeraremos.

Inserção da placenta sobre o segmento inferior do utero

E' facto que na maioria dos casos a placenta insere-se no fundo do utero, ou ao menos em um ponto muito approximado d'elle, porém esta regra não é sem excepção, e aqui desgraçadamente a excepção traz quasi sempre um perigo real. Com effeito, quando a placenta insere-se no segmento inferior da cavidade uterina, este estado anormal dá na maioria dos casos lugar a hemorragias gravissimas. P. Dubois dá-lhes o nome de *essenciaes*, são as hemorragias *inevitaveis* dos Ingлезes e denominadas por Lachapelle *cervico-placentarias*.

Os autores antigos não conheciam o facto da implantação anormal da placenta; quando encontravam um destes casos, pensavam elles que a placenta tinha *cahido* do fundo do utero sobre o orificio do collo, e ainda mesmo quando encontravam adherencias com este orificio, julgavam que eram ellas produzidas por coagulos sanguineos fortemente unidos ao tecido uterino. Assim dizia Guillemeau (1621) « Lorsque la femme est preste d'accoucher ayant flux de sang, et qui le col de la matrice se trouve ouvert, le chirurgien doit considerer si c'est l'enfant, ou si c'est l'arriere-faix qui se presente le premier, car le plus souvent c'est l'arriere-faix qui tombe au col de la matrice et qui le bouche de telle sorte que l'enfant avec les eaux ne se peut presenter, de sorte que sentant cette mollesse on a souvent opinion que le col n'est pas ouvert. »

Portal, em 1685, parece ter sido o primeiro que reconheceu de um modo certo, que em alguns casos a placenta se inseria sobre o orificio cervico-uterino. Heister e Giffard (Institutions medico-chirurgicales) insistiram neste facto como uma causa de metrorrhagia. Emfim, Levret, mais completamente do que seus predecessores vulgarizou esta causa de perdas uterinas, elle mostrou todos os perigos, estudou o mecanismo, e indicou o remedio. Velpeau muito cuidadosa e succintamente estudou este vicio de inserção da placenta. « Lorsque le placenta, diz elle, est inseré sur le col, ces deux parties se développent ensemble jusque vers le cinquième, le sixième, le septième, et même parfois jusque vers l'huitième mois et demi, variétés qui s'expliquent très bien, en admettant avec M. Buch (T. des accouchemens p. 404) qu' une des causes presumables de l'implantation du placenta sur le col est le développement anormal de la matrice. A partir de là, les environs de l'orifice s'elargissent du centre avec une telle rapidité qu'une portion de l'œuf, de plus en plus considerable reste sans adherences aucunes avec l'uterus. Cette portion molle, vasculaire, continuellement tirillée peut se gerçer, se déchirer même, et donner ainsi naissance à une hemorrhagie qui fait courir plus de risques à l'enfant qu'à la mère. »

A inserção no segmento inferior do utero póde ter lugar em diferentes pontos. Chama-se *marginal* quando nas circumvizinhanças e circumferencia do orificio, *incompleta* ou *parcial* quando só em parte a placenta cobre o orificio uterino, *completa* quando o cobre totalmente. Ha emfim uma fórma de inserção viciosa da placenta cuja existencia ainda hoje não está bem demonstrada, que

foi admittida por Lachapelle e citada em algumas observações desta illustre e celebre parteira. E' a inserção *intra-cervical*, que tem lugar mesmo na cavidade do collo. Os diversos autores tem procurado por differentes modos explicar o mecanismo segundo o qual se dá a hemorragia, quando ella reconhece por causa esta anomalia. Quando a placenta se acha situada no orificio uterino ou em sua circumvizinhança, Levret e Baudelocque julgáráo poder explicar a hemorragia pela ruptura devida ao repuxamento dos vasos utero-placentarios em seguida da dilatação do collo. Julgamos que esta explicação pôde convir para certos casos. Com effeito, para as hemorragias que sobrevém durante o trabalho do parto, é evidente que é este o modo de acção da inserção placentaria viciosa; pois dilatando-se, o collo exerce sobre os vasos repuxamentos que podem rompê-los. Mas como explicar-se por meio desta theoria as hemorragias que sobrevém no setimo ou oitavo mez, e nos casos de inserção marginal? Stoltz demonstrou que é nas ultimas semanas da prenhez que o collo desaparece e que o orificio unico se dilata, e pois só para as perdas que se dão nestas condições é que convém esta engenhosa theoria de Levret e Baudelocque.

Jacquemier parece-nos ter resolvido o problema, a sua explicação é segundo nós pensamos, a melhor que até hoje se tem dado.

E' principalmente nos seis a sete primeiros mezes da gestação que se desenvolve o segmento inferior do utero, desenvolvimento que coincide com o da placenta, quando tem ella a sua inserção normal, porém o mesmo não tem lugar quando ella se implanta sobre o segmento inferior do utero. Neste caso a harmonia é destruida, porque sabe-se que é unicamente nos ultimos mezes da gestação que a parte inferior do utero adquire o volume que deve ter na occasião do parto. Resulta d'ahi, que no momento em que esta porção do orgão gestador começa a desenvolver-se, a placenta já tem chegado ao seu maximo de desenvolvimento. Conclue Jacquemier, que a placenta anormalmente inserida será repuxada, distendida, pelo rapido accrescimo que toma o segmento inferior, e que devem estas tracções produzir nos vasos utero-placentarios rupturas, que dêem lugar a hemorragias.

Será a inserção viciosa uma causa fatal, inevitavel de hemorragias, como a imaginavão Stewart e Rigby? Pensamos com Velpeau, que a opinião destes autores é por demais exclusiva; a sciencia possui factos e observações publicadas por Smelhe, Leroux, Chapman, que provão de um modo irrecusavel que a placenta

tem podido se descollar, mesmo durante o parto, sem produzir accidentes graves. São, na verdade, factos pouco communs, porém os casos citados por estes autores não permitem-nos a duvida sobre a sua authenticidade. E' possivel uma explicação para elles? E' o que se tem procurado fazer sem que se o tenha conseguido de um modo bem satisfactorio. Moreau pensa que nestes casos os fetos já estavam mortos a um certo tempo, e que a cessação da circulação fetal devia ter trazido na dos vasos utero-placentarios mudanças notaveis; e assim sem difficuldades pôde-se comprehender a ausencia de perdas sanguineas em taes circumstancias. Esta explicação parece ainda muito problematica, preferimos acreditar com Jacquemier que nestes casos o descollamento tinha sido completo ou ao menos bastante largo para que o trabalho do parto não o tivesse podido augmentar, tendo os orificios abertos dos vasos sido previamente obliterados por coagulos sanguineos. Comprehende-se, emfim, que se as membranas se romperão desde o principio do trabalho a propria passagem do feto teria vindo pôr um paradeiro ao corrimento sanguineo.

Poucos parteiros existem que não tenham tido occasião de combater este terrivel accidente, e no emtanto é difficil dizer-se de um modo absoluto qual a sua frequencia. Julgamos que é isto devido ao grande numero de causas que podem produzir as hemorragias e que, nem sempre, podendo ser facilmente discriminadas, fazem com que as estatisticas não tenham o valor que se lhes attribue. Em 26,676 partos Ramsbotham observou 42 vezes a implantação viciosa, e Simpson reuniu 399 casos. O que é facto, é que todos os autores são concordes em attribuir á inserção anormal o maior numero das hemorragias que têm lugar durante o trabalho e os tres ultimos mezes da prenhez. Diz Depaul que nestas circumstancias em 90 vezes sobre 100 deve a hemorragia ser attribuida á inserção anormal. Boivin refere que em 63 casos Rigby encontrou 43 inserções viciosas. Emfim, diz Lachapelle, que todas as vezes (excepto uma só) que teve de introduzir a mão no utero, com o fim de terminar um parto, cuja execução era reclamada por hemorragia, encontrou o bordo da placenta mui proximo do contorno do orificio. Este modo de pensar de Lachapelle é por demais exclusivo; acreditamos que se esta causa não é a unica, ao menos é a mais frequente durante o parto e os tres ultimos mezes.

Não faremos enumeração das differentes hypotheses até hoje imaginadas para explicar a causa da inserção viciosa, mesmo porque do estudo dellas nenhuma deducção de importancia se pôde tirar em proveito á prophylaxia e ao trata-

mento propriamente dito. Deixemos de lado as hypotheses, contentemo-nos em saber que a anomalia existe para dahi deduzirmos consequencias mais uteis possiveis.

RUPTURA DO CORDÃO UMBILICAL.

Levret, De Lamotte, Baudelocque, Naegele narrão factos tendentes a demonstrar que durante o trabalho o cordão pôde romper-se e determinar uma hemorragia grave. Apesar, porém, da reconhecida autoridade destes observadores, suas opiniões a este respeito não são geralmente admittidas: « Dans l'état actuel de nos connaissances, diz Velpeau, on peut admettre comme possible et non comme prouvée l'hémorrhagie du cordon, telle que l'ont entendue De Lamotte, Levret et Baudelocque. » Assim tambem pensão Boivin e Lachapelle.

Segundo o erudito cirurgião francez, que acabamos de citar, o rompimento dos vasos umbilicaes não poderia ter lugar senão no caso em que tivessem elles préviamente estado doentes, e não se pôde reconhecer a existencia da hemorragia senão depois do rompimento das membranas.

Admitte Caseaux, que a brevidade do cordão pôde ser causa de sua ruptura, e em seguida de uma hemorragia intra-amniotica. Esta causa de hemorragia, negada por Velpeau, e já antes por Boivin e Lachapelle, parece ao circumspecto professor não poder ser posta em duvida, segundo exemplos citados por autores conscienciosos. A disposição anormal dos vasos do cordão é ainda para Caseaux uma causa de perda sanguinea, segundo tambem affirmão as observações de Naegele e Ingleby.

RETRACÇÃO BRUSCA DO UTERO.

A retracção mui brusca do utero tem sido considerada como uma causa de descollamento placentario, e como tal de hemorragia. E' preciso, porém, para que isto tenha lugar, que se dêem certas circumstancias; assim, quando o utero muito distendido se acha de repente desembaraçado de uma parte de seu conteúdo, a retracção brusca pôde dar lugar a um rompimento de vasos, é o que

costuma ter lugar nas prenhez gemelas, depois da saída de um dos fetos, ou em um caso de hydroamnios, onde repentinamente corre uma grande quantidade de liquido do utero, sujeito antes a um estado de ampliação exagerada.

Muitas outras causas podem ainda provocar hemorragias uterinas, porém como a sua acção não está de perto ligada á prenhez, não entraremos no seu estudo especial. São d'esse numero os polypos, o cancro, as ulcerações do collo, certos estados especiaes do utero, atonia, varices, lesões traumaticas, etc., etc.

Symptomas.

Os symptomas da perda uterina puerperal podem ser divididos em geraes e locaes. Posto que em algumas mulheres a perda sanguinea se manifeste sem phenomenos precursores, contudo é este accidente muitas vezes precedido de um desarranjo mais ou menos notavel de uma ou mais funcções da economia. Assim, algumas horas ou mesmo alguns dias antes do apparecimento do sangue, a mulher soffre máo estar, um incommodo geral, grande cansaço nos membros, entorpecimento e tensão para os orgãos pelvianos, calor e calafrio alternativos em todo o corpo, um pouco mais de sede e menos appetite que de ordinario, fogachos ás faces e á cabeça, etc. Tem atordoamentos, torna-se mais vermelha ou mais pallida do que o é ordinariamente. O pulso torna-se forte, frequente, rapido. Muitas vezes existe um verdadeiro estado febril.

A' estes phenomenos precursores vem em breve fazer face o cortejo atterrador dos symptomas geraes que denuncião a existencia da hemorragia. O pulso perde a sua força e dureza, torna-se logo irregular, tremulo, pequeno, indistincto. A face empallidece, a respiração é accelerada e laboriosa, esfrião-se as extremidades e banha-se a pelle de suor frio, ás vezes quasi gelado. Diz Velpeau que as mulheres sentem *fraqueza de estomago*, e pedem alimentos, que tem nauseas, lypothimias, syncopes, que mesmo movimentos convulsivos apparecem com assustadora rapidez. A syncope que sobrevem é, no imaginar de Burns, um esforço poderoso da natureza, para salvar a doente, substituida mais tarde pela contracção muscular que vai activar a expulsão.

SYMPTOMAS LOCAES.—Como já o dissemos em relação aos symptomas locaes que dão conta de sua existencia, as hemorragias têm sido divididas em externas

e em internas, conforme corre o sangue para o exterior ou derrama-se no interior do utero. Póde tambem ser algumas vezes a hemorragia mixta.

Quando externa, a perda póde apresentar uma multidão de variedades desde os symptomas ligeiros de uma hemorragia pouco abundante, até os signaes assustadores de uma perda fulminante; ora o sangue corre lento, porém continuamente, ora o corrimento se faz com força, tornando-se, porém, intermittente pela presença de coagulos, que por momentos tapão o orificio uterino, e que, sendo expulsos, acarretão a sahida de uma quantidade ás vezes consideravel de sangue.

Nos primeiros mezes da gestão muitas vezes passa desaperccebida a perda interna. Se pouco abundante a quantidade de sangue, o liquido accumula-se na cavidade e póde mesmo ahi demorar-se algum tempo sem em geral manifestar a sua presença, a não ser por algum peso na bacia, dôres nos rins, em uma palavra pelos signaes de uma ligeira irritação no utero. Porém, se a perda fôr consideravel ver-se-ha então sobrevir um outro symptoma: — o augmento rapido do volume do utero. — O corpo deste orgão, distendido pelo liquido que ahi se accumula, eleva-se á cavidade abdominal. Em certos casos tem-se podido reconhecer ahi a fluctuação, em outros o utero parece como que dividido em dous lobulos, um occupado pelo sangue e outro pelo producto da concepção. E' ordinariamente nestes casos que o sangue, insinuando-se com lentidão e dirigindo-se para o orificio cervical, acaba por descollar as membranas, e por abrir uma sahida para fóra; é então quando se trata da hemorragia *mixta*, de que acima fallamos. Em outras circumstancias ainda póde-se encontrar esta ultima fórma; assim, — succede que o derrame começa por ser externo, fórma-se um coagulo no orificio do collo, e accumula-se o sangue no interior do orgão.

A questão a respeito da séde do accumulo sanguineo na perda interna, tem sido agitada pelos autores, e mais de uma hypothese e tambem de um principio verdadeiro tem sido estabelecido.

Comprehende-se que mais de uma variedade deve soffrer esta séde de accumulo sanguineo. Assim o sangue póde derramar-se entre a superficie do ovo e o utero, e neste caso Baudelocque e outros admittem que o sangue póde reunir-se em bolso limitado pela circumferencia da placenta. Velpeau não compartilha este modo de ver, e pensa que o sangue deve ou correr para o interior ou penetrar nas membranas. Acreditou-se que o sangue podia ser retido no utero por adherencia anormal das membranas com as paredes do collo; Desormeaux

diz que este facto carece de nóva demonstração. A apoplexia placentaria é uma verdadeira hemorragia interna, na qual o sangue é retido no proprio tecido da placenta. Se a hemorragia pôde ter lugar, segundo pensão alguns, pela ruptura do cordão, o sangue misturar-se-ha com o liquido amniotico. Emfim tem-se admittido como podendo ser sédo de derrame a face fetal da placenta e as differentes folhas das membranas.

DIAGNOSTICO.

Na hemorragia que sobrevem nos primeiros mezes da gestação está longe o diagnostico de ter a importancia que mais tarde adquire. Comtudo, como nesta época a perda de sangue é o unico symptoma saliente de um aborto, poder-se-hia perguntar se não se tratou simplesmente de um retardamento das regras. Suppoem alguns que a fórma dos coagulos pôde servir de ponto de partida para o diagnostico, tendo-se em vista que estando o utero em estado de vacuidade, o sangue coagulado amolda-se de alguma sorte á sua cavidade. Não deve restar duvida no espirito de que é este um signal muito incerto, e que unicamente pela observação dos primeiros symptomas da prenhez poder-se-ha chegar ao diagnostico. Se o sangue, coagulando-se, ficar na cavidade uterina, poder-se-ha distinguir este coagulo de um ovulo em desenvolvimento assestado no collo? A utilidade do tocar é nestes casos incontestavel. Com effeito, uma superficie arredondada, depressivel, que se distende durante as contracções, que, apertada pelo dedo, não transmite o movimento ao corpo interno do utero, constitue caracteres que até certo ponto podcrão fazer com que se suspeite a presença do ovulo fecundado. Um coagulo teria mais consistencia, seria menos compressivel, sua extremidade inferior terminar-se-hia em ponta, e exercendo-se nelle pressões de baixo para cima, sentir-se-hia que o movimento se transmite ao corpo do utero. Ha ainda um outro signal que poderia fazer distinguir uma hemorragia no estado de vacuidade de uma hemorragia dependente de um aborto, e vem a ser que se o utero estiver gravido suas contracções serão dolorosas e a sahida do sangue dos coagulos não sopitará as dôres existentes. Se em contrario a mulher não estiver gravida, a expulsão do liquido contido no utero porá um termo aos seus

soffrimentos. Terminado o aborto pôde sobrevir uma hemorragia grave dependente da retenção da placenta, esta inserção é em geral mui facilmente reconhecível. O tocar simples, o exame por meio do especulo se houver precisão, mostrarão o orificio entreaberto e quasi sempre a placenta já no collo.

Nos tres ultimos mezes da prenhez, o corrimento de sangue é um signal certo e que não pôde deixar duvida a respeito da metrorrhagia. Quando muito poder-se-hia tomar esta perda por uma reaparição insolita das regras, e ainda mesmo assim, sendo o tratamento o mesmo em qualquer dos casos, a distincção entre estes dous accidentes não seria da maior importancia. O que convem que se saiba distinguir de uma maneira precisa, são as causas da hemorragia, facto de summa importancia para a indicação do remedio.

Como já o deixamos dito, nos ultimos mezes da gravidez, na maioria dos casos a inserção anormal da placenta é o ponto de partida da perda hematica, e poder-se-ha reconhecer esta anomalia por diversos caracteres. Ordinariamente, não se a encontra antes do sexto ou setimo mez, e quasi sempre sobrem a hemorragia sem causa occasional alguma, muita vez á noite, no repouso mais completo. Ao principio ligeira, pôde parar por si mesmo ou debaixo da acção do tratamento, para reaparecer mais tarde, mais abundante e mais assustadora. A hemorragia devida á implantação anormal, muitas vezes manifesta-se com caracter intermittente, e as mulheres queixão-se, dizendo que as suas regras começaram a reaparecer.

Quasi sempre, esta variedade manifesta-se por occasião do parto, e nota-se então que o corrimento sanguineo augmenta com as contracções uterinas, particularidade esta, que não se encontra nas outras fórmulas de hemorragias.

O tocar pôde fazer com que se reconheça no collo a existencia da inserção placentaria. Depois de ter-se atravessado os coagulos que enchem a vagina e a cavidade do collo, no qual mui facilmente se penetra, principalmente nas mulheres que já têm parido muitas vezes, o dedo explorador reconhece em derredor do orificio uterino uma espessura e uma molleza maiores do que no estado normal, verifica que um corpo esponjoso e molle occupa totalmente ou em parte este orificio. Penetrando-se mais adiante, encontrar-se-ha resistencia, e a hemorragia augmentará. Não se poderia confundir a placenta com um coagulo, porque este é mais friavel, menos resistente, mais movel, etc., ou com vegetações fungosas, cancerosas, syphiliticas, etc., porque então os antecedentes trarião luz sobre a questão. Quando a placenta se acha muito afastada

de modo a não poder ser attingida pelo dedo, talvez que se possa ainda sentir do lado da sua inserção membranosa maior espessura e molleza. Ha, emfim, casos em que o dedo não pôde penetrar no collo, então poder-se-ha ainda ao menos reconhecer que este se acha mais espesso, mais molle, mais esponjoso, etc. Praticando-se o tocar na parte inferior do utero, poder-se-ha sentir um tumor espesso, de consistencia carnosa, e os esforços que se empregar para obter o balanceamento serão sem resultado.

Quando a hemorragia tiver por ponto de partida um extravasado da mucosa uterina, acarretando o descollamento da placenta normalmente inserida, nada apresentará de particular, sendo em tudo semelhante ás perdas que têm lugar durante o estado de vacuidade do utero.

Se, em vez de externa, a hemorragia se fizer na cavidade do utero, o diagnostico se baseará principalmente no augmento rapido do volume do ventre, na fluctuação e nos symptomas geraes, taes como a pallidez, lypothimias, syncopes e mais que já enumeramos em capitulo especial. E' fóra de duvida que podem sobrevir syncopes durante a prenhez e o parto, sem que hajão perdas hematicas, mas então o ventre não augmenta de volume; tambem sem duvida pôde o abdomen soffrer uma ampliação sem que o derrame se tenha dado, é o que pôde acontecer no hydroamnios e na tympanite. Neste ultimo caso haverá sonoridade exagerada, e no primeiro, o accrescimo se fará com lentidão. Os movimentos activos do feto, primeiramente mais pronunciados, diminuem depois progressivamente, para desaparecerem completamente. A auscultação não revelando mais batimentos cardiacos, é um signal de bastante valor. A ruptura do kisto gestador na prenhez extra-uterina, e a do utero na prenhez normal, podem apresentar symptomas mais ou menos semelhantes aos de uma hemorragia interna. Porém, quando houver ruptura, a extravasação sanguinea será mais prompta, a dôr mais intensa, e ver-se-ha em breve apparecerem todos os symptomas de uma peritonite aguda, se a mulher já não tiver succumbido da hemorragia que infallivelmente terá lugar.

No estado actual dos conhecimentos obstetricos, não se pôde distinguir uma hemorragia utero-placentaria, da que é devida a uma ruptura do cordão umbilical, pois que na maioria dos casos não podemos achar symptomas sufficientes para levarem-nos ao diagnostico differencial. Se o rompimento do cordão tivesse lugar antes do das membranas, ou quando ainda a cavidade amniotica estivesse cheia de liquido, o corrimento de aguas muito coloridas de vermelho, viria nos

indicar de um modo quasi certo, que a perda sanguinea tinha por ponto de partida a ruptura de um ou mais vasos umbilicaes; porém isto é uma excepção e na maioria das vezes os signaes de diagnostico passarão desapercibidos.

Talvez ainda que se possa chegar ao caminho do diagnostico, se chegar-se a verificar, não só o repuxamento, mas tambem uma perda muito consideravel, acarretando rapidamente a morte do feto, sem exercer influencia alguma sobre a saude da mãe.

PROGNOSTICO.

Quand même on serait assez heureux pour conjurer l'orage, pour prévenir la mort, dans un cas d'hémorrhagie abondante, il reste du moins à craindre des rechûtes de plus en plus dangereuses, des infiltrations générales ou locales, des inflammations lentes de la matrice, du péritoine, des plèvres, du péricarde et des maux de nerfs de toute espèce.

(VELPEAU.—*Op. cit.*)

Já o dissemos com o professor Velpeau, e o repetimos ainda, de todos os accidentes da prenhez, a hemorrhagia uterina é o mais terrivel e o que o medico deve mais receiar. Comtudo, todas as hemorrhagias não apresentam o mesmo perigo, e o prognostico é mais ou menos grave, segundo a causa productora da perda sanguinea. Os autores quasi que em unanimidade pensão que as hemorrhagias mais inquietadoras são occasionadas por uma inserção viciosa da placenta.

Para que completo, deve o prognostico ser encarado debaixo de dous pontos de vista differentes, isto é, em relação á mãe e em relação ao feto.

Em primeiro lugar examinemos, qual a influencia que a época do apparecimento da hemorrhagia póde exercer sobre a mãe e sobre o feto.

Em relação á mãe, tanto mais perigosa é a hemorrhagia quanto ella se declara em uma época em que o utero é mais dilatado e por conseguinte mais proximo do parto, quer antes ou depois.

Segundo Puzos, as hemorragias são raramente mortaes antes do quinto mez de prenhez, isto em relação á mãe. O feto ao contrario corre tanto mais risco quanto maior fôr a abundancia da perda, e quanto mais afastada fôr a época da sua maturidade e do seu nascimento.

Para formular o prognostico não deve o medico ter unicamente em vista a abundancia das perdas uterinas, porém também ter em conta a frequencia das mesmas. E' ainda bom tomar em consideração o estado da constituição, para apreciar-se de um modo mais certo os perigos que as hemorragias fazem a mulher correr. Ha mulheres que succumbem ou que correm os maiores perigos pela perda de poucas libras de sangue; outras ao contrario que podem perder uma quantidade muito mais consideravel sem ficarem seriamente doentes. Isto depende de muitas causas, porém principalmente da maior ou menor robustez da constituição, do temperamento mais ou menos sanguineo, de serem as mulheres mais ou menos nervosas. Vê-se muitas vezes pessoas lymphaticas ou nervosas, em apparencia fracas ou anemicas, supportarem melhor estes abundantes desperdicios, do que as de constituição forte, sanguineas, robustas. Isto é facto, se bem que excepção da regra geral.—Quando leve a hemorragia poucos perigos corre a vida e pôde a prenhez chegar ao seu termo.—Barbant conta que uma mulher a qual tendo desde o quarto mez conservado-se no leito por causa de pequenos corrimentos sanguineos—pario a termo,—ficando viva a criança. Dance refere um caso em que elle observou uma hemorragia de seis em seis dias, e em que a prenhez chegou ao seu termo, parindo a mulher uma criança viva. Velpeau diz que tratou de uma moça que soffrendo de uma hemorragia abundante no terceiro mez de sua segunda prenhez, perdêra mais de duas libras de sangue em trinta e seis horas, e que não abortára chegando a prenhez a termo. Pelo facto porém da resistencia do feto, não podemos imaginar que ella não soffra alguma influencia em seu estado de saude. Por pouco consideravel que seja a porção descollada da placenta, não deixa o feto de ser privado de uma parte de seus elementos de nutrição e de respiração, e esta privação mesmo parcial, pôde com o correr do tempo prejudicar ao seu completo desenvolvimento, e mesmo fazê-lo morrer antes do termo da gestação. E ainda quando expulso vivo, é o feto pouco desenvolvido e mais fraco do que nas condições ordinarias, e esta fraqueza congenital, geralmente considerada pelos autores como consequencia do estado anemico da mãe, deve antes ser attribuida, segundo Caseaux, ao descollamento parcial da placenta.

As hemorragias abundantes não offerecem sempre igual gravidade. As que são abundantes e que se repetem mui frequentemente sem provocarem o trabalho do parto são em geral pouco graves em relação á mãe. Podem ao contrario, porém, trazer em resultado a morte do feto; este resultado é explicado pelo descollamento da placenta em uma extensão de tal sorte consideravel, que já não restão mais vasos utero-placentarios para levarem ao feto os elementos necessarios á sua respiração e nutrição, e elle morre porque não mais pôde nutrir-se.

Quando o trabalho está começado, ha uma circumstancia que muito vantajosamente modifica a gravidade da hemorragia, este resultado é devido á ruptura das membranas. Esta modificação trazida a hemorragia é tanto mais vantajosa quanto a quantidade de liquido amniotico é mais consideravel. A retracção do utero é a causa explicadora deste facto.

A causa da hemorragia fará igualmente variar o prognostico, se a causa for accidental a hemorragia será menos grave do que a que for a consequencia de uma causa especial. A perda devida á implantação anormal da placenta no segmento inferior do utero é de todas a mais grave: o descollamento quasi completo da placenta occasiona, no momento do trabalho, uma perda consideravel, que tanto mais séria será para a mãe quanto mais enfraquecida estiver ella por perdas que tiverem tido lugar durante a gestação.

Depende ainda o juizo prognostico da variedade da inserção anormal, pois que a gravidade não é sempre igual. A variedade mais funesta e mais desfavoravel é a em que o orificio interno do collo é inteiramente coberto pela placenta. A morte da mulher é geralmente o resultado se os soccorros medicos não forem administrados com presteza. E' porém para o feto que esta variedade é mais funesta, porque todas as crianças morrem quando a inserção é central. Nas estatisticas ácerca da inserção viciosa da placenta não ha especificação da variedade, lacuna que deveria ser preenchida, pois que seria importante, tendo-se em vista o modo de tratamento empregado, as terminações favoraveis ou desastrosas.

Em 45 casos de hemorragia por causa de inserção viciosa (não indicada a variedade), Rigby observou o resultado seguinte: 33 mulheres puderão ser salvas, 10 succumbirão depois do parto e 2 morrerão antes do fim do trabalho. Nas 33 que sobreviverão, o parto foi feito desde que o estado de dilatação do collo o permittio.

Como já vimos, o perigo para a mãe está em relação com a rapidez e a quantidade de sangue perdido; porém acontece que algumas vezes se encontra mulheres em estado inquietador, depois de uma perda mesmo moderadamente abundante. Quando ainda as mulheres têm a felicidade de não succumbirem durante a hemorragia, ellas vêm a soffrer das consequências por muito tempo, e dos accidentes diversos, mencionados por Velpeau, e cuja transcripção constitue a epigraphe deste capitulo.

Segundo pensa Depaul, duas circumstancias podem occasionar a morte do feto; ella pôde ser o resultado de uma hemorragia da mãe, ou de uma hemorragia fetal, sobrevinda em seguida de um rompimento dos vasos umbilicaes. O seguinte resultado de uma estatistica de Simpson prova o perigo da inserção viciosa da placenta: 399 mulheres, nas quaes, como já o dissemos em outra parte, elle observou esta inserção viciosa da placenta, 134 succumbirão.

TERMINAÇÕES.

A morte do feto, e em seguida a sua expulsão, é a terminação mais commum da hemorragia durante a prenhez, principalmente nos primeiros mezes. Não é esta no entanto a terminação fatal da perda hematica na gestação. Depois da hemorragia pôde o feto continuar no utero, e neste caso, ou a hemorragia teve por ponto de partida o collo, ou a parte inferior do utero, e então pôde o ovulo, ficar adherente; ou a placenta foi simplesmente descollada em parte, e os coagulos, parando o corrimento, fizerão cessar a hemorragia, e o feto pôde viver.

Em outras circumstancias, a hemorragia cessando de uma maneira definitiva interrompe a prenhez, sem comtudo ter o aborto lugar immediatamente. De facto, tendo a hemorragia causado a morte do feto, este pôde ficar no utero até o termo da gestação, se este termo não estiver muito afastado, senão o aborto pôde fazer-se esperar um certo tempo, e neste caso só mui raramente é elle acompanhado de hemorragia grave. Puzos, Desormeaux e outros, pensão que as partes descolladas podem algumas vezes contrahir adherencias novas. Pasta, talvez com exaggeração, nega completa-

mente este facto. Não está provado que a placenta possa de novo crear adherencias; porém estando ella só incompletamente descollada, coagulos podem obliterar os orificios vasculares e as partes que ficão adherentes permittirem que a criança viva ainda. Em summa, se nos primeiros mezes da prenhez a hemorrhagia é grave, mui grave mesmo para o feto, não o é tanto assim para a mãe; mais tarde, porém, poderá esta correr grandes perigos e ser a morte a terminação da perda sanguinea. A retenção da placenta no utero é uma das causas frequentes de terminação fatal, já porque entretenha a hemorrhagia e a torne mais difficil de ser sustida, ou seja então porque, ficando na cavidade uterina, ella se torne o ponto de partida de symptomas de extrema gravidade, podendo a mulher ser presa de infecção purulenta e succumbir depois. O mesmo se poderá dar se tiver a hemorrhagia sido parada, ou reduzida a um corrimento sero-sanguinolento sem provocar a expulsão do feto.

De immensa gravidade, tanto para a mãe como para o feto é muitas vezes a hemorrhagia, que reconhece por causa a inserção anormal da placenta. No entanto, nem sempre é a morte a terminação fatal, pois que ainda assim mesmo, a vida da mãe pôde ser conservada muitas vezes. Assim, tem-se visto a placenta ser expellida antes do feto, morrendo este ultimo em tal caso quasi que necessariamente, e a mãe não correr ordinariamente perigo sério. White, diz ter visto em um caso de inserção central o feto perforar a placenta e nascer morto, porém a mãe sobreviver. Pôde tambem acontecer que a passagem do feto, estando as membranas prematuramente rotas, exerça uma compressão que impeça a hemorrhagia de ter lugar.

Tendo embora escapado da morte em um caso de hemorrhagia grave, comtudo não deixa a mãe de acarretar consequencias funestas para a sua saude, ficando-lhe por muito tempo um enfraquecimento de constituição, o qual vem trazer-lhe accidentes pathologicos diversos e graves, cujos principaes vêm na citação que, como epigraphe, figura na parte que trata do prognostico.

TRATAMENTO.

C'est là qu'il importe de savoir choisir le remède et de l'appliquer à propos, qu'une timidité craintive peut devenir funeste, aussi bien que l'imprudencia et la témérité.

(VELPEAU. — *Op. cit.*)

Os innumerados e variados meios therapeuticos de que a sciencia tem lançado mão para jugular as hemorragias uterinas, podem ser divididos em geraes e especiaes.

Meios geraes.

Estes meios não passam de simples palliativos; comtudo, sendo manejados com perseverança e circumspecção, poder-se-ha por meio delles obter felizes resultados, quando a perda não fôr consideravel, nem tiver tido lugar de ha muito tempo.

Assim, desde que se vê em presença de uma mulher atacada de hemorragia, deve-se fazê-la deitar em um leito, tendo, sendo possivel, um colchão fresco, como de crina, em uma posição horizontal, conservando a bacia um pouco mais elevada do que o resto do corpo, e tê-la apenas mui levemente coberta.

Convirá que o quarto seja vasto e francamente arejado, provendo-se em derredor da doente a existencia de uma atmospherá fresca e pura, e pouca claridade. Deverá ser cohibida a presença de pessoas indiscretas ou incommodas ou das que, por qualquer motivo enfim, possão desagradar a paciente.

Bebidas frias ligeiramente aciduladas serão administradas á doente, entretida a liberdade do ventre por meio de clysteres, e praticado o catheterismo se fôr difficil a emissão das urinas.

A maior parte desses meios therapeuticos que acabamos de enumerar, devem ser considerados meios hygienicos, e que em principio de toda e qual-quer hemorrhagia uterina tem lugar o seu emprego, tendo-se em vista o fim que por meio delles quer-se obter: a coagulação do sangue e a cessação de qualquer complicação que haja para o lado do systema nervoso. Do seu emprego não resulta effeito algum contra-indicativo de qualquer medicação de que se tenha de lançar mão em caso do proseguimento do corrimento sanguineo.

Meios especiaes.

Para a applicação destes meios deve-se ter em consideração a época da gestação em que se manifestão os accidentes hemorrhagicos, a muita ou pouca abundancia do corrimento sanguineo, e ainda varias causas e circumstancias que podem offerecer indicações particulares. Porém, para evitar repetições fastidiosas que devem naturalmente resultar de divisões numerosas em um todo, cujas partes offerecem entre si estreitas relações, expenderemos em paragrafos successivos os diversos meios therapeuticos aconselhados e seguidos nas hemorrhagias uterinas da prenhez, fazendo então menção das indicações especiaes, que certos estados exigem.

REFRIGERANTES E ADSTRINGENTES.—As poções frias e mesmo geladas têm sobretudo na Allemanha e na Inglaterra goza do de grande voga no tratamento da metrorrhagia puerperal. Burns e Siebold mostrão-se sectarios entusiastas da applicação dos meios frios, tanto externa como internamente. Evan, aconselha pequenos pedaços de gelo ou liquidos gelados para serem tomados internamente. Tambem de mistura com os refrigerantes se emprega os adstringentes. Assim, as bebidas acidulas frias, o acetato de chumbo, o oxido de prata, o alumem, o acido gallico, têm sido aconselhados e preconizados. Julga-se que estes meios favorecem a coagulação do sangue nas veias, e uma constringencia das fibras vasculares.

Quando se trata de uma perda pouco abundante, ligeira, acreditamos que podem estes meios ser empregados, mesmo porque com os meios geraes que já auferimos cessará essa perda. Os refrigerantes têm sido prescriptos externamente

nas perdas graves. Compressas embebidas em agua fria, mesmo gelada, têm sido com vantagem applicadas no ventre, na vulva e nas côxas, assim como bexigas com gelo sobre o abdomem, e mesmo sobre o collo do utero. Quando a applicação é rapida e pouco demorada a contracção uterina pôde ter lugar; e, pois, se podem ser uteis em certos casos, como nas hemorragias do delivramento, em certas occasiões em que o aborto ou o parto sejam inevitaveis, tornão-se prejudiciaes intempestivamente administrados, podendo trazer interrupção á prenhez. Quando a hemorragia é grave, e que a mulher acha-se em grande debilidade, os refrigerantes podem ser mui funestos, quer produzindo uma prostração mortal, onde a reacção torna-se impossivel, ou então produzindo excitação tal que venha augmentar os accidentes hemorrhagicos, promovendo ao mesmo tempo inflamações violehtas para o utero e peritoneo, etc.

OPIACEOS.—Têm tambem, como os adstringentes e refrigerantes, sido recommendados tanto interna como externamente. Burns, fundando-se em sua longa experiencia, aconselha que se lance mão dos opiaceos, principalmente em um primeiro ataque, sobretudo quando a hemorragia não depende do estado de plethora, com o fim de acalmar a irritação e de parar a perda ao menos por algum tempo, e aconselha o laudano em altas doses. Velpeau e Fabre recommendão o acetato de morphina, com cuja applicação dizem ter tirado resultados vantajosos. Caseaux recommenda tambem estes meios, porém especialmente em clysteres, na dose de vinte gottas do laudano de Sydenham, repetindo-se até duas ou tres vezes com uma hora ou mais de intervallo, quando os primeiros não tiverem sido sufficientes para fazerem cessar os accidentes hemorrhagicos. Este eminente pratico prescreve estes clysteres quando a perda é pouco abundante, e quando por conseguinte tem-se a esperanza de ver a prenhez continuar o seu curso, porque estes meios entorpecem a sensibilidade nervosa e removem a contracção uterina. Podem, pois, em certos e determinados casos com vantagem serem os opiados empregados, tendo-se muita moderação e cautela, nunca em doses muito altas, e quando a perda fór evidentemente activa para calmar a excitação geral que a provocou.

AMARGOS. TONICOS.—Nas perdas de longa duração que trazem a adynamia, a cachexia, etc., o ferro, a genciona, a quina, principalmente o vinho de quinium, podem concorrer vantajosamente para fazer ceder a hemorragia, restabelecendo ao sangue sua plasticidade normal.

PURGATIVOS BRANDOS.— Nos casos de hemorragias pouco abundantes, Blun-

dels aconselha que se examine o estado dos intestinos, porque muitas vezes, de concomitancia com a hemorragia, existe um embaraço gastrico, o qual pôde até certo ponto entretê-la; recommenda que se lance mão dos purgativos brandos, com o duplo fim de remover qualquer substancia irritante que possa existir (especialmente no recto), e de acalmâr o organismo excitado por algum movimento febril, cuja influencia possa activar o corrimento hematico. Os drasticos, como podendo por si sós determinar o apparecimento dos accidentes hemorrhagicos, devem ser completamente banidos.

Quando se tratar de esvaziar o recto preferimos o uso dos clysteres brandos ao dos purgativos, como o quer Blundels.

REVULSIVOS. — São prescriptos mesmo com entusiasmo por alguns praticos eminentes. O seu emprego é conhecido desde a mais remota antiguidade, pois que o pai da medicina já falla das ventosas seccas sobre as mammas, tendo, porém, por fim suspender o corrimento catamenial. « Mulieri si velis menstrua cohibere, cucurbitam quam maximam ad mammas apponere. » Tem-se feito uso dos maniluvios simples, sinapisados, fricções seccas ao peito, ao longo do rachis, vesicatorios ao epigastro, etc. Velpeau aconselha, como um dos revulsivos mais poderosos, por meio do qual diz ter tirado resultados mui vantajosos, a applicação de um largo sinapismo entre as espaldas. « J'y ai eu recours dans les premiers mois de la grossesse et pendant le travail, comme dans l'intervalle de ces deux époques, et l'effet en a été extrêmement prompt. (Velpeau.) Por meio de algumas observações de sua propria clinica e da de outros prova este illustre parteiro que se deve muitas vezes lançar mão desse meio vantajoso e simples.

LIGADURA DOS MÊMBROS, COMPRESSÃO DO VENTRE.—A ligadura dos membros está hoje com justa razão banida como meio therapeutico na hemorragia uterina da prenhez. A compressão do ventre, feita com moderação, constitue um methodo que reúne em seu favor um grande numero de testemunhos e de provas, pois tem sido até nossos dias applicada por innumerados parteiros, e, segundo elles, com magnificos resultados. E' geralmente feita a compressão nas regiões illiacas ou nos flancos, no hypogastro, por meio de cintas com compressas graduadas subjacentes, embebidas mesmo em certos liquidos refrigerantes. A compressão, produzindo um conchegamento das paredes do utero, obstando assim a hemorragia, principalmente a interna, e nos casos em que o tampão é contra-indicado como depois do parto, torna-se um meio por mais de um titulo

recommandavel, e que além disso não prejudica o emprego de qualquer outro de que se tenha de lançar mão.

SANGRIA.—Proscripta outr'ora por Hippocrates como meio funesto, foi mais tarde a sangria collocada na frente dos agentes heroicos da therapeutica obstetrica: « herculea remedia.» Hoje o emprego deste meio durante a prenhez occupa por um racional eclecticismo um justo meio termo. A sangria, como meio preventivo da hemorragia uterina em um caso evidente de plethora e congestão manifesta do utero, poderá ser praticada com vantagem. Desde, porém, que uma perda tenha lugar, por fraca mesmo que ella seja, consideramos o emprego da phlebotomia como inutil, e podendo acarretar os mais sérios inconvenientes, e mesmo a morte não só do feto como tambem da mãe. Estamos, com effeito, longe do tempo em que a plethora era considerada como o attributo inseparavel da prenhez, e em que a sangria passava pelo remedio por excellencia das diversas alterações do sangue. Os resultados de multiplicadas analyses provárão-nos ao contrario que a sangria actua principalmente sobre a proporção dos globulos, e como a cacochymia das mulheres gravidas nada mais é do que uma diminuição desse elemento, deve se facilmente comprehender quanto se deverá evitar diminuir ainda mais esta proporção pela pratica inconsiderada da sangria. Como consequencia desta espoliação do sangue temos, além de outros resultados, o augmento da susceptibilidade nervosa, que póde incrementar uma hemorragia já começada, e a fraqueza consideravel resultante desse abuso levada ao extremo por uma perda já manifestada, que não foi vencida, que continúa e que póde levar a paciente ao tumulo.

Assim, pois, como meio antiphlogistico, vai ella debilitar a mulher e collocar-la em pessimas condições se a perda se aggravar; como revulsivo já vimos que outros mais poderosos existem e que não apresentam os seus inconvenientes.

A sangria prejudica a promoção da coagulação do sangue e a promoção da contractilidade uterina. As perdas ligeiras podem ser juguladas por outros meios dos quaes já fizemos menção, e dispensão o auxilio problematico do emprego deste meio depletivo. Terminamos repetindo: como meio preventivo na plethora, estabelecido perfeitamente o diagnostico desta da hydroemia, poderá a sangria ser coroada de resultados felizes no tratamento da hemorragia da prenhez, isto é, como prevenindo o derrame de ter lugar pela depleção geral.

CENTEIO ESPIGADO.—O centeio espigado é nas hemorragias uterinas um

poderoso meio auxiliar, quasi sempre efficaz, bem que não seja sempre applicavel.

Emquanto o feto occupar o utero, só com muita prudencia poder-se-ha recorrer a elle e em casos especiaes, pois que então, são suas propriedades perigosas. Porém, desde que a mãe correr perigo pelo facto da hemorrhagia, perigo que domina todos os outros, poder-se-ha algumas vezes recorrer ao centeio em falta de remedio mais efficaz, ou inoffensivo.

Depois da sahida do feto, e principalmente depois do delivramento, é quando o centeio espigado adquire uma efficacia que bem se poderia chamar especifica, perdendo ao mesmo tempo toda a influencia funesta, e unindo assim a innocuidade absoluta ás condições mais favoraveis ao seu util effeito.

As hemorrhagias que sobrem nos primeiros mezes da gestação acompanhão-se quasi sempre de uma ameaça de aborto, muitas vezes fataes ao feto, não tendo em geral consequencias graves para a mãe.

Debaixo da influencia das mui variadas e numerosas causas que mencionamos, pôde um descollamento parcial da placenta ter lugar e pôr-se o utero em movimento antes do tempo, ser a vida do feto compromettida, offerecendo entretanto o corrimento sanguineo mediocre abundancia.

Então o que convém mais, é parar esse começo de trabalho prematuro, do que estancar-se o sangue.

E' com o auxilio do repouso em posição horizontal, com a calma do espirito, com applicações frias, com os opiaceos, etc., que se deve procurar fazer a prenhez seguir seu curso, pelo desaparecimento da hemorrhagia.

O emprego do centeio espigado então, só poderá vir augmentar o mal, favorecendo a expulsão do producto da concepção, e para autorisa-lo seria preciso que fosse o aborto inevitavel.

Como já o vimos, nos ultimos mezes da prenhez resultão quasi sempre as hemorrhagias de uma causa especial, a inserção viciosa da placenta sobre o segmento inferior do utero. Neste caso a administração do centeio será tambem prejudicial com o fim de pôr um paradeiro ao corrimento sanguineo. Quando ali fôr o parto prematuro inevitavel, e o collo dilatado, é que se poderá talvez lançar mão do centeio espigado; porem ainda assim preferimos o tampão ao centeio.

Posto que se tenha dito, que o centeio espigado não determina contracções estando o utero em repouso, e que não faz mais do que augmentar ou

desperta-las, acreditamos com muitos autores que este medicamento tem propriedades de por si só determinar contracções, mesmo porque desde que ha uma perda, qualquer que ella seja, é raro que não haja para o utero movimentos fibrilares, posto que insensíveis e que vão ser despertados, ou antes activado se incrementados pelo centeio espigado.

P. Dubois, que outr'ora pensava que o centeio não podia determinar por si só contracções uterinas, modificou mais tarde a sua opinião.

O professor Caseaux compartilha a opinião primitiva de P. Dubois.

Será prudente pois lançar-se mão deste meio sómente quando puder-se prever uma terminação prompta do trabalho, ou então quando se possa verificar a morte do feto, ou ainda como extremo remedio quando estiverem esgotados todos os outros meios, e que o sangue continúa a correr, perigando a vida da mãe e do feto.

TAMPÃO.—De ha muito que se pensou em recorrer a um meio mecanico para pôr-se um dique ás hemorragias uterinas, o qual promovesse a formação de um coagulo de encontro ao qual chocando-se o sangue não passasse além. O uso do tampão não é pois de data recente. O emprego desse meio generalisouse depois da publicação de uma memoria de Leroux de Dyon em 1776.

A acção do tampão não se limita em parar a perda com o obstaculo material pela coagulação do sangue, porém ella traz quasi sempre um outro resultado.

O coagulo que se fórma no interior do utero augmenta com sua presença o volume das partes que ahi se achão encerradas, e então actuando como corpo estranho excita as contracções deste orgão, o qual afinal expulsa o tampão, o coagulo sanguineo e o feto. Porém, felizmente, nem sempre se dá este accidente, e muitos casos existem na sciencia, em que o emprego mesmo demorado do tampão deu em resultado a cessação da hemorragia sem o apparecimento das contracções uterinas.

Sem razão certos autores o tem repellido *a priori*, sem discutirem o seu modo de emprego. E' principalmente quando a prenhez tem chegado ao seu termo, ou perto d'elle, que sem o menor temor pôde-se applicar o tampão, ou ainda melhor, quando o collo estiver duro, espesso e o trabalho já começado, porém marchando mui lentamente é impossivel de romper-se as membranas. Então obter-se ha effeitos multiplos: parando ou moderando o corrimento sanguineo, fazendo progredir o trabalho, dilatando, ou ao menos amollecendo o collo, o qual se tornará mais susceptivel de permittir uma dilatação artificial prematura.

Ao lado destes bons resultados que fornece o tampão, pôde além dos inconvenientes que já mencionámos manifestar ainda um bem funesto.

O sangue não filtrando através do tampão para o exterior pôde tomar uma outra direcção e derramar-se na cavidade uterina e dar em pouco tempo lugar á morte. Isto porém, não é muito possível que se dê no estado de plenitude do utero, porque não restará tão grande espaço para o derrame além do ponto occupado pelo feto e seus annexos. No estado de vacuidade do utero porém, é isto muito possível, tambem neste caso será intempestivo e como tal banido o emprego do tampão.

Quando se tratar da inserção de placenta chamada — centro por centro — não se deverá receiar do emprego deste meio mecanico porque então é tambem mui rara a perda interna. Este modo de inserção será para o parteiro uma indicação formal para o emprego do tampão. D'ahi deduz-se claramente o inconveniente de servir-se desse meio no caso de já se ter dado a ruptura das membranas, podendo a perda tornar-se maior na cavidade uterina e trazer graves accidentes. Deve-se assignalar ainda entre os seus inconvenientes, o augmento do descollamento da placenta, e a retardação na terminação do parto, o perigo que d'ahi resulta para a vida do feto, e as dôres fortes que costuma provocar. Em algumas mulheres nervosas, sob pena de ver-se apparecerem accidentes eclampticos, se é obrigado a retirar o tampão.

Assim pois, o tampão tendo por fim coagular o sangue, e podendo provocar contracções uterinas, é claro, que no caso em que se julga poder conservar a prenhez, só terá lugar o seu emprego quando tiverem falhado os demais meios, porque servindo-se delle quasi que infallivelmente terá lugar o parto.

Pensamos com o Sr. Tarnier, que o tampão é o meio heroico a oppôr-se ás hemorragias produzidas por inserção viciosa da placenta sobre o collo ou em suas circumvizinhanças. Para que o tampão preencha o fim que se deseja é preciso que a sua applicação tenha lugar, segundo um certo methodo. Em um caso urgente o parteiro poderá lançar mão dos meios mais proprios d'entre os que tiver á sua disposição e segundo o methodo mais expedito.

Porém, entre os numerosos meios de applicar o tampão, existe um que deverá ser preferivel aos outros quando tiver-se á disposição tudo que fôr necessario; é o que segue o professor Pajot.

A mulher é collocada na beira do leito, sustentada por ajudantes, como para a operação da versão, ou para a applicação do forceps; a bexiga é prévia-

mente esvaziada e a vagina limpa dos coagulos que possa conter por meio de alguns copos d'agua fria que se lança no especulo até o collo. Tem-se preparado algumas pelotas de fios, da grossura de uma noz, ligadas por uma linha em sua parte média, tem-se tambem preparado outros tantos pedaços de agarico, tendo dous a tres centimetros de comprimento e uma pollegada de largura. Um ajudante, depois de ter embebido uma primeira pelota de fios em uma solução de perchlorureto de ferro (15 grammas de perchlorureto de ferro para 600 a 700 d'agua), apresenta-a ao operador, o qual, com o auxilio de longas pinças, leva-a ao orificio do collo uterino. Acima desta primeira pelota colloca-se do mesmo modo duas ou tres outras, as quaes podem ser simplesmente cobertas com um corpo graxo qualquer, depois colloca-se uma camada de agarico e de novos fios, depois applica-se um espesso chumaço, algumas compressas longas e mantem-se tudo por meio de uma atadura em T. E' mui raro que sendo assim applicado, o tampão não se opponha ao corrimento sanguineo; se comtudo elle deixar-se penetrar seria preciso substitui-lo por um outro, embebendo-se então em perchlorureto de ferro as quatro ou cinco primeiras pelotas de fios para melhor favorecerem a coagulação do sangue.

Tem-se servido de diversos tampões, taes como o de cauda de papagaio, de Trousseau, de Moreau, de Dupuytren, e de uma bexiga de borracha que se introduzia na vagina e depois se enchia de ar. Este ultimo meio é muito imperfeito e comtudo poderá servir para dar tempo a que se aprompte um outro tampão melhor.

DILATAÇÃO DO COLLO. — PERFORAÇÃO DAS MEMBRANAS. — PARTO FORÇADO. — Quando todos estes meios que até aqui temos enumerado forem insufficientes e que a hemorrhagia sendo abundante, e sobrevindo nos ultimos mezes da prenhez, principalmente quando já houver um começo de trabalho, continuar a ameaçar a vida da mãe e do feto, deve-se recorrer ao rompimento das membranas que é preferivel mesmo ao tampão.

Puzos foi o primeiro que propôz esta manobra, combinando-a ao mesmo tempo com a dilatação graduada do collo. « Levai, diz elle, um dedo, depois dous, depois tres, etc., no orificio que titillareis, que irritareis brandamente. Se isto não fôr sufficiente, começa i a dilatar o collo, alargai-o com toda a precaução e lentidão que permittir-vos a gravidade dos accidentes. Se não tiverdes resultados ainda, perforai as membranas e o vacuo que se fizer no utero deixará raras vezes de ser seguido de contracções expulsivas da madre. Tereis, sim, um parto

antes do termo, que será, porém menos perigoso para a mãe e para seu fructo, do que se o homem da arte tivesse de extrahir o feto. »

Na prenhez muito adiantada e por occasião do parto, é que mais convem este procedimento.

Com a perforação das membranas tem-se em vista a retracção do utero, operada pela sahida de uma porção do liquido amniotico, produzindo a diminuição do calibre dos vasos e muitas vezes a applicação de uma parte do feto sobre a superficie sangrante, comprimindo os vasos abertos.

A perforação das membranas pôde embaraçar difficilmente a pratica ulterior da versão, se bem que na mesma occasião possa o parteiro pratica-la, aproveitando algum liquido restante. Embora apresente serios inconvenientes, comtudo a perforação das membranas offerece grandes vantagens, superiores mesmo ás do tampão, quando do prompto trabalho do parto depender a salvação da mãe e do filho.

Convem sempre antes de pratica-la observar o estado do collo, considerando-se a duração do trabalho, e, enfim, como já o dissemos, a gravidade dos accidentes que a reclamarem.

Perforadas as membranas e continuando a hemorrhagia com intensidade, necessitando a terminação do parto, e achando-se a cabeça do feto ainda acima do estreito superior, é mui difficil a applicação do forceps, e deve-se então praticar a versão. Estando, porém, a cabeça já insinuada na excavação da bacia, é preferivel, e deve-se lançar mão do forceps. A perforação das membranas, não tendo jugulado a hemorrhagia, e o collo do utero não permittindo a pratica da versão ou o emprego do forceps, embora tentada a dilatação gradual e branda pelo methodo de Puzos, e as escarificações do collo do utero, segundo aconselhão P. Dubois e Caseaux, restão a applicação do forceps se puder-se demorar ainda o parto, e o meio ultimo da dilatação e parto forçados. E' este um meio extremo e só justificavel o seu emprego em casos desesperados: *ad extrema mala, extrema remedia*. O parto forçado será praticado pelo processo commum que é conhecido.

Quando a placenta se apresenta em inserção central, pensão alguns parteiros que se deve praticar a versão atravessando-se este orgão, e outros que se deve levar a mão por algum ponto peripherico e mesmo já descollado. O processo de Simpson poderá servir quando se tiver certeza da morte do feto.

COMPRESSÃO DA AORTA. — E' este um meio muito vantajoso nas hemorrhagias,

depois do parto, porém muito penoso por ser muito demorado. Uns a prática introduzindo a mão no utero, outros através da espessura das paredes do abdomen, logo acima do órgão gestador. Este ultimo meio é mais facil, mais comodo e tambem mais seguro, razões que devem fazê-lo ser preferido.

TRANSFUSÃO DO SANGUE. — Embora audaz, comtudo unico meio capaz de salvar a doente, esgotada depois da perda hematica, Blundels, Marmonier, Nelaton e outros, embora com deficiencia de instrumentos apropriados, o têm praticado com successo. Em caso de entrada de ar nas veias, tem-se ainda a electricidade como meio salvador, segundo attestão as observações do Dr. Oré.

Apresentamos agora, depois da enumeração que acabamos de fazer dos diversos meios therapeuticos de que se têm lançado mão para combater as hemorragias uterinas, o seguinte e bem elaborado quadro synoptico que extractamos da these inaugural do Sr. Dr. Ferreira Brandão. E' elle feito á imitação dos quadros de P. Dubois e Pajot, porém muito mais amplificado, e offerece resumidamente todas as indicações que, em circumstancias especiaes, requerem os accidentes hemorrhagicos.

QUADRO SYNOPTICO DO TRATAMENTO DA HEMORRHAGIA UTERINA PUERPERAL.

Existe hemorragia Mais hygienico.

Existe hemorragia	Mais hygienico
I. - A hemorragia não é vista imediatamente.	A. - Hemorragia é ligera..... } Refrigerante e adstringentes internos.
	(a) A hemorragia ligera é passiva..... } Opium. (1)
	(b) A hemorragia ligera é activa..... } Ocidar e tannin, e revulsivo fixo dos membros.
	B. - Hemorragia é grave..... } 10 a 15 min. ... Ocidar esmagado e, em caso de insuficiencia, tampon.
	(a) A hemorragia grave é externa..... } de 7 a 10 min. ... Tampon e, em caso de insuficiencia, cometo esmagado.
(b) A hemorragia é interna..... } Cometo substancial e cometo esmagado. (2)	
II. - A hemorragia não é vista até mais tarde.	A. - Hemorragia é ligera..... } Fricção abdominal, Ullage de leite, revulsivo de membros.
	(a) Colo não dilatado, sem dilatar. } Contração uterina fraca ou nulla ou lenta. Mesmo tempo que em (b), mais cometo esmagado.
	(b) Colo dilatado ou dilatar. } Contração regular ou forte..... } membranas intactas } até a 1ª hora..... Esperar. (3)
	B. - Hemorragia é grave..... } Ocidar e tannin, mais fricção abdominal, Ullage de leite e revulsivo de membros.
	(a) Colo não dilatado, sem dilatar. } perda uterina..... Tampon e cometo substancial. (4)
(b) Colo dilatado ou dilatar. } perda interna..... Cometo e tampon; depois dilatação lenta e gradual, ou, em caso de impossibilidade, esmagamento do colo; e, se os outros não, dilatação e parto forçado.	
III. - A hemorragia não é vista até mais tarde.	(a) Colo dilatado ou dilatar. } contração uterina fraca ou nulla ou lenta..... Ocidar esmagado.
	(b) Colo dilatado ou dilatar. } contração regular ou forte..... } membranas intactas..... Esperar as membranas
 } dilatação insufficiente..... Tampon.
 } dilatação sufficiente. } placenta central..... Desvolvimento parcial ou completo da placenta e cometo.
 } placenta marginal ou normal } apresentação pedicula..... Extracção simples.
..... } } apresentação vaginal } cabex acima do estreito superior..... Versão.	
..... } } } cabex na cavidade da bacia..... Parto.	
III. - A hemorragia não é vista até mais tarde.	A. - Hemorragia é ligera..... } Cometo substancial. Refrigerante e adstringentes internos. Caldar fixo. - Fricção abdominal, Ullage de leite, revulsivo de membros.
	(a) Placenta em situação normal..... } Existe contração uterina..... } O colo perfeitado..... Extracção placenta e cometo.
 } Existe contração uterina..... } O colo não perfeitado..... Esperar, e, se houver apertor, cometo.
	(b) Placenta em situação fora do eixo..... } Placenta em totalidade ou em maxima parte descolada..... Extracção placenta e cometo, e proceder como em (a).
 } Placenta em totalidade ou em maxima parte adherente..... Proceder como em (b) antes de tentar a descolamento.
B. - Hemorragia é grave..... } Ocidar e tannin. Alimentação abundante.	
(a) Placenta em situação normal..... } Existe contração uterina..... } O colo perfeitado..... Extracção placenta e cometo.	
..... } Existe contração uterina..... } O colo não perfeitado..... Intervencao forçada, mais lenta e gradual de leite, e extracção da placenta e dos cometos.	
(b) Placenta em situação fora do eixo..... } Existe contração uterina..... } Placenta em totalidade ou em maxima parte descolada..... Extracção placenta e cometo, e proceder como em (a).	
..... } Existe contração uterina..... } Placenta em totalidade ou em maxima parte adherente..... Proceder como em (b) antes de tentar a descolamento.	
(c) Placenta em situação fora do eixo..... } Cometo esmagado, esmagamento membranoso, refrigerante e adstringentes internos; tampon, cometo da parte e cometo esmagado em altas doses. Parto e ressecção. - Transferido de sangue.	

(1) Se a perda cessar a uma hora, deve não ser considerada grave.

(2) Se a perda cessar a uma hora, a continuação da pressão é importante.

(3) A rapidez das membranas torna caso de dilatacao e descolamento a dar a fazer muitas vezes a extracção da placenta.

(4) O tampon, qual, se não parar o cometo, se esmagado e perde de actividade interna; sendo esse procedimento como se hygienico seguinte.

SECÇÃO CIRURGICA

OPERAÇÕES RECLAMADAS PELA CATARACTA

I

Até hoje nenhuma acção medica tem podido curar a cataracta, e os meios preconizados pelos empiricos, não tem outro resultado senão o de enganar o paciente.

II

Fracas opacidades disseminadas resultantes de iridochoroidites, leves perturbações occupando a superficie do crystallino consecutivas a feridas circumscriptas da capsula, e alterações pouco adiantadas do crystallino nos diabeticos, cujo estado geral melhora de modo sensivel, são susceptiveis de desapparecerem mediante um tratamento medico, senão por si mesmas.

III

Destruidas as fibras do crystallino, transformada sua membrana de envoltorio em placas vitreas, seu conteudo emulsionado, em uma palavra, a opacidade da lente ou da sua capsula completa, só uma operação cirurgica poderá restabelecer a visão.

IV

As diferentes operações que tem sido propostas, tem por fim commum tirar o crystallino do campo da pupilla para que os raios luminosos possam chegar á retina.

V

Existem tres methodos fundamentaes para operar-se a cataracta : I. O deslocamento, que afasta a cataracta do campo pupillar sem retira-la do olho. II. A discisão cujo fim é determinar a reabsorção do crystallino. III. A extracção que faz sahir o crystallino do olho.

VI

Querendo-se afastar a cataracta do campo pupillar pôde-se fazê-la descer rectamente de cima para baixo (depressão) ou para traz e para baixo (reclinação), por meio de uma agulha com a qual se atravessa a cornea (keratonixis) ou a sclerotica (sclero-nixis). Hoje só se faz a reclinação pelo scleronixis.

VII

Fazendo uma abertura na capsula do crystallino, a discisão põe este ultimo em contacto directo com o humor aquoso que embebe a substancia da cataracta, incha e dissolve-a, trazendo assim a sua reabsorção.

VIII

O esmagamento tende ao mesmo resultado, porém elle ataca com mais energia dividindo a propria cataracta. Pratica-se como tambem a discisão por meio de uma agulha, com a qual se atravessa a cornea ou a sclerotica. Hoje é a keratonixis preferida.

IX

O mecanismo da keratonixis não offerece difficuldade, é preciso unicamente que se tenha certa experiencia para bem calcular-se a extensão que se deve dar-lhe em cada caso, sem expor o olho ao grande perigo de uma embebição ou de uma entumescencia mui rapida do crystallino.

X

Gräfe propoz duas modificações á discisão. A primeira consiste em praticar algumas semanas antes da discisão uma iridectomia com o fim de evitar-se a irite. A segunda destinada ás cataractas liquidas, que consiste em fazer com uma agulha mais larga uma punção que permitta ao crystallino liquefeito de sahir quasi que inteiramente.

XI

De todos os methodos operatorios é sem contradicção a extracção que mais cuidadosamente tem sido estudada, e que mais modificações tem soffrido. Todas as modificações se ligão a dous typos fundamentaes: á extracção a retalho e á extracção linear.

XII

A extracção a retalho tem por fim fazer sahir a cataracta por uma solução de continuidade que occupa a metade ou quasi a metade do bordo da cornea. Esta incisão pôde ser feita em cima (keratotomia superior) ou em baixo (keratotomia inferior), o que não muda essencialmente o processo operatorio.

XIII

As más consequencias resultantes da extracção a retalho, mesmo em casos operados com a maior exactidão e em condições as mais favoraveis, fizeram com que se descobrisse o papel importante que representa a iris nestes accidentes, e que se procurasse previni-los por uma secção feita nessa membrana. Então foi a proposição de Gräfe erguida em methodo: extracção a retalho combinada com a iridectomia.

XIV

Pela extracção *linear* pôde-se fazer sahir uma cataracta liquida, ou ao menos completamente amollecida por uma incisão rectilinea da cornea de

cinco a seis millímetros de largura. Uma faca lanceolar, um kistitomo, com a colher de Daviel, uma pinça para fixar-se, e em caso de precisão tesouras, uma pinça de iridectomia, eis os instrumentos necessarios.

XV

Neste processo podem alguns accidentes e faltas graves ter lugar. Assim, uma situação muito peripherica da incisão occasiona mui facilmente um prolapso da iris que muito embarçará a conclusão da operação. A ruptura da fosseta da byaloide pôde ter lugar, então o corpo vitreo adiantar-se-ha na camara anterior levando atraz de si uma parte do crystallino, apparecendo immediatamente a pupilla negra. A gravidade deste accidente provém da inflammção da iris provocada pelos restos da cataracta accumulados por detraz desta membrana.

XVI

Os perigos da extracção á retalho que não se podia diminuir sufficientemente pelas modificações novas, fizeram nascer o desejo de estender-se a extracção linear ás cataractas mixtas e duras. Para isto uma incisão maior situada mais periphericamente, a combinação com a iridectomia e a applicação de instrumentos de tracção para o ultimo tempo da operação.

XVII

Extracção linear combinada com a iridectomia, eis o methodo formado por Gräfe, cuja excellencia sobre todos os outros é attestada por centenares de factos, e cujo futuro parece seguro.

XVIII

Cinco actos têm lugar na execução da operação por este processo: 1º incisão na cornea chegando a faca recta até a camara anterior; 2º a excisão da iris; 3º a discisão da capsula; 4º a extracção da cataracta ou do seu nucleo; 5º a limpeza da pupilla e a coaptação da ferida.

XIX

Em um doente muito pusilanime, ou em um no qual não se possa, por causa dos movimentos, manter fixo o globo ocular, podendo assim comprometter-se o exito da operação, convém a applicação do chloroformio.

XX

Como accidentes mais graves na extracção linear modificada: os derrames sanguineos que se pode combater, e o prolapso do corpo vitreo que pôde ser prevenido.

XXI

De todos os methodos que temos enumerado, pensamos que só a discisão por keratonixis, a extracção a retalho e a extracção linear modificada (processo de Gräfe) devem ser mantidos, e que destes o ultimo deve, senão sempre, ao menos na maioria dos casos ser preferido.

XXII

Se bem que favoravel, comtudo a maturidade ainda mesmo nas cataractas mixtas não é de absoluta necessidade para a pratica da extracção linear combinada com a iridectomia.

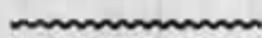
XXIII

Deve-se esperar, sendo possivel, principalmente para as cataractas secundarias adherentes, um anno e mesmo mais depois da primeira operação para praticar-se a segunda.



SECÇÃO MEDICA

DO ARSENICO E SEUS COMPOSTOS CONSIDERADOS PHARMACOLOGICA E THERAPEUTICAMENTE



I

O arsenico puro é um corpo solido em fragmentos, ou agulhas com aspecto de aço, de textura crystallina, muito friaveis e oxidando-se mui rapidamente em contacto do ar humido.

II

E' sem cheiro algum na temperatura ordinaria, aquecido porém á temperatura rubra espalha um cheiro alliaceo mui caracteristico, e transforma-se em acido arsenioso $As O_3$.

III

Até hoje, ignora-se a verdadeira causa do cheiro de alhos que o arsenico espalha quando queimado em contacto do ar.

IV

O arsenico metallico fórma com o oxigeneo duas combinações de importancia capital em therapeutica : o acido arsenioso e o acido arsenico.

V

O acido arsenioso $As O_3$ se apresenta no commercio ora em placas translucidas e vitreas, ora em fragmentos opacos e porcellanicos. Estes dous aspectos differentes constituem dous estados isomericos distinctos, ambos caracterisados por propriedades especiaes.

VI

O acido arsenico As O.5 differe por todas as suas propriedades do acido arsenioso.

VII

O acido arsenioso, o iodureto de arsenico, os arseniados de soda, de potassa e de ferro são os compostos arsenicaes mais geralmente empregados.

VIII

O arsenico administrado em pequenas doses tem uma acção manifesta sobre a nutrição, cuja actividade elle diminue. Por mais de um titulo merece pois ser considerado como um medicamento da nutrição. Em doses mais elevadas é um veneno steatogenico.

IX

Dos efeitos physiologicos do arsenico derivão suas propriedades therapeuticas.

X

Todos os efeitos physiologicos do arsenico ou são devidos á sua acção electiva sobre a nutrição, ou se ligão á sua eliminação.

XI

O arsenico em dose therapeutica poupa a desnutrição e diminue a temperatura, diminue igualmente a quantidade de uréa eliminada pelas urinas e de acido carbonico exhalado pelos pulmões.

XII

Em dose toxica produz a steatose do figado, dos rins, dos pulmões e mesmo dos musculos.

XIII

Elimina-se pela pelle, pelas mucosas, pelos rins e pelo figado.

XIV

Muitas vezes a sua eliminação pelos rins traduz-se pela albuminuria.

XV

Em alta dose o arsenico pôde dar lugar a hemorragias, tendo por sédes mais frequentes o grosso intestino, os pulmões e o figado.

XVI

Em pequena dose torna a respiração mais facil, dá vigor e agilidade aos individuos que delle fazem uso diario. A observação dos arsenicophagos fornece numerosos exemplos deste facto.

XVII

O arsenico parece actuar sobre a circulação peripherica, augmentando a actividade desta circulação e exagerando a excitabilidade dos musculos vasculares.

XVIII

Mesmo em dose toxica o arsenico não destroe nem a excitabilidade nervosa, nem a irritabilidade muscular.

XIX

Em dose therapeutica não parece influenciar directamente o coração; só depois da ingestão de doses toxicas e no ultimo periodo do *arsenicismo* é que se observa uma aceleração nos batimentos cardiacos: como medicamento não é o arsenico, pois, pyretogenico.

XX

A acção do arsenico sobre a nutrição pôde ser utilizada para combater a febre. E' nas febres intermittentes que o seu uso tem dado melhores resultados. Em todos os casos, porém, o sulphato de quinina lbe é muito superior.

XXI

O seu uso deve ser proscripto do tratamento das febres perniciosas.

XXII

Os effeitos devidos á eliminação do arsenico prestão serviços nas affecções cutaneas, sobretudo nas manifestações da diathese dartrosa.

XXIII

Sua eliminação pela mucosa das vias respiratorias dá explicação de sua acção contra o catarrho dos bronchios.

XXIV

Da sua acção sobre a nutrição deduz a explicação do seu emprego vantajoso na tísica pulmonar.

XXV

Sua acção é duvidosa nas nevralgias, nas névroses, na coqueluchê, na cholera, etc.



SECÇÃO ACCESSORIA

ESTUDO CHIMICO PHARMACOLOGICO SOBRE O ESPORÃO DE CENTEIO



I

O esporão de centeio é uma pequena planta parasita, da familia dos cogumellos, de desenvolvimento accidental e que constitue uma molestia das gramineas, principalmente do centeio.

II

Esta producção tambem apparece no trigo, na avêa, no milho e mesmo em algumas plantas da familia das cyperaceas.

III

Mais longo e mais volumoso que o grão de centeio, o esporão é geralmente recurvado, simulando o esporão do gallo, donde provém o seu nome.

IV

O esporão do trigo conserva a fôrma do grão que elle substitue. E' curto, muito mais grosso que o do centeio, muito profundamente fendido, mesmo muitas vezes dividido em dous.

V

O esporão de centeio tem um cheiro de pão fresco, quando é recente, cheiro que mais tarde torna-se acre e desagradavel.

VI

Queima com uma chamma branca azulada, propriedade que elle deve á grande quantidade de materias graxas que encerra.

VII

Os annos chuvosos são favoraveis ao desenvolvimento do centeio esporado, principalmente quando a uma primavera humida succedem calores excessivos.

VIII

Mais de uma hypothese foi aventada na sciencia para a explicação da formação do esporão de centeio. Hoje a idéa do desenvolvimento de uma planta parasita é geralmente admittida.

IX

Segundo a analyse de Wiggers, o centeio espigado contém: materia graxa crystalisada especial, cerina, ergotina, osmazoma, mannita, materia gommosa extractiva com materia corante, albumina, fungina, phosphato acido de potassa; cal.

X

Bonjean, de Chambéry, descobrio dous principios no centeio espigado: um oleo fixo incolor, muito soluvel na agua fria, insoluel no alcool fervendo; e a ergotina, extracto de consistencia molle, de côr vermelha-escura, muito soluve na agua fria.

XI

A ergotina de Wiggers differe inteiramente da de Bonjean, a qual se obtem tratando o extracto aquoso do centeio espigado pelo alcool a 85°, e evaporando-se a metade de seu peso das materias gommosas.

XII

A ergotina que se obtem do trigo é superior á do centeio por ser sempre identica, e porque o esporão que a fornece encerra menos oleo venenoso e mais principio activo. — (Leperdriel.)

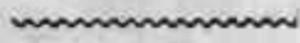
XIII

O pó, a infusão, a decocção, o extracto aquoso, o hydroalcoolico ou ergotina de Bonjean, são as preparações pharmaceuticas do esporão de centeio que mais têm sido empregadas.

XIV

O pó recentemente preparado é a preparação pharmaceutica do esporão de centeio que deve ser preferida.

HIPPOCRATIS APHORISMI.



I

Si vero hyems austrina et admodum pluvia fuerit, ver autem siccum et aquillonium, mulieres ex quacumque causa abortiunt. — (Sect. 3^a, aph. 12.)

II

Mulieri uterum gerenti, si alvus multum fluat, periculum est ne abortiat. — (Sect. 5^a, aph. 34.)

III

Si pregnantibus purgationes menstruæ cursum suum teneant, bene valere factum impossibile est. — (Sect. 5^a, aph. 60.)

IV

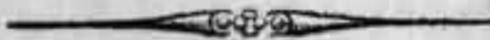
A copioso sanguinis fluxum, convulsio aut singultus, malum. — (Sect. 5^a, aph. 3.^a)

V

Ad extremos morbos, extrema remedia, exquisite optima. — (Sect. 1^a, aph. 6.^a)

VI

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, iudicium difficile. — (Sect. 1^a, aph. 1.^a)



V 24385v

Esta these está conforme os estatutos.

Rio, 7 de Setembro de 1869.

DR. LUIZ PIENZENAUER.

DR. CAMINHOÁ.

DR. M. DE ANDRADE.

