

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA

À

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

E PUBLICAMENTE SUSTENTADA PERANTE A MESMA

Afim de obter o grão

DE

DOUTOR EM MEDICINA

POR

Antonio Martins Fontes

Filho Legítimo

DO

Coronel Antonio Martins Fontes

E

D. MARIA FRANCISCA DA COSTA FONTES

NATURAL DA PROVINCIA DE SERGIPE

(Santa Luzia)

N'oublions jamais que notre mission est une mission de paix, de conservation, d'humanité; que devant cette haute mission disparaissent toutes distinctions des peuples, de condition sociale, de parti, d'opinions; que le médecin appartient à l'humanité toute entière et non à une fraction; que si le fer arme sa main, c'est pour réparer et jamais détruire.

CRUVEILHIER—Les Devoirs des médecins.



BAHIA

Typographia -- Bibliotheca dos Dous Mundos

1882

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR

O EXM. SR. CONS. DR. FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

VICE-DIRECTOR

LENTES CATHEDRATICOS

1.^a SERIE

OS ILLMS. SRS. DRS.

MATERIAS QUE LECCIONAM

José Alves de Mello Physica Medica.
Jose Olympio de Azevedo Chimica Medica e Mineralogia.
Cons. Pedro Ribeiro de Araujo Botanica Medica e Zoologica.

2.^a SERIE

Alexandre Affonso de Carvalho Anatomia descriptiva.
Antonio Pacifico Pereira Histologia theorica e pratica.
Cons. Antonio de Cerqueira Pinto Chimica organica e biologica.

3.^a SERIE

Jeronymo Sodrê Pereira Physiologia theorica e experimenta.
Antonio Pacifico Pereira Anatomia pathologica.
Egas Carlos Mouiz Sodrê de Aragão Pathologia geral.

4.^a SERIE

Demetrio Cyriaco Tourinho Pathologia medica.
Cons. Domingos Carlos da Silva Pathologia chirurgica.
Cons. Luiz Alvares dos Santos Materia medica, e therapeutica, especial-
mente a brasileira.

5.^a SERIE

Cons. Barão de Itapoan Obstetricia.
Cons. José Antonio de Freitas Anatomia topographica, Medicina opera-
toria e experimental.
Apparelhos e pequena cirurgia.

6.^a SERIE

Claudemiro A. de Moraes Caldas Hygiene e Historia da Medicina.
Cons. Rozendo A. Pereira Guimarães Pharmacologia, e arte de farmar,
Virgilio Climaco Damazio Medicina legal, e toxicologia.

7.^a SERIE

Ramiro Affonso Monteiro Clinica medica.
Cons. José A. Parnizo de Moura Clinica chirurgica.
Cons. Barão de Itapoan Clinica obstetrica e gynecologica.

LENTES SUBSTITUTOS

Manuel Victorino Pereira
Alexandre E. de Castro Corqueira } Secção Accessoria.
José Pedro de Souza Braga }
Manuel Joaquim Saraiva } Secção Cirurgica.
José Luiz de Almeida Couto }
Manuel Jose de Araujo } Secção Medica.

SECRETARIO

O EXM. SR. CONS. DR. CINCINNATO PINTO DA SILVA

OFFICIAL DA SECRETARIA

O ILLM. SR. DR. THOMAZ D'AQUINO GASPAS

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

A. meu Pi.^o e particular Am.
João Dantas Martins dos Reis
sua Signa Esposa D. Moreira
da Silveira Dantas e seus estimados
como prova de amizade, estima e le-
openses o

auctor



A' MEMORIA

DE

MEUS AVÓ'S

Lgrimas e preces.

A' MEMORIA

DE

Meus Prezados Irmãos

GLYCERIA FONTES VILLA-NOVA

E

JOÃO MARTINS FONTES

Uma lagrima sentida.

A' MEMORIA

DE

MINHAS PRIMAS

D. MARIANA DANTAS DE GOES

E

D. ANNA C. D'OLIVEIRA CARVALHO

Saudosa lembrança.

A' MEMORIA

DE

MEU PRIMO

Pharmaceutico Antonio Martins Fontes Sobrinho

Saudades.



A meus idolatrados Paes e verdadeiros Amigos

Coronel Antonio Martins Fontes

E

D. Maria F. da Costa Fontes

Sempre em teus olhos me sorriram jubilos,
Sempre teus braços me acolheram francos;
Se alguma c'rôa me destina a gloria
Cinge com ella teus cabellos brancos.

(T. RIBEIRO).

A'S MINHAS CHARAS IRMANS

D. Augsua Fontes da Silveira Menezes

D. Lydia Fontes da Silveira Menezes

D. Othylia Fontes de Villa-Nova

D. Maria Fontes da Silveira

D. Anna Fontes da Silveira

D. Jolinda Fontes da Silveira

D. Mariana Fontes da Silveira

D. Anthusa Fontes da Silveira

D. Josepha Fontes da Silveira

N'este momento só me lembro, minhas irmans, do
amor que vos consagro.



A Mens Bons Irmãos

ALCIBIADES MARTINS FONTES

RAYMUNDO MARTINS FONTES

GENES MARTINS FONTES

PAULO MARTINS FONTES

Estreita amizade fraternal.

A' MINHA PREZADA CUNHADA

A EXMA. SNRA.

D. Amelia Fontes Leite

Respeito e amizade.

A MEOS CUNHADOS E AMIGOS

MAJOR LIBANIO C. MENEZES BARRETTO

DOMINGOS C. MENEZES BARRETTO

TENENTE-CORONEL THOMAZ VILLA-NOVA

Estimo-vos como irmão, que o amor vos deu.

A MEOS SOBRINHOS

Afeição.

A' minha boa tia e extremosa parenta

A EXMA. SNRA.

D. Anna F. da Silveira Carvalho

E A SEU DIGNO ESPOSO

O SNR.

Tenente-coronel Domingos J. de Carvalho e Oliveira

Muita estima.

A meo sobrinho e collega

ALIPIO G. FONTES DE MENEZES

Quanto te estimo dil-o as nossas constantes relações
de seis annos, as nossas expansões de todos os dias.
F.

A MEOS PRIMOS

Coronel João Dantas Martins dos Reis

A' SUA IDOLATRADA ESPOSA

D. Mircena M. da Silveira Dantas

E seus presados filhos

Para dizer-vos o que sinto,
E' fraca a humana expressão,
Sensações supprão as phrases
Falle só meo coração.

A MEOS PRIMOS

Dr. Fiel José de Carvalho e Oliveira

A' SUA DIGNA ESPOSA

D. Francisca Dantas da Silveira Carvalho

E SEUS QUERIDOS FILHOS

Sei os favores que vos devo, e tambem sabeis a amizade
sincera que vos consagro.

A MEU PRIMO E AMIGO

O EXM. SNR.

BARÃO DE GEREMOABO

Sua clara consorte

E SEUS ESTIMADOS FILHOS

Estima, consideração e amizade.

A' minha prima

D. FRANCISCA FIEL P. DE CARVALHO

A seu digno esposo

DR. SALUSTIO PEREIRA DE CARVALHO

E A SEU INNOCENTE FILHINHO

Reconhecida amizade.

À MINHA TIA

D. Joaquina H. da Costa Leite

A SEU DIGNO ESPOSO

Coronel João J. de Oliveira Leite

E A SEUS FILHOS E GENROS

Amizade e apreço.

A MEOS TIOS

E PARTICULARMENTE AOS SENHORES

Dr. João B. da Costa Carvalho

Major José R. da Costa Carvalho

Tenente-coronel José R. da Silveira Pontes

E ÀS SUAS EXMAS. FAMÍLIAS

Aos Parentes e Amigos

DR. FRANCISCO DA COSTA RAMOS

DR. SILVERIO MARTINS FONTES

DR. GEMINIANO B. DE OLIVEIRA GÓES

DR. JOÃO TILLEMONT FONTES

DR. FRANCISCO MARTINS FONTES

DR. JOSÉ ZACHARIAS DE SOUZA

DR. PORPHIRIO DE SOUZA FREIRE

DR. JOVINIANO JOAQUIM DE CARVALHO

DR. FELINO MARTINS FONTES

VIGARIO OLYMPIO DE S. CAMPOS

FIEL DANTAS DE CARVALHO

CAPITÃO JOÃO D. MARTINS DOS REIS

CARLOS C. CARVALHO

MELCHIADES C. CARVALHO

A's Minhas Primas

D. Rosa da Silveira Fontes

D. Rita da Silveira Fontes

Amizade.

A MEO PADRINHO E AMIGO

Commendador Francisco T. de Faria

E Á SUA EXMA. FAMÍLIA

Respeito e consideração.

AOS AMIGOS DE MEO PAE

OS COMMENDADORES

José Lopes da Silva Lima

E

Arnaldo Lopes da Silva Lima

E ás suas Exmas. Famílias

Respeito, subido apreço e consideração.

AOS MEOS AMIGOS

DR. FELISBELLO F. D'OLIVEIRA FREIRE

DR. ASCENDINO ANGELO DOS REIS

DR. OLYNTHO RODRIGUES DANTAS

PHARMACEUTICO JOÃO MARTINS FONTES

CAPITÃO FRANCISCO DE PAULA LIMA

JOAQUIM A. MONTE ALEGRE

JOÃO LOPES DA SILVA LIMA

MANUEL BRAZIL D'OLIVEIRA GÓES

Retribuição de amizade.

A meos collegas de grão e especialmente aos Drs.

PEDRO MENDES DE CARVALHO

ANTONIO R. CUNHA MELLO

DANIEL CAMPOS

FRANCISCO BUENO SOARES GOUVÊA

JOÃO JOSÉ D'OLIVEIRA LEITE

JOSÉ RODRIGUES DA COSTA DORIA

MANUEL CARLOS DE AZEVEDO RIBEIRO

ARTHUR DE ALMEIDA SEBRÃO

CAETANO DA R. CERQUEIRA

Muita affeição e saudades.

AOS ILLUSTRADOS MESTRES

Dr. Ramão Affonso Monteiro

Conselheiro Barão de Itapoan

Dr. José Olympio de Azevedo

Dr. Virgílio C. Damazio



AOS COLLEGAS DE ACADEMIA

Antes do Assumpto

S'il est vrai que la santé est le plus précieux de tous les biens, et qu'il n'y a pas de bonheur sans elle, sauvegarder la vie et santé doit être la plus noble de toutes les sciences et la plus recommandable pour tous les hommes.

(HOFFMAN).

De todos os ramos da medicina, aquella que approxima-se mais do seu grão de perfeição é incontestavelmente a arte dos partos; é ella que ensina ao novo pratico não contrariar a natureza, e auxiliá-la quando ella é impotente para effectuar os seus desejos.

Porém si, nos casos ordinarios, o parteiro é obrigado a tornar-se espectador inerte dos soffrimentos da mulher, todavia elle póde, pelos recursos da sciencia, n'um perigo urgente arrancar uma victima á morte.

Esta feliz idéa sustenta a coragem d'aquelles que se dedicação á uma carreira tão cheia de espinhos.

E' principalmente nos casos de hemorragias copiosas e persistentes, que o homem d'arte tem muitas vezes de decilir da sorte de dois seres igualmente queridos.

SECÇÃO CIRURGICA

CADEIRA DE PARTOS

DISSERTAÇÃO

—

Considerações acerca das hemorragias que sem causa acci-
dental, surgem nos dois ultimos mezes da prenhez

—

Definição

Nós entendemos por hemorrhagia puerperal toda extravasação sanguinea que provém do utero, do feto ou dos seus annexos, e que tem lugar durante a prenhez, no trabalho do parto e depois d'este. Dividiremos as hemorrhagias puerperaes em trez classes: a primeira comprehende as que succedem durante os seis primeiros mezes da prenhez; seu estudo se prende ao do aborto, com o qual ellas estão intimamente ligadas; a segunda, a mais importante de todas, e a

que estudaremos especialmente, comprehende as que apparecem nos ultimos mezes da prenhez; a terceira, finalmente, comprehende as que sobrevem durante e depois do delivramento.

Esta divisão é a mais prática, por que essas trez variedades differem muito quanto a suas causas e a seu tratamento.

As hemorrihagias uterinas, sob o ponto de vista puramente clinico, podem ser divididas em graves e simples.

Para dizer-se que uma hemorrihagia é grave ou simples não é preciso sómente ter-se em consideração a quantidade de sangue derramado; é preciso ainda attender-se á persistencia da perda sanguinea, do estado da mulher que a experimenta e ás modificações que d'ellas resultão para a economia.

Do que acima fica exposto póde succeder que a perda sanguinea tenha lugar dentro ou fóra do utero; d'ahi duas outras classes de hemorrihagias—interna e externa.

Estas duas especies de hemorrihagias, que sempre reclamão a intervenção d'arte, podem apresentar-se antes do trabalho, durante o trabalho, e, finalmente, depois d'este.

Modificações anatomicas e physiologicas do utero durante a prenhez

As modificações anatomo-physiologicas, que se dão do lado do utero durante a prenhez, tem uma influencia muito notavel sobre a producção das hemorrihagias uterinas.

O estudo d'essas modificações explica, até certo ponto, o mecanismo das perdas sanguineas.

E' assim que se reportarmos-nos ao estudo da concepção, havemos de ver que esta produz no utero um estado de orgasmo que n'elle determina um affluxo consideravel de liquido.

Este phenomeno tem principalmente lugar em mulheres plethoricas.

Resulta d'ahi que a irritação physiologica, de que o utero era então a séde, não se limita sempre a produzir uma secreção da lymphá plastica coagulavel, necessaria á formação da membrana caduca; porém que ella se eleva até o grão morbido e traz uma perda de sangue que póde comprometter a gestação no começo.

O desenvolvimento do feto não se fazendo senão á custa dos succos secretados na superficie interna do utero, resulta d'ahi uma actividade maior na circulação d'este orgão, d'onde uma nova causa de hemorrihagia. Mais tarde, porém, quando a prenhez acha-se mais adiantada, as arterias uterinas se dilatão e, penetrando entre a superficie externa do utero e as pare-

des do peritoneo vão ter á superficie interna d'aquelle orgão por meio de ramificações flexuosas, formando, d'esta sorte, as arterias helicinas.

Além d'essa disposição anatomica, vê-se que as ramificações que se achão ao nivel da placenta, penetrao na membrana caduca inter-utero-placentaria. As veias chegam até esta membrana e formão largos canaes plexiformes, mais espaçosos ao nivel da placenta; o que dá lugar ao aspecto crivado da superficie placentaria quando se dá o delivramento.

Mickel e Jacquemier descrevem, na circumferencia da placenta, uma veia coronaria que se anastomosa d'uma parte com as veias centraes d'este orgão, e da outra com as veias uterinas.

Apezar de Velpeau e Bonamy nunca encontrarem este vaso, todavia aquelles que não contestão a sua existencia, considerão-no apresentando, ás mais das vezes, uma interrupção de 4 a 6 centimetros; restabelecendo-se sua continuidade por uma serie de canaes venosos, que se anastomosão entre si.

Emfim, esta veia coronaria apresenta um grande numero de dilatações, como se ella fosse varicosa. Tal é o systema vascular materno.

Vejamos agora o que se dá em relação ao feto. N'este pequeno ser, os vasos umbilicaes chegando na face fetal da placenta se dividem em muitos ramos, que estão situados entre a amnios e a chorion, e penetrao nos cotyledons placentarios.

As arterias se anastomosão entre si na espessura

d'esses cotyledons e communicão com divisões da veia umbilical.

Se se injecta estes vasos, como fez Bonamy, empregando uma substancia muito penetrante, toda superficie uterina da placenta apresentará uma rede vascular muito delicada, que nunca dará sahida ao liquido injectado, o que confirma a seguinte opinião que não existem orificios abertos nas extremidades d'esses vasos.

Resulta do que acabamos de dizer que a placenta contém, além dos vasos que provém do feto, vasos maternos.

São esses canaes sanguineos arterias e veias, que, reunidos entre si por meio d'uma substancia commun, formão essas divisões ou sub-divisões chamadas cotyledons.

A união d'esses ramos vasculares é tão intima, que ha toda impossibilidade de separar aquelles que pertencem ao feto, d'aquelles que são maternos.

Só o emprego de injectões de cores diversas póde distinguir uns dos outros, e apezar d'isto, é impossivel chegar-se ao conhecimento das anastomoses existentes entre os vasos maternos e fetaes.

Si consultarmos a este respeito os trabalhos de Stein, Eschrich, Weber, Reid, Bonamy e Jacquemier, ver-se-ha que não ha, segundo a opinião d'esses autores, communicação directa entre estas duas sortes de canaes sanguineos; porém sómente contacto multiplo.

Tambem é admittido hoje, apezar da opposição de

Flourens, que o sangue fetal e materno não podem ter acção, um sobre o outro, senão por endosmose, através as paredes esponjosas dos vasos fetaes e o sacco muito delgado que os envolve. Esta opinião é mais hoje um facto adquirido para a sciencia, e as numerosas experiencias dos physiologistas o demonstrão.

Mecanismo das hemorragias uterinas

Estudadas como ficarão no artigo precedente as modificações anatomicas e physiologicas do utero durante a prenhez, é facil de comprehender-se que, durante a gestação, existe entre o esforço mecanico do sangue e a resistencia offerecida pelas paredes dos canaes sanguineos uma proporção calculada tal, que os pontos mais delgados e por conseguinte os mais fracos d'estes mesmos canaes resistem, não só em condições ordinarias, mas ainda quando a tensão da columna sanguinea sobe no seu maximo de intensidade.

Ha, pois, equilibrio entre a potencia e a resistencia; mas, si circumstancias accidentaes vierem trazer a perturbação n'este equilibrio, é facil comprehender-se que, n'este caso, as paredes vasculares são obrigadas a ceder, e os vasos não podem resistir á potencia da expansão do liquido que elles encerrão.

As arterias, segundo Jacquemier, ficarão completamente exemptas d'este genero de ruptura.

E' de facil comprehensão esta opinião: porque sendo a organização das arterias differente da estrutura das veias, e o sangue arterial passando dos troncos pouco volumosos para cavidades espaçosas, inversamente do que se dá para o sangue venoso, faz com que estas ultimas possuão, com maior facilidade, resistir ao esforço hemorrhagico.

As veias utero-placentarias, por sua estrutura e sua situação, não podendo oppôr á columna sanguinea sinão uma resistencia bastante pequena, são ordinariamente a séde da ruptura.

Este genero de hemorrhagia parece todo natural, quando a perda uterina é o resultado da compressão de alguma parte do systema venoso; porém a explicação não parece assuz satisfactoria, quando a hemorrhagia succede a um movimento fluxionario.

Todavia, existem ainda dois modos de produção da hemorrhagia; se o *motimen hemorrhagicum* tem sua séde nos vasos capillares do utero, elle augmenta a força exhalante, póde produzir uma perda sanguinea na superficie interna do utero, e discollar a placenta e as membranas.

De outro lado, o mesmo phenomeno póde trazer um accumulo anormal de sangue no tecido do utero, occasionar a sua obliteração, e mesmo a ruptura das veias utero-placentarias.

A unica differença consiste em que a distensão
F. 2

das veias uterinas e a ruptura de seus prolongamentos placentarios serão consecutivas ao movimento fluxionario, que tem por ponto de partida os vasos capillares uterinos.

Jacquemier, para dar mais força a sua theoria, apoiou-a sobre a seguinte lei hydraulica:

« *Lorsqu'un liquide coule d plein tuyau, la quantité de ce liquide qui, dans un moment donné, traverse les différentes sections du tuyau, doit partout être la même. Ainsi, quand le tuyau va en s'élargissant, la vitesse diminue; elle s'accroît, quand le tuyau va en se retrecissant.* »

Vemos, pois, que, conforme a opinião d'este auctor, resultaria das modificações do utero durante a prenhez, que o sangue arterial passando dos troncos pouco volumosos para cavidades amplas, e que o sangue venoso correndo de cavidades muito espaciaes em canaes mais estreitos, devia ali haver retardação da circulação, stase do sangue, obstrucção do systema venoso e, finalmente, ruptura dos vasos.

Ha uma outra theoria, a da exsudação, que vem se collocar ao lado da precedente.

Desormeaux, um dos primeiros a acceital-a, diz que a perda se faz por exsudação sanguinea, sob a influencia de uma irritação local, que produz um affluxo de sangue n'essa parte.

Este medico combateu com vigor a idéa de attribuir todas as hemorragias a uma ruptura dos

vasos, e não admitte para todos os casos esta theoria, inteiramente mecanica, que faz depender as perdas uterinas das hemorragias traumaticas; e pensa que este phenomeno se passa no utero da mesma maneira que em outro orgão qualquer.

Dugés e Mme. Lachapelle acceitão esta opinião, e Velpeau, que não combate-a, diz: « a causa efficiente das perdas me parece analogia á de todas as outras hemorragias; por exemplo á da epistaxis, como á da exhalacão sanguinea que se faz no utero sob a influencia de uma congestão local, de um estado de irritação particular do *molimen hemorrhagicum*.

Quando este affluxo ou este *molimen* chega a um certo gráo, o sangue transuda, com maior ou menor força, por uma superficie mais ou menos extensa, como no estado de vacuidade do utero ».

Dubois é de opinião que as hemorragias podem algumas vezes ter lugar, como acabamos de dizer, no começo da prenhez, que, ás mais das vezes, entretanto, são devidas a um despedaçamento dos vasos; porém as que se manifestão no fim da gestação attribue elle quasi sempre, a lesões vasculares.

Caseaux encara a questão sob o mesmo ponto de vista que Dubois, e refuta, no que toca á hemorragia que depende de uma ruptura dos vasos, a opinião de Jacquemier, como muito exclusiva, por que não julga que a diminuição da circulação seja tão consideravel como faz ver este auctor.

Apoiando-se sobre a lei hydraulica invocada pelo proprio Jacquemier, Caseaux pensa que, se o curso do sangue diminui nas arterias em sua passagem dos troncos para as ramificações dos mesmos, elle deve ser accelerado nas veias em sua passagem das ramificações para os troncos, por que estabelece-se uma incontestavel compensação.

Este parteiro não creê tão pouco que a séde da ruptura possa ser exclusivamente collocada nas veias, porque, diz elle: « sem duvida nenhuma, as paredes venosas são menos resistentes que as paredes arteriaes; porém quaes são as que tem de supportar maior esforço?

Será que as causas, sob cuja influencia se produzem todas as congestões uterinas e mais tarde as hemorragias, não obrão a principio sobre o sangue arterial antes de fazerem-se sentir sobre o systema nervoso?

A plethora não se manifesta a principio pela plenitude do pulso? »

Não esqueçamos de accrescentar que existem, para fóra da massa placentaria, vasos arteriaes e sobretudo canaes venosos que pôdem fornecer uma hemorragia na qual as relações utero-placentarias não serão de fórma alguma interessadas.

Emfim, pelas explicações de Caseaux, que nos parecem muito satisfactorias e melhor se harmonisarem com os factos, resulta que, durante a gestação, a hemorragia pôde ter lugar: 1.º, por ex-

halação sanguinea, principalmente nos primeiros mezes da prenhez; 2.º, pela ruptura das veias e principalmente das arterias utero-placentarias propriamente ditas; 3.º, pela ruptura das veias e das arteriolas que se estendem na espessura da membrana caduca para fóra da placenta.

Etiologia

As causas de hemorragias uterinas se distinguem em causas predisponentes, determinantes ou accidentaes, especiaes e efficientes.

CAUSAS PREDISPOENTES.—Ellas são numerosas e de muitas ordens. Em primeiro lugar apresentam-se as que resultão das modificações impressas pela prenhez á economia.

Assim são: o desenvolvimento do utero, o affluxo dos liquidos a este orgão, a actividade vital de que elle é a séde e que traz mudança em sua fórma, seu volume, e mesmo na sua estrutura; a presença de um systema vascular de neo-formação, cujos conductos se rompem com a maior facilidade. Nos trez ultimos mezes, a condição ordinaria das perdas sanguineas é a existencia dos vasos utero-placentarios; porque, n'esta epocha, estes numerosos canaes, que, nos primeiros seis mezes, se dirigem do utero para a caduca, e podendo então, se

rompendo, fornecer uma quantidade muito consideravel de sangue, se bem que a placenta não fosse descollada, são em grande parte atrophiados e não pôdem dar lugar a uma perda notavel.

Segundo Jacquemier, as veias utero-placentarias, tão numerosas, principalmente, na circumferencia da placenta, onde formão uma especie de corôa, tornão-se, em muitos casos, a séde de uma tensão enorme, devida á compressão que soffrem os orgãos visinhos do utero durante o desenvolvimento d'este.

Esta demora da circulação é ainda augmentada pela disposição que ha entre os troncos das veias uterinas, ovarianas e seus ramos, disposição que faz com que o sangue passe de cavidades muito espaçosas para tubos mais estreitos. Ora, como estes vasos tem paredes delgadas e frageis, mal sustentadas pelo tecido da placenta, sua ruptura tem lugar mui facilmente, e é ordinariamente assim, diz elle, que começa a extravasação sanguinea. Caseaux admite que a hemorragia, algumas vezes, produz-se assim; porém, pensa tambem que, no maior numero de casos, são as arterias utero-placentarias que se rompem primitivamente.

Citaremos ainda, como causas predisponentes, as perturbações que a prenhez determina na circulação, as palpitações, as difficuldades da respiração, inchações varicosas dos troncos venosos inferiores, plenitude e actividade do pulso, os espasmos do utero que produzem contracções irregulares em diferentes

partes d'este orgão; as influencias que pôdem determinar uma excitação local ou geral, a fadiga, as reuniões numerosas, o coito excessivo, o abuso dos alcoolicos, os purgativos drasticos, todas as causas geraes de empobrecimento do sangue, a constituição plethorica ou lymphatica em alto gráo, a irritabilidade nervosa, a constipação que muitas vezes acompanha a prenhez, e, finalmente, as diarrhéas, que são outras tantas causas de hemorrhagias rebeldes.

Velpeau assignala, como causa predisponente, o facto de uma inserção viciosa da placenta n'uma prenhez precedente; porque diz o mesmo auctor: «as mulheres que apresentam, pela primeira vez esta disposição, estão sujeitas a reincidencias».

Notamos, finalmente, as affecções do utero, sua inflammção, o cancro, todos os tumores de natureza a embaraçar, por sua séde, a circulação d'este orgão e todas as affecções inflammatorias circumvisinhas ao utero.

Causas especiaes

As causas que temos enumerado até o presente, pôdem exercer sua accção em todas as epochas da prenhez. Porém, ha outras que se prestão directamente ao assumpto de nossa dissertação, porque



seu apparecimento não tem lugar senão antes dos ultimos mezes da gestação. A causa principal é a inserção viciosa da placenta, (*placenta prævia*) á qual nós ligaremos a ruptura total ou parcial do cordão umbilical, a retracção muito brusca do utero e a ruptura d'este órgão.

A inserção da placenta sobre o segmento inferior do utero é uma das causas mais frequentes das hemorragias que apparecem durante os trez ultimos mezes da prenhez ou durante o trabalho. E' por esta frequencia que se póde explicar o dito de Mme. Lachapelle, que attribuia todas as perdas, no fim da prenhez, unicamente a essa causa.

Se esta opinião é de alguma sorte exagerada, contudo ella approxima-se da verdade, e contraria a dos antigos, que ignoravão completamente esta disposição, imaginando, cada vez que seu dêdo encontrava a placenta sobre o orificio, que ella se tinha destacado accidentalmente de sua posição normal, o que justifica aquelle dicto.

Guillemeau e Mauriceau partilharão d'esta opinião. Em 1730, Giffart, depois mais tarde Heister, Paul Portel e Lamotte assignalarão casos de inserção da placenta sobre o cóllo, e attribuirão a esta inserção certas hemorragias; elles manifestarão-se contra a opinião d'aquelles que querião que sempre a inserção se fizesse no fundo do utero.

Leraux, de Dijon, cita uma observação de apresentação da espadua, em que a placenta inserida

sobre o cóllo sahiu muito tempo antes do fêto, sem que dêsse em resultado uma grande hemorragia.

Finalmente, Levret foi o primeiro que emittio esta proposição, verificada depois: «*que não ha um só ponto no interior do utero onde este órgão (placenta) não possa implantar-se*». A revelação d'este auctor veio despertar a attenção dos parteiros.

Baudelocque, Leraux, de Dijon, Mmes. Boivin e Lachapelle apressarão-se em suas pesquisas, afim de colherem novos factos para o esclarecimento da realidade.

Foi esta distincta parteira quem observou que o ovulo podia insinuar-se no interior mesmo do collo, e denominou esta variedade—*inserção intra-cervical*.

Será inutil dizer-se que os excellentes trabalhos de Moreaux, Velpeau, P. Dubois e Caseaux trouxeram as ultimas luzes a este respeito.

A placenta, quando situada sobre o segmento inferior do utero, não tem posição mais fixa senão quando se insere para o fundo d'este órgão.

Por esta razão, quando ella cobre completamente o orificio interno do cóllo, dá-se a esta disposição o nome de *inserção central*.

A inserção é parcial quando apenas cobre em parte o orificio, e marginal quando só attinge os bordos do orificio sem os exceder.

A fôrma mais rara é a central. Pajot encontrou-a seis vezes sobre quarenta casos.

Qualquer que seja a séde precisa d'esta implan-

tação viciosa da placenta, este accidente tem o triste privilegio de trazer consigo, quasi sempre e inevitavelmente, a hemorrhagia e grandes perigos á parturiente e ao feto.

Se alguns exemplos provão que, em casos d'este genero, mulheres tem podido chegar sem accidentes ao termo da sua prenhez, são excepções rarissimas com que não se póde contar.

Quanto ás causas d'esta inserção viciosa, a maior parte das que tem sido assignaladas repousa sobre puras hypotheses.

Em epocha remota, se pensava que o ovulo podia escorregar-se por entre a caduca e chegar até o orificio do utero; porém a theoria de Coste sobre a formação da caduca não póde permittir mais acceitar-se esta explicação.

Negrier julgava que o ovulo implantava-se no ponto do utero onde a fecundação se tinha effectuado, e suppunha que, nos casos de inserção viciosa, o encontro do ovulo e do liquido seminal fazia-se na região inferior do utero ou no proprio cóllo.

Não se póde mais acceitar esta hypothese, principalmente depois que Coste estabeleceu que a fecundação se faz sobre o proprio ovario; que o ovulo não fecundado altera-se rapidamente á medida que caminha nas trompas, e que não é logo susceptivel de concorrer para a geração.

Quaesquer que sejam as circumstancias que de-

terminem a implantação viciosa da placenta, o facto existe, e é certamente a causa mais frequente das hemorrhagias durante os trez ultimos mezes da prenhez. Resta-nos, agora, saber como é que a inserção viciosa da placenta produz a hemorrhagia. Baudelocque julgava que nos ultimos mezes da prenhez o orificio interno do cóllo tomava parte na dilatação do utero.

A placenta inserida sobre este orificio se achava, pois, necessariamente distendida e suas adherencias devião romper-se.

Infelizmente, o facto da dilatação do orificio interno antes do trabalho não é exacto; e, de mais, não é necessario para que haja hemorrhagia que a placenta esteja inserida sobre o proprio orificio do utero; basta que a implantação da placenta tenha lugar sob o segmento inferior do utero, disposição que se encontra muito mais vezes que a inserção sobre o orificio.

Jacquemier diz que durante os primeiros seis mezes da prenhez o utero se desenvolve pelo corpo, principalmente pelo fundo. O cóllo e o segmento inferior ficão quasi estranhos ao trabalho do augmento que se faz, e é sómente nos trez ultimos mezes que o segmento inferior começa a se distender por sua vez.

A prova de exactidão d'esta asserção, diz o mesmo auctor, é que o utero, que, nos primeiros seis mezes,

era piriforme, torna-se um ovoide perfeito no termo da gestação.

De um outro lado, a placenta adquire seu desenvolvimento completo nos primeiros seis mezes da concepção, e fica em parte estacionaria nos trez ultimos.

Se, pois, a placenta é inserida sobre o fundo ou sobre o corpo do utero, ella se desenvolve ao mesmo tempo que o segundo se distende: os dois órgãos ficarião nas mesmas relações, e não tem lugar a hemorragia; se, ao contrario, a placenta está presa ao segmento inferior do utero, distender-se-ha durante os seis primeiros mezes sobre a superficie d'este segmento.

Porém, durante os trez ultimos mezes este segmento inferior ganha em extensão, e é preciso que a placenta o acompanhe no seu desenvolvimento.

A principio, seus sulcos inter-cotyledonarios vão se engrandecendo, seus diferentes lobulos vão se afastando uns dos outros; mais tarde este augmento mecanico não bastará para corresponder á rapida distensão das paredes uterinas, sobre as quaes é feita a inserção.

Haverá grande tensão e ruptura dos vasos utero-placentarios, e a hemorragia se produzirá em intervallos de tempo mais ou menos approximados.

As hemorragias devidas á implantação da placenta sobre o cóllo são chamadas, por Dubois, hemorragias essenciaes; Mme. Lachapelle as chama

hemorragias cervico-placentarias; finalmente, os parteiros inglezes as considerão como devendo necessariamente se produzir, e lhes dão o nome de hemorragias inevitaveis. Entretanto, a hemorragia que se tem considerado como inevitavel n'essas circumstancias, póde algumas vezes não se mostrar durante o trabalho do parto; a dilatação do cóllo se effectua então, sem que em certos casos uma só gotta de sangue se tenha derramado. Varião muito as opiniões dos auctores sobre a explicação que se deva dar a estes factos excepçionaes.

Moreau pensa que, quando o menino é morto, não ha hemorragia.

As mudanças, então produzidas na circulação fetal, refletem-se na circulação uterina. O sangue, não sendo mais sollicitado pelo estimulante que o attrahia, cessa de chegar em quantidade maior, que não é necessario para a nutrição do órgão.

Os vasos que se tinham desenvolvidos, contra-hem-se; o sangue ahi coagula-se, e elles achão-se obliterados, e a dilatação, assim como a ruptura dos vasos utero-placentarios, póde-se fazer sem hemorragia.

Se a ruptura das membranas se produz desde o começo do trabalho, é facil de conhecer que, quanto o feto esteja ainda vivo, a hemorragia não possa se produzir; os vasos dilacerados achão-se obliterados pela retracção do utero depois do escoamento do liquido amniotico, e pela compressão que a

cabeça do fêto exercia sobre a parte da placenta discollada.

Ruptura do cordão umbilical ou dos seus vasos

As observações de um grande numero de auctores poem fóra de duvida que a ruptura do cordão umbilical não é uma causa especial de hemorrhagia.

Levret, Baudelocque, Naegéle e outros citão casos de ruptura dos vasos umbilicaes e da haste-homphalo-placentaria sem hemorrhagias.

Este accidente é mais raro que o precedente; porém, quando tem lugar, deve, provavelmente, depender de uma molestia das tunicas do cordão, ou da pouca extensão d'este, ou de uma distribuição particular dos canaes sanguíneos.

Velpeau é de opinião que, se os vasos umbilicaes se rompem, é porque elles estavam primitivamente doentes.

Chailly e Deneux observarão cordões em que a veia umbilical estava varicosa. Esta causa dá lugar ás hemorrhagias intra e inter-membranasas, como chama Moreau; intra-membranasas quando a ruptura da haste umbilical ou de um dos vasos que a formão; deixa derramar o sangue na cavidade da amnios; e inter-menbranasas, quando ella tem por

causa a ruptura dos grossos vasos umbilicaes, que se distribuem na superficie fetal da placenta.

O mesmo auctor cita um caso d'esta ultima especie, em que achou uma ou duas onças de sangue derramado entre a chorion e a amnios. Caseaux cita um facto quasi semelhante.

A distribuição anormal dos vasos umbilicaes não pôde ter influencia muito notavel sobre as hemorrhagias senão durante o trabalho; porém a pequena extensão do cordão pôde, mesmo antes do parto, ser causa de sua ruptura.

Moreau e Velpeau, Mmes. Lachapelle e Boivin não reconhecem a possibilidade d'este facto. Caseaux, todavia, o acha muito admissivel, e diz que esta ruptura deve ser favorecida por uma fraqueza anormal das paredes vasculares, ou pela pouca resistencia da bainha que envolve os vasos; porém, elle attribue, principalmente, aos movimentos do cordão, communicados pelos movimentos do fêto.

Retracção brusca do utero

A retracção do utero sobrevém, algumas vezes, bruscamente, antes que o trabalho tenha começado, ou, pelo menos, antes da dilatação completa do cóllo. Ella pôde dar-se quando as membranas se rom-

sem prematuramente e que o liquido amniotico se tem escapado rapidamente.

Isto tambem acontece nos casos de hydramnios, casos em que póde succeder que a distensão experimentada pelas membranas, graças á grande quantidade de liquido, determine sua ruptura e o escoamento das aguas.

Um vasio faz-se inesperadamente, vasio que determina contracções bruscas do utero com retrahimento d'este orgão.

A placenta, não podendo voltar sobre si mesma com tanta facilidade, se acha descollada. E' ainda descollada algumas vezes em casos de prenhez gêmea. Depois da sahida do primeiro feto, a placenta do segundo, comprimida por contracções energicas do utero, descolla-se e dá lugar á hemorragia.

Tem-se observado, em casos muito raros, é verdade, a ruptura do proprio utero; tem-se mesmo citado um caso de ruptura d'este orgão sem causa apreciavel.

Este facto é unico, e em outros mais communs, o accidente tem sido produzido por uma queda ou por um esforço na acção de impedir-se um escorrego, ou ainda por uma causa pathologica, tal como o longo trabalho, que tem podido produzir o adelgaçamento e a ruptura do utero.

Esta ruptura deve sempre dar lugar a uma hemorragia, cuja consequencia está, principalmente, na lesão material e que traz, quasi sempre, a morte.

Causas efficientes

Estas causas tem dado lugar a diversas opiniões taes como as que professão Velpeau, Boivin, Dubois. Velpeau diz que a causa efficiente das perdas é analoga a de todas as outras hemorrhagias.

A exhalação sanguinea se faz no utero, como em todos os outros orgãos, sob a influencia de uma congestão local, de um affluxo *do molimen hemorrhagicum, de Stahel*.

Quando este affluxo tem chegado a um certo grão, o sangue transuda com maior ou menor força, e por uma superficie mais ou menos augmentada, como no estado de vacuidade do utero, lhe é preciso sómente uma maior impulsão para franquear uma passagem, por causa da resistencia que vae encontrar o ovulo, condição desfavoravel, que não existe quando o utero está vasio. Dubois, admittindo que a hemorrhagia e a extravasção sanguinea existam primitivamente e precedam o descollamento da placenta, reconhece, de um outro lado, que este descollamento placentario póde tambem existir primitivamente, como na inserção da placenta sobre o cóllo.

Dos symptomas das hemorragias uterinas

Os symptomas por meio dos quaes nós podemos conhecer a hemorragia, pôdem ser geraes ou locaes.

1.º—GERAES.—Não é raro ver-se, diz Velpeau, manifestar-se a perda sanguínea sem symptomas precursores; entretanto, é preciso convir que este accidente é muitas vezes precedido de um desarranjo, mais ou menos notavel, de uma ou mais funções. Assim, uma ou muitas horas, um ou muitos dias mesmo antes do apparecimento do sangue, a pessoa experimenta um máo estar, sensações de enfraquecimento e peso dos membros, de entorpecimento na bacia, de calor e de fricções alternativas em todo corpo, um pouco mais de sede e menos appetite que de ordinario.

Em muitos casos sobrevém frequentes desejos de urinar. Não é raro ver-se, quando os phenomenos datão já de muitos dias, que os movimentos activos do fêto tornam-se mais raros, mais fracos, e deixão de ser percebidos pela mulher.

Depois de uma perseverança mais ou menos longa, e que pôde variar desde muitas horas a muitos dias, a estes signaes, chamados, talvez com mais razão, por Velpeau, *signaes precursores*, succedem os verdadeiros symptomas geraes: pallidez da pelle, fraqueza do pulso, resfriamento nas extremidades; algumas vezes existe um verdadeiro movimento febril. E' inutil dizer que todos esses symptomas variam,

conforme a quantidade da perda, as forças, e o estado geral da mulher.

2.º—SIGNAES LOCAES.—Sob o ponto de vista dos symptomas locaes, dividiremos as hemorragias em externas, internas e mixtas, deixando nós de tratar d'estas ultimas, por isso que seu estudo reporta-se ao das duas outras. A perda diz-se externa, quando o sangue se derrama no exterior; interna, quando derrama-se no interior; mixta, quando é, ao mesmo tempo, externa e interna.

Per da externa ou hemorrhagia externa

Esta hemorrhagia é mais frequente que a interna. O melhor signal para reconhecê-la é o escoamento do sangue no exterior. Este signal basta, por si só, para diagnostical-a. Todavia, se a perda é simples, se poderia talvez confundir com a volta das regras. Este erro nos parece difficil de commetter-se para as perdas nos ultimos mezes da gestação, si bem que se tenha visto mulheres regradas durante todo tempo da prenhez.

Deventer cita o exemplo de uma mulher que foi regrada até o septimo mez.

Baudelocque diz tambem que tem sido consultado por muitas mulheres que lhe afiançaram nunca terem sido bem regradas, senão durante a prenhez.

Ha caracteres, porem, por meio dos quaes se póde as reconhecer e estabelecer a distincção. As regras chegam de uma maneira periodica e em uma epocha fixa; ellas escoam-se em pequena quantidade e só são annunciadas por ligeiros symptomas.

A perda, ao contrario, em uma epocha determinada quando se declara, apresenta symptomas mais serios.

Mme. Lachapelle guia-se sobre a ordem do apparecimento dos symptomas. Foi ella quem fez esta observação preciosa: que, na menstruação, o primeiro symptoma era uma dôr caracteristica; depois vem o escoamento do sangue, e, á medida que este escoamento effectua-se, a dôr diminue tambem. Nos casos de perda, o primeiro symptoma que observa-se é a perda de sangue, depois vem a dôr; porém esta, em lugar de desaparecer pela abundancia da hemorrhagia, pelo contrario, vai augmentando.

Póde-se, emfim, invocar esta regra geral que será applicavel á maioria dos casos: é que uma mulher grávida nunca deve perder sangue em quantidade notavel, e cada vez que esta perda de sangue sobrevier, a partir do sexto ou septimo mez da prenhez, se tratará de uma hemorrhagia.

Ainda quando dê-se qualquer equivoco no diagnostico de uma ou outra perda sanguinea, isto não poderá trazer graves inconvenientes desde que o tratamento que convier para uma evacuação mens-

trual muito abundante fôr o mesmo que o reclamado para uma perda simples.

Perda interna ou hemorrhagia interna

Ella é muito mais grave que a precedente, por isso mesmo que o seu diagnostico é mais serio, mais tardio, mais obscuro e mais difficil. E' aqui, principalmente, que os signaes geraes das hemorrhagias que nós temos descripto, são da mais alta importancia.

Quando a hemorrhagia é pouco abundante, ella passa muitas vezes quasi desapercibida. Porém, quando é de certa gravidade, o seu apparecimento revela-se pelas dôres lombares e hypogastricas, por um sentimento de peso para a base do sacrum, por colicas uterinas, etc. Quando a hemorrhagia é muito abundante, e a ella se vem juntar um desenvolvimento rapido e consideravel do utero, grande tensão e resistencia, este orgão apresenta uma fôrma muito irregular, approximando-se da fôrma bilobada.

Uma d'essas partes será então occupada pelo ovo, e a outra pelo sangue derramado. N'esta ultima percebe-se uma flutuação bem manifesta; a mulher experimenta uma sensação de calor extraordinario em todo o abdomen; ás mais das vezes, os movimentos activos do feto cessão de se fazer sentir. Em-

fim, quando a perda sobrevém durante o trabalho, o intervallo das dõres é assignalado pela sahida dos coalhos, porque a cabeça do fêto não fecha hermeticamente o cõllo e permite o sangue escoar-se.

Um grande numero de perdas uterinas se manifesta após o descollamento da placenta. Alguns vasos utero-placentarios se rompem; e, em seguida, uma certa quantidade de sangue se interpõe entre a placenta e o utero; o caminho uma vez aberto, faz-se um accumulo gradual entre estes dois orgãos, e d'ahi essa massa liquida destróe as adherencias cellulosas que unem o utero á placenta, e, por consequinte, traz a ruptura de um grande numero de vasos utero-placentarios. O sangue corre então em maior abundancia, e a placenta se descolla de mais a mais.

A extensão do descollamento é variavel; pôde ir até aos bordos da placenta, exceder seus limites sobre um ou muitos pontos, sem que a hemorrhagia cesse de ser interna; tem-se visto, em alguns casos raros, o ôvo inteiro ser assim desligado da face interna do utero.

Diagnostic

HEMORRHAGIA EXTERNA — Quando tratamos dos

symptomas da hemorrhagia externa, dissemos em poucas palavras a differença que havia entre esta e a volta da menstruação. Nos casos de hemorrhagia d'esta ordem, o que importa saber é procurar a causa que a produziu; esta pesquisa, quando feita no fim da prenhez, é muitas vezes facil. Quando, porém, a perda é precedida de uma violencia exterior, os commemorativos ahi estão para nos orientar sobre o diagnostico, e da mesma maneira que para as perdas que succedem ás vivas emoções moraes, etc., etc.

O diagnostico é mais difficil, quando a hemorrhagia é devida á inserção da placenta sobre o cõllo uterino. Se uma mulher, fóra de toda causa conhecida, se sente, de repente, tomada de hemorrhagia, se, em seu despertar, se acha banhada em seu sangue, ainda que na vespera nada lhe fizesse suppôr um igual accidente, pôde-se diagnosticar, provavelmente, que a placenta occupa o estreito inferior da bacia, e que a perda foi produzida por sua separação total ou parcial.

Esta supposição terá muito mais valor ainda se a mulher apresentou esta disposição da placenta nas prenhezes anteriores; de mais, essas hemorrhagias repetem-se em intervallos variaveis até o parto, augmentando de frequencia e de intensidade.

Gendrin tem assignalado, em alguns casos, a ausencia de movimento como podendo fazer suspeitar uma inserção viciosa da placenta. Quando o trabalho começa e as membranas estão ainda intactas,

tem-se um signal de grande valor. A perda deve augmentar constantemente durante as contracções e diminuir nos intervallos das dôres; o contrario deve acontecer, quando a perda é devida ao descollamento da placenta inserida sobre um outro ponto.

Para completar o diagnostico, devemos-nos servir dos signaes sensiveis fornecidos pelo toque, se bem que se deva recorrer a este unico meio, quando a perda está parada, com receio de destruir o coalho conveniente que tem suspenso, por momento, a perda de sangue.

Fóra d'este caso particular, o toque será muito util. Se a placenta é inserida, ao mesmo tempo, sobre o cóllo, o dedo podendo chegar até elle, a duvida não será possível; sente-se um tumor carnudo, molle, polposo e os espaços intercotyledonarios.

Se a placenta é inserida mais acima, de sorte que o dedo não possa attingir até lá, nos guiaremos sobre o estado das membranas, que serão molles e mais tomentosas nos arredores da placenta do que nas outras partes. Esta sensação, toda particular, será de um grande recurso para o diagnostico.

Poder-se-ha, em rigor, confundir a sensação fornecida pelo toque da placenta com a fornecida por um coalho um tanto volumoso; porém, em geral, o coalho é mais molle e sobretudo mais friavel, podendo-se o destacar, o que não tem lugar para com a placenta.

PERDA INTERNA — N'uma epocha adiantada da preñez, o diagnostico das perdas internas, não apresenta muitas vezes difficuldade. Os phenomenos geraes que acompanhão todas as perdas abundantes, despertão a principio a attenção do medico.

O desenvolvimento brusco e rapido do ventre, e algumas vezes, a sua fórma regular, virão confirmar as suspeitas. Todas as vezes que a hemorragia offerecer perigo á parturiente, ella será facilmente conhecida.

Porem é preciso confessar que pôde derramar-se entre o utero e a placenta uma quantidade de sangue consideravel para produzir o descollamento, quasi inteiro da placenta, capaz de trazer a morte do feto, sem que provenha de outro phenomeno, a não ser a manifestação do trabalho.

As perdas internas são, muitas vezes, terriveis depois da ruptura do sacco das aguas, porque o sangue pôde-se derramar, em abundancia, no interior do ovulo, ou recalcar facilmente as membranas.

O desenvolvimento consideravel do ventre, que é um signal de grande valor para o diagnostico d'estas perdas, pôde, a principio, ser confundido com o desenvolvimento produzido pela tympanite, como o da hydropesia da amnios, etc.; porem a sonoridade na tympanite, a lentidão do desenvolvimento do ventre na hydropesia da amnios, e, depois d'isso, a existencia ou ausencia de phenomenos geraes que

acompanhão as hemorragias, precisão as diferenças do diagnostico.

Em resumo: phenomenos geraes, e augmento rapido do volume do ventre são os dois caracteristicos da hemorragia uterina, que sobrevém nos ultimos tempos da prenhez ou durante o trabalho do parto.

Durante este, segundo Levret, a hemorragia interna é seguida, muitas vezes, do enfraquecimento e mesmo da suspensão das dôres. O ventre torna-se, em certos casos, doloroso e em outros, diz Leraux, pôde-se sentir uma flutuação obscura.

Certos parteiros, tem procurado signaes que podessem fazer reconhecer uma perda interna que resultasse da lesão do cordão. Se o derramamento tem lugar no sacco das aguas, não pôde ser sensivel á vista, pelo menos antes da ruptura das membranas. E' n'estes casos, que elles dão, como signal d'esta variedade de hemorragia, a ausencia da sensação do peso, d'esta dôr obscura que acompanha o descollamento da placenta, quando aliás, todos os outros signaes de perdas existem.

Prognostico

As hemorragias uterinas são sempre muito graves. Ellas o são tanto mais quanto se apresentam nos ul-

timos mezes da prenhez; porque, o utero tem chegado ao seu maior desenvolvimento, e o calibre dos vasos uterinos adquirido suas maiores dimensões; por conseguinte, a effusão do sangue deve ser tanto mais abundante e mais difficil de parar quanto mais estes mesmos vasos forem volumosos; de modo que as perdas no fim da prenhez, tem muitas vezes funestas consequencias.

Todavia é preciso notar que ellas são mais graves antes que durante o trabalho, porque o utero não está ainda preparado para se contrahir, e, igualmente mais graves no começo do que no fim do trabalho, porque os meios que se deve empregar para terminar o parto são de uma applicação muito mais difficil.

E' por esta razão que as primiparas, nas quaes o trabalho é mais longo, se achão em condições mais desfavoraveis do que aquellas que não o são. A causa que tem produzido a hemorragia, influe muito sobre a sua gravidade.

Quando ella tem por causa a inserção da placenta no segmento inferior do utero, o prognostico é muito perigoso, tanto para a parturiente como para o feto.

Sabe-se, com effeito, que estas perdas repetem-se em intervallos cada vez mais approximados e com uma intensidade mais ou menos crescente; ellas devem enfraquecer, rapidamente, a mulher e levar-a á morte, se a arte não intervier. Sobre 399 casos de

inserção viciosa da placenta com hemorragia, casos apresentados por Simpson, a mortalidade para as parturientes foi de 134. Ella não tem sido menos severa para com os meninos, que morrerão na proporção de 1 para 3, e isto porque, rompendo-se os laços vasculares que os unem ao ser materno, a circulação fœtal é suspensa, e portanto não se faz o phenomeno da hematose, e d'ahi a morte do feto por asphyxia.

Concebe-se, com tudo isso, que o meniro possa viver quando a porção da placenta descollada não é muito grande.

A outra parte da placenta, ficando adherente, poderá, algumas vezes, ser sufficiente, e lhe permittir chegar vivo ao termo de sua vida intra-uterina. Ha, todavia, alguns exemplos de inserção viciosa da placenta que não acarretão acciden-tes. Baudelocque observou este facto, e explicava dizendo que, n'este caso, a placenta só cobrindo uma pequena porção do orificio do cõllo uterino, esta massa, antes de se separar, podia se afastar muito de um lado para permittir a livre apresentação das membranas. N'este caso ellas se despedação espontaneamente, e o parto se dá pelos unicos esforços da natureza.

Deve ser muito rara esta terminação. E' preciso, para o diagnostico, tomar-se em consideração a rapidez da hemorragia, sua abundancia, a constituição da mulher, e, sobre tudo, a influencia que actuou no espirito da parturiente. Não se deve

esquecer que a hemorragia interna é muitas vezes mais grave que a externa, por quanto pôde se ignorar sua existencia no começo, e só se a reconhecer em uma epocha em que os meios a empregar-se não possam mais produzir effeito.

Tratamento

Qualquer que seja a causa que tenha actuado para produzir a hemorragia, o resultado quasi que é o mesmo sob o ponto de vista do tratamento.

Dubois estabelece a este respeito uma divisão eminentemente pratica, a das perdas simples e graves.

Devemos accrescentar, para ficarem em ordem as descripções dos agentes therapeuticos, que estas perdas sobrevêm antes ou durante o trabalho. O melhor tratamento das hemorragias é o preventivo. Elle tem por fim arredar todas as causas que possam dar lugar a perdas sanguineas. Não necessitamos aqui enumerar todas as causas predisponentes, quando já as mencionamos anteriormente; apenas diremos que o tratamento preventivo tem por fim prevêr e evitar a influencia d'essas causas.

Assim, quando se vê uma mulher que, durante sua prenhez, apresenta os symptomas de uma plethora, se seu pulso é cheio e forte, se sua face é animada, etc., tem lugar suspeitarmos que pôde sobre-

vir uma congestão activa ou passiva para o utero, e n'este caso, para prevenil-a, recorreremos a uma pequena sangria.

Se se trata agora de uma mulher cuja constituição é fraca, de uma d'estas mulheres chloro-anemicas, em que a pobreza do seu sangue se revela, exteriormente, pela palidez do seu semblante, pela fraqueza do pulso, palpitações do coração, empregaremos um tratamento inteiramente opposto. Procura-se dar forças a esta mulher, e chega-se a este resultado por meio dos tonicos, como sejião a quina, o ferro, e, sobretudo, a boa hygiene, passeios ao ar livre, etc.

Quando, porem, se trata de uma mulher impressionavel, nervosa, como muitas o são, procura-se evitar todas as causas de emoções moraes vivas.

A calma do espirito, diz Argelliés, é uma das melhores condições de harmonia do corpo.

Infelizmente, se apezar d'estas precauções ou por falta d'ellas, a hemorrhagia se declara, é por que o medico, ás mais das vezes, é chamado quando o accidente já teve lugar.

Além d'isto, nos ultimos mezes da prenhez ou durante o trabalho, a causa mais frequente, a que Mme. Lachapelle considera quasi como unica, como já tivemos occasião de citar, é a inserção viciosa da placenta; tambem Rigby considera essas hemorrhagias como inevitaveis, e comprehende-se que toda prophylaxia nada produz contra esta causa de accidentes.

Meios geraes

Quando nos acharmos em presença de uma mulher que está sob a acção de uma hemorrhagia, o primeiro meio que devemos empregar é: collocar a mulher deitada no decubito dorsal, sobre um leito um pouco duro, de modo que a bacia fique em uma posição mais elevada do que o resto do tronco.

O seu leito deve ser collocado em um quarto espaçoso e bem arejado; é preciso evitar todo barulho ao redor da doente assim como uma luz muito viva, e ordenar-lhe um repouso absoluto.

Não é menos importante animal-a contra o perigo que a ameaça, acalmando assim o seu espirito.

Uma precaução que não se deve esquecer, é esvaziar o recto, cujas materias fecaes, accumuladas, servirão para entreter a irritação, e, portanto, a congestão uterina; se administrará, pois, os clysters ou mesmo os laxativos.

Se houver dysuria, devemos praticar o catheterismo tantas vezes quantas forem necessarias, afim de livrar a mulher dos movimentos que activavão o escoamento do sangue.

A dieta será ordenada durante as primeiras 24 horas; se a mulher é plethorica e a perda simples, uma pequena sangria pôde ser praticada; em geral, esta deve ser proscripta nas mulheres fracas e delicadas, assim como todas as vezes que a perda fôr abundante, e quando depender da inserção viciosa da



placenta. Uma vez a perda parada, a mulher deve conservar-se em repouso no leito, pelo menos uns oito dias, afim de não se expôr a uma reincidencia.

Meios especiaes

(a) ANTES DO TRABALHO.—I.º, HEMORRHAGIA SIMPLES.

—Os meios geraes bastão, ás mais das vezes; nos casos contrarios, recorreremos á applicação do frio no exterior, por meio de compressas embebidas de agua gelada, applicadas sobre o ventre, sobre as partes genitales e região superior das côxas, tendo-se o cuidado de renovar-as de dez em dez minutos.

E' preciso que estas compressas sejam ligeiramente espremidas de modo que o liquido não venha escoar-se nas outras partes do corpo, por que é necessario evitar o resfriamento geral, principalmente se a mulher é fraca, pois uma syncope mortal poderá sobrevir.

As partes inferiores estando expostas á acção do frio, é necessario, pois, conservar-se as superiores em uma certa temperatura, afim de fazer affluir o sangue para os órgãos essenciaes á vida.

Todos estes meios bastão, geralmente, para parar as perdas simples dos trez ultimos mezes; porem se a perda resiste, deve-se consideral-a como grave e lhe oppôr um tratamento mais energico.

2.º, HEMORRHAGIA GRAVE.—O methodo de Dubois é geralmente seguido: parar a hemorrhagia, e, quando não se póde chegar a este resultado, provocar o trabalho e terminar o parto. Para parar a hemorrhagia, este auctor applica o tampão, cuja presença na vagina dá lugar á formação de um coallo que impede o sangue de ser derramado no exterior, e a hemorrhagia é moderada, senão definitivamente parada.

Porem o tampão representa outro papel não menos importante; sua presença provoca, irrita continuamente o cóllo; esta irritação transmitta-se ao corpo e ao fundo do utero, desperta as contracções que podem produzir a dilatação do orificio. Então se poderá romper as membranas, e entregar o parto á natureza ou terminal-o artificialmente. Quando as contracções não são muito energicas sob a influencia do tampão, se administrará o centeio espigado, para adiantar o trabalho, no momento em que as dôres começarem.

Diversos são os meios de applicar o tampão. E' assim que Pajot colloca a mulher sobre o bordo do leito como para as outras operações obstetricas. Esvasia o recto e a bexiga.

Applica depois o especulo para lavar a vagina, assim como o cóllo uterino, afim de extrahir os coallhos que ali estivessem accumulados. Durante este tempo, se faz uma duzia de bolas de fios, tendo todas a grossura de uma noz, e cada uma

das quaes tem um fio de 8 a 10 pollegadas de extensão. Se dispõe da mesma maneira outros tantos pedaços de agarico de 2 a 3 centímetros de extensão. Isto feito, toma-se uma das bolas com uma pinça; se a embebe em uma solução de perchlorureto de ferro (15 grammas para 600 ou 700 de agua), e se a applica sobre o cóllo, se o orificio está fechado, no proprio orificio, se este está quasi aberto.

Por cima d'esta bola deita-se outra untada de cerôto, depois uma camada de agarico e assim successivamente. Introduz-se enfim as bolas que não são munidas de fios, tendo o cuidado de distender a vagina, sem deixar alguma dobra; por cima de tudo põe-se uma compressa, ou melhor ainda uma atadura em T, para as manter no lugar.

As mais das vezes, por este meio consegue-se parar a perda; porem, se esta continúa, retira-se o tampão e de novo se applica, embebendo na solução de perchlorureto de ferro, toda parte profunda do tampão.

Trousseau empregava um outro processo de tampão, que se approxima do precedente, e que elle chama tampão em cauda de papagaio. Toma um certo numero de bolas de fios que liga umas ás outras por um cordão, conservando entre ellas uma certa distancia: unta somente de cerôto as primeiras d'onde se segue que este tampão se retira mui facilmente de uma só vez.

As duas especies de tampões que acabamos de descrever tem suas vantagens, apresentando porém um grande inconveniente: é de exigirem um certo tempo para sua preparação, e não poderem por conseguinte ser empregados em uma hemorragia grave, que necessita de promptos soccorros. Dupuytren se servia, como para o recto, de um dedo de luva que elle enchia de fios. Este meio é máo para a vagina, porque esta é mais dilatada na sua parte media do que nas extremidades.

Scanzoni se servia de uma pequena bolsa de panno tendo seis pollegadas de extensão e duas de largura; untava o exterior de oleo ou de um corpo gorduroso qualquer, a collocava em um especulo e a enchia então com fios de linho, quer seccos, quer embebidos em uma solução ligeiramente adstringente; o especulo retirado, o tampão conservava-se mais ou menos no lugar.

Moreau desejava que se modificasse o tampão, attendendo ao estado do cóllo e isto com o fim de exercer sobre elle uma compressão sufficiente. Tambem se servia de uma facha enrollada, cuja extremidade conica, embebida no vinagre, devia apoiar-se sobre o orificio do focinho de tenca.

Certos auctores, entre os quaes Paul d'Egine, Smellie, Saxtorph empregavão uma esponja que elles cobrião de pó de pedra-hume ou de tanino. Um processo muito empregado na Inglaterra e na Alemanha é a bexiga de caoutchouc que se enche de

ar, como o balão de Gariel, ou de agua gelada como o dilatador da vagina (devido a Braun), que os Allemães empregão em todas as circumstancias em que uma hemorrhagia grave vem complicar uma prenhez.

Já Wellemberg, Stein e Ch. Hunter têm preconizado o emprego das bexigas-tampões, constituídas por uma bexiga animal adaptada a um tubo tendo uma curvatura semelhante á curvatura pelviana, e uma extensão de 16 pollegadas; em uma das extremidades d'esta bexiga, communicando com o exterior, se achava um tubo mais ou menos longo e que se podia abrir ou fechar á vontade por meio de uma torneira.

A bexiga introduzida vasia na vagina, era depois insuflada sufficientemente. Gariel em França, Braun, e Groenser, na Allemanha, substituirão a bexiga animal por um sacco de caoutchouc vulcanizada, muito mais resistente e sobretudo de paredes mais extensiveis, ao mesmo tempo que retractis. Greenhalgh fez uma simples modificação no citado aparelho de Braun: o, cerca de uma faixa de flanela que elle embebia antecedentemente em uma solução de perchlorureto de ferro.

E' esse um methodo máo, como faz observar Fritsch, que cita, em apoio d'esse dicto, uma observação pessoal na qual um tampão semelhante, embebido de perchlorureto de ferro, produziu uma retracção tal nas paredes da vagina «que se foi obrigado a fazer o parto

forçado, e lutou-se com todas as difficuldades para terminar a operação, visto que as paredes da vagina estavam duras como um coiro». Uma das principaes vantagens que tem feito adoptar o dilatador da vagina, é a possibilidade que teria o operador de poder seguir, por assim dizer, *pari-passu*, as modificações do cóllo, por conseguinte, de mudar, parar, e applicar, de novo, a seu modo, o tampão mais ou menos cheio de liquido.

Este aparelho, segundo seus partidarios, será facil e rapidamente applicado. O frio da agua gelada que elle contém, terá um effeito hemostatico tanto mais duravel quanto ella puder ser facilmente renovada, sem que seja preciso retirar o instrumento.

São mais ou menos estas as vantagens d'este aparelho. Por outro lado, sabemos que um tampão preenche todas as necessidades, quando é largo, espesso, se estende sobre toda superficie do segmento inferior do utero, comprime o orificio do cóllo, etc.

Em uma palavra, é preciso que dilate igualmente os fundos de saccos e as paredes da vagina, ao mesmo tempo que faça sobre as mesmas partes uma pressão igual e continua. Ora o dilatador de Braun satisfaz este fim? Por sua fórma nos parece que não, pois que ella é differente da do órgão em que tem de ser empregado. Sua disposição lhe permittirá obturar completamente a vagina para baixo, porem deixará na parte superior um espaço mais ou menos consideravel, onde se accumulará o sangue.

Uma das maiores desvantagens d'este methodo é

que o sangue não se escoando no exterior quando o dilatador está muito distendido, o medico nem mesmo a mulher se inquietaraõ, a menos que os symptomas geraes graves não se apresentem.

Além d'isso, se o tampão não está muito cheio, não comprime os pontos do segmento inferior que fornecem a hemorrhagia, nem fecha completamente a vagina, por isso que o sangue escôa-se no exterior como se elle não existisse.

Suppondo mesmo que sua acção circular sobre a vagina impeça a hemorrhagia de se apresentar no exterior, os fundos de saccos não ficaraõ menos livres de toda compressão. Segundo Braun, Siebold, Grenser não haverá hemorrhagia, quando o dilatador fôr muito distendido e bem applicado. Outros, como Weber, Sipiègelberg e Muller, ao contrario, citão casos em que a hemorrhagia, ainda assim, tem persistido. Emfim certos auctores considerão tal aparelho como um meio pouco pratico, por que se quebra facilmente, é de um preço muito elevado, e póde servir tambem, se não houver precauções, de agente vector do contagio, nos casos de infecção geral.

(b) DURANTE O TRABALHO. — 1.º, HEMORRHAGIA SIMPLES
Se o cóllo não está dilatado nem é dilatavel, e as membranas estão intactas, emprega-se todos os meios geraes, á excepção da sangria, salvo se houver plethora; assim tambem o opio, que terá aqui o grave inconveniente de suspender as contracções uterinas. Quando o orificio está dilatado e as membranas intactas,

é preciso attendermos se a perda é muito simples; se esta tende a augmentar, alem dos meios geraes, rompe-se as membranas, e o utero, contrahindo-se, diminue a hemorrhagia. Quando o orificio está dilatado e as membranas rôtas, é preciso administrar-se o esporão do centeio na dóse de duas grammas, divididas em seis papeis, diluidas em um pouco de agua assucarada, dadas no intervallo de dez minutos; o centeio obrará como hemostatico, determinando contracções uterinas.

Se accidentes do lado do perineo, ou um vicio da bacia, vierem ahi determinar uma contra-indicação, é preciso terminar-se o parto artificialmente.

2.º—HEMORRHAGIA GRAVE DURANTE O TRABALHO. — 1.º, o cóllo não está dilatado nem dilatavel, as membranas estão intactas. Não é preciso penetrar no utero por uma dilatação forçada do cóllo, e terminar-se o parto pela versão, porque, o cóllo irritado pela mão do parteiro, torna-se excessivamente contractil e resistente, e depois da sahida do tronco, se encontrará, para a extracção da cabeça, difficuldades imprevistas.

O que se procura fazer n'este caso é parar o sangue e provocar as contracções por meio do tampão, conservar estas por meio do centeio espigado, e obter assim a dilatação do orificio, romper as membranas e entregar o trabalho a seus proprios esforços, se não apresentar-se accidente algum; nos

casos contrários, é preciso terminar o parto artificialmente.

Nos casos de perda grave essencial com a inserção da placenta centro a centro, é preciso fazer-se o descollamento d'esta pelo ponto em que ella tem já começado a despegar-se, ou escolher o lugar o mais delgado para mais facilmente reconhecer um dos seus bordos.

A mão tendo chegado tão alto quanto possível acima do bordo que se tem descollado, rompe-se as membranas com o dedo, e vae-se immediatamente procurar os pés do feto para fazer-se a versão, durante a sahida do liquido.

Se, entretanto, o feto está morto, e a hemorragia é muito abundante, e ameaça immediatamente a vida da parturiente, se poderá perforar a placenta com os dedos, ou melhor, a exemplo de Simpson, d'Edimbourg, extrahir-se a placenta antes do feto.

2.º, o cello não está dilatado nem dilatavel, as membranas são prematura ou accidentalmente rôtas. Estes casos são raros, perigosos e muitas vezes diffíceis de tratar. O tampão é contra-indicado, visto que, n'este caso, transforma a hemorragia de externa em interna.

O centeio é contra-indicado, uma vez que o cello está ainda fechado. O parto forçado está hoje, por assim dizer, excluido da pratica.

O que resta-nos pois fazer? E' recorreremos aos

meios combinados, applicar o tampão, e, ao mesmo tempo, uma atadura muito apertada sobre o ventre, afim de oppôr-se aos progressos da perda interna; observar attentamente o desenvolvimento do utero; e n'este exercer uma compressão aturada e administrar o centeio espigado.

Se estes meios não trouxerem as contracções e a dilatação do cello, é preciso praticar-se pequenas incizões sobre as duas commissuras lateraes do cello. Vê-se as contracções se despertarem, meia hora, um quarto, algumas vezes cinco minutos depois. Este processo, que é de Dubois, é contra-indicado, quando o cello é muito espesso, ou quando a placenta, ahi se inserindo, lhe dá uma grande vascularidade.

3.º, o cello está dilatado ou dilatavel e as membranas inteiras. Se-deverá n'este caso administrar o centeio espigado e romper as membranas.

4.º, enfim, o cello está dilatado e as membranas rôtas. O tampão é contra-indicado. Deve-se terminar o parto pela versão, se a cabeça do feto está acima do orificio, e pelo forceps, se está já na excavação; se a extremidade pelviana apresentar-se, faz-se uma simples extracção.

O tratamento da hemorragia interna em nada differe do da hemorragia externa, tanto para os casos simples como para os graves. Enfim, quando todos os meios que acabamos de descrever, tem fallhado, e a mulher está quasi exsangue, se tem,

muitas vezes, tentado a transfusão do sangue, tanto na Inglaterra como na França e na Allemanha. Esta operação é perigosa; a phlebite e accidentes nervosos terriveis se tem dado em mulheres que tem soffrido esta operação.

Injecção na vagina

Certos auctores tem preconizado este modo de tratamento nos casos de hemorrhagia por inserção viciosa: uns empregão uma decocção de cascas de carvalho, outros o vinagre, solução de pedra-hume (Stein), tintura de iodo, 1 para 3 (Dupierris), o vinho rubro (Mendel), a solução de creosota, (Arendt), a agua gelada (Saxtorph, Jörg, Seyfert). Este ultimo pretende ter parado, por meio de irrigações frias, de quando em quando repetidas, as hemorrhagias, á medida que a placenta se descollava.

Para elles não só as hemorrhagias presentes diminuirão como as ulteriores. Enquanto a corrente de agua fria chega ao segmento inferior e aos vasos dilacerados, ella determina uma contracção d'estas partes, retracção dos vasos, uma ligeira coagulação do sangue e a parada da hemorrhagia.

« Longe de nós, diz Pitot, a idéa de querer negar os resultados obtidos por Seyfert, porem o seu processo nos parece pouco pratico, quando se co-

gita sobre a recommendação feita por elle: « *Que a doente tenha sempre a sua disposição um clysopompe, afim de que ella possa fazer uma injecção desde o começo da hemorrhagia* ».

Por outro lado, o jorro projectado na vagina nos parece insufficiente para produzir a coagulação do sangue nos orificios abertos dos vasos dilacerados. Alem d'isso, como um liquido, qualquer que seja, póde penetrar entre a parede uterina e a porção da placenta descollada, tão profundamente para determinar uma suspensão certa da hemorrhagia?

Isto nos parece impossivel em taes condições. Apenas diremos que a hemorrhagia póde parar por um certo tempo, sob a influencia da acção reflexa produzida pelo banho frio sobre o segmento inferior do utero.

FIM

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO ACCESSORIA

Envenenamento pela digitalina

I

A *digitalis purpurea*, da familia das Escrophulariaceas, é a principal especie do genero digitalis das plantas conhecidas com este nome.

II

O principio activo da digital chama-se digitalina.

III

As folhas da digital tem sido confundidas com as das grandes consolidas ou com as do verbasco — branco.

IV

Todas as partes d'esta planta são activas, e principalmente as folhas.

V

A digitalina exerce uma acção especial sobre o coração, diminuindo de uma maneira notavel o numero das pulsações.

VI

Os envenenamentos pela digitalina quasi sempre são accidentaes; entretanto pôdem dar-se voluntariamente, sendo empregada por mãos homicidas ou suicidas.

VII

Encontra-se nos annaes scientificos um pequeno numero de casos de envenenamentos por esta substancia.

VIII

As manifestações dos symptomas de envenenamento pela digitalina são mais accentuadas do que os produzidos pela digital; e começam por vertigens, vomitos, nauseas, cephalalgia intensa, seguindo-se-lhes dentro de algum tempo, de modo o mais accentuado, os effeitos exercidos sobre o orgão central da circulação.

IX

De uma maneira geral, é difficil determinar precisamente a quantidade de digitalina capaz de produzir a intoxicacão no homem; devendo em todo caso achar-se essa quantidade collocada acima das doses therapeuticas maximas conhecidas.

X

As lesões anatomicas observadas no envenenamento agudo pela digitalina faltão muitas vezes, e nada tem de caracteristico quando existem.

XI

Vê-se algumas vezes no estomago vermelhidões e placas violaceas; uma certa quantidade de serosidade derramada no pericardio; um estado de congestão e infiltração sero-sanguinolenta das meninges.

XII

Comquanto a digitalina tenha propriedades que lhe dão o criterio de uma individualidade chimica, é em todo o caso o coração o reactivo de mais confiança nas investigações medico-legaes de envenenamentos pela digitalina; e isto ainda quando a morte teve lugar.

XIII

N'este ultimo lugar é a experimentação em pequenos animaes, por meio de injeções com os liquidos collidos de differentes partes do cadaver, que evidenciará a existencia do envenenamento.

SECÇÃO CIRURGICA

Das principaes questões relativas á suppuração

I

A suppuração, terminação mais frequente da inflamação, é a formação do pús.

II

O pús apresenta caracteres physicos, chimicos e microscopios.

III

As variedades de pús dependem ora de condições geraes e locaes, de sua mistura com outras substancias, de sua consistencia, côr, e cheiro.

IV

As condições geraes que alterão o pús são: embaraço

gastrico, as febres intermitentes, erysipela, e *maxime* a infecção purulenta.

V

As condições locais são as applicações irritantes, que pôdem tornal-o sanguinolento, etc.

VI

As variedades de pús, segundo Bouisson, Pearson e Bécclard, são pús louvavel, seroso, glutinoso, sanioso, grumoso e concreto.

VII

Varias são as colorações anormaes do pús.

VIII

Muitas theorias forão creadas com o fim de explicar a origem do pús; porem as que mais scientificamente procurão interpretar o facto da pyogenese são a de Robin, a de Conheim e a de Wirchow.

IX

A theoria do blastema ou a franceza não explica o facto da formação do pús.

X

A theoria da emigração não explica a pyogenese.

XI

A theoria cellular ou a da proliferação não dá uma idéa exacta do phenomeno morbido.

XII

Da apreciação das duas ultimas theorias, nasceu a theoria ecletica ou mixta, que melhor interpreta a pyogenese ou a formação do pús.

SECÇÃO MEDICA

Arsenicaes, sua historia natural, acção physiologica e effeitos therapeuticos

I

Sob a denominação de arsenicaes se distinguem em therapeutica o arsenico e seus compostos.

II

O arsenico é um corpo simples, solido, brilhante, de aspecto metallico, semelhante ao aço, e tão quebradiço que póde-se facilmente pulverisal-o.

III

Descoberto por Bandt em 1733, se o encontra na natureza no estado nativo, no de oxido negro, de sulfato, de arseniureto de cobalto, de nickel, de ferro, de bismutho, de antimonio, etc.

IV

O arsenico metallico não é empregado em medicina.

V

Certos autores considerão este corpo como innocente, enquanto que outros o têm como eminentemente toxico.

VI

O arsenico metallico não é directamente absorvido.

VII

De todos os preparados arsenicaes os mais empregados em medicina são: o acido arsenioso, o arseniato de soda, e o arsenito de potassa.

VIII

Os arsenicaes obrão como moderadores da nutrição.

IX

Diminuem consideravelmente a uréa, o acido carbonico e as pulsações cardiacas, abaixão a temperatura.

X

São empregados, com vantagens, nas febres inter-

mittentes, na asthma, no catarrho suffocante, na phthisica, nas differentes affecções cutaneas, e em diversas molestias que estão sob a dependencia do herpetismo.

XI

O seu modo de administração merece todo cuidado da parte do medico.

XII

E' assim que deve-se começar por doses minimas, augmentando-as depois pouco a pouco até 3 a 5 centigrammas por dia (Rabuteau).

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experientia fallax, judicium difficile.

(Sect. I, Aph. 1).

II

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens malum.

(Sect. V, Aph. 3).

III

Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum.

(Sect. V, Aph. 56).

IV

Mulieri menstruis deficientibus é naribus sanguinem fluere, bonum.

(Sect. V, Aph. 34).

V

Mulieri in utero gérenti, tenesmus superveniens, abortire facit.

(Sect. VII, Aph. 27).

VI

Ubi somnus delirium sedat, bonum.

(Sect. II, Aph. 2).

Reuettida à Comissão Revisora. Bahia e
Faculdade de Medicina, 26 de Setembro de 1882.

Dr. Gaspar.

Esta these está conforme os Estatutos. Bahia,
28 de Setembro de 1882.

Dr. Alexandre E. Castro Cerqueira.

Dr. Manoel Victorino Pereira.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medi-
cina, 16 de Outubro de 1882.

Rodrigues.