

1294
ANTONIO DA FONSECA GOUVÊA

N.º 4

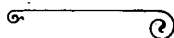
1907

ALGUMAS PALAVRAS

SOBRE AS

Uterorrhagias gravidicas

SUA ETIOLOGIA E THERAPEUTICA



Dissertação inaugural

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

Cyp. a vapor da "Encyclopedia Portugueza Illustrada.,
47, Rua da Rainha D. Amelia, 49

1907

13214 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO INTERINO

THIAGO AUGUSTO D'ALMEIDA

CORPO DOCENTE

Lentes cathedaticos

- 1.^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral. Luiz de Freitas Viegas.
- 2.^a Cadeira — Physiologia. Antonio Placido da Costa.
- 3.^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . Illidio Ayres Pereira do Valle.
- 4.^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa Carlos Alberto de Lima.
- 5.^a Cadeira — Medicina operatoria. . . Antonio Joaquim de Souza Junior.
- 6.^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. Candido Augusto Corrêa de Pinho.
- 7.^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna. José Dias d'Almeida Junior.
- 8.^a Cadeira — Clinica medica Antonio d'Azevedo Maia.
- 9.^a Cadeira — Clinica cirurgica Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
- 10.^a Cadeira — Anatomia pathologica . . . Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
- 11.^a Cadeira — Medicina legal Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos.
- 12.^a Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
- 13.^a Cadeira — Hygiene João Lepes da Silva Martins Junior.
- 14.^a Cadeira — Histologia e physiologia geral José Alfredo Mendes de Magalhães.
- 15.^a Cadeira — Anatomia topographica . . Joaquim Alberto Pires de Lima.

Lentes jubilados

- Secção medica José d'Andrade Gramaxo.
- Secção cirurgica { Pedro Augusto Dias.
Dr. Agostinho Antonio do Souto.
Antonio Joaquim de Moraes Caldas.

Lentes substitutos

- Secção medica { Thiago Augusto d'Almeida.
Vaga.
- Secção cirurgica { Vaga.
Vaga.

Lente demonstrador

- Secção cirurgica Vaga.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)

A' sagrada memoria

DE

Meu Pae

Dedico immorredoirã saudade.



A' minha carinhosa Mãe



A meu Tio e Padrinho

José da Fonseca Gouvêa

Como gratidão dos seus paternaes conselhos.

A' memoria de meu saudoso Irmão

Emygdio da Fonseca Gouvêa

A meus Irmãos

José



Augusto



Joaquim



Theodozio



Manuel



e Irmãzinha



Maria.



N'um só abraço vos cinge a todos o vosso

Antonio.

A' Ex.^{ma} Prima

D. Anna Freire de Alencar Torres

E

familia

O meu profundo reconhecimento.

A minhas tias

e

A meus tios



A minhas primas

e

A meus primos

Ao Ex.^{mo} Snr.

Dr. Joaquim José Gomes

MEU DESVELADO PROTECTOR DOS MEUS TEMPOS DE RAPAZ

Como respeito e gratidão.

Aos meus sinceros amigos e condiscipulos

Dr. Alfredo d'Oliveira de Souza Peixoto

Dr. José Teixeira Seabra Dias

Dr. Antonio de Mattos Pinto d'Azevedo

Dr. Antonio Augusto Peixoto Osorio Sarmiento e Castro

Dr. Ayres de Carvalho Junior

Dr. Luiz Baptista d'Assumpção Velho.

Um abraço de despedida.

Hos meus companheiros de casa

Dr. Adelino Soares Vilhena
Dr. Bernardino Alves da Silva

Amigos d'estes... são poucos.
Um abraço fraternal.

Nos meus condiscipulos



Nos meus amigos

Aos Ex.^{mos} Snrs.

Conselheiro José Lobo

Dr. João Freire Lobo

Amigos de todos os meus, dedico com o maior respeito.

Ao Ex.^{mo} Snr.

Dr. Antonio Claro

de quem sempre fui admirador respeitoso.

Aos meus contemporaneos

e em especial a

Dr. Carlos Claro da Fonseca

Dr. Manuel de Seissa e Castro

Dr. Seraphim Pedrosa d'Araujo

Abraço-vos a todos.

Ao Dignissimo Presidente da minha these

Ill.mo e Ex.mo Snr.

Dr. José Dias d'Almeida Junior

PROLOGO

O modesto e incompleto trabalho que apresento perante a Escola Medica do Porto é apenas feito no intento de obedecer á lei. Muitos outros assumptos se apresentavam á minha escolha, mas não só o minguado das minhas forças como o pouco tempo de que dispunha, me levaram a preferir o presente assumpto: as *hemorrhagias da gravidez e do parto*. Levou-me a esta decisão um espectáculo impressionante a que assisti por occasião d'uma visita que fiz á terra natal d'um meu condiscipulo, durante as férias da Paschoa: era o caso d'uma mulher aldeã, que morreu litteralmente esvaída em sangue, pouco tempo depois do parto, apesar dos esforços intelligentes e sobrehumanos, mas infelizmente infructuosos, do medico da localidade. Depois d'este incidente que ficou profundamente gravado no meu espirito des-

prevenido d'estudante, resolvi estudar com particular attenção as hemorragias gravidicas, as causas que as produzem e o melhor tratamento a oppôr-lhes. Apesar de toda a minha boa vontade, pouco foi o que consegui juntar, como elementos de conhecimentos: a melhor prova do que affirmo, consiste na observação d'esta minha these, que apenas é recommendavel, repito, pela boa vontade que presidiu á sua facção e pelo esforço aturado de melhor produzir.

Dividi o meu trabalho em tres partes principaes: na primeira, aponto as principaes causas das hemorragias, que sobrevêm durante a gravidez ou no momento do parto, hemorragias que pela sua frequencia ou pela sua abundancia, podem comprometter gravemente a vida da mulher.

Na segunda parte, exponho succintamente qual

a conducta do cirurgião-parteiro logo que elle é chamado a prestar os seus soccorros a uma mulher grávida ou parturiente que perde sangue; finalmente, na terceira parte, indico os perigos que podem occasionar certos medicamentos que, com o fim hemostático ou outro, se administra ás mulheres grávidas ou parturientes.

Nas ultimas paginas, apresento alguns casos observados no Hospital de Santo Antonio do Porto.

Modesta como é, pois, a minha these, resta-me pedir para ella a benevolencia do illustre jury que a julgará.

Porto, junho de 1907.

Antonio da Fonseca Gouvêa.

CAPITULO I

As hemorragias da gravidez e do parto, sob o ponto de vista etiologico

§ 1.º — Causas menos frequentes

São variadas e multiplas as causas das hemorragias que sobrevêm quer durante a gravidez, quer no momento do trabalho.

Figuram em primeiro plano pela sua frequencia, a *endometrite hemorrhagica* e a *inserção da placenta sobre o segmento inferior do utero*.

Vêm depois, como causas hemorrhagicas, a albuminuria gravidica, a mola hydatiforme, os fibromas uterinos, os traumatismos sexuaes, as varizes dos grandes labios e vagina, diversos abalos bruscos e violentos impressos ao organismo, o descolamento da placenta motivado por tracções exercidas pelo proprio feto sobre o cordão, etc.

Vamos, em poucas palavras, examinar algumas

d'estas causas, reservando um capitulo especial para as duas mais importantes que citamos acima.

4) Albuminuria gravidica

Nas mulheres gravidas póde apparecer albuminuria em tres casos differentes:

1.º quando gravidou uma mulher já portadora d'uma albuminuria;

2.º quando a albumina apparece pela primeira vez durante a gravidez—é a albuminuria gravidica;

3.º quando apparece sómente durante o periodo do trabalho—é a albuminuria do trabalho.

A estes tres casos podemos accrescentar um 4.º, e este dá-se quando a albumina apparece nas urinas d'uma mulher, alguns dias depois do parto.

1.º caso — ALBUMINURIA ANTERIOR Á GRAVIDEZ — E' fóra de duvida que póde gravidar uma mulher portadora do mal de Bright, comquanto sejam raros estes factos; mas d'uma maneira geral póde-se affirmar que a gravidez aggrava sempre o mal de Bright e que o seu prognostico deve ser portanto reservado.

2.º caso — ALBUMINURIA DURANTE A GRAVIDEZ — Desde ha muito se tem notado que as mulheres gravidas accusam por vezes a presença da albumina nas urinas; mas esta é uma albumina passageira, semelhante á albuminuria physiologica, que no homem mesmo póde ser constatado depois de uma grande fadiga, ou depois da absorpção de uma grande quantidade de albumina.

A albuminuria gravidica é aquella que apparece

constantemente durante a gravidez, é persistente e desaparece depois do parto: é devida a este estado particular da mulher.

A sua frequencia é de cinco por cento das mulheres gravidas; e as primiparas são aquellas que a ella estão mais sujeitas, particularmente quando são de idade avançada, o que parece constituir uma predisposição.

Esta complicação, rara nos primeiros mezes, augmenta de frequencia á medida que a gravidez se approxima do seu termo, sem que se deva excluir o caso de algumas mulheres apresentarem albuminuria durante todo o periodo da gravidez.

A influencia do frio, particularmente o frio humido, a hereditariedade, assim como certos estados constitucionaes, são outras tantas predisposições á albuminuria.

Não fallaremos aqui dos dois outros casos que assignalamos, visto elles sahirem já do limite que impuzemos ao nosso trabalho; porisso nas linhas que vão seguir-se trataremos apenas dos casos d'albuminuria apparecida durante a gravidez, unica que póde ser causa de uterorrhagias sérias.

Póde dizer-se sem temor de erro, que no estado actual dos conhecimentos medicos, é possivel ao clinico obviar em grande parte aos graves inconvenientes a que está sujeita uma mulher grávida albuminurica.

Esses inconvenientes, de que muitas vezes depende a vida da mulher, tal a sua gravidade (eclampsia, hemorrhagia), são facilmente evitados desde que o medico consciencioso analyse *as urinas* de

toda a mulher gravida que se lhe apresente a reclamar os seus serviços *por qualquer motivo*.

Comtudo, ainda ha casos, e não poucos, em que se produzem descolamentos prematuros da placenta, occasionados por hemorragias retroplacentares, ligadas aos nocivos effeitos da albuminuria gravidica.

Nós sabemos que a placenta, logo que se encontre inserida normalmente, só se descola depois da expulsão do feto; mas ha casos em que uma porção mais ou menos extensa se descola, quer durante a gravidez, quer durante o trabalho.

Logo que esse descolamento principia a effectuar-se, iniciam-se egualmente pequenas hemorragias successivas que não se exteriorizam, em virtude de o sangue d'ellas proveniente se accumular entre a parede uterina e a placenta.

Baudelocque relata a este respeito muitas observações, e conclue que taes accumulações de sangue se podiam tornar tão consideraveis que chegava um momento em que as forças da mulher ou até da sua vida e ainda a do feto se encontrassem comprometidas.

Egualmente Mauriceau corrobora esta opinião ⁽¹⁾, assim como Gendrin e Jacquemin.

Em 1860, Braxton Hicks, em 1869, Goodel, em 1874, Pilat, e em 1875, Brunton, publicavam trabalhos muito importantes sobre este assumpto; e finalmente, em 1878, Stoltz n'uma valiosa obra escrevia

(1) Pelo contrario alguns auctores negam a existencia d'estas hemorragias; citaremos M.^{me} Boivin e M.^{me} Lachapelle.

o seguinte: "São numerosas as causas das hemorragias gravidicas no descollamento prematuro da placenta, mas de todas as mais importantes são a congestão uterina e a albuminuria.

"Esta ultima deve até ser collocada em primeiro lugar, porque occasiona hemorragias intraplacentares cujo sangue se insinua entre o utero e a placenta."

E com effeito, em 13 observações feitas por Dumacet, a albuminuria actua d'uma maneira indiscutivel em 11 casos. H. Armanet, na sua these inaugural, cita dois casos de hemorragias uterinas por albuminuria.

O primeiro diz respeito a uma mulher de 23 annos, primipara: no 6.º mez da gravidez teve a primeira hemorragia, pouco abundante, a qual se repetiu no 7.º mez, durante tres semanas. N'este momento foram-lhe analysadas as urinas, encontrando-se-lhe 3 gr. d'albumina por litro; submettida a tratamento (repouso na cama, regimen lateo absoluto, purgantes), não voltaram as hemorragias, dando á luz uma creança de 3:250 gr.

A placenta apresentava infartos antigos.

O segundo caso é o d'uma mulher de 31 annos, secundipara: teve hemorragia de tres dias, ao 5.º mez da gravidez.

O tratamento da albuminuria encontrada n'esta mulher fez-lhe cessar as hemorragias e a mulher terminou a gravidez com bom successo.

B) Mola hydatiforme

Segundo Virchow, a *mola hydatiforme* é um mi-xoma da placenta; é uma degenerescencia kistica das villosidades choriaes resultante d'uma hypertrophia do tecido mucoso.

Esta opinião, embora admittida pela maioria dos auctores não o é por alguns (Escolani, Kehrer). E' a mola hydatiforme uma das causas de metrorrhagias precoces, umas vezes apparecendo desde as primeiras semanas, outras vezes durante o segundo e o terceiro mez da gravidez.

O grande perigo d'essas hemorragias consiste em que ellas não cedem a nenhum tratamento, nem mesmo ao repouso e reproduzem-se sem causa apparente.

Esta hemorragia que pode durar horas ou dias, é geralmente seguida d'um escoamento seroso ou sero-sanguinolento abundante e persistente; taes hemorragias podem de tal modo repetir-se que chegam a pôr em risco a vida da mulher.

Como dissemos acima não ha tratamento algum que possa vencer a mola hydatiforme; por consequencia, logo que esta affecção seja diagnosticada, é forçoso intervir, provocando o aborto; deve dizer-se que o processo das injeccões vaginaes quentes ou o da tamponagem vaginal por meio de tampões d'algodão antiseptico, são recursos simplesmente tranzitorios. Felizmente esta affecção é rara.

C) **Fibromas uterinos**

Não é propriamente a existencia d'um fibroma uterino que produz a metrorrhagia; mas como n'estes casos, o tumor favorece a inserção da placenta sobre o segmento inferior do utero, acontece que por tal facto, a hemorragia tende a produzir-se. Como nos reservamos para tratar as hemorragias, que sobreveem na inserção inferior da placenta, em um capitulo especial, para lá enviamos o leitor.

D) **Traumatismos sexuaes**

Ha casos, talvez mais numerosos do que se julga, em que as relações sexuaes são causa unica de hemorragias uterinas em mulheres gravidas, chegando por vezes a esboçar-se o *trabalho* e até a produzir-se o parto prematuro.

Na these de Armanet, que precedentemente citamos, ha tres observações que corroboram esta asserção.

Referem-se ellas a mulheres de 23, 24 e 37 annos, nas quaes se manifestaram hemorragias uterinas, durante o periodo da gravidez, precisamente depois de cada acto sexual e até no meio d'elle.

N'um d'estes casos, deu-se o significativo facto de desaparecerem as hemorragias desde que a observada deixou de ter relações sexuaes.

E) **Varizes dos órgãos genitales**

Estas varizes podem encontrar-se nos grandes labios ou na vagina; quando por qualquer motivo ellas se rompem, resulta uma hemorragia mais ou menos abundante.

O clinico deve sempre ter em mente estes casos, afim de não confundir, pela precipitação do exame, estas hemorragias com as provenientes do utero.

Em regra, taes accidentes só se observam na segunda metade da gravidez ou no decurso do trabalho.

F) **Abalos bruscos e violentos**

Certas causas fortuitas, absolutamente devidas ao acaso e portanto multiplicando-se até ao infinito, podem igualmente originar metrorrhagias nas mulheres gravidas.

Assim, os abalos bruscos e violentos impressos ao organismo por quedas por uma escada ou sobre um pavimento qualquer, pancadas dadas sobre o abdomen, abalos produzidos pelas trepidações das carruagens de caminhos de ferro ou outros, os occasionados pelo engatamento brusco dos wagons, etc., tudo isso póde produzir hemorragias mais ou menos graves.

G) Descolamento da placenta por tracções exercidas sobre o cordão pelo feto

São muito raras as hemorragias devidas a esta causa; no entanto o facto póde dar-se, nomeadamente em casos de circulares do cordão, o que acarreta uma brevidade d'este e portanto tracções exercidas sobre elle pelos movimentos fetaes.

Depois que o feto é expulso dos órgãos genitais e se está procedendo á dequitadura, póde sobrevir alguma hemorragia em virtude de tracções feitas pelo parteiro sobre o cordão.

Para evitar este accidente, recommenda-se que essas tracções sejam feitas lentamente e variando de direcção, segundo elle se encontra inserido na parte anterior, posterior, direita ou esquerda.

~~~~~  
**§ 2.º — Causas mais frequentes**

Vamos finalmente tratar da etiologia mais vulgar das uterorrhagias gravidicas: *a endometrite hemorrhagica e a inserção da placenta sobre o segmento inferior do utero.*

**A) Endometrite hemorrhagica**

As hemorragias uterinas devidas á endometrite observam-se principalmente nos primeiros mezes da

gravidez; ellas apresentam pouca gravidade, não põem em perigo a vida da mulher e só muito raramente obrigam o parteiro a intervir pelo parto prematuro.

E' uma affecção tão commum ás primiparas como ás multiparas, mas é evidente que as gravidezes repetidas expõem particularmente as mulheres a este accidente.

SYMPTOMAS. — Ordinariamente, a mulher portadora d'uma endometrite queixa-se de dôres irradiadas do lado dos lombos e dos ovarios.

As secreções uterina e vaginal soffrem uma alteração, quer contínua quer intermittente, por crises, alteração a que se dá o nome de leucorrhêa.

Além d'isto, ha frequentemente tenesmo vesical, dyspepsia, nevralgias diversas, perturbações geraes do systema nervoso, nomeadamente symptomas neurasthenicos ou hystericos, etc.

ETIOLOGIA. — A etiologia d'esta affecção resume-se no seguinte: toda e qualquer causa que favoreça a infecção da cavidade uterina.

Assim a blennorrhagia, a tuberculose (segundo M. Spinelli, *Archivos italianos de gynecologia*, 1 de setembro de 1901), a syphilis (segundo M. Vincent, *Lyon medical*, de 24 de fevereiro de 1901), os excessos genesicos no momento das regras, a propria menstruação, a permissão dada a uma parturiente de se levantar ou de retomar o seu trabalho antes que o utero volte ao seu estado normal, um traumatismo uterino, quer accidental, quer cirurgico, as lesões dos annexos (salpingites ou peri-salpingites),

todas estas causas podem determinar a inflamação da mucosa uterina.

Quaes são as lesões que, na endometrite, explicam as hemorragias? Nas metrites independentes da gravidez, a parede uterina é rosea ou avermelhada, por vezes molle e mais ou menos repleta de sangue e de succos.

Se examinarmos ao microscopio um bocado d'essa mucosa, veremos que as fibras do tecido conjunctivo se encontram espessadas por sob a mucosa e por entre os feixes musculares que se conservam inalterados, bem como as fibras lisas.

Analysando as modificações soffridas por este tecido conjunctivo, vê-se que elle contém cellulas emigradoras ou cellulas de tecido conjunctivo volumosas e tumefactas; mas, detalhe importante, os vasos acham-se dilatados e contém sangue e cellulas, assim como os espaços lymphaticos.

Se agora examinarmos ao microscopio um retalho de mucosa uterina attingida de endometrite puerperal, do mesmo modo se encontram numerosas modificações, como passamos a mostrar.

Sabe-se que a mucosa uterina normal tem a espessura de  $0^m,001$  a  $0^m,0015$ ; pois com as lesões que acompanham esta endometrite, essa espessura sóbe a  $0^m,008$ ,  $0^m,010$  e  $0^m,012$ .

Esta espessura anormal, exaggerada, é devida a uma hypertrophia glandular muito intensa, e a uma formação de tecido lamelar ao nivel da implantação placentar, a arterites e phlebites chronicas, caracterizadas pela multiplicação das cellulas da membrana interna dos vasos, cellulas que cercam as glandulas e se ramificam em volta d'ellas.



A parede d'estes vasos encontra-se, pois, augmentada notavelmente, todo o tecido muscular da sua tunica média desaparece para dar lugar a tecido conjunctivo e elastico, o qual torna os vasos menos aptos a contrahir-se e predispõe-n'os a ficar abertos.

Do mesmo modo que todo o utero, a mucosa uterina augmenta de volume; esta mucosa acha-se congestionada, repleta de sangue, destaca-se muito facilmente das camadas musculares subjacentes, e, ao córte, os vasos ficam abertos.

E' em virtude d'estas modificações causadas pela endometrite que se produzem as hemorragias tão proprias d'essa affecção, hemorragias que são excessivamente nocivas para a conservação do feto e do utero.

**B) Inserção da placenta sobre o segmento inferior do utero**

O limite superior do segmento inferior do utero é indicado por Lepage da seguinte maneira:

1.º — No ponto em que o peritoneo se reflecte para formar os fundos de saccos vesico-uterino e utero-rectal, as fibras musculares uterinas são menos adherentes umas ás outras; n'este ponto existe uma grossa veia circular que ao córte fica aberta (*seio uterino*).

2.º — A partir d'este ponto, o musculo uterino apresenta uma espessura menor que em todo o resto do utero. (¹)

---

(¹) Em regra, o segmento inferior do utero tem uns 0<sup>m</sup>,10 de comprimento (altura).

Quando a placenta se insere sobre este segmento inferior, ha, na opinião de Demelin, *inserção viciosa*.

Lepage diz que a denominação de *inserção viciosa da placenta* é impropria, porque parece indicar o lugar mais habitual da inserção normal placentar; com effeito, até Portal, os parteiros pensavam que esta inserção se fazia sempre no fundo do utero.

Portal insurgiu-se contra este uso e mostrou que a inserção se podia fazer sobre differentes pontos da cavidade uterina; esta opinião foi acceite por muitos parteiros do seculo XVIII.

Hoje parece estar demonstrado que a inserção da placenta se faz sobre a face anterior ou posterior do utero, raramente sobre os bordos e excepcionalmente sobre o fundo.

Todas as vezes que a placenta tiver a sua inserção sobre o segmento inferior do utero, a que Bornes chamava *zona perigosa*, diz-se que ha inserção viciosa.

ETIOLOGIA. — As causas que motivam a inserção da placenta sobre o segmento inferior são pouco conhecidas; esta complicação observa-se mais nas multiparas do que nas primiparas. Segundo as estatisticas feitas por Baudelocque, a proporção das mulheres que teem uma placenta baixa, é:

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| Para as multiparas . . . . | 46,62 % |
| » » primiparas . . . .     | 53,63 » |

Por esta estatistica se vê confirmado o que acabamos de dizer.

São ainda causa d'esta inserção os myomas uterinos e a gravidez gemellar.

SYMPTOMAS. — A presença da placenta sobre o segmento inferior não se reconhece por nenhum signal exterior, mas ha um certo numero de incidentes que se observam, como hemorragias, ruptura das membranas, parto prematuro, falta de accommodação pelvica ou uterina, etc.

Os caracteres da hemorrhagia são typicos: bruscamente, sem causa conhecida, ou então depois d'um abalo brusco, d'um esforço, d'uma pancada, d'um coito, ou mesmo no repouso mais completo, durante o somno, o sangue escoá-se pelas vias genitales.

A mulher sente-se molhada, mas não experimenta nenhuma dôr. A primeira hemorrhagia apparece geralmente no decorrer de um dos tres ultimos mezes da gravidez; se apparece antes do trabalho é muitas vezes moderada e termina espontaneamente sem ser preciso recorrer aos medicamentos.

Mas se porventura a mulher que teve a primeira hemorrhagia, abusa pela benignidade do accidente, entregando-se a uma vida movimentada, succede que alguns dias depois apparece uma nova hemorrhagia, a breve trecho seguida d'outra e mais outra, tornando-se estas cada vez mais abundantes e frequentes.

Por outro lado se a hemorrhagia se mostra pela primeira vez no momento do parto, deixa de ser indolor e perde assim um dos caracteres quasi pathognomonicos que ella apresenta nos tres ultimos mezes antes do trabalho.

PATHOGENIA DAS HEMORRHAGIAS. — Como explicar a producção d'estas hemorragias sobrevindo durante a gravidez? Não ha duvida que ellas resultam d'um descolamento da placenta; resta saber como se effectua esse descolamento.

Jacquemin, Bornes e Schroeder emittiram opiniões differentes sobre as causas do descolamento; julgo desnecessario expôr aqui as differentes theorias d'esses auctores, limitando-me apenas a citar a de Pinard. E' como se segue:

Durante os primeiros mezes da gravidez, existem contracções uterinas indolores; estas contracções determinam uma pressão que se exerce sobre toda a periphèria do ovulo, mas mais pronunciadamente ao nivel do segmento inferior em via de ampliação.

Quando a placenta está inserida na zona média e sobretudo na zona superior do utero, a pressão attenua-se porque ella põe em jogo a extensibilidade das membranas; além d'isso a tracção sobre a placenta é desde então insignificante ou pelo menos insufficiente para produzir o descolamento. Já assim não succede quando a placenta está inserida sobre o segmento inferior do utero. Debaixo da influencia da contracção uterina, produz-se uma expansão consideravel da porção do segmento inferior deixado livre pela inserção placentaria.

Ha, a este nivel, uma distensão anormal do chorion e falta de elasticidade; é verdade que a tracção põe em jogo a extensibilidade das membranas, mas d'outro lado, essa tracção *exerce-se directamente sobre a placenta*: d'aqui resulta evidentemente descola-

mento e hemorragia mais ou menos consideravel, segundo a extensão do descolamento.

PROGNOSTICO. — Ha alguns annos ainda, Simpson escrevia a proposito das consequencias d'estas hemorragias: "O prognostico, nos casos d'hemorragias por inserção viciosa da placenta, é tão grave como na febre amarella; de cada tres mulheres, uma succumbe,,".

Felizmente, nos tempos actuaes, o prognostico d'estas hemorragias não é o mesmo que Simpson exponha; se muitas d'ellas causam ainda a morte do feto, quasi nunca com o tratamento adequado a que adeante nos referiremos, se tem a deplorar a morte da mãe.

### § 3.º — Persistencia das regras (falsa menstruação)

#### UM CASO DE OBSERVAÇÃO PESSOAL

N'alguns tratados de obstetricia encontra-se ainda a seguinte affirmação: uma mulher grávida póde continuar a ser menstruada.

Para asseverarem esta proposição, os seus auctores appoiam-se geralmente no facto de se manifestarem perdas sanguineas, na época habitual das regras, em certas mulheres grávidas.

Pelo contrario, Pajot — e as suas opiniões são acompanhadas pela maioria dos parteiros — diz que toda a mulher fecundada deixa de ser menstruada, quer a gravidez seja uterina quer seja ectopica.

Póde uma mulher grávida perder sangue, mas

estas perdas não serão nunca semelhantes ás regras habituaes, nem como periodicidade, nem como qualidade, nem como quantidade.

Pela nossa parte, somos absolutamente partidarios da opinião de Pajot: durante o anno lectivo de 1906-1907, em que frequentamos a enfermaria de partos do Hospital de Santo Antonio no Porto, tivemos occasião de colher algumas informações que nos levaram a acceitar essa opinião.

Em 75 casos de gravidez de termo, cujas parturientes interrogamos escrupulosamente sobre a persistencia de escoamentos sanguineos vulvares, obtivemos sempre respostas negativas.

Estes dados eram para nós d'um grande valor, pois que, se a persistencia das regras fosse frequente, não nos parece que n'este numero de 75 se dêsse a casualidade de não encontrarmos um só.

Estavamos n'esta persuasão, quando um facto, para nós extraordinario, nos poz de prevenção.

Encontrava-me no mez de abril hospedado em casa do meu condiscipulo José Teixeira Seabra Dias, n'uma aldeia do centro da Beira-Alta, quando fomos consultados por uma mulher casada, de 28 annos, que dizia sentir crescer o ventre, apesar de continuar a ser menstruada.

Interrogando-a, soubemos que tinha tido perturbações digestivas (nauseas, vomitos, etc.), que ella attribuia a falta de limpeza do estomago, porque nunca se tinha purgado.

Examinando, porém, com attenção, reconhecemos gela palpação e auscultação que se tratava d'uma pravidez.

Deprimindo com a polpa dos dedos bruscamente e com ligeireza a parede abdominal em relação com a uterina, obtinha-se a sensação d'um corpo que se deslocava (o *ballotement* dos francezes); pela auscultação percebiam-se perfeitamente os ruidos do coração fetal.

Então novamente interrogamos a dita mulher sobre o modo como lhe appareciam os taes escoamentos sanguineos e soubemos que o intervallo de tempo entre esses escoamentos era irregularissimo: umas vezes distavam apenas tres semanas ou quinze dias, outras vezes sete semanas ou dois mezes.

Emquanto ao tempo que duravam essas falsas regras, era a principio um dia e ultimamente tres, quando, antes do casamento, o periodo menstrual era de tres dias e as regras appareciam regularmente com o atrazo ou o adeantamento de um ou dois dias, havendo no intervallo escoamentos d'outra natureza.

Não sendo, portanto, regras os derramamentos sanguineos que esta mulher apresentava, concluimos que se tratava de hemorragias uterinas.

Mas, sendo tantas e tão variadas as causas de hemorragias durante a gravidez, quizemos indagar qual seria, n'este caso, o seu agente productor.

Assaltou-nos a ideia das endometrites e para obtermos alguma coisa de positivo dirigimos o nosso interrogatorio para esse fim.

Soubemos então que esta mulher frequentes vezes sentia um corrimento branco-amarellado, um pouco espesso, que ella denominava *flôres brancas*.

Este corrimento não era contínuo; umas vezes apparecia no meio do intervallo de tempo que sepa-

rava as duas épocas menstruaes, outras vezes tres ou quatro dias antes da menstruação.

No momento em que ellas appareciam, sentia dôres na região lombar que a impediam de andar ou executar qualquer trabalho.

Sabe-se que a inflamação da caduca ou *endometrite*, quer seja aguda ou chronica, é muitas vezes a causa de hemorragias durante a gravidez, como deixamos accentuado n'algumas paginas precedentes; se a endometrite aguda, que geralmente não é mais do que uma manifestação local d'uma doença infectiosa geral (variola, cholera, etc.), não nos explicava n'este caso a persistencia de taes regras, não podemos dizer o mesmo em relação á endometrite chronica.

Esta tem, como causa — no maior numero de casos — a inflamação da mucosa uterina que frequentemente se encontra antes da prenhez; e sendo essas metrites mais frequentes do que a principio se julga, é sem duvida a ellas que se devem attribuir muitos partos prematuros ou abortos.

Quando, apesar da sua existencia, a prenhez vae até ao termo, quando ha lesões da mucosa uterina, o descolamento das membranas na dequitação torna-se difficil, sendo n'este caso a endometrite uma causa de retenção das ditas membranas.





## CAPITULO II

---

### *Therapeutica das hemorragias da gravidez e do parto*

---

Quando um clinico é chamado para prestar os seus socorros a uma mulher attingida de metrorrhagia, a primeira cousa que deve fazer é pedir as roupas (lençoes, camisas, toalhas, etc.) que recolheram o sangue perdido, porque é d'este exame que elle tirará preciosos informes e não das palavras da familia sempre exaggeradas.

Assim, n'um caso de hemorrhagia por mola hydatiforme, as roupas serão manchadas por um liquido mais seroso que sanguinolento, o que facilmente se differencia do sangue normal.

Em seguida, o medico passará a pesquisar o logar d'origem da hemorrhagia, para o que examinará cuidadosamente a vulva e a vagina, afim de não confundir uma metrorrhagia com o sangue pro-

veniente da ruptura de qualquer variz vulvar ou vaginal.

Finalmente, um pormenor importantissimo não deve ser esquecido pelo pratico: é examinar o pulso da doente, o unico que deve guiar e traçar a linha de conducta, o unico a cujas ordens se deve obedecer cegamente.

Emquanto o pulso d'uma mulher attingida de metrorrhagia é lento, forte, amplo — póde-se estar tranquillo; a mulher póde perder sangue porque não ha perigo na demora.

Mas, se porventura o pulso está augmentado de frequencia, se ultrapassa 75 ou 80 pulsações por minuto, se chega mesmo a 90 ou a 95, então é preciso preparar tudo para uma intervenção.

Esta intervenção torna-se absolutamente necessaria, logo que o pulso ultrapasse 100 pulsações; é uma regra formal, a unica que permite ao medico salvar, *muitas vezes*, a vida do feto, e *sempre ou quasi sempre* a vida da mãe.

Esta intervenção depende da causa da hemorragia; vamos expôr em poucas palavras essas modalidades de technica.

#### A) Albumina

Logo que por um rapido exame da urina se constata que a hemorragia é devida á presença de albumina, deverá immediatamente instituir-se o regimen lacteo, que é maravilhosamente potente em taes casos.

Este regimen, junto á administração de purgantes,

o uso de banhos, o repouso e o calôr da cama, fazem terminar em breve as hemorragias.

Se comtudo estas persistirem, se a mulher se tornar pallida e se, sobretudo, como accentuamos ha pouco, o pulso se tornar pequeno e ultrapassar 100 pulsações por minuto, então não se deve hesitar; utilizar-se-ha a technica que adeante exporemos.

### B) Endometrite

Dissemos mais acima que as hemorragias devidas á endometrite apesar de serem frequentes não apresentavam grandes perigos; em regra, o clinico vence-as facilmente prescrevendo o repouso absoluto no leito e as injecções vaginaes quentes.

Fallamos em injecções vaginaes; e de que natureza? Não é para recommendar o uso dos antisepticos, que, na sua grande maioria, são venenos; adeante e n'um capitulo especial faremos algumas considerações sobre a acção nociva d'esses agentes e de todos os outros corpos da materia medica vulgarmente empregados em obstetricia ou gynecologia.

Nós consideramos muito preferivel a todos os variados antisepticos, o uso das injecções vaginaes com agua fervida e a temperatura mais supportavel possível, de 48 e 50° C.

Se o medico julgar absolutamente indispensavel um antiseptico n'estas injecções, poderá empregar sem perigo um gramma de permanganato de potassa para cada dois litros d'agua.

Estas injecções deverão ser proporcionadas, em numero á gravidade da hemorrhagia.

Ao mesmo tempo, far-se-ha observar o repouso na cama até ao decimo dia depois da cessação completa do escoamento sanguineo; se não fôr tomado em consideração este preceito ou se elle não fôr ordenado, a hemorragia reaparece.

### C) Inserção viciosa da placenta

Se a inserção baixa da placenta é geralmente a causa das hemorragias mais graves, é tambem ella que exige a intervenção mais rapida e mais efficaz.

Com effeito, frequentemente estas hemorragias resistem ás injeccões vaginaes e exigem o emprego de meios mais energicos.

Entretanto, antes d'intervir, se a mulher está muito fraca, se perde muito sangue, dever-se-ha praticar uma injeccão de *cafeina* e 500 gr. de *solutio physiologico*; esta pratica é muito para recommendar, pois que o sangue perdido pela intervenção cirurgica, junto ao da hemorragia ou hemorragias já effectuadas, poderão occasionar a morte da doente.

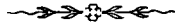
Quando o pulso se levantar, quando elle se sentir bater com mais força, então dever-se-ha *romper as membranas e rompê-las largamente*.

Esta ruptura far-se-ha quer com o dedo quer com o fura-membranas: geralmente a hemorragia cessa, em virtude de tambem cessar a tracção e o descolamento placentar. Escusado será recommendar que antes de se furarem as membranas, se deve reconhecer a apresentação do feto, afim de, sendo preciso, fazer alguma versão por manobras externas.

Suppunhamos agora que apesar de se terem rompido largamente as membranas, a hemorragia persiste e o parto tarda a fazer-se. N'este caso é preciso *dilatar o colo do utero*, afim de apressar o parto.

Esta dilatação deve ser docil, progressiva *e ao mesmo tempo rapida*; para isso utilizar-se-ha o balão de Champetier de Ribes ou, á falta d'este, a dilatação manual; Pinard prescreve absolutamente os *dilatadores metallicos* que, em sua opinião, são cegos e brutaes.

Se, depois de obter a dilatação do colo do utero, o feto não sahe naturalmente, é necessario praticar manobras obstetricas adequadas, porque esse facto indica que se está em presença de apresentações dificeis; o parteiro precisa de trabalhar com rapidez, porque quanto mais depressa o utero fôr esvasiado, mais rapidamente parará a hemorragia.



## CAPITULO III

---

### ***A therapeutica medicamentosa nas uterorrhagias gravidicas e os perigos do seu emprego***

---

Alguns medicos em presença d'uma hemorrhagia uterina, apressam-se a prescrever medicamentos, quer interna quer externamente. Estão n'este caso a *cravagem do centeio*, o *ergotino*, a *ergotinina*, a *hydratis canadensis*, a *hamamelis virginica*, a *tamponagem simples* ou *gelatinada*, o *clyster laudanizado*, o *acetanilide*, as *injecções quentes de sublimado*, etc.

Digamos algumas palavras sobre estes diversos meios therapeuticos, mostrando os perigos do seu uso, afim de os regeitar completamente na clinica obstetrica.

#### **A) Cravagem do centeio**

Tanto a cravagem do centeio como os corpos que d'ella se extrahem—o *ergotino* e a *ergotinina*—

são, segundo Tuzek e a maioria dos experimentadores, verdadeiros venenos, tetanisando o utero, intoxicando os doentes e produzindo lesões medullares identicas ás do tabes incipiente.

Hoje taes medicamentos estão absoluctamente proscriptos da obstetricia e é um axioma indestructivel o seguinte preceito: "Nunca se deve empregar a cravagem do centeio n'uma mulher grávida attingida de hemorragia no decurso da gravidez ou durante o trabalho."

*B) Hydrastis canadensis*

Este medicamento deve ser tambem regeitado no ataque das uterorrhagias, porque ainda não ha certeza sobre a sua actividade physiologica; os biologos teem feito numerosas experiencias mas os resultados teem sido variados e contradictorios.

Umaz vezes, a hydrastis provoca hypertensão arterial, outras vezes hypotensão; além d'isso, a sua dóse toxica ainda não está fixada, mas sabe-se que é um paralyzante dos centros sensitivos. Em virtude de todos estes factos, é de prudente raciocinio pôr tal medicamento absolutamente de parte.

*C) Hamamelis virginica*

São applicaveis a este agente as mesmas considerações que fizemos 'acerca do medicamento precedente.

#### D) Tamponagem simples ou gelatinada

Digamos, de principio, que apesar da grande voga da tamponagem, este processo não é de modo algum um processo curativo, mas apenas um processo transitorio, de expectativa. Não ha duvida que elle faz parar no momento a hemorragia, mas tambem favorece a pullulação dos germens pathogeneos que encontram no sangue assim accumulado um excellente meio de cultura.

Este inconveniente accentua-se mais no tampão gelatinado; é verdade que a gelatina tem propriedades hemostaticas, mas não se póde esterilisar: se ella fosse levada á temperatura de 120°, temperatura que era preciso attingir para estar certo da desappareição dos microbios — ella perderia as suas propriedades hemostaticas. Além d'este inconveniente, que é importantissimo, tem-se notado em alguns casos, placas de esphacello nos tecidos em contacto com a gelatina.

#### E) Clyster laudanizado

E' de uso muito antigo o administrar-se um clyster com laudano todas as vezes que ha ameaças d'aborto ou hemorragias sobrevindo no decurso da gravidez.

Nada ha que justifique semelhante emprego e, pelo contrario, ha formaes contra-indicações a tal respeito.

O clyster laudanizado produz constipação; e sa-



be-se que uma das precauções que se deve ter com toda a mulher grávida é a evacuação regular do intestino; pois o emprego do opio, impedindo a expulsão do conteúdo intestinal, facilita uma verdadeira auto-intoxicação por estercoremia.

#### F) Acetanilide

O acetanilide, derivado da anilina, é um veneno do sangue: produz methemoglobina nos glóbulos vermelhos; e ha casos em que a sua absorção foi seguida de cianose, colapso e morte.

#### G) Injecções vaginaes com sublimado

O sublimado corrosivo é um agente medicamentoso extremamente perigoso em obstetricia.

Ha casos citados em que injecções vaginaes feitas com a insignificante dóse de 0<sup>gr</sup>,25 por 200 d'agua produziram a morte; felizmente, taes casos são raros, mas se nem sempre a morte sobrevém, não deixa de ser certo que o bichloreto de mercurio provoca terribes lesões que o devem fazer proscreever em absoluto.


A seguinte experiencia de laboratorio confirma as nossas palavras: M. Israël injectou em animaes *de perfeita saude*, a *decima* ou a *vigesima* parte de sublimado sufficiente para os matar; em seguida estirpou um rim e estudou-o ao microscopio.

Em todos os casos, encontrou uma nephrite glo-

merular e exsudatos entre o glomerulo e a capsula; o epithelio dos tubos contornados encontrava-se destruido. Além d'isto, encontrou tambem uma degenerescencia gordurosa do figado, do baço e do myocardio.

Não contente com estes resultados, o mesmo auctor repetiu as mesmas experiencias com outros antisepticos e sempre obteve consequencias analogas, o que lhe permittiu classificar os antisepticos segundo a sua toxicidade, na ordem seguinte: sublimado, iodoformio, acido phenico e acido salicylico.

Em presença d'isto, achamo-nos excellentemente baseados para regeitar o uso de todo e qualquer antiseptico nas irrigações vaginaes, preconizando apenas, para tal fim, o uso da agua fervida e a temperatura elevada, como deixamos dito no capitulo antecedente.



## CAPITULO IV

---

### *Alguns casos de hemorragias gravidicas e puerperaes observados na enfermaria de partos do Hospital de Santo Antonio, do Porto.*

---

Antes de terminarmos a nossa dissertação, julgamos conveniente deixar annotados alguns casos de uterorrhagias observados na clinica obstetrica do Hospital de Santo Antonio; são esses que vão em seguida, sendo para lamentar a sua nimia pormenorisação, em virtude dos escassos dados que nos foi possível colher.

São casos observados desde o dia 1 de outubro de 1905 até ao dia 15 de abril de 1907; durante este periodo déram-se n'essa enfermaria 1040 partos e apenas se observaram 10 casos com hemorragias, o que nos parece excessivamente pouco para, sobre esse dado, estabelecermos, d'um modo geral, qualquer percentagem.

Por isso nos limitamos a apresentar esses casos, abstando-nos de mais considerações.

## I

L. R., 18 annos, solteira, domestica, do Porto.

Entrou para o hospital, com dois mezes de gravidez; hemorrhagia grave.

Apresentava um polypo implantado na parte postero-inferior da vagina; no dia 20 de janeiro de 1906 foi-lhe extirpado esse polypo e thermo-cauterisado o pediculo. Alta; curada.

## II

R. M., 29 annos, solteira, carreteira, de Barcellos.

Gravidez de 9 mezes; impossibilidade de parto espontaneo, hemorrhagia grave; placenta prévia, d'insertão central.

Versão no dia 14 de fevereiro de 1906. Fallecida.

## III

C. S. L., 41 annos, casada, domestica, do Porto.

Hemorrhagias frequentes e abundantes; infecção.

A 10 de março de 1906 foi-lhe feita a dilatação do colo e provocado o parto. Alta; curada.

## IV

M. J., 31 annos, casada, jornaleira, de Rio Tinto.

Gravidez de 9 mezes; hemorrhagias muito graves decorridas fóra do hospital; infectada por falta de cuidados

antisepticos; entrou moribunda para a enfermaria; apresentação cephalica.

Versão podalica. Fallecida.

## V

M. C., 30 annos, solteira, creada, de Moimenta da Beira.

Aborto aos 5 mezes, fóra do hospital; retenção da placenta. Teve anteriormente infecção puerperal.

Extração mixta a 28 de março de 1906. Alta; curada.

## VI

D. S., 22 annos, solteira, tecedeira, do Porto.

Hemorragia; polypo vaginal do volume de um ovo de gallinha. A 29 de novembro de 1906 foi-lhe laqueado e extirpado. Alta; curada.

## VII

A. F., 21 annos, casada, domestica.

Hemorragia gravissima fóra do hospital, durante muitos dias. Aborto incompleto, metrite hemorrhagica. Foi-lhe feita a curetagem uterina seguida da escovagem e cauterisação. Alta; curada.

## VIII

D. A. C., 36 annos, solteira, domestica, de Macedo de Cavalleiros.

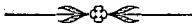
Aborto de 4 mezes; retenção placentaria; hemorrhagias antes e depois da expulsão do producto concepional. Operada a 22 de julho de 1906. Alta; curada.

## IX

C. P. S., 26 annos, casada, domestica, de Barcellos.  
Aborto de 3 mezes, occorrido fóra do hospital; retenção da placenta. Curetagem uterina e cauterisação a 5 de fevereiro de 1907. Alta; curada.

## X

M. E. S., 24 annos, solteira, creada, da Feira.  
Aborto de 3 mezes; retenção placentaria. Extracção e curetagem a 24 de fevereiro de 1907. Alta; curada.



# PROPOSIÇÕES

---

## **Anatomia descriptiva :**

O orificio pupillar não occupa rigorosamente o centro da iris.

## **Anatomia topographica :**

O estudo das regiões é mais util á medicina legal que á cirurgia.

## **Anatomia pathologica :**

A suppuração não é um processo organico de defeza exclusivamente destinado a combater os microbios.

## **Physiologia :**

A digestão das gorduras não póde effectuar-se sem a integridade funccional do pancreas, dos seus canaes excretores ou da abertura d'estes no duodeno.

## **Pathologia geral :**

A hereditariedade morbida nem sempre se transmite debaixo do mesmo plano pathologico.

**Pathologia externa:**

Opto pela immediata extirpação em todo o caso de epithelioma ou carcinoma.

**Pathologia interna:**

Não ha tratamento medico, por ora, da tuberculose pulmonar; esta doença cede apenas aos preceitos hygienicos.

**Operações:**

Sou de opinião que se deve fazer fallar o doente durante o principio da chloroformisação.

**Hygiene:**

A hygiene, mais que a lei ou consciencia, exige a fidelidade conjugal.

**Materia medica:**

O sol é um dos melhores antisepticos.

**Partos:**

Toda a vez que a cabeça fetal se encontra a nú na escavação, ha mais de duas horas sem avançar, é forçoso empregar o forceps.

**Medicina legal:**

No pleno uso de suas faculdades uma mulher normalmente constituida, não pôde ser violada por um só individuo.

Visto.

O Presidente,

*Dias d' Almeida.*

Póde imprimir-se.

O Director,

*Moraes Caldas.*