

THESE

APRESENTADA

A FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

PARA SER PUBLICAMENTE SUSTENTADA

Em Novembro de 1880

AFIM DE OBTER O GRÃO

De Doutor em Medicina

POR

Apriçio Antero da Costa Andrade

Natural da Provincia de Sergipe

Ser medico é restituir a seus filhos, aos affectos santos da familia uma mãe adorada, é restituir ao seu amor o filho extremecido de sua alma, é restituir-lhe o espozó querido, que lá se ia caminho das voragens do tumulto.....

DR. RODRIGUES DA SILVA.
[Discurso em 1879]



BAHIA

TYP. DE LOPES VELLOSO & C^ª

2—Rua de Santa Barbara—2

1880

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR

O Exm. Sr. CONSELHEIRO DR. ANTONIO JANUARIO DE FARIA

VICE-DIRECTOR

O Exm. Sr. Dr. FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

LENTES PROPRIETARIOS

Os Illms. Srs. Drs.	1º ANNO
Virgilio Climaco Damazio.....	Chimica e mineralogia.
Augusto Gonsalves Martins.....	Anatomia descriptiva.
José Alves de Mello.....	{ Physica em geral, e particularmente em suas applicações á medicina.
2º ANNO	
Cons. Antonio de Cerqueira Pinto..	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira.....	Physiologia.
Pedro Ribeiro d'Araujo.....	Botanica e Zoologia.
Augusto Gonsalves Martins.....	Repetição de Anatomia descriptiva.
3º ANNO	
Cons. Elias José Pedrosa.....	Anatomia geral e Pathologica.
Egas Carlos Meniz Sodré de Aragão.	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira.....	Continuação de Physiologia.
4º ANNO	
Domingos Carlos da Silva.....	Pathologia externa.
Demetrio Cyriaco Tourinho.....	Pathologia interna.
Barão de Itapoan.....	{ Partos, molestias de mulheres pe- jadas e de meninos recém-nascidos.
5º ANNO	
Demetrio Cyriaco Tourinho.....	Continuação de Pathologia interna.
Luiz Alvares dos Santos.....	Materia medica e Therapeutica.
Cons. José Antonio de Freitas.....	{ Anatomia topographica, Medicina operatoria e Apparelhos.
6º ANNO	
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães.	Pharmacia.
Francisco Rodrigues da Silva.....	Medicina Legal.
Cons. Domingos Rodrigues Seixas..	Hygiene e historia da Medicina
José Affonso Paraiço de Moura....	Clinica externa, do 3º e 4º anno
Raimiro Affonso Monteiro.....	Clinica interna, do 5º e 6º anno

LENTES SUBSTITUTOS

José Olympio de Azevedo.....	{ Secção accessoria.
Manoel Victorino Pereira.....	
.....	{ Secção cirurgica.
Antonio Pacifico Pereira.....	
Alexandre Affonso de Carvalho....	
José Pedro de Souza Braga.....	{ Secção medica.
Claudemiro A. de Moraes Caldas...	
Manoel Joaquim Saraiva.....	
José Luiz de Almeida Couto.....	

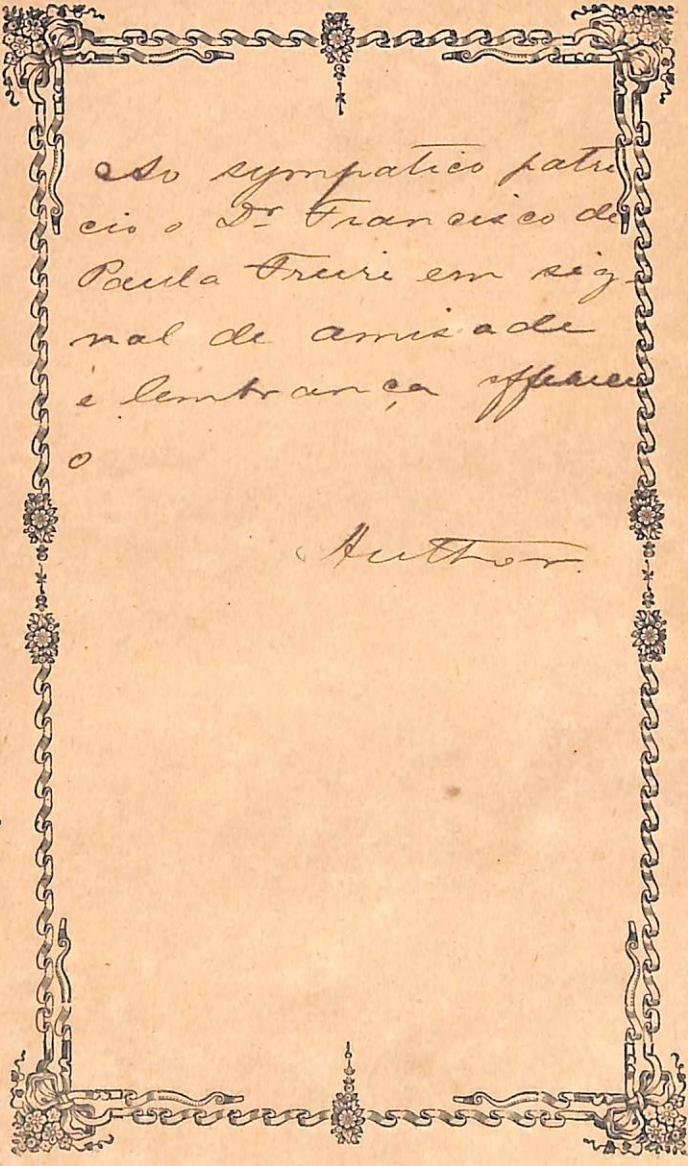
SECRETARIO

O Sr. Dr. CINCINATO PINTO DA SILVA

OFFICIAL DA SECRETARIA

O Sr. Dr. THOMAZ D'AQUINO GASPARI

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



So sympathico patri-
cio o Sr. Francisco de
Paula Freire em sig-
nal de amizade
e lembrança offerece

Author



Á MEMORIA
DE MEUS AVÓS

Á DE MEUS TIOS

Á DE MEUS PARENTES

Á DE MEUS AMIGOS

Dr. Lucio Diogo de Araujo Borges
Dr. Theophilo Apolinario de Oliveira
Dr. Jacintho do Prado Carvalho
Dr. Francisco Anselmo da Cruz

Uma lagrima.

A' MEU PAE

MEU PROTECTOR E VERDADEIRO AMIGO

A minha extremosa Mãe

A^s MINHA BOA AVO^s

AO ILL.^{mo} SR. COMMENDADOR

Arnaldo Lopes da Silva Lima

E SUA EX.^{ma} FAMILIA

AO ILL.^{mo} SR. COMMENDADOR

José Lopes da Silva Lima

E SUA EX.^{ma} FAMILIA

AO ILL.^{mo} SR. DR.

JOSÉ MARTINS FONTES

E SUA EX.^{ma} FAMILIA



Á MEU MESTRE E AMIGO

Exm. Sr. Barão de Itapoan

AOS MEUS PRIMOS E VERDADEIROS AMIGOS

Dr. Candido da Costa Pinto

Alferes Manoel Antonio da Cruz Andrade

Á MEU PADRINHO

Vigario Bernardino de Senna Travassos do Amaral

Aos meus amigos e companheiros de casa

DR. ANTONIO RODRIGUES DA CUNHA MELLO

DR. CAETANO DA ROCHA CERQUEIRA

DR. FRANCISCO DE PAULA FREIRE

DR. PHILOMENO DE VASCONCELLOS HORA

DR. ANTERO JOSÉ DOS SANTOS

Aos meus collegas e amigos

DR. GEMINIANO JOSÉ DA COSTA
DR. FABRICIO CARNEIRO DOS TUPINAMBÁS VAMPRE
DR. JOVINIANO JOAQUIM DE CARVALHO
DR. JOSÉ ZACHARIAS DE SOUZA
DR. SEVERIANO BOAVENTURA DA ROCHA PITTA
DR. PAULO JOAQUIM DA FONSECA
PHARMACEUTICO EMILIO DE MENEZES SAMPAIO

AOS MEUS AMIGOS

DR. LOURENÇO FREIRE DE MESQUITA DANTAS
DR. TITO LIVIO VIEIRA DORTAS
DEZEMBARGADOR DR. ANTONIO DA ROCHA VIANNA
VIGARIO THOMAZ ANTONIO DA COSTA PINTO
VIGARIO VICENTE VALENTIM DA CUNHA
CORONEL JOSÉ ZACHARIAS DE CARVALHO
MANOEL JOSÉ MARQUES
ANNIBAL PEREIRA DA SILVA LIMA
CAPITÃO TRANQUILINO JOSÉ DOS SANTOS
ANTONIO FRANCELLINO DOS SANTOS
e suas ex.^{ms} Familias

Aos collegas doutorandos

especialmente os Srs.

DR. JULIO PALMA

DR. JOSÉ TEIXEIRA MENDES

DR. VIRGILIO JOSÉ MARTINS

DR. SALVADOR JOSÉ PINTO

DR. FERNANDO NAPOLEÃO AUGUSTO DE ALENCAR

DR. REINALDO APRIGIO DE ARAUJO

DR. GALDINO TELLES DE MENEZES

DR. FRANCISCO MANOEL DIAS COELHO

DR. FREDERICO RAMALHO DE OLIVEIRA

AOS MEUS MESTRES

os Ill.^{mos} Srs.

DR. FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

DR. DEMETRIO CYRIACO TOURINHO

DR. RAMIRO AFFONSO MONTEIRO

CONSELHEIRO DR. JOSÉ ANTONIO DE FREITAS

DR. JOSÉ AFFONSO PARAISO DE MOURA

DR. JOSÉ PEDRO DE SOUZA BRAGA

AO SYMPATHICO AMIGO

Capitão José Joaquim de Lucioz

À MINHA TIA

Aos meus estimados primos

AOS MEUS PARENTES

AOS MEUS AMIGOS

Aos amigos de meu Pai

A SOCIEDADE ACADEMICA DA BAHIA

A ILLUSTRE CONGREGAÇÃO DA FACULDADE

Offereço a minha these.

PONTOS

DISSERTAÇÃO

Secção Cirurgica

HEMORRHAGIAS PUERPERAES

PROPOSIÇÕES

Secção Medica

DO BERIBERI E SEU TRATAMENTO

Secção Cirurgica

DA OPERAÇÃO CEZARIANA

Secção Accessoria

QUAL O MELHOR PROCESSO PARA A PREPARAÇÃO DOS VINHOS MEDICINAES?

DISSERTAÇÃO

SECÇÃO CIRURGICÁ

[CADEIRA DE PARTOS]

HEMORRHAGIAS PUERPERAES

DISSERTAÇÃO

O sangue é o thesouro da vida.

[MAURICEAU.]

Definição

Uma definição para que seja exacta, importa o conhecimento cabal do objecto a definir, harmonizado com os preceitos estabelecidos pela boa logica.

Do que se vê, comprehende-se quão difficil é para nós dar uma boa definição a respeito da affecção de que vamos nos occupar, pelo que apresentamos uma do illustre Professor de Clinica Externa do Rio de Janeiro, que muito nos satisfaz.

Chama-se hemorrhagia puerperal a toda extravasação sanguinea mais ou menos abundante, tendo seu ponto de partida na madre, quer venha d'este orgão, ou dos annexos do fêto.

Divisão

É muito simples e de facil distincção a divisão das hemorragias em internas e externas.

As internas subdividem-se em intra e extra-placentarias.

Relativamente a epocha de seu apparecimento dividiremos as hemorragias em hemorragias dos seis primeiros mezes, dos tres ultimos, durante o trabalho do parto, e posterior ao trabalho do parto.

M. le Dr. Barnes divide as hemorragias no ponto de vista clinico em duas grandes classes.

1.^a Hemorragias que se produzem durante a prenhez.

2.^a Hemorragias que se produzem durante e depois do parto.

A 1.^a classe subdividindo-se em tres fórmas:

1.^a Hemorragias do aborto;

2.^a Hemorragias causadas pela placenta previa;

3.^a Hemorragias que elle chama accidentaes, que são causadas por um descollamento prematuro da placenta.

A 2.^a classe se divide tambem em tres fórmas:

Casos de retenção da placenta;

Casos em que a perda se continúa, ou se produz depois da sahida da placenta;

Casos em que a perda se produz alguns dias depois do parto.

Emfim Pajot divide as hemorragias em graves e ligeiras, e, segundo o momento em que ellas se produzem, em hemorragias antes, durante e depois do parto.

Etiologia

As causas das hemorragias dividem-se em predisponentes, determinantes e especiaes.

CAUSAS PREDISPONENTES

Convém que, para apreciarmos bem o modo d'acção das causas, que vamos estudar, digamos algumas palavras sobre as modificações por que passa o utero durante a prenhez.

O utero, durante a gestação experimenta importantes mudanças não só relativas ao seu volume, fórma, como tambem á sua direcção, situação e relações.

A concepção produz, nos órgãos genitales e particularmente no utero, um estado de irritação nutritiva, que determina um affluxo consideravel de liquidos para todas estas partes.

Durante o primeiro mez da vida intra-uterina,

o óvo só occupa uma parte mui pequena da cavidade da madre, sendo todo o resto occupado pelo desenvolvimento da caduca epichorial e da mucosa parietal. O óvo é cercado de ramificações vasculares que vem se implantar na mucosa uterina formando largas e multiplicadas communicações entre elle e a mucosa.

Mais tarde, a placenta começa a desenvolver-se e com ella seus vasos numerosos; são estes vasos que, pela dilatação de seus ramos formão vasos seios, que communicão-se entre si, e determinão a reabsorpção dos elementos interpostos.

Em um periodo mais adiantado da gestação, quando a placenta se tem organizado e acha-se em plena actividade funccional, a dupla circulação e o desenvolvimento notavel do aparelho vascular do utero e a estructura particular dos vasos utero-placentarios favorecem ainda a producção de accidentes hemorrhagicos.

Nas ultimas phases da prenhez, as paredes uterinas se hypertrophião, os troncos das quatro arterias, que alimentão o utero, augmentão-se, as suas ramificações e divisões se multiplicão, todas as arterias e veias que existião antes da prenhez reforção seus calibres, e aquellas que não existião, ou que não erão visiveis, formão-se, crescem e offerecem um diametro consideravel, porém são

muito fracas em virtude de não possuírem senão a tunica interna, e serem mal sustentadas pelos tecidos visinhos.

Todos estes vasos, desprovidos de valvulas, tem largas e faceis communicações, que fazem do utero uma especie de orgão cavernoso, como diz Wirchow.

Nos pontos correspondentes á inserção da placenta, as veias apresentam-se mais largas e atravessando a mucosa disseminão-se no tecido proprio da mesma.

Resulta d'esta disposição que, no systema arterial o sangue passa de troncos pouco volumosos para cavidades muito espaçosas, cavidades constituídas pelas ramificações tão numerosas, que as veias fornecem na espessura do orgão; que no aparelho venoso existe uma desproporção maior entre os troncos das veias uterinas e ovaricas e seus ramos, de sorte que o sangue passa de cavidades espaçosas para tubos estreitos.

Jacquemier considerava que esta desproporção dos vasos uterinos era causa de demora na circulação uterina, e por tanto propria para produzir a stase venosa, depois engorgitamento venoso e por fim a ruptura dos vasos e a hemorrhagia. Elle baseava-se na lei hydraulica seguinte: *quando um liquido corre em um tubo continuo, a quantidade, que,*

em um momento dado, atravessa as diversas secções do tubo, deve ser a mesma por toda parte, diminuindo a velocidade, se o tubo alarga-se, e augmentando, se elle estreita-se.

Cazeaux, ao contrario, sustenta que esta disposição anatomica não produz tão grande retardamento na circulação.

São tambem consideradas causas predisponentes de hemorrhagias, as congestões passivas do utero, devidas á existencia de embarços, que difficultem a volta do sangue pela veia cava inferior.

Entre as modificações anatomicas do utero, o desenvolvimento da estructura muscular é, para Gendrin, considerado como causa predisponente de hemorrhagias.

Tem-se procurado saber d'onde vem o sangue das perdas, que se manifestão quando a mulher está gravida.

Para explicar o facto apresentão-se diversas theorias.

Jacquemier pensa que o sangue ás mais das vezes provém da ruptura de uma ou muitas veias utero-placentarias.

Cazeaux diz que algumas vezes o sangue vem das veias, porém que, na maioria dos casos, elle tem origem das arterias.

Outros finalmente admittem, que, no maior

numero dos casos, elle provém das veias e que somente por excepção é que vem das arterias.

No estado de gravidez a mulher acha-se sob a influencia de muitas causas capazes de produzir o aborto e por conseguinte de determinar hemorragias.

São predispostas á soffrer d'este mal as mulheres, que são muito vigorosas ou muito fracas, as que são sanguineas, muito nervosas, ou muito lymphaticas, as que são menstruadas antes de tempo, e cujas menstruações são muito abundantes.

Cazeaux fallando das mulheres sanguineas, diz:

Em certos casos a fluxão sanguinea não se limita aos vasos uterinos: quando é muito consideravel, produz um entumescimento aneurismatico ou varicoso nas partes visinhas, taes como os vasos dos ligamentos largos que vão ter á trompa e ao ovario. Estes vasos rompem-se algumas vezes, e determinão uma perda mortal, como Al. Leroy diz ter observado em duas mulheres que morrerão poucos dias depois do casamento.

São causas predisponentes das hemorragias as differentes affecções do utero e seus annexos, as affecções do ovo e as affecções do fêto.

Entre as affecções do utero umas provocão contracções reflexas, que são muitas vezes seguidas da expulsão do fêto e de hemorragias, como por

exemplo: as inflammções, as ulcerações, os tumores, etc., em consequencia da dôr que produzem; outras impedem o seu desenvolvimento, como: os descollamentos, a existencia dos tumores no abdomen, nas trompas, etc.

Podem ser causa de hemorragias todas as molestias que affectão o cordão, porque o tornão friavel.

A sua pouca extensão pode ser causa tambem, não só porque expõe o orgão á rupturas, como tambem porque dá logar a todos os grãos de inversão, principalmente se as contracções são fortes e energicas.

São ainda causas frequentes do aborto, principalmente nos primeiros tempos da vida embryonaria as affecções das membranas.

Assim é que o descollamento d'ellas irritando directamente o utero, desperta suas contracções. E' d'este modo que influem as manobras que tem por fim provocar o aborto e o parto prematuro pelo descollamento das membranas.

Pode tambem produzir o aborto a hydropesia do amnios, por causa da extrema distensão do utero.

Tambem predispoem ao aborto e ás hemorragias, as molestias que accommettem o fêto; as

Vezez ellas matão-no, outras elle nasce fraco e cãchetico.

A prenhez multipla, muito mais que a simples, é causa de hemorrhagias, pois que ella é acompanhada de phenomenos, como por exemplo: o desenvolvimento excessivo da madre e a distensão de suas parèdes, que a expõe ao traumatismo, á fadiga e á inercia, condicções estas que favorecem o apparecimento das hemorrhagias.

Agora nos resta dizer algumas palavras sobre certas circumstancias que predispoem as hemorrhagias, circumstancias estas independentes da circulação geral da mulher, taes como: o temperamento sanguineo, os partos numerosos, a fraqueza geral da mulher, quer ella dependa de uma má alimentação, quer de padecimentos que a tenham accomettido de ha muito, de hemorrhagias abundantes em partos anteriores, etc.

Os banhos quentes trazem muitas vezes após si a hemorrhagia.

O uso de vesicatorios e sinapismos nas coxas, o abuso dos purgativos drasticos, que podem reagir sobre o utero pela irritação muito viva que elles produzem sobre os intestinos, a applicação de sanguesugas na vulva, emfim todas as circumstancias proprias para entreter um estado ha-

bitual de congestão para a madre, a fadiga, a frequencia de bailes, espectaculos, reuniões numerosas, onde a temperatura é elevada e o ar impuro, o uso immoderado de bebidas alcoolicas, podem ser seguidas de hemorragias.

CAUSAS DETERMINANTES

As causas que acabamos de estudar, conforme a intensidade com que obrem, podem tambem ser determinantes.

As causas determinantes são innumeradas e variadas: assim são consideradas causas determinantes todas as emoções moraes vivas e commoções physicas, que a mulher pode experimentar, como por exemplo: uma discussão viva, paixões violentas, o medo, a chegada inesperada de um individuo que estava auzente, um pezar profundo, um susto repentino, etc.

São estas as causas moraes que obrão sobre todo o organismo e só por acção reflexa é que determinão um affluxo de sangue para o utero.

As causas physicas e que obrão directamente sobre o orgão uterino e as que, pelo abalo que lhe communicão, perturbão as relações que existem entre elle e os productos da concepção, são— as pancadas, os esforços para levantar grandes

pesos, um choque sobre a região abdominal, uma queda sobre os pés, os saltos, a tosse, o vomito, etc.

São consideradas como causa de hemorragias a ruptura do utero e do collo, a inercia uterina, seja qual fôr a sua causa, o trabalho muito longo, a presença das pareas no utero, a inserção anomala da placenta e o seu volume excessivo.

Cazeaux considera a ruptura do utero como um dos accidentes mais graves que podem succeder á mulher no estado puerperal.

Elle em relação á idade observa que as mulheres adiantadas em idade são as que estão mais sujeitas á este accidente.

Se a placenta estiver inserta no segmento inferior do utero comprehende-se que ella se distenderá, soffrerá abalos, romper-se-ha e dará logar á hemorragias.

Estas hemorragias se dão de ordinario no fim da prenhez.

Pajot observou 79 casos em que se deu a hemorragia por causa de inserção viciosa.

Emfim o parteiro não deve empregar artificios intempestivos e sem methodo, senão dará logar a hemorragias.

Além d'estas causas ainda podem determinar hemorragias as gastralgias intensas, a eclampsia, etc.

CAUSAS ESPECIAES

Passemos agora á tratar de uma outra ordem de causas, que muito influem na producção das hemorragias, são ellas: a inserção anormal da placenta, a ruptura do cordão umbilical e a retracção brusca do utero.

INSERÇÃO ANORMAL DA PLACENTA

A placenta ordinariamente se insere no fundo da madre, na parede anterior ou posterior, porém no segmento superior; quando, porém, ella se insere no segmento inferior, mais ou menos perto do collo, a inserção então é viciosa.

No segmento inferior ella pode occupar diversos logares; pode se achar na visinhança do collo, ou no proprio collo, ou no interior do collo.

No primeiro caso a inserção é chamada *marginal*; ella é parcial ou incompleta, quando cobre somente uma parte do collo; é completa se a massa cobre inteiramente o collo.

A inserção anormal da placenta só foi conhecida em 1685 por Portal, que em alguns casos reconheceu que a placenta se inseria no orificio uterino, o que foi em 1799 demonstrado anatomica-

mente por Schacher no cadaver de uma mulher que morreu de hemorragia, no fim da prenhez.

D'esta epocha em diante é que os auctores tem estudado com mais attenção esta importante questão.

Agora se nos apresenta uma questão importante, que é sabermos quaes sejam as causas que dão logar á esta inserção viciosa da placenta.

Nem todos os parteiros são da mesma opinião.

Assim E. Brunner admite que a placenta pode se fixar em todos os pontos da madre, e faz depender este facto da mobilidade do utero, de sua situação e dos movimentos das mulheres que tem concebido; acrescenta mais como causa accessoria a posição do feto.

Scharigio admite a influencia das posições da mulher durante o acto fecundante.

Osiander admite que a multiparidade favorece este accidente. Diz elle que as multiparas são predispostas á este accidente pela deformação do utero, resultante de partos precedentes. Elle admite igualmente que a posição que toma a mulher logo depois da concepção, pode ter uma influencia capital, porque n'aquellas que conservão-se deitadas sobre o dorso ou sobre o lado, depois da impregnação, o ovulo inserir-se-ha no fundo ou

nos lados da madre, na visinhança da trompa; em quanto que n'aquella que assenta-se ou que levanta-se logo depois da fecundação, o ovulo está exposto a cahir perto do orificio interno.

Moreau pensava que as trompas tinham a faculdade de, por um movimento peristaltico, impellir o ovulo para a madre; e segundo a maior ou menor violencia d'estas contracções expulsivas, o ovulo ficava na visinhança do orificio tubario ou era lançado para mais longe, e cahia assim na parte a mais declive do orgão.

Scanzoni, que prova a predominancia d'esta anomalia nas multiparas, invoca o amollecimento e o relaxamento da madre, unidos ao alargamento da cavidade uterina.

Emfim, Cazeaux diz que o ôvo pode dirigir-se para os pontos declives, em consequencia de uma tumefacção insufficiente da mucosa.

Para explicar este facto admite que o ôvo chega á cavidade uterina sem estar fecundado, e somente ahi é que recebe a acção do liquido seminal, e n'esta condição o ôvo não encontra a mucosa tumefeita, e pode penetrar até o collo uterino e fixar a sua residencia.

Como se vê, estas theorias não podem satisfazer as exigencias de um espirito rigoroso: as de

Osiander e Cazeaux mesmo, que parecem mais accetaveis, peccão comtudo em muitos pontos.

Vamos agora saber porque dá-se a hemorrhagia quando a placenta insere-se no terço inferior do utero, e porque ella sobrevém nos ultimos mezes da prenhez.

Diversas theorias tem sido apresentadas por alguns auctores, porém nenhuma explica bem o factó, a não ser a de Jacquemier que, nos parece, deve ser admittida.

Diz este distincto parteiro que nos seis primeiros mezes da prenhez o utero se desenvolve particularmente á custa das fibras da parte superior do corpo e do fundo do orgão, e que nos tres ultimos as fibras, que pertencem ao terço inferior do corpo do utero, desenvolvem-se de uma maneira rapida e que a cavidade do orgão se engrandece sobretudo em consequencia da distensão e do desenvolvimento d'esta parte inferior. O que o prova é que o corpo do utero que era periforme nos primeiros mezes apresenta um ovoide no fim da prenhez.

Cazeaux, ao contrario, diz que o desenvolvimento da placenta nos seis primeiros mezes é muito mais rapido do que nos tres ultimos, o que parece, segundo elle, bastar para a producção da hemorrhagia.

Com effeito, quando a placenta insere-se no fundo do utero, o seu crescimento dá-se ao mesmo tempo que se desenvolve a porção das paredes uterinas, na qual ella está implantada, e então concebe-se que não ha hemorragias; quando, porém, ella insere-se no collo, ou em um ponto visinho, deve-se dar o contrario.

A hemorragia n'este caso considerada como inevitavel, pode entretanto faltar, e pode dar-se a dilatação do collo sem que haja corrimento de sangue.

Para explicar este facto diz Walter que, n'estes casos, ha provavelmente uma communicação mais larga e mais facil entre as radículas venosas e arteriaes do utero, de sorte que o sangue pode passar das arterias para as veias sem realizar-se corrimento.

Mercier pretende que os vasos exhalantes do utero estão em um estado de constricção, capazes de oppor-se ao curso do sangue.

Moreau pensa que n'estes casos já o feto tem succumbido, e que então sobrevém á circulação do utero mudanças necessitadas pela suspensão da circulação fetal: o sangue coagula-se nos vasos, e obliterando-os impede a hemorragia.

Emfim Jacquemier entende que já se tenha descollado a placenta, de sorte que o trabalho

do parto não pode augmentar este descollamênto, sendo os orificios dos vasos anteriormente obliterados pelo sangue coagulado.

E' d'esta maneira que se pode explicar os factos nos quaes a perda depois de ser reproduzida muitas vezes durante a prenhez, não se reproduz mais durante o trabalho.

RUPTURA DO CORDÃO

A ruptura dos vasos umbilicaes, como tambem a hemorragia a que ella dá logar, pode depender d'uma molestia das tunicas vasculares, da pouca extensão do cordão e de uma disposição particular dos vasos do cordão.

A ruptura do cordão pode dar logar a uma hemorragia interna e grave, como foi observado por Pajot em 6 casos.

Pode tambem produzir uma hemorragia mortal para o fêto a distribuição anormal dos vasos umbilicaes.

Pode ser causa de hemorragias, não só depois da ruptura das membranas, como tambem durante o parto e antes do trabalho, o encurtamento do cordão.

Com quanto seja negada esta ruptura por Madames Lachapelle, Boivin e por M. Velpeau, Ca-

zeaux a sustenta, e diz que ella deve ser attribuida a attracções que experimenta o cordão.

Tracções produzidas antes da ruptura das membranas pelos movimentos desordenados do feto.

Segundo a maioria dos parteiros a pouca extensão do cordão pode produzir uma hemorragia, determinando o descollamento prematuro da placenta; opinião esta, que é negada por Cazeaux, pois, diz elle, que esta pouca extensão não é capaz de descollar a placenta.

RETRACÇÃO BRUSCA DO UTERO

É causa de grande importancia a retracção brusca do utero em uma epocha pouco adiantada do trabalho.

Esta retracção se mostra nos casos de hydroamnios, ou de prenhez dupla, quando o utero se desembaraça mui rapidamente do liquido, ou dos fetos que elle continha.

Symptomatologia

Os symptomas das hemorragias puerperaes dividem-se em symptomas geraes e locaes.

SYMPTOMAS GERAES

A hemorragia em alguns casos manifesta-se rapida e repentinamente, é o primeiro phenomeno, isto acontece quando a hemorragia é devida a uma causa externa, ou então quando depende da inserção anormal da placenta.

Em outros casos a mulher experimenta algumas horas, ou alguns dias antes da hemorragia, um máo estar, peso na bacia, dôres nos rins, tensão no hypogastrio, uma dôr obtusa e gravativa nos lombos, na parte superior das coxas, dôr que augmenta durante a estação em pé.

Estes phenomenos são acompanhados de cephalalgia, vertigens, coloração da face, frequencia e plenitude do pulso.

Quando as perturbações geraes durão alguns dias, os movimentos activos do fêto tornão-se mais fracos á ponto de não serem percebidos pela mulher.

São estes phenomenos precursores que dão lugar aos symptomas geraes da hemorragia.

A intensidade e duração d'estes phenomenos varião com o temperamento da mulher, e com a epocha mais ou menos adiantada da prenhez.

A estes phenomenos seguem-se outros proprios das hemorragias.



A mulher fica agitada, procura levantar-se do leito de dôres, sente oppressão na região precordial e uma agonia inexprimivel.

O pulso perde sua frequencia e dureza, as extremidades ficão frias, o rosto empallidece, os batimentos do coração fracos e apressados, os olhos perdem o brilho.

Muitas vezes apparecem nauzeas, lipothimias, vomitos, syncopes, convulsões e a morte.

Muitas vezes estes symptomas podem faltar, quando a hemorrhagia não tiver uma marcha regular e lenta.

SYMPTOMAS LOCAES

As hemorrhagias podem affectar duas grandes fórmãs; são internas e externas.

Internas, quando se produzem no interior do utero, e externas, quando apresentam-se exteriormente.

Quando as hemorrhagias são internas são muitas vezes ligeiras e até passão desapercibidas, principalmente nos primeiros mezes, ou então o sangue derramado, coagulando-se, denuncia a sua presença por colicas, dôres nos rins, peso na bacia, no perineo, etc.

Diz Baudelocque que existem circumstancias

em que os symptomas das hemorrhagias occultas são precedidos, acompanhados ou seguidos de um corrimento exterior do sangue.

Outras vezes ellas determinão symptomas muito terriveis e então nota-se um desenvolvimento consideravel e rapido do ventre, o utero torna-se duro e apresenta algumas vezes uma fôrma particular, parece que se acha dividido em duas partes, occupada uma pelo ôvo e a outra pelo sangue derramado; vê-se sobrevir os signaes de uma anemia, a doente enfraquece-se e produzem-se dôres violentas no abdomen.

A séde do derramamento das hemorrhagias internas varia segundo os vasos, de que provém o sangue.

Algumas vezes o sangue pode derramar-se entre a face uterina da placenta e a parede uterina correspondente, continuando então a perda, a placenta se descollará até um dos pontos de sua circumferencia e o sangue depois de ter descollado as membranas, espalha-se em redor do ovo. Outras vezes o sangue pode derramar-se no proprio tecido da placenta e constituir a apoplexia placentaria; n'este caso é a morte do fêto muitas vezes inevitavel, ao passo que a vida da mulher nunca se acha compromettida. Ainda pode o sangue derramar-se entre a face fetal da placenta e o chorion.

Quando as hemorragias são externas, o sangue as vezes corre ora lenta e continuamente, ora faz-se com força o corrimento, porém com intermittencias.

Nos primeiros mezes o corrimento podia ser tomado por uma menstruação tardia, porém a partir do sexto mez, podemos dizer que se trata de uma hemorragia tendo por causa o aborto.

Em epochas mais adiantadas da prenhez, ella pode tomar porporções consideraveis, e reconhece por causa ordinaria a inserção viciosa. Se sobrevém então depois do parto, é devida ao descollamento da placenta, estando o utero em inercia.

Esta hemorragia póde tambem ser interna; o sangue póde então formar um coalho que obstrua o collo e difficile o corrimento para o exterior: n'este caso o utero augmenta pouco a pouco de volume e toma a fórma de um tumor molle e sensivel á pressão.

Diagnosticico

Para diagnosticarmos uma hemorragia é preciso termos em vista as causas que a produzião. Assim quando ella é produzida por uma

causa accidental, nos parece, que o diagnostico não será difficil, porém, quando ella é produzida pela inserção anormal da placenta, então o caso será mais serio.

Para reconhecermos esta anomalia temos signaes que annunciem a sua existencia; estes signaes se dividem em racionaes e sensiveis.

Quando a hemorrhagia se produz durante o trabalho, ella é devida a um descollamento placentario, porém não é sempre certo que as partes estejam na visinhança do orificio.

Os signaes sensiveis fornecidos pelo toque poderão só permittir estabelecer a verdadeira situação. A propria marcha da hemorrhagia fornece alguns symptomas importantes.

Assim, na inserção viciosa da placenta, a perda ás mais das vezes vem sem causa apreciavel, muitas vezes durante o somno; outras vezes a hemorrhagia se declara pela primeira vez durante o trabalho do parto; n'este caso os signaes fornecidos pelo toque terão grande importancia.

Emfim não é raro que se produza uma só hemorrhagia; ás mais das vezes apparecem uma, duas, tres, etc., em intervallos mais ou menos approximados e quasi sempre as perdas tornão-se cada vez mais abundantes.

Os signaes fornecidos pelo toque são variaveis, segundo o estado do collo.

Quando elle não se acha bastante dilatado, ou quando o orificio interno é ainda bastante resistente, de modo que o dedo não possa tocar directamente a parte do ôvo que lhe corresponde, não se pode á principio senão provar um volume um pouco maior do collo, o que é facil de explicar-se, visto a enorme vascularisação das partes visinhas. Além d'isto nós temos signaes por meio dos quaes podemos reconhecer a causa da perda, por exemplo: a hemorrhagia nunca se apresenta antes do fim do sexto mez, ella só apparece do setimo ao nono mez.

Ella começa espontaneamente, sem causa apreciavel.

E' pouco abundante, quando se declara pela primeira vez, porém, dias depois, continúa com mais abundancia.

O collo uterino é em geral mais espesso e mais esponjoso, porque a placenta, fixando-se n'este ponto, determina um affluxo maior de liquidos. Se as membranas se achão intactas, e o trabalho se tem começado, a perda augmenta durante as contracções uterinas, o que não se dá quando a perda é occasionada por um descolamento da placenta, quando ella se acha inserta

em outro ponto qualquer. Este signal é de grande valor, porem, somente antes da ruptura das membranas; finalmente nos casos de inserção central da placenta, a bolsa das aguas não se fórma, de maneira que praticando-se o toque encontramos uma superficie fungosa, desigual e adherente ás partes visinhas, em vez de uma superficie lisa e igual.

Quando o collo está dilatado, o dedo percorre á principio um orificio mais ou menos liso, segundo que a mulher é primipara ou multipara.

Se a placenta cobre o orificio interno é facil de provar-se a sua presença; toca-se em uma massa esponjosa, bastante molle, que se deixa deprimir pelo dedo; póde tambem acontecer que o sangue coagulado cubra a substancia placentaria e mascare seus caracteres; porém o dedo de uma pessoa, que tenha experiencia, reconhecerá o que sejam coalhos e o que seja placenta.

Entre os signaes fornecidos pelo toque existe um de grande valor, que é a ausencia do balanceamento.

O balanceamento consiste, segundo Pajot, no deslocamento total do fêto, e, segundo Depaul, em seu deslocamento parcial com sensação de impulsão e do choque transmettido ao dedo explorador.

E' no sexto ou oitavo mez que o balanceamento se apresenta com mais claresa.

Nos casos de inserção viciosa, este balanceamento falta ou é profundamente obscuro.

Levret diz que nos casos de inserção viciosa, a madre em lugar de ser arredondada, é achata-da, dividida em duas lojas como em uma prenhez gêmea, porém os dois lados não são symetricos.

Gendrin diz que se pode sentir no collo uma pulsação que não é isochrona com o pulso materno.

Quando o collo se acha bastante dilatado, de sorte que o dedo possa penetrar na cavidade uterina, o diagnostico não será mais duvidoso, por que chega-se directamente ao bordo ou á uma parte da placenta, o que se reconhece facilmente pelos seus lobos e suas anfractuosidades.

Até agora só temos nos occupado do diagnostico das hemorragias externas, passemos agora a estudar os meios que temos para diagnosticarmos uma hemorragia quando fôr interna.

Nos primeiros mezes da prenhez ha casos de hemorragias internas pouco intensas, pelo que ellas não podem ser bem diagnosticadas, visto como a quantidade de sangue derramado é muito pouco consideravel, porém nos ultimos mezes o diagnostico basea-se principalmente no desenvol-

vimento rapido do ventre, signal este que é considerado de grande valor.

Muitas vezes, porém, este desenvolvimento pode ser devido á outra causa qualquer, como por exemplo: á uma tympanite, uma hydropisia do amnios; n'este caso existem meios pelos quaes possamos distinguil-as.

Não se pode confundir com a tympanite, porque n'este caso uma sonoridade se nos revela pela percussão, o que não se dá quando o ventre se acha desenvolvido em virtude do sangue que se accumula na cavidade uterina.

Tambem não pode haver confusão com a hydropisia do amnios porque aqui o desenvolvimento do ventre se faz com lentidão.

Se durante o trabalho do parto as mulheres experimentarem syncopes extranhas á toda perda do sangue, o volume do ventre n'este caso não será augmentado.

Muitas vezes tambem a hemorrhagia interna é seguida do enfraquecimento e até de suspensão das dôres.

As hemorrhagias que se dão depois do parto não serão tão difficeis de diagnosticar-se, principalmente se ellas são externas.

Prognostico

Para fazermos um prognostico serio das hemorragias, devemos ter em consideração, além da intensidade e duração do fluxo sanguineo e sua frequencia, a epocha do trabalho no qual se produzem as hemorragias.

Ellas em geral são pouco perigosas para a mulher, salvo grande abundancia, nos primeiros mezes da prenhez, ao passo que para o fêto ellas são quasi sempre mortaes. Nos ultimos mezes da prenhez o prognostico é muito mais grave para a mulher.

Cazeaux diz que esta gravidade é maior no sétimo, oitavo e nono mezes.

Durante o trabalho este accidente não só é grave para a mulher, como tambem para o fêto. Convém notar que a perda em uma primipara é muito mais grave que em uma multipara.

Em geral a perda interna é mais grave do que a externa, pois ignorada quasi sempre em seu começo, pode no principio da prenhez matar o fêto, e em epochas adiantadas comprometter a vida da mulher, antes de se terem apresentado os symptomas, que annunciem sua existencia.

A hemorragia interna durante o trabalho será

menos grave, se ella apresentar-se antes da ruptura das membranas, porque antes do rompimento a hemorragia é sempre pouco abundante, e isto se dá, porque o utero já distendido pelo liquido se prestará menos facilmente a uma nova distensão e se opporá a um derramamento consideravel de sangue.

Quando a hemorragia sobrevém depois do parto, a mulher se acha exposta á grandes perigos, porque é symptomatica de inercia uterina.

Sendo a inserção anormal da placenta uma das causas mais graves, que produzem a hemorragia, nós nos occuparemos d'ella mais especialmente.

Este accidente não só é grave para a mulher, como tambem para o fêto.

Simpson apresenta em 399 casos de inserção viciosa da placenta, por elle observados, 134 mortes.

Grave para a mulher, porque a hemorragia é geralmente abundante, muitas vezes inevitavel, e n'este caso ella ou mata-a immediatamente, ou nos casos da mulher resistir aos primeiros accidentes, succumbirá durante o trabalho ou logo depois do parto.

Ainda em quanto á mulher, convém examinar se ella é primipara ou multipara, a epocha da prenhez, na qual se produzem as hemorragias, a

numero e a abundancia d'estas perdas, finalmente a apresentação do fêto.

A maioria dos auctores admitte que este accidente é mais grave em uma primipara, do que em uma multipara, e para explical-o dá como razão a duração do trabalho.

A apresentação da cabeça é por todos considerada como a mais favoravel, porque esta parte arredondada em alguns casos pode, depois da ruptura das membranas, applicar-se sobre os vasos despedaçados e parar ou pelo menos moderar a hemorrhagia.

Grave para o fêto, porque em consequencia do descollamento placentario, as communições vasculares entre elle e a mãe são compromettidas. Os perigos que elle corre são enormes, e muitas vezes acontece que succumbe até antes do começo do trabalho; isto tem logar principalmente quando as hemorrhagias são abundantes e repetidas.

Ainda existem outras condições que influem sobre o prognostico.

Assim quando a inserção da placenta é central o prognostico é grave, porque n'esta o trabalho marcha lentamente, não se fórma a bolsa das aguas, as contracções tornão-se inuteis e por fim

enfraquecem e a inercia vem facilitar a hemorragia.

Em casos de inserção central, quando as contracções são muito energicas, tem-se visto a cabeça da creança perfurar a placenta e dar-se o parto.

Quando, na inserção central, a hemorragia não apparece senão no momento do trabalho, o prognostico é naturalmente menos grave.

Emfim, em alguns casos, a placenta rapidamente descollada cae na vagina mais ou menos tempo antes do nascimento do fêto.

Simpson considera esta terminação como muito favoravel para a mulher.

Emfim, para apreciarmos melhor tudo o que tem relação ao prognostico para a mulher, devemos ter em conta a frequencia e a abundancia das hemorragias e o estado de anemia em que se acha ella, em consequencia d'este accidente, anemia que predispõe á todas as affecções puerperaes, peritonites, metro-peritonites, febre puerperal, infecção purulenta, etc.

Tratamento

O tratamento das hemorragias puerperaes divide-se em prophylatico e curativo.

TRATAMENTO PROPHYLATICO

Os meios prophylaticos são tão numerosos como as causas predisponentes e determinantes, elles consistem em prevenir a acção d'ellas.

A mulher tendo certeza de achar-se grávida deverá ausentar-se dos theatros, bailes, reuniões, etc. Não deve usar de espartilhos, nem de vestidos apertados, pois que elles comprimem os órgãos abdominaes e thoracicos. Devem-se evitar os sustos, surpresas, condições capazes de perturbar o systema nervoso.

Emfim a prophylaxia consiste, como já dissemos, em combater os effeitos das causas predisponentes.

TRATAMENTO CURATIVO

O tratamento curativo se compõe de meios geraes applicaveis á todas as especies de perdas, e meios especiaes, que varião segundo a hemorragia sobrevém antes ou depois do trabalho e segundo sua intensidade.

MEIOS GERAES

O primeiro cuidado que deve ter o medico, quando chamado á presença de uma mulher que

se acha atacada de hemorragias, é collocal-a no decubitus dorsal, de modo que fique com a bacia mais elevada do que o tronco, collocal-a em um aposento vasto e bem arejado, procurár affastar d'ella todo pezar e toda contrariedade. Convém dar-lhe bebidas frias e aciduladas e ter o ventre livre por meio de clysteres ou laxativos brandos, esvasiar a bexiga pelo catheterismo quando houver difficuldade para urinar.

MEIOS ESPECIAES

Estes meios differem não só segundo a abundancia do corrimento sanguineo, como tambem segundo ella se manifesta antes ou depois do parto.

Se ella não é grave e manifesta-se em tempo mais ou menos affastado do trabalho do parto, basta para a fazer parar o emprego dos meios geraes, porém, se ella apparecer em uma plethorica e examinando-se encontra-se o pulso d'ella cheio e forte, convém praticar-se uma sangria no braço; sendo este meio só aconselhado nos casos em que o trabalho não tenha começado e em que a hemorragia seja pouco consideravel e dure pouco tempo.

Quando a hemorragia se manifestar em uma

mulher de constituição fraca e fôr pouco abundante, convém administrar os opiaceos, tanto interna como externamente.

Burns recommenda os opiaceos e com especialidade o laudano para acalmar e parar a perda.

Para Cazeaux a melhor preparação dos opiaceos é o laudano de Sydenham, que, segundo elle, o melhor meio de administral-o é em clysteres na dóse de 20 a 30 gottas, podendo-se repetir duas ou trez vezes por dia quando os primeiros não tiverem parado a hemorrhagia.

Os opiaceos ainda são aconselhados para combater as hemorrhagias devidas á contracções irregulares.

Quando a hemorrhagia é grave e se manifesta nos tres ultimos mezes da prenhez, não só pode-se ainda applicar os meios que já mencionamos, excepto a sangria, como tambem applicar compressas d'agoa gelada sobre o ventre, sobre as partes genitae e sobre as coxas.

Se a hemorrhagia fôr abundante e se a mulher achar-se com a pelle fria e com o pulso pequeno e fraco não convém empregar-se os refrigerantes, porque elles podem lançal-a ou em um turpor mortal ou determinar uma excitação que augmente a hemorrhagia.

Se a hemorrhagia com tudo isto não ceder,

convém recorrer aos revulsivos applicados nas partes superiores.

Elles tem sido aconselhados desde a antiguidade.

Hypocrates aconselhava ventosas seccas sobre as mammas.

Para Velpeau a applicação de um sinapismo entre as espaduas é um dos revulsivos poderosos.

Se os meios que mencionamos não produzirem effeito, devemos applicar a ergotina, ou o centeio.

O centeio é um dos meios mais efficazes, porém, que não deve sempre applicar-se. Deve-se empregal-o todas as vezes que a vida da mulher se acha compromettida por uma hemorrhagia abundante e que outro meio não a tenha feito parar.

É contraindicado quando a hemorrhagia se apresenta durante os primeiros mezes da prenhez.

Ainda elle será prejudicial quando, nas perdas dos ultimos mezes dependentes geralmente de uma causa especial, fôr administrado com o fim de parar um corrimento sanguineo.

Dubois aconselha sua applicação em todas as hemorrhagias graves dos ultimos mezes da prenhez.

Elle julga que a acção d'este medicamento é somente hemostatica, outros pensão que elle tem a propriedade de provocar contracções uterinas.

Se a hemorrhagia ainda não ceder depois da

applicação de todos estes meios, que acabamos de expôr, então o parteiro não deve demorar-se na applicação do tampão ou então provocar o parto pela ruptura das membranas.

Tampão.—Foi Leroux de Dijon quem pôz em pratica este meio em 1776.

O tampão compunha-se de linho e de estopa, embebidos em vinagre puro e introduzidos em seguida na vagina,

Desormeaux aconselha introduzir á principio um pedaço de panno em fórma de funil muito grande até o fundo da vagina, e em seguida encher a especie de sacco formado por este com pedaços de fio, de estopa, etc.

Moreau empregava, quando o collo era pouco dilatado, uma faixa enrolada em circular que collocava na cavidade cervical; quando o cõllo era mais dilatado elle então servia-se de um limão descascado, finalmente se a dilatação era muito consideravel, elle empregava fios embebidos em vinagre.

O tampão pode não só ser empregado para parar uma hemorrhagia, que dependa de uma ruptura de uma varice no collo da madre ou no interior da vagina, como tambem nos casos de ruptura feita no orificio da madre durante o trabalho.

Elle ainda é empregado nos casos de inserção central da placenta.

Convém ainda nas perdas que acompanhão os abortos sobrevindo nos tres primeiros mezes, nos casos em que a dilatação do collo é impossivel ou nulla, e que é por conseguinte impossivel romper-se as membranas, e finalmente nos casos em que depois de rôtas as membranas, a perda continua e o parto forçado é impossivel praticar-se.

Nos casos de inserção viciosa este meio, segundo Charpentier, é de optima applicação.

Convém muito cuidado na applicação do tampão, pois pode acontecer que haja transformação da perda externa em perda interna.

O tampão não deve ser empregado quando podermos prevenir o aborto pelos meios ordinarios, como tambem quando a placenta se inserir no collo e o trabalho estiver muito adiantado de maneira que se possa terminar o parto pela applicação do forceps ou pela versão.

Se o tampão não produzir effeito e a hemorragia continuar com maior intensidade, então devemos praticar a ruptura das membranas.

Ruptura das membranas. — Deve-se praticar a ruptura das membranas quando a hemorragia apresentar-se abundante, e nos ultimos mezes da

prenhez, principalmente se o trabalho já houver começado.

Pusos foi o primeiro que empregou a ruptura das membranas, quando o collo acha-se em um certo gráo de dilatação, meio que hoje é empregado por muitos parteiros.

Segundo elle, introduz-se um ou muitos dedos no orificio, com os quaes se procura moderadamente affastar os labios do collo, a bolsa das agoas proemina e desde então deve-se rompê-la e dar sahida ao liquido amniotico. O utero achando-se vasio contrahe-se com mais energia e impelle a parte do fêto, que se apresenta, contra as superficies que fornecem sangue, e em virtude d'esta compressão a hemorrhagia pára.

Quando as hemorrhagias são abundantes tambem a ruptura das membranas é aconselhada por Depaul, porém quando a placenta estiver inserta sobre o orificio ou nas suas immediações, ou quando o fêto apresentar-se pela extremidade encephalica e quando estiver francamente estabelecido o trabalho.

Devem ser empregadas ao mesmo tempo as fricções abdominaes, o canteio esporoado com o fim de despertar as contracções.

Se a hemorrhagia continuar abundante depois de perfuradas as membranas, devemos praticar a

versão se a cabeça estiver acima do orificio, e empregar o forceps se ella tiver penetrado na escavação.

Cazeaux aconselha que pratiquem-se incisões multiplas no collo se, depois de rôtas as membranas, a perda ainda continúar e se o collo não permittir que a versão e a applicação do forceps sejam praticadas.

A maior parte dos parteiros aconselhão a applicação do tampão quando a perda é produzida pela inserção da placenta no collo.

Deventer aconselha, quando a inserção é central, que se ataque a placenta e que se chegue ás membranas com o dedo levado directamente através do tecido placentario.

Baudelocque empregava um longo trocart em logar de um dedo.

Gendrin acceita a passagem directa através da placenta, porem, prefere o descollamento d'ella em um de seus bordos e a perfuração das membranas pelo dedo introduzido por esta via artificial.

Dubois quer que se pratique a perfuração das membranas quando a inserção não fôr central, e sim quando fôr marginal.

Quando a inserção é anormal e produz uma perda que possa comprometter a vida da mulher, Simpson aconselha o arrancamento com-

pleto e a extracção da placenta, porém, nos casos seguintes: quando a perda tem resistido aos primeiros meios e particularmente á ruptura das membranas; quando não se pode praticar a versão ou outro meio de adiantar o parto por achar-se o collo pouco dilatado; e finalmente quando a morte ou a não viabilidade do fêto não impõe outros deveres ao parteiro, que vela pela saúde da mulher.

Passemos agora á tratar de um outro ponto de grande importancia que é o tratamento das hemorragias depois do parto.

Diversos são os meios empregados para combater este accidente, entre outros citaremos a compressão da aorta, as injeccões uterinas, a transfusão do sangue, etc.

Compressão da aorta.—É este um meio de que em casos graves o parteiro deve lançar mão.

Ella deve ser empregada quando a hemorragia fôr abundante, com o fim de diminuir a quantidade de sangue.

Não achamos que este meio seja sufficiente para parar uma hemorragia, e sim um recurso para ganharmos tempo e podermos recorrer á outros meios que sejam mais efficazes.

Injeccões uterinas.—Nem todos os auctores estão de accordo a respeito das injeccões uterinas; as-

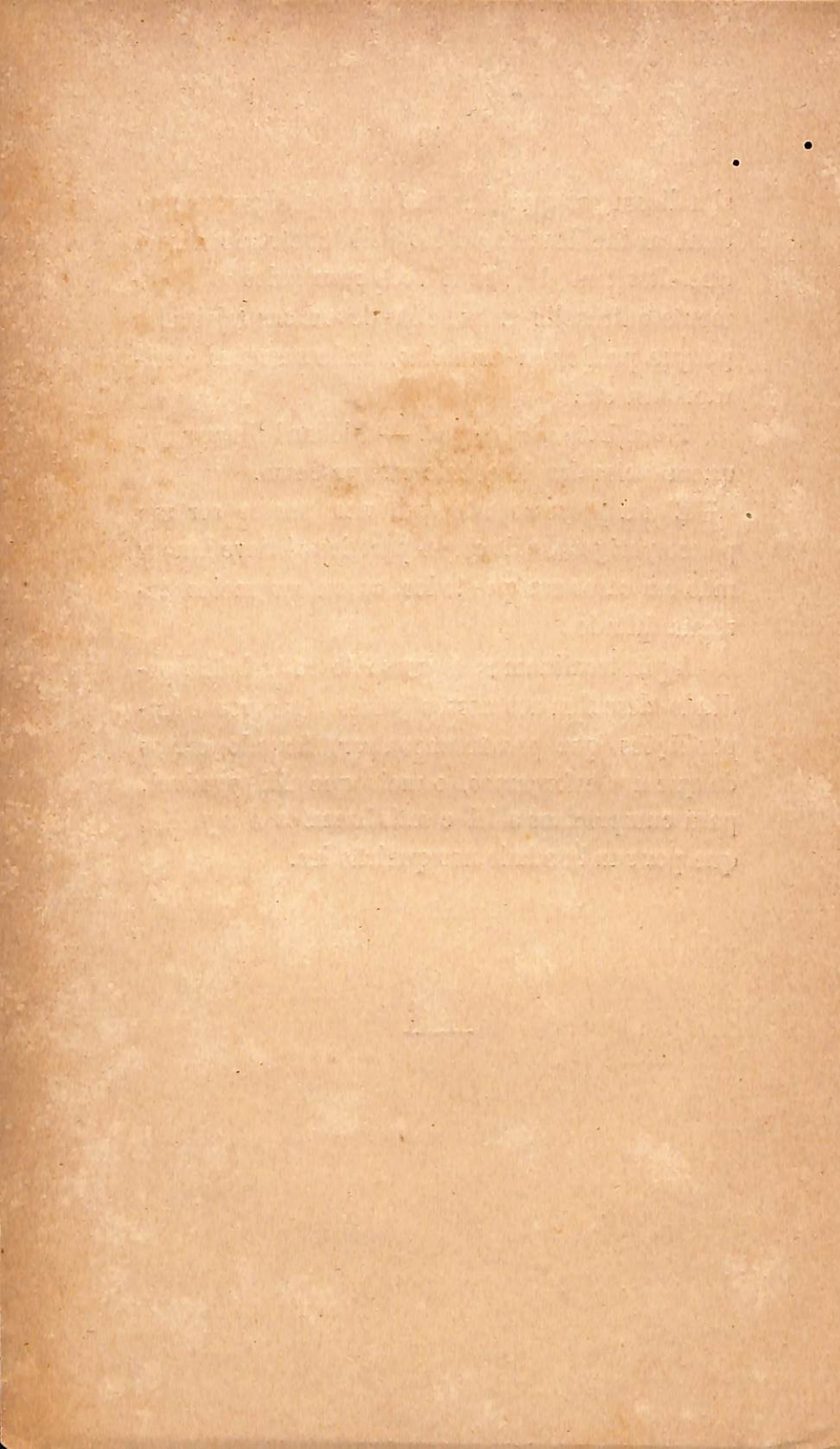
sim dizem uns que ellas não só são perigosas como tambem inefficazes; outros pelo contrario dizem que ellas tem dado mui bons resultados e finalmente outros dizem que ellas devem ser rejeitadas porque produzem embolias, inflammações perituterinas, etc.

Transfusão do sangue. — Richard Lower foi quem primeiro descobriu este processo.

E' um processo este que nos parece ser um pouco perigoso, e de que o parteiro só deve lançar mão em casos em que todos os outros meios tenham faltado.

Aqui terminamos o nosso tosco trabalho pedindo desculpa aos nossos juizes dos erros e imperfeições que possam encontrar, ficando certos de que nos esforçamos, o mais que foi possivel, para cumprirmos a lei e satisfazermos á aquelles que por sua bondade nos queirão ler.





PROPOSIÇÕES

SECÇÃO MEDICA

Do beriberi e seu tratamento

I

O beriberi (chamado tambem Beri-Beria, Barbiers, Synclonus Beri-Beria) é uma molestia constitucional que reina endemica e epidemicamente.

II

O alcoolismo, os excessos venereos, uma alimentação má e insufficiente, o estado puerperal, o depauperamento do organismo, etc., são causas que concorrem para o desenvolvimento do beriberi.

III

São sujeitos á ataques de beriberi os individuos, que pela sua vida sedentaria permanecem longo tempo em repouso.

IV

Tres são as fórmias do beriberi: a paralytica, a edematosa e a mixta.

V

É no periodo de estadio ou apogêo d'esta molestia que se apresenta a faixa chamada beriberica.

VI

N'esta molestia em geral não se conhece marcha cyclica

VII

Na fôrma paralytica não se desespera tanto do prognostico, como na mixta, cujo desfecho é quasi sempre a morte.

VIII

Seria de summa utilidade para a humanidade a prophylaxia no tratamento do beriberi se por ventura estivesse definida a natureza da molestia.

IX

São empregados com vantagem no tratamento d'esta enfermidade, internamente os tonicos reunidos aos diureticos e aos sudorificos, e externamente fricções, sinapismos sobre os membros paralisados, e vesicatorios sobre a columna vertebral.

X

Na fórma paralytica são tambem de immensa utilidade os banhos de mar.

XI

O licor arsenical de Fowler é de grande vantagem n'esta mesma fórma.

XII

Os evacuanes são recommendados não só com o fim de desembaraçar as vias digestivas, como tambem de activar a secreção intestinal do figado.

XIII

Para o beriberi é um tratamento verdadeiramente poderoso a mudança de clima ou de logar.



SECÇÃO CIRURGICA

Da operação cezariana

I

A operação cezariana é a que se pratica nas paredes do abdomen e nas do utero com o fim de extrahir o feto.

II

Foi depois do nascimento de Cezar que esta operação ficou se chamando cezariana.

III

Quando ha uma disproporção entre o volume do feto e a capacidade da bacia, de sorte que não se pode effectuar o parto pelas vias naturaes, é esta operação indicada.

IV

É ella a unica indicada quando os diametros da bacia não tem mais de quatro centimetros.

V

Esta operação é a unica, que convém, quando

o diâmetro sacro-pubiano não tem mais de 0^m055, á 0^m075 de extensão, e se o fêto está vivo.

VI

Ella deve ser feita antes ou logo depois da ruptura das membranas.

VII

Diversos processos são conhecidos para executar-se esta operação, a saber: o de uma incisão vertical na linha alva, uma transversal e uma lateral.

VIII

A incisão lateral faz-se parallelamente á linha alva, immediatamente para fora do musculo recto.

IX

A transversal faz-se transversalmente desde o bordo externo do musculo recto até o nivel da espinha iliaca antero-superior.

X

A incisão deve ser feita do lado em que o utero estiver mais inclinado.

XI

O processo mais empregado para esta operação é o que se pratica sobre a linha media, uma incisão de 17 centímetros começando á tres centímetros abaixo do umbigo e terminando á um centímetro e meio acima do pubis.

XII

Feita a operação reúnem-se os bordos da ferida por meio de pontos de sutura encavilhada, tendo-se o cuidado de deixar na parte inferior um espaço livre para o corrimento dos liquidos que escapão-se do abdomen.

SECÇÃO ACCESSORIA

Qual o melhor processo para a preparação dos vinhos medicinaes ?

I

Diz-se que um vinho é medicinal quando tem em dissolução um ou mais principios medicamentosos.

II

Os vinhos geralmente são tinctos e brancos, podem ser doces ou não, composição complexa. Seus principios varião em quantidade conforme a procedencia, e são agua, alcool, tannino, saes, materias corantes, amarella e azul, acido malico, acetico, tartratos, ether enanthico, etc.

III

Si um vinho é de boa procedencia pode ser empregado sem que se tenha addicionado qualquer medicamento.

IV

A acção medicamentosa e hygienica de um

vinho é em grande parte devida ao alcool que contém; representando o tannino um importante papel já como tonico, já como modificador do alcool.

V

O alcool e a agua são os dous principaes agentes de dissolução em os vinhos; d'ahi o emprego generalizado de substancias do reino animal, vegetal e mineral.

VI

Como exemplos temos a pepsina, a quina e o ferro.

VII

Os vinhos espumosos e os de perfume não tem emprego na therapeutica; em uns não se tem dado ainda a fermentação, em outros ha excesso de ether enanthico.

VIII

Os vinhos medicinaes são empregados não só no decurso das molestias, como nas convalescências tonificando e reconstituindo o organismo depauperado.

IX

Os vinhos tintos não são aconselhados como vehiculo de substancia medicamentosa.

X

A sophistication é causa do desprezo votado aos vinhos tintos.

XI

Quatro são os processos de preparação dos vinhos medicinaes: a solução, a fermentação, a mixtão e a maceração.

XII

Se se trata das substancias mineraes e extractos a solução é o meio empregado.

XIII

O laudano de Rousseau é um vinho por fermentação; unico n'este genero.

XIV

O processo da mixtão não dá resultado satisfatorio. A maceração é um processo retrogrado.

XV

Parece-nos que o melhor processo para a preparação dos vinhos medicinaes é a solução.

HYPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio proceps, experientia fallax, iudicium difficile.

[Sect. I. Aph. I.]

II

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum.

[Sect. V. Aph. III.]

III

Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum.

[Sect. V. Aph. LVI.]

IV

Mulieri in utero gerenti, si alvus multum fluxerit, periculum ne abortiat.

[Sect. V. Aph. IX.]

V

Convulsio vulneri superveniens, lethalis.

[Sect. V. Aph. VIII.]

VI

Mulieri, menstruis deficientibus e naribus sanguinem fluere, bonum.

[Sect. V. Aph. XXXIII.]

Remettida á Commissão revisora. Bahia e Faculdade de Medicina, 4 de Agosto de 1880.

DR. GASPAR.

Esta these está conforme os Estatutos.

Bahia 5 de Agosto de 1880.

DR. AFFONSO DE CARVALHO.

DR. CLAUDEMIRO CALDAS.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina, 25 de Agosto de 1880.

O Director

CONS. DR. A. J. DE FARIA.

