

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM 31 DE OUTUBRO DE 1913

POR

Urbano d'Avila Ribeiro

Natural do Estado de Sergipe

Filho legítimo de Antonio Joaquim Ribeiro
e D. Elisa Carvalho d'Avila Ribeiro

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOCTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

(Cadeira de Obstetricia)

Complicações e Accidentes do Delivramento

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias
medico-cirurgicas



BAHIA

—
IMPRENSA NOVA

Ruas da Alfandega e Montanha N. 58

—
1913

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director — Dr. DEOCLECIANO RAMOS

Vice-Director — Dr. AUGUSTO CEZAR VIANNA

Secretario Dr. Menandro dos Reis Meirelles

Sub-Secretario — Dr. Matheus Vaz de Oliveira

PROFESSORES ORDINARIOS

DOCTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
Manoel Augusto Pirajá da Silva	Historia natural medica e parasitologia.
Pedro da Luz Carrascosa	Physica medica.
Francisco da Luz Carrascosa	Chimica medica.
Julio Sergio Palma	Anatomia microscopica.
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Pedro Luiz Celestino	Physiologia.
Augusto Cezar Vianna	Microbiologia.
Antonio Victorio de Araujo Falcão	Pharmacologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Histologia, Pathologicas.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Anatomia topographica com Operações e Apparelhos
Anisio Circundes do Carvalho	Clinica medica
Francisco Braulto Pereira	Clinica medica.
João Americo Garcez Froes	Clinica medica
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica
Carlos de Freitas	Clinica cirurgica.
Clodoaldo de Andrade	Clinica opthalmologica.
Eduardo Rodrigues de Moraes	Clinica oto-rhino-laryngologica.
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Gonçalo Muniz Sodré de Aragão	Pathologia geral.
José Eduardo Freire de Carvalho Filho	Therapeutica clinica e experimental
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatria medica e hygiene infantil.
Alfredo Ferreira Magalhães	Clinica pediatria cirurgica e orthopedia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Cotias	Medicina legal e toxicologia.
Climério Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica
José Adeodato de Souza	Clinica gynecologica.
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatria e de molestias nervosas.
Aurelio Rodrigues Vianna	Pathologia medica
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS

Egas Moniz Barretto de Aragão	Historia natural medica e parasitologia.
João Martins da Silva	Physica medica.
Euvaldo Diniz Gonçalves	Chimica medica
Adriano dos Reis Gordilho	Anatomia microscopica
José Affonso de Carvalho	Anatomia descriptiva.
Joaquim Climério Dantas Bião	Physiologia.
Augusto Couto Maia	Microbiologia
Antonio do Prado Valladares	Pathologia geral.
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia topographica com operações e aparelhos.
Clementino da Rocha Fraga Junior	Clinica medica
Caio Octavio Ferreira de Moura	Clinica cirurgica
Albino Arthur da Silva Leitão	Clinica opthalmologica
Antonio do Prado Valladares	Clinica dermatologica e syphiligraphica
Frederico de Castro Rebello Kock	Pathologia geral
José Aguiar Costa Pinto	Therapeutica clinica e experimental
Oscar Freire de Carvalho	Hygiene
Menandro dos Reis Meirelles Filho	Medicina legal o toxicologia
Mario Carvalho da Silva Leal	Clinica obstetrica
Antonio Amaral Ferrão Moniz	Clinica psychiatria e de molestias nervosas
	Chimica analytica e industrial

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

Dr. João Evangelista de Castro Cerqueira	Dr. Sebastião Cardoso
Dr. Deocleciano Ramos	Dr. José Rodrigues da Costa Dorea

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que thes são apresentadas.

INTRODUCCÃO

Antes de entrarmos, propriamente, no estudo do ponto que escolhemos para dissertação da nossa these, mister se faz que apresentemos uma synthese do delivramento, porque os seus diversos tempos influem sobre o nosso modo de acção.

O *delivramento* é o segundo tempo do parto, isto é, a expulsão dos annexos do feto.

O delivramento pode ser *natural* ou *artificial*, subdividindo-se o natural em *espontaneo* e *facilitado*.

No delivramento *espontaneo* dá-se a expulsão dos annexos do feto, sem auxilio do parteiro; no *facilitado* é necessario o seu auxilio; e no *artificial*, tem logar a intervenção do parteiro, extrahindo-os.

Após um repouso de, mais ou menos, um quarto de hora, o utero renova o seu trabalho, para a expulsão da placenta; o seu descolamento é o mais importante phenomeno do delivramento.

Uma divisão do utero é necessaria, para a facil comprehensão do mechanismo do descolamento da placenta.

Elle compõe-se de tres partes: superior ou fundo, media e inferior ou cervical.

A inserção da placenta em qualquer destas regiões tem sua influencia sobre o descolamento.

A mais favoravel (quando não ha uma brevidade absoluta ou relativa de cordão) é a inserção na região ou zona superior; a mais perigosa e a mais rara é a inferior.

E' a retracção uterina que opera o descolamento da placenta; este é feito pela retractilidade e contractilidade do utero.

O descolamento espontaneo da placenta se faz, normalmente, vinte minutos após a expulsão do feto.

Não se dando nesse tempo a expulsão espontanea da placenta, uns mandam esperar até uma hora para ser feita a extracção; outros, em condições favoraveis, a realizam meia hora após a sahida do feto.

Geralmente, sahido o feto, o utero descança por espaço de um quarto de hora, quando renova o seu trabalho, que tem por fim o descolamento da placenta e a sua expulsão.

A mulher accusa então dores, que coincidem com um ligeiro escoamento sanguineo: é o descolamento que se opera.

Não achamos de boa pratica a determinação, em absoluto, do tempo em que o parteiro deve intervir, pois que é sempre bom esperar, desde que as condições physiologicas da mulher sejam lisongeiras.

Muitos parteiros mandam que se auxilie a natureza desde que passe de meia hora.

O que é indispensavel é procedermos sempre com o maior cuidado, é estarmos attentos, vigilantes, afim de evitarmos complicações e accidentes do delivramento.

Si não pudermos, pelos processos simples do delivramento, extrair a placenta, após muitas tentativas, é claro que estamos em presença de difficuldades, que o toque vaginal e a apalpação abdominal nos indicarão. Pelo toque, duas circumstancias se revelam ao no-so conhecimento: ou encontramos a placenta no orificio interno do colo, ou não a podemos attingir. São as complicações e accidentes que determinam o delivramento artificial, que exige a intervenção da arte, dos quaes trataremos nos seguintes capitulos.

CAPITULO I

Inercia uterina

Depois da expulsão do feto, o utero diminue de volume por sua retractilidade; mas as contracções uterinas se suspendem durante um certo tempo, 15 minutos approximadamente.

E' o periodo da inercia physiologica. Quando, porem, esta phase se prolonga por muito tempo, a inercia torna-se pathologica.

A inercia pode apresentar diferentes grãos: ora ella é completa, havendo paralyisia absoluta do musculo; outras vezes, as contracções uterinas reapparecem, mas fracas, curtas e espaçadas; ha então inercia relativa.

A inercia é total quando attinge toda a porção contractil do musculo uterino; mas, se ficar reduzida a uma porção do utero, se diz—localizada.

A inercia localizada se observa ordinariamente nos pontos onde a musculatura uterina é mais delgada e mais fraca, isto é, ao nível das trompas uterinas e, sobretudo, da inserção placentaria.

As causas productoras de inercia são multiplas; podemos, porem, ter como principaes as seguintes: o proprio utero, o seu systema nervoso motor e uma alteração do seu estado geral.

Certos uteros apresentam uma fraqueza natural primordial, uma estrutura defeituosa, contraem-se mal durante o trabalho, que nem sempre chega a ser terminado espontaneamente.

De ordinario é necessario fazer-se o parto artificial, em vista da insufficiencia e fraqueza das contricções uterinas, caso em que se diz que a inercia é *primitiva*.

A inercia pode ser *secundaria*, quando tem tem por causa certas particularidades da gravidez ou do parto, como, por exemplo: a superdistensão do musculo pela presença de um grande ovulo, gravidez gêmea e hydramnios.

Durante o trabalho, si existem obstaculos mechanicos à expulsão do feto, qualquer que seja a sua origem, o utero é obrigado a augmentar os seus esforços. O trabalho excessivo e prolongado conduz à fadiga o musculo, cujas contracções se espaçam ou mesmo desaparecem completamente.

O mesmo phenomeno pode ser observado depois de certos partos precipitados, nos quaes o utero, depois de uma serie de contracções muito energicas, chega à paralyia absoluta.

Certas alterações da parede uterina são igualmente causa da inercia.

A degenerescência fibromatosa gosa um papel importante, principalmente nos casos de fibromas intersticiaes, pequenos e multiplos.

A intoxicação pode também ser causa da paralyia do musculo uterino. E' o que se tem observado nos casos de partos em que o feto, já em estado de putrefacção, causa a distensão uterina pelos gazes.

Estas infecções são devidas a germens anaerobios, cujas toxinas agem directamente sobre a fibra muscular.

O systema nervoso tem influencia preponderante sobre as contracções uterinas, seja como accelerator, seja como inibidor; porem o mecanismo intimo desta acção é mal conhecido.

Tambem é difficil, na inercia por trabalho prolongado, limitar-se a fadiga muscular pura, do esgotamento dos centros nervosos motores. Neste terreno o papel do cerebro é bem estabelecido clinicamente.

Todos os movimentos psychicos, em particular as emoções de toda natureza, podem exercer sobre o utero uma acção acceleradora ou inibidora.

As emoções penosas ou dolorosas são agentes suspensivos energicos das contracções uterinas.

As excitações sensoriaes desagradaveis, o annuncio de um acontecimento funesto podem supprimir bruscamente e por um certo tempo a funcção motricia do utero. São elementos importantes, que é necessario conhecer para os saber afastar.

A anesthezia geral pelo chloroformio ou ether, praticada

durante o trabalho, é também invocada como causa da inercia.

Emfim se tem ainda responsabilizado, como causadores da inercia uterina, os tumores peri-uterinos, como os kystos do ovario.

A inercia uterina se traduz por signaes clinicos, que se revelam pela apalpação; a ella acompanham accidentes, dos quaes os mais frequentes são as hemorragias do delivramento.

E' pela apalpação minuciosa do utero, que se observa a existencia da inercia nas suas differentes modalidades.

Quando a inercia é geral, o globo uterino não tem essa forma, perfeitamente perceptivel, de consistencia elastica, augmentando de dureza durante as contracções; porem, ao contrario, de uma massa molle, depressivel não elastica, volumosa, difficil de limitar-se, sobretudo si uma collecção sanguinea se forma no seu interior.

Essa molleza é permanente, si a inercia é completa; si é somente relativa, a consistencia augmenta um pouco durante as contracções; mas essas mudanças são espaçadas e passageiras.

Na inercia localisada, percebe-se sobre o utero, em uma de suas faces, ou ao nivel de uma das trompas, uma zona molle, depressivel, arredondada, algumas vezes larga como uma pequena palma de mão, cuja consistencia é inteiramente differente da do resto do musculo uterino. Estas zonas podem apresentar também um endurecimento ligeiro e fugaz, parecendo, às vezes, que se deslocam. E' preciso procural-as com cuidado, explorando toda a superficie uterina, sobretudo a face posterior, onde ellas podem facilmente passar despercebidas.

A inercia pode durar trinta minutos, uma hora ou mais ainda; pode ceder espontaneamente, quando as causas que a determinam se attenuam ou desaparecem, quando o musculo fatigado readquire suas forças.

O parteiro dispõe, quando é necessario combater a inercia uterina, de varios recursos, dos quaes citaremos alguns dos mais usados e de efeitos satisfactorios:

Como excitantes physicos, temos o calor e o frio, que provocam o reaparecimento das contracções uterinas.

Os excitantes thermicos são utilizados por via genital, em injeções. Alguns parteiros são de opinião—que basta a injeção vaginal para provocar as contracções; porem as

injecções intra-uterinas são mais energicas, produzem contracções mais frequentes e persistentes.

Entre os dois excitantes, preferimos o calor, podendo-se empregar somente a agua fervida ou, o que será mais acertado, uma solução antiseptica, como seja a de iodo (3 por 1000). A temperatura varia de 45° a 50°, sendo a de 48° a preferivel.

Serve-se da malaxação e da irritação da Superficie uterina como excitantes mecanicos.

A malaxação consiste em fricções moderadas sobre a parede uterina (atravez da parede abdominal), devendo-se ter o cuidado de fazel-a sobre toda a superficie uterina exploravel, pois, ao contrario, se manifestarão contracções locais e irregulares.

A irritação da superficie uterina dá sempre effeitos favoraveis, e facilita ás vezes a sahida da placenta. A ergotina e o sulfato de quinina têm sido empregados como excitantes medicamentosos.

Contracções irregulares ou espasmódicas do utero

Normalmente, quando o utero se contrae, todos os seus feixes musculares entram, ao mesmo tempo, em funcionamento e são synergicos.

Porem, pode-se produzir entre as diferentes porções do musculo uterino, uma verdadeira dissociação physiologica, a qual dá em resultado contrairem-se certos feixes musculares ao passo que outros continuam em estado de repouzo.

Este phenomeno constitue as contracções irregulares do utero, caracterizadas pela existencia simultanea de zonas contraidas e zonas inertes.

Esta forma de complicação tem recebido de alguns parteiros a denominação de espasmodicas (Bornes, Stoltz e outros).

Estas contracções podem produzir-se em diferentes pontos do utero ou na sua totalidade.

A predisposição individual, as malaxações sem methodo, o abuso de excitantes medicamentosos e as tracções intempestivas sobre o cordão, têm grande influencia na sua producção.

Quando estas contracções se manifestarem depois do delivramento, nada se deve temer; porem, quando ellas apparecerem antes da saída da placenta, o parteiro deve procurar impedir que ellas se accentuem, afim de poder contar com um prognostico favoravel.

A contracção do orificio externo é muito raramente observada e chega até a ser negada por alguns parteiros, é porem affirmada a sua existencia por Budin e outros.

A contracção espasmodica do orificio interno é admittida pela maior parte dos parteiros; ella pode existir isolada ou combinada com a contracção spasmodica do corpo uterino.

Quando existe a contracção do orificio interno do colo, o utero é dividido em duas porções: uma superior constituida pela cavidade do corpo; outra inferior comprehendendo o seguimento inferior e o colo formando um funil de abertura voltada para baixo, de paredes flaccidas.

Na parte superior fica retida a placenta, em totalidade ou em parte; quando a placenta é retida em totalidade, não ha escoamento sanguineo; sendo porem, a retenção parcial, ha um escoamento sanguineo ás vezes consideravel.

Sómente pela apalpação, não podemos diagnosticar seguramente a contracção do orificio interno do colo.

Pelo toque podemos fazer o diagnostico pois, encontraremos o orificio interno muito retraido.

A contracção pode ser temporaria e ceder espontaneamente no fim de poucas horas; porém, ella pode tornar-se permanente e a retracção definitiva se estabelece.

Quando a contracção não é acompanhada de hemorrhagia, devemos esperar algum tempo pois, a contracção pode ceder e o delivramento ser feito com mais prudencia.

No caso da existencia de hemorrhagia, devemos intervir logo, procurando fazer a dilatação progressiva do orificio, por meio dos dedos, sem violencia, até obter-se uma dilatação sufficiente para praticar-se o delivramento artificial.

A anesthesia geral constitue, neste caso, um adjuvante precioso; ella attenua a contracção e facilita as manobras.

A contracção total do corpo uterino, é muito raramente observada.

Pela apalpação o utero se revela sob a forma de um globo extremamente duro, não elastico.

O utero é doloroso, principalmene á apalpação.

A contracção total do corpo uterino, devido ao abuso da ergotina é, ás vezes, de um prognostico serio.

Tarnier observou um caso em que o delivramento foi impossivel, a placenta ficou na cavidade uterina e a mulher morreu de septicemia.

O tratamento prophylatico consiste no modo prudente que se deve empregar os excitantes e até, sempre que for possivel, respeitar a formula da Pajot.

O tratamento curativo deve ser dirigido contra a superexcitabilidade do orgão.

Emprega-se com resultado o chloral, o laudano e as injeções de morphina.

Retenção da placenta

Quando a placenta não é expellida, ficando na cavidade uterina, temos o que se chama—retenção da placenta, e pode ser total ou parcial.

E' total, quando não se dá a expulsão de nenhuma das partes da placenta (cotyledons), ou das membranas; é parcial, quando se dá o delivramento, ficando, porem, na cavidade uterina porção da placenta ou das membranas.

Diversas são as causas da retenção da placenta. Algumas vezes ella é devida a uma adherencia anormal, e neste caso é total, ordinariamente.

Como, na maioria dos casos, é parcial, trataremos da retenção dos cotyledons primeiramente, e, depois, da retenção das membranas.

A retenção dos cotyledons resulta tambem de varias causas, como sejam: as tracções prematuras sobre o cordão, dando lugar a ruptura de tecido placentario, que isola um ou varios cotyledons da massa placentaria, os quaes, ainda não descolados, ficam no utero depois do delivramento;—as adherencias anormais e, muito frequentemente, os cotyledons accessorios por se descolarem com mais difficuldade.

A retenção dos cotyledons traz a manifestação de puxos uterinos, de ordinario violentos.

O utero é volumoso, sua forma é globulosa. Pelo toque se reconhece o colo largamente permeavel ao dedo, permanecendo assim emquanto dura a retenção.

O toque permite ainda sentir o cotyledon pela sua molleza e sensação granulosa.

Quando se suppõe uma retenção de cotyledons, existindo accidentes, o toque intra-uterino deve ser sempre praticado e, graças á permeabilidade do colo, é sempre possivel.

Da retenção de cotyledons resultam—hemorragias e infecção.

Neste caso, o utero torna-se volumoso e muito sensível á apalpação; o corrimento dos lochios se modifica, torna-se fetido, de uma coloração cinzento-escura, acompanhado, ás vezes, de fragmentos da placenta.

A temperatura eleva-se, o estado geral altera-se, sobrevem todo o cortejo symptomatologico da infecção puerperal.

Toda a retenção do cotyledons, suspeitada ou reconhecida exige a intervenção rapida, que consiste na sua extracção.

As injeccões intra-uterinas são insufficientes para lutar contra as complicações e operar a expulsão do cotyledon.

A retenção do cotyledon não deixa de apresentar um prognostico serio, pois que as hemorragias podem anemiar profundamente a mulher, assim como aggravar a infecção puerperal pela existencia da retenção, ou por ella causada.

A retenção das membranas é muito frequente; sua evolução clinica é mais simples, e seu prognostico menos comprometedor.

A retenção das membranas resulta da sua ruptura no curso da expulsão ou da extracção; condições anatomicas, ou manobras defeituosas concorrem para esta especie de complicação.

Algumas vezes a retenção das membranas tem por causa ou uma endometrite, ou uma hemorragia, vinda nos primeiros mezes da gravidez, o qual deixa, como signal da sua existencia, manchas de coloração amarellada.

Quando não se corrige sufficientemente a ante flexão uterina, as membranas se rompem no angulo formado pelo orificio uterino.

A retenção das membranas pode ser total, sendo a bolsa membranosa separada da periphéria da placenta, a qual é expellida só. De ordinario a retenção é parcial, sob a forma de retalhos, cujas dimensões são variaveis.

A retenção das membranas não se revela por nenhum signal subjectivo durante as primeiras horas que se seguem ao delivramento; somente o escoamento sanguineo pode ser um pouco mais abundante que no estado normal.

Si a quantidade de membranas é consideravel, nota-se um volume anormal do globo uterino; algumas vezes o toque permite sentir-se os retalhos membranosos no fundo da vagina; ás vezes não é necessaria fazel-o pois os retalhos chegam á vulva.

Pelo exame da placenta pode-se affirmar a existencia da retenção.

Quando ha retenção das membranas, estas são expellidas pelo utero, o que acontece, geralmente, até o oitavo dia. Esta expulsão pode-se dar de uma só vez ou parcialmente. Este acto espontaneo é acompanhado de puxos mais ou menos violentos, e de um escoamento sanguineo, que muito raramente pode tomar as proporções de uma hemorragia.

A retenção das membranas pode evoluir sem accidentes ou com elles.

As hemorragias não são frequentes, com especialidade as abundantes.

A presenca de membranas na cavidade uterina, nas primeiras horas, pode provocar a inercia, com escoamento sanguineo, ás vezes abundantes.

Na retenção das membranas, assim como nas outras especies de retenção, o que deve inspirar grande cuidado é a infecção puerperal, que é facilitada por esta complicação.

A infecção puerperal se traduz por elevação thermica, odor dos lochios etc. ella se pode manifestar logo depois do parto, dependendo isto, ás mais das vezes, da falta de cuidado dos parteiros.

A retenção não offerece gravidade, si a cavidade uterina é aseptica.

Para se evitar a retenção das membranas, não se fará o delivramento, sinão esperando algum tempo para que o descolamento se opere; far-se-á então com muito cuidado a extracção, corrigindo a ante flexão uterina.

Quando com estas precauções não se puder evitar a retenção, então se recorrerá aos diversos meios, afim de que ellas sejam expellidas, evitando ao mesmo tempo a infecção puerperal.

No caso de retenção das membranas, Tarnier aconselha collocar-se uma ligadura ao nivel da vulva, fazendo-se ligeiras tracções, até que se dê a expulsão das membranas.

Tendo alguns parteiros responsabilisado este methodo de tratamento como meio de ascensão aos germens que passam existir na vagina, Kaltenach, para evitar este inconveniente, aconselha fazer-se a secção das membranas ao nivel do collo, retirando-se as que pendem para a vagina, e aguardando-se a expulsão expontanea do resto dellas.

Alguns parteiros, como Bar e Maygrier, aconselham fazer-se a intervenção, mesmo com ausencia de accidentes,

pois a existencia de membranas na cavidade uterina é um perigo permanente.

Nós julgamos que a ligadura feita em um ponto intermediário aos marcados por Tarnier e Kaltembach dará bom resultado; pois não devemos temer a infecção, desde que não sejam esquecidos os cuidados prophyláticos necessários.

No caso de retenção das membranas, far-se-á uma ligadura sobre as mesmas, entre a vulva e o colo, praticando-se uma injeção intra-uterina com uma substancia antiseptica a asepsia da vulva e da porção das membranas.

Terminado este cuidado, proteger-se-á a vulva com um penso aséptico.

A mulher ficará em repouso, e repetir-se-á este curativo duas ou tres vezes por dia, fazendo-se, nessas occasiões, ligeiras tracções sobre a ligadura, assim de se verificar si o descolamento já se effectuou, caso em que a expulsão se dará.

Com estas precauções, teremos, dentro de poucas horas, ou dias, terminado o delivramento, sem a presença de accidentes.

Não achamos de boa pratica o methodo aconselhado por Bar e Maygrier, que poderá ser causa de accidentes, salvo quando estes já existam.

Adherencias anômalas

Dentre as complicações do delivramento, occupa a primeira linha a adherencia anômala da placenta.

Não é pelo conceito exagerado de Braune, que devemos pensar ser esta complicação «uma idealisação dos jovens parteiros», pois, apesar de não ser muito frequente, nem por isso deixa de ser uma verdade a sua existencia.

As adherencias da placenta apresentam grande variabilidade na sua extensão, no seu grão de intensidade e na sua sede.

A adherencia total da superficie placentaria é extremamente rara.

Bernard de Teyssier, em 19 casos, não encontrou um unico de adherencia total, affirmando, porém, a existencia d'ella.

Auvard estabeleceu tres grãos de adherencias: 1.º adherencia ligeira, que não é sinão uma simples exaggeração do estado physiologico e que a contração pode vencer; 2.º a adherencia é mais intima: o descolamento não se pode fazer, sinão artificialmente, porem não apresenta grande difficuldade; 3.º adherencia completa, com fusão intima dos tecidos placentario e uterino, sem que a mão consiga separal-os.

Morgagni, Tannier e Budin observaram casos de adherencias, em que era difficil separar os dois tecidos, mesmo com auxilio instrumental.

A sede da adherencia varia muito.

As causas da adherencia anômala da placenta são ainda mal conhecidas.

A adherencia anômala da placenta se revela, mais por accidentes que por symptomas proprios. Certos incidentes da gravidez podem fazer crer a possibilidade desta adherencia.

Taes são as signaes de metrite antiga, as hemorragias que apparecem nos primeiros mezes. A existencia de difficuldades no delivramento dos partos anteriores, sendo necessario o delivramento artificial, é um indicio muito importante.

Tem-se dado, como signal indicador, a existencia de phenomenos dolorosos do lado do utero durante a gravidez, phenomenos que podem ser manifestados por dores em partes differentes, em um ponto fixo ou, ainda, por dores em consequencia dos movimentos do feto.

Durante o delivramento, os symptomas são incertos.

Quando as contracções uterinas são normaes, e o delivramento não se dá, devemos logo lembrar-nos da possibilidade de uma adherencia. Em realidade, não ha um signal caracteristico; deve-se comprovar directamente a adherencia da placenta pela mão introduzida no utero, afim de se praticar o delivramento artificial.

E' a difficuldade do descolamento que permite o diagnostico; a exploração manual é então indicada pelos accidentes que provoca a adherencia placentaria.

A hemorrhagia é o accidente mais frequente.

A adherencia pathologica sendo ordinariamente parcial, as zonas de adherencia normal são descolados pela contracção uterina; porem o descolamento incompleto impede a retracção uterina de se fazer, e a hemorrhagia persiste com um caracter de gravidade frequentemente excepcional, algumas vezes mortal, si a parturiente não é logo soccorrida.

Depende da extensão e da forma do descolamento a sua abundancia.

Quando esta complicação existe, a direcção a dar aos trabalhos é facil, sendo necessario intervir logo, fazendo-se o delivramento artificial.

As precauções antisepticas mais vigorosas devem ser logo postas em pratica.

A mulher, collocada em posição obstetrica, a mão esquerda do parteiro ser-lhe-á applicada sobre o fundo do utero, emquanto a direita, dispostos os dedos em cone, se introduz na cavidade uterina, tendo-se o cuidado de untar-lhe a face dorsal com vaselina esterilizada.

O parteiro se servirá do cordão, como guia, para attingir seguramente a face fetal da placenta. Ahi chegada a mão, procurará reconhecer si a placenta é adherente na sua totalidade, ou numa parte somente de sua circumferencia.

Neste caso, se introduzirão as extremidades dos quatro

dedos entre a parte descolada da placenta e a face interna do utero, e se opera o descolamento com as pontas dos dedos.

Uma vez descolada a placenta, se conclue o descolamento das membranas, e se espera uma contracção uterina que expellirá a placenta deslizando-se pela mão. Si, ao contrario, a placenta está adherente por toda a sua face, se iniciará o descolamento por um ponto de sua circumferencia, procedendo-se como no caso anterior.

A mão esquerda, collocada sobre o fundo do utero, seguirá, ajudará e registrará as manobras da mão introduzida na cavidade uterina, e seo concurso será muito util para se apreciar a espessura dos tecidos e o relevo formado pela massa placentaria.

Terminado o delivramento, far-se-a um exame da placenta, afim de se verificar si ella está completa.

No caso contrario, se introduzirá de novo a mão para fazer o exame da cavidade uterina, retirando-se della qualquer particula da placenta que tenha ficado.

Terminado este trabalho, o delivramento está concluido; e se praticará então uma injeccão intra-uterina com uma solução antiseptica.

CAPITULO II

Hemorragias

Durante o trabalho do delivramento, há escoamentos sanguíneos, que podem attingir proporções que fazem crer estarmos em presença de um accidente; estes escoamentos podem, algumas vezes, ser de um volume de 300 grammas, sem que sejam o que chamamos-hemorragias do delivramento.

Quando a perda sanguínea passa muito da cifra acima citada, notando-se os symptomas da anemia aguda, então podemos dizer que ha hemorragia, no sentido pathologico da palavra.

As hemorragias do delivramento, podem provir de diversas fontes. Na maioria dos casos, ellas se produzem ao nivel da placa placentaria; tambem, quando uma mulher tem perda de sangue no momento do delivramento, deve-se logo pensar n'uma hemorragia de origem uterina. Em certos casos, entretanto, a hemorragia não é do corpo do utero, e sim de uma ruptura do collo da vagina, ou mesmo do utero.

As hemorragias do delivramento podem ser divididas em primitivas e secundarias.

As primeiras são as que se produzem durante o delivramento ou immediatamente depois; secundarias são as que só se manifestam algum tempo depois.

No estudo das hemorragias seguiremos a ordem acima; começemos, portanto, pelas hemorragias primitivas.

Estas hemorragias podem se produzir quando a placenta está ainda nas vias genitales; é a hemorragia durante o

delivramento; ou então quando os annexos do feto já estejam expellidos, caso em que temos a hemorragia depois do delivramento.

Para que uma hemorragia do delivramento possa se produzir, duas condições são necessarias:

1.º será preciso que a placenta seja descolada, abrindo assim os seios uterinos; 2.º que a hemostasia por contracção ou retracção muscular não se opere, isto é, que exista a inercia.

Quando a placenta se descola no curso de manobra intra-uterina para a extracção do feto; nas applicações de forceps, principalmente quando as membranas são pinçadas entre a cabeça fetal e as colheres do forceps—pode-se manifestar a hemorragia.

Este accidente não é muito raro quando se intervem para fazer a inversão podalica.

Uma das grandes causas do descolamento prematuro da placenta é a intervenção intempestiva do parteiro por tracções sobre o cordão ou pela expressão activa. Emfim, certas condições accessorias parecem favorecer a producção das hemorragias.

Fochier e outros admittem a influencia do calor, na producção das hemorragias.

Certas dyscrasias congenitas ou adquiridas são indigitadas como productoras de hemorragias.

A hemorragia do delivramento se traduz por três signaes principaes: o escoamento sanguineo externo (fallivel em certos casos), as modificações de consistencia do utero; os phenomenos de anemia aguda.

A hemorragia pode ser externa, sendo a totalidade do sangue escoado pela vulva; pode ser interna accumulando-se o sangue na cavidade uterina; ou, ainda, pode ser mixta, sendo parte do sangue escoado pela vulva e parte ficando na cavidade, uterina.

Na hemorragia externa, o sangue que provém dos seios abertos se infiltra entre a parede uterina e a placenta, descola as membranas até o orificio uterino e se escapa pelo collo e vagina, indo lançar-se no exterior. Si a placenta é largamente descolada, a hemorragia pode ser brucea e abundante; o sangue apparece á vulva em ondas; em poucos minutos 600 a 800 grammas de sangue podem escoar-se.

Havendo uma tal perda, os phenomenos de anemia aguda apparecem rapidamente, e a parturiente poderá succumbir dentro de alguns minutos, si não for logo soccorrida.

O escoamento sanguineo é moderado, quando se descola uma pequena parte da placenta; outras vezes as contracções uterinas o attenuam ou fazem-n'o cessar.

Deve-se sempre ter muito cuidado com o escoamento sanguineo, embora elle seja moderado, pois quasi sempre é persistente e pode passar despercebido, principalmente si o leito é permeavel.

Da quantidade de sangue escoado é, principalmente, da constituição da parturiente, depende a intensidade dos phenomenos da anemia. Em certas mulheres, basta uma perda de 500 grammas de sangue para que estes phenomenos sejam observados; em outras, porem, elles só se manifestam quando a perda attinge de 800 a 1.000 grammas.

Pela apalpação reconhecemos os signaes physicos da inercia uterina, já estudados, e neste caso o utero pouco augmenta de volume.

Pelo toque, algumas vezes não se pode perceber a placenta, ainda encerrada na cavidade uterina e incompletamente descolada; outras vezes se a percebe no orificio uterino e, mais raramente, na vagina. Pode-se ainda pelo toque se sentir na vagina um sacco ou bolsa contendo liquido, a qual é formada pelas membranas invertidas e cheias de sangue.

Na hemorragia interna são bem differentes os signaes clinicos; ella é ordinariamente lenta; não é sinão progressivamente que o sangue distende o orgão e ahi se accumula. Nesta especie de hemorragia a perda sanguinea não é observada externamente; a hemorragia se revela pela anemia aguda progressiva e pelos signaes que nos fornece a apalpação.

Temos duas especies de hemorragias internas, conforme o lugar onde se dá o derramamento: a do corpo e a do segmento inferior.

Na hemorragia do corpo uterino, o quadro clinico começa pelos phenomenos de anemia, perturbações sensorias e circulatorias.

Pela apalpação nota-se que o utero augmenta de volume progressivamente; seu fundo passa do umbigo; apresenta uma molleza excessiva, tanto mais accentuada quanto mais distendido elle for.

Certas mulheres accusam, no momento em que a hemorragia se produz, sensações dolorosas, particulares, que não são sinão as dores lombares, curtas e fugazes, as quaes

Fochier diz serem características do accumulo de sangue na ovidade uterina.

Para que a hemorrhagia do corpo uterino se produza é necessario que uma parte deste orgão esteja em estado de inercia. A inercia é aggravada pela presença de coagulos no utero, que pode supportar na sua cavidade 600 ou 800 grammas de sangue.

A hemorrhagia do segmento inferior é muito mais rara que a precedente, e, de ordinario, a sua gravidade é sempre pequena.

Ella consiste na accumulção de sangue no segmento inferior.

Para que esta hemorrhagia se manifeste, são necessarias certas condições: que o sangue não possa se escoar para o exterior: este obstaculo é ordinariamente constituido pela placenta, formando uma rolha, seja ao nivel do orificio externo do collo, seja aonivel da vagina,—que o segmento inferior, muito molle e flaccido, se distenda á proporção que o volume do sangue augmente;—que o corpo uterino tenha conservado muito a contractilidade, para que o sangue não possa se accumular no seu intarior. Estas condições são preenchidas quando a placenta é completamente descolada e oblitera as vias genitales inferiores, tendo o corpo uterino zonas de inercia localizada ao nivel da inserção placentaria, a qual continúa a sangrar.

Os signaes clinicos são sempre os phenomenos de anemia aguda e a ausencia do escoamento sanguineo para o exterior; porem os symptomas fornecidos pela apalpação são bem característicos e bem differentes dos da primeira variedade.

O globo uterino, ordinariamente, apresenta um volume normal e uma consistencia muito dura, salvo ao nivel das zonas de inercia; o seu fundo é sempre acima do umbigo. Esta ascensão é progressiva e resulta do desenvolvimento de um tumor que apparece acima do pubis, o qual augmenta gradualmente; este tumor é formado pelo segmento inferior, que se distende. Elle é muito molle, sem tensão, e assemelha-se muito à bexiga, quando distendida, distinguindo-se, porém, pela rapidez com que augmenta de volume.

Quando o obstaculo formado pela placenta cessa, seja pela expulsão espontanea, seja porque se produziu um espaço livre entre a placenta e as paredes vaginaes, a bolsa perde seu conteúdo, o tumor hypogastrico desaparece subitamente, e a hemorrhagia torna-se externa.

Esta forma de hemorrhagia pode passar facilmente, sem que se observe; é raramente abundante, e não offerece, em geral, prognostico serio.

Pelo toque percebe-se sempre, na vagina, seja a placenta se apresentando por sua face fetal, seja uma bolsa membranosa cheia de sangue.

A hemorrhagia mixta é a forma mais frequente; muitas vezes julga-se tratar de uma hemorrhagia externa, quando, porem, a hemorrhagia é mixta.

A expressão faz cessar esta duvida, pois com ella o sangue apparece á vulva em maior quantidade. Os signaes clinicos desta forma de hemorrhagia são a combinação d'aquelles das variedades interna e externa, das quaes já nos occupamos.

O diagnostico das hemorrhagias, para ser feito a tempo, é necessario que o parteiro esteja cuidadosamente observando os signaes já apontados: a quantidade de sangue escoada, o pulso e a physionomia da parturiente, pois a acceleração do pulso e a pallidez em seguida são os primeiros signaes da anemia, symptoma de grande valor das hemorrhagias.

A apalpação abdominal nos indica tambem o diagnostico das hemorrhagias. O prognostico é sempre serio e comprometedor, dependendo elle da rapidez do diagnostico e da decisão com que o tratamento é applicado.

O prognostico é mais grave, quando a hemorrhagia se manifesta no periodo da inercia physiologica.

O prognostico é igualmente grave, quando a perda é brusca e a onda sanguinea é volumosa; a intensidade dos phenomenos da anemia aguda nos presta relevante serviço na verificação do mesmo.

Nas hemorrhagias que se manifestam após o delivramento, as causas, os symptomas e o prognostico são quasi os mesmos das hemorrhagias manifestadas durante o trabalho do delivramento.

Observa-se ainda, nesta variedade, as formas externa, interna e mixta, podendo, entretanto, apresentar algumas particularidades.

Não é frequente esta especie de hemorrhagia, salvo na pratica dos partidarios do delivramento prematuro pelo methodo de Crèdè, onde se observa frequentemente. Muito raramente se a pode observar no delivramento natural, principalmente quando os cuidados prophylaticos não são esquecidos. Algumas vezes o utero, depois de uma serie de contracções energicas, as quaes terminam com a expulsão da

placenta, cae em inercia; uma onda sanguinea apparece á vulva. Si estas contracções não reapparecem, a hemorragia pode-se manifestar com uma intensidade tal, que poderá causar a morte da parturiente, em alguns minutos. Este escoamento sanguineo, algumas vezes, não compromette a vida da mulher, pois as contracções uterinas reapparecem, e ella cessa completamente.

Observa-se esta forma sobretudo nos casos de delivramento natu e prematuro, devido ás contracções exageradas, quando a retracção é insufficiente; o utero fica, no intervalo das contracções, inerte e não retrahido.

Podemos encontrar typos clinicos desta variedade, inteiramente differentes. Depois de um delivramento lento no qual o descolamento se opera a custa de contracções numerosas e fracas, a placenta, caída na vagina, é extrahida; porém o utero fica molle, não tendo a consistencia que lhe é peculiar; nota-se o utero augmentar gradativamente, uma hemorragia interna se produz lentamente, e os cogulos se accumulam no seu interior.

Uma expressão energica podera expellir-os; algumas vezes no meio dos coagulos, encontra-se cotyledons, que, destacados da placenta, e rétidos na cavidade uterina, provocaram a inercia.

Um retalho de membrana pode gozar o mesmo papel.

Pelo exposto vemos que a retenção de uma parte da placenta, pode determinar as hemorragias que apparecem logo depois do delivramento.

Hemorrhagias secundarias são aquellas que se manifestam nas primeiras horas ou dias que se seguem ao delivramento; as que se observam nas primeiras horas, em nada differem das hemorrhagias primitivas—ellas ainda podem ser, interna, externa ou mixta.

São algumas vezes silenciosas e de difficil observação, são ligadas a uma retenção; ellas não são raras nas albuminurias.

Hemorrhagias secundarias tardias são as que se manifestam nos primeiros dias depois do delivramento; são também algumas vezes, devidas às retenções.

Outras causas podem determinar esta variedade de hemorragia taes como: a existencia de tumores fibrosos do utero, e, o levantar precoce da parturiente.

Esta especie de hemorragia manifesta-se sempre até o sexto dia, depois do delivramento.

As hemorrhagias que apparecem depois do decimo dia, são ordinariamente ligadas a uma inflammação da mucosa uterina, ou a uma endometrite puerperal de origem infectuosa.

Não se deve porem, considerar como hemorragia secundaria tardia, o apparecimento da coloração vermelha que se pode manifestar nos lochios, no decimo quinto dia.

Innumeros são os meios que o parteiro dispõe para combater as hemorrhagias do delivramento.

Como tratamento prophylatico é empregado, na Maternidade Climerio de Oliveira, a ergotina de Yvon (XXX gottas), acho que bastará isto para ser acceita a sua indicação.

Para combater as hemorrhagias o parteiro dispõe do tratamento de urgencia e do tratamento definitivo, sendo que, ás vezes, bastará o primeiro para fazer cessar completamente a hemorragia.

São meios de urgencia aquelles que agem mechanicamente impedindo a circulação local; são meios definitivos aquelles que agem provocando a contracção permanente do órgão, ou antes, os que combatem a inercia, causa das hemorrhagias.

Pela compressão podemos fazer cessar a hemorragia; esta podera ser feita sobre o proprio órgão ou sobre a aorta.

Pela compressão da aorta, que é um excellente meio de urgencia, proposto por Bandelocque, obtemos effeitos os mais efficazes, principalmente nas hemorrhagias abundantes.

Segundo affirma Fochier, a compressão da aorta é sufficiente para impedir o curso do sangue na arteria.

Esta manobra é, de ordinario, fatigante porem, em face dos resultados por ella obtidos, é sempre bom pratical-a.

A compressão do utero pode ser: mediata, quando a compressão se faz sobre as paredes uterinas; immediata, quando o agente compressor é levado, na cavidade uterina, sobre a placa placentaria.

Como meio de compressão mediata citaremos: a compressão global do utero na fossa iliaca (Stoltz e Hubard); a compressão unimanual e bimanual, aconselhada por Fochier; a compressão por pesos collocados sobre a região hypogastrica, não devendo passar de dois kilos (Saxtorph e Kluge).

Esta manobra tem inconvenientes como sejam; provocar dores, e pertular a respiração; pelo que achamos não ser de boa pratica utilisal-a.

Como agente compressor immediato, temos: o processo manual e tamponamento intra-uterino.

O tratamento definitivo é dirigido contra a inercia uterina e suas causas; já que tratamos delle quando nos referimos sobre o tratamento da inercia, deixamos de o fazer aqui, pois seria repetir o que já dissemos, o que achamos desnecessario.

Inversão uterina

A inversão uterina é um accidente que se pode produzir na occasião do parto, mais é observada principalmente durante ou depois do delivramento.

Ella consiste na modificação da forma e da situação do utero, que deprimindo o seu fundo, chega às vezes a inverter-se completamente.

Para o estudo da inversão uterina, temos tres grãos a considerar: no primeiro, ha somente uma ligeira depressão do fundo do utero, de modo a fazer saliencia na cavidade do orgão,—chamada por Mauriceau, inversão em fundo de garrafa; no segundo, a depressão é mais accentuada, o fundo do utero vai mais abaixo, attingindo o orificio interno do cõllo; no terceiro, o corpo uterino atravessa o collo, chega ao canal vaginal, attingindo algumas vezes a vulva.

Este terceiro grão, em casos excepçionaes, poderá ser mais accentuado, então o tumor constituido pelo utero invertido faz saliencia para o exterior.

A inversão uterina pode ser produzida por causas que actuem sobre a superficie externa do utero, como: as manobras manuaes exercidas sobre o utero, atravez da parede abdominal; o augmento da pressão intra-abdominal produzida pelo esforço determinado no momento da expulsão fetal.

Baudelocque tem citado como causa deste accidente o vomito, a tosse e o espirro; Herff tem invocado tambem como causa a pressão athmospherica, porem este modo de acção não foi ainda sufficientemente provado.

Como causas que actuem sobre a superficie interna do orgão, temos: as tracções exercidas pelo feto nos casos de brevidade absoluta ou relativa do cordão; as tracções exercidas

sobre o cordão nos casos em que ha uma adherencia anômala da placenta ou si esta não está ainda descolada.

Na maioria dos casos a involução do utero se produz no curso do delivramento artificial, quando se quer extrahir a placenta antes do seu descolamento.

No primeiro grão, a inversão quasi que não se revela por symptomas subjectivos e pode passar despercebida se o parteiro não fizer cuidadosamente a apalpação do utero, porque só revela a existencia de uma depressão, na qual os dedos podem penetrar, correspondendo ao tumor que faz saliencia na cavidade uterina.

No segundo grão os symptomas subjectivos são mais accentuados, a mulher accusa dores hypogastricas, lombares e uma sensação de peso, que promove esforços expulsivos; surge então um derramamento sanguineo variavel em sua intensidade.

A apalpação mostra os signaes do primeiro grão, porem muito mais apreciaveis.

No terceiro grão o viramento uterino, sendo mais accentuado, os symptomas se manifestam com mais intensidade.

Alem das dores hypogastricas e lombares que se irradiam até a verilha e as coxas, existe uma sensação d'um corpo se apoiando sobre o perineo que augmenta o esforço expulso e ao mesmo tempo comprindo a bexiga, produzindo a necessidade da micção.

De um momento para outro, podem surgir os phenomenos geraes, immediatamente graves, que lembram os dos choques traumaticos e são representados pela dilatação da pupilla, pallidez da face, angustia respiratoria, resfriamento das extremidades, vertigem e às vezes por uma verdadeira syncope.

O pulso torna-se filiforme, a temperatura se abaixa e a morte pode sobrevir rapidamente.

Ao mesmo tempo que os phenomenos de choque se desenvolvem, uma hemorragia externa se produz, cuja abundancia é muito variavel.

Os phenomenos de choque não são ligados unicamente à abundancia do derramamento sanguineo, pois tem se observado casos em que, apesar de não existir uma hemorragia abundante, estes phenomenos são notados.

Elles parecem ter sua origem na distensão que soffrem os grandes plexos nervosos uterinos e os ligamentos peritoneaes arrastados pela inversão.

Quando os phenomenos de choque se attenuam progressivamente, a inspiração se regularisa e o pulso retoma o seu rythmo normal.

É bom salientar que deve ser considerada como causa predisponente desta inversão,—a inercia uterina; local ou melhor ainda a inercia geral.

O diagnostico pode ser feito pelos symptomas locais ou pelos geraes.

Ao curso do delivramento, a manifestação brusca de uma dor aguda, seguida de phenomenos de choque, com desapparecimento do globo uterino e apparecimento de um tumor intravaginal, constitue um syndromo quasi que pathognomônico da inversão puerperal aguda.

Nos casos em que se manifestam symptomas geraes graves, a inversão pode não ser diagnosticada ou ser tardivamente, se o parteiro não estiver attento, procurando sempre verificar a existencia delles.

O tratamento prophylatico consiste na prudencia com que se deve fazer as manobras do delivramento.

O tratamento curativo é sempre a redução, que deve ser feito sem perda de tempo, pois toda inversão uterina deve ser logo reduzida.

No primeiro grão, sendo a depressão ligeira ou pequena, as vezes bastará a volta da contracção uterina, para fazer desapparecer-a.

Se, porem, a inversão manifesta-se antes do delivramento, não devemos hesitar; deverá ser feito o delivramento artificial e ao mesmo tempo a redução da inversão.

Nos outros casos a redução deve ser praticada immediatamente, porque será tanto mais facil quanto a intervenção mais se approximar do começo da inversão.

A redução da inversão uterina pode ser manual ou instrumental.

A redução manual pode fazer-se por tres processos; de Viardel ou taxis central; o de taxis peripherico, aconselhado por Astruc, Pajot e Tarnier; e o taxis lateral, aconselhado por Deleurye, Denucé e Coosemau.

A redução instrumental, pode ser feita empregando-se diversos instrumentos; uns são corpos extranhos de grande volume, que se introduzem na vagina e que reduzem a inversão, por uma pressão lenta e continua; outros são intermediarios ao utero e a mão.

Entre os primeiros se tem utilizado o pessario de Gariel;

os balões de Neugelaue e de Champrier de Ribes, Pozzi emprega, em lugar dos balões, o tamponamento vaginal de gaze iodoformada.

Entre os segundos nós citaremos: o repositôr de Viardel com a forma de baqueta; o de Mme. Boiren, que termina em cupula para receber o útero; o de Aveling, que apresenta além de uma cupula duas curvaturas: uma para se adaptar a curvatura pelviana e outra a peritoneal.

A inversão pode se manifestar irreductível e isto só se pode affirmar quando todos os processos de redução são empregados e sem resultado.

Nos casos de inversão irreductível diversas operações podem ser praticadas; por via vaginal são praticadas: a secção simples do collo ou desbridamento do anel; a colpôtomia anterior ou posterior, seguida da dilatação digital do infundibulo uterino com libertação das adherencias, ou da hysteritomia mediana, feita de baixo para cima, até que haja possibilidade da redução e a hysterectomy.

Por via abdominal se tem praticado a laparotomia, seguida da dilatação digital do infundibulo uterino, ou da estirpação total do útero.

O prognostico depende principalmente da prematuridade do diagnostico e da rapidez da interferencia.

As hemorragias, o choque nervoso e a infecção, sob todas as formas, principalmente sob a forma phlebitica, são causas que podem concorrer para a terminação funesta.

PROPOSIÇÕES

HISTORIA NATURAL MEDICA

I—Claviceps purpurea é um cogumelo que ataca um grande numero de gramineas.

II—Do mycelium deste parasita se extrahê a ergotina, alcaloide crystallisavel, que parece ser o seu principio activo.

III—A ergotina entre as suas indicações, é empregada para fazer cessar as hemorragias uterinas.

CHIMICA

I—O liquido aniotico tem uma reacção ligeiramente alcalina e uma coloração a principio clara e transparente, depois amarelada e leitosa, a medida que se approxima o fim da gravidez.

II—Contem materias albuminoides, organicas e mineraes, predominando nesta o chlorureto de sodio.

III—No hydramnio se encontra mais materias albuminoides do que no liquido aniotico normal.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I—O utero occupa na excavação pelvica o espaço comprehendido entre a bexiga e o seguimento terminal do tubo digestivo.

II—Elle tem a forma de um cone achatado de diante para traz, cuja base está para cima e o vertice truncado penetra no orificio superior da vagina.

III—Este orgão é mantido em posição por 6 ligamentos, dispostos symetricamente: 2 anteriores, 2 posteriores e 2 lateraes.

PHYSIOLOGIA

I—Fecundação é a fusão de duas cellulas: macho e femêa.

II—Estas são representadas pelo espermatozoide e pelo ovulo.

III—O ovulo é o typo da cellula completa.

HISTOLOGIA

I—As paredes do utero são constituídas por três tunicas superpostas: serosa, muscular e mucosa.

II—A estrutura dessas camadas differem segundo se considera o utero em estado de vacuidade ou em estado de gravidez.

III—Na camada muscular, no periodo da gravidez ao lado das modificações que se produz na espessura e coloração dos seus elementos, observa-se o augmento do numero de suas fibras.

BACTERIOLOGIA

I—Os estaptococcus são germens arredondados, dispostos ordinariamente em cadeia.

II—Estes germens se desenvolvem na maior parte dos meios de cultura habituaes, seja ao contacto, seja ao abrigo do oxygenio atmospherico.

III—E' encontrado nos lochios das mulheres atacadas de infecção puerperal.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA
E ARTE DE FORMULAR

I—O oxalato de cerium é applicado, communmente, para combater os vomitos de origem reflexa da gravidez.

II—A dose diaria varia de 0,05 a 0,40—em pilulas de 0,05 a 0,10.

III—Ordinariamente se o prescreve em associação com o lactucarium.

CLINICA PROPEDEUTICA

I—Para o diagnostico da gravidez empregam-se diferentes methodos de exploração.

II—Pelo interrogatorio, escuta, apalpação e altura do fundo do utero, podemos approximadamente calcular a epoca da gravidez.

III—Ainda pela escuta e o interrogatorio podemos assegurar a vitalidade fetal.

CLINICA DERMATOLOGICA
E SYPHILIGRAPHICA

I—As ephelides são manchas cinzentas, amarelladas ou mais ou menos escuras.

II—Ellas não são salientes, indolores de dimensões variaveis e apparecem de preferencia na face, no peito e no dorso das mãos.

III—Uma das mais importantes variedades de ephelides é o *cloasma uterino* que constitue um dos symptomas da gravidez.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I—A hypertrophia do utero, na mulher gravida, é physiologica.

II—A medida que o utero augmenta de volume suas fibras se multiplicam.

III—Ellas se hypertrophiam de modo a ficarem mais longas do que no estado normal.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I—Metrite é a inflamação do utero.

II—E' a consequencia da infecção do orgão.

III—Seus agentes ordinarios são: o gonococcus e o streptococcus.

PATHOLOGIA MEDICA

I—A nephrite aguda tem muitas vezes um inicio insidioso, sobre tudo quando vem complicar as molestias infectuosas.

II—Pode ser considerada como um dos accidentes da puerperalidade.

III—O seu prognostico depende não somente de sua intensidade, mas da causa que lhe deu origem.

CLINICA CIRURGICA

2ª CADEIRA

I—A tympanite hysterica pode simular um tumor do ovario ou do utero, dificultando assim o diagnostico differencial.

II—Ella pode ainda simular um tumor do estomago.

III—O chloroformio tem dado muito bom resultado na confirmação do diagnostico differencial, fazendo desaparecer a intumescencia pela resolução muscular.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I—Keratite é a inflamação da cornea.

II—Ella pode ser superficial ou profunda.

III—A superficie occupa a camada anterior da cornea e a profunda as duas camadas posteriores.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I—O utero se compõe de 2 partes.

II—Na união dos dois terços superiores com o terço inferior, acha-se uma parte estreitada, que estabelece o limite entre o corpo a superior e o collo a inferior.

III—No ponto de vista de sua estrutura se compõe de tres tunicas: peritonia, muscular e mucosa.

THERAPEUTICA

I—O electargol é um medicamento que age reforçando os meios de defeza do organismo.

II—E' empregado em injeções na dose de 5 a 20 c. c. nas 24 horas.

III—Devido ás suas propriedades microbicidas e anti-thermicas é usado com bons resultados nas febres puerperaes.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I—Hysteropexia é a operação que consiste na fixação do utero.

II—Pode ser directa ou indirecta.

III—A hysteropexia directa pode ser praticada por via abdominal ou por via vaginal.

CLINICA CIRURGICA

(1.ª CADEIRA)

I—As varices são frequentes nas gestantes.

II—Podem apresentar-se em diferentes partes do corpo.

III—Encontram-se as mais das vezes nos membros inferiores.

CLINICA MEDICA

(1.ª CADEIRA)

I—As affecções cardiacas expõem as gestantes a diferentes complicações que podem comprometter o estado gravidico.

II—Entre ellas, temos: as metrorrhagias, o aborto e o parto prematuro.

III—As primeiras são as mais frequentes.

CLINICA MEDICA

(2.ª CADEIRA)

I—A anemia infantil pseudo-leucemica é uma molestia especial da primeira infancia.

II—Seus principaes symptomas são: uma pallidez extrema e a hypertrophia consideravel do baco.

III—Habitualmente tem uma marcha seguida de cachexia, edema, purpuras e morte.

CLINICA PEDIATRICA

I—A enterite infantil, na maioria dos casos, corre por conta do alimento.

II—Deve-se então examinar o leite, fiscalizar o aleitamento e até mudar de leite se preciso fôr.

III—O exame das fezes e o peso diario da creança fornecem dados seguros sobre o seu estado de nutrição.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

- I—Para que haja infanticídio, a condição essencial é que o recém-nascido tenha vivido.
- II—A presença de ar nos alveolos pulmonares, é um dos signaes de que a creança respirou.
- III—A docimazia pulmonar hydrostatica revela a existencia do ar nos pulmões.

HYGIENE

- I—A mulher grávida deve submeter-se ás regras geraes da hygiene.
- II—A alimentação deve ser substancial, sem ser entretanto muito abundante.
- III—O repouso é util, principalmente nas proximidades do parto.

OBSTETRICIA

- I—A placenta é um corpo carnoso muito vascularizado.
- II—Nella os vasos sanguineos maternos e fetaes se põem em intimo contacto.
- III—E' o órgão essencial da respiração e da nutrição fetal.

CLINICA OBSTETRICA

- I—Durante o primeiro trimestre da gravidez não se ouve os batimentos cardiacos do feto.
- II—Elles apparecem e augmentam progressivamente de intensidade do quarto mez em diante.
- III—Constituem o signal de certeza por excellencia da gravidez.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

- I—A hysteria é uma nevrose muito mais frequente na mulher do que no homem.
- II—As manifestações psychicas muitas vezes occupam a attenção do Medico-Legista.
- III—Das nevroses é a mais communmente observada.

Visto.—Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1915.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.