N.º 6.

AUGUSTO CARNEIRO

HEMORRHAGIAS

DA

PLACENTA PRÉVIA

(MECANISMO E THERAPEUTICA)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

Apresentada e defendida perante a

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

SOB A PRESIDENCIA

DO EX.mo SNR.

MANOEL DE JESUS ANTUNES LEMOS

PORTO

TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL

66 — Rua da Fabrica — 66

1882

31/6 E MC

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

CONSELHEIRO, MANOEL MARIA DA COSTA LEITE

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

1.ª Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2.ª Cadeira — Physiologia . .	Antonio d'Azevedo Maia.
3.ª Cadeira — Historia natural dos medicamentos. Materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4.ª Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5.ª Cadeira— Medicina operatoria	Pedro Augusto Dias.
6.ª Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recem-nascidos . . .	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7.ª Cadeira—Pathologia interna—Therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8.ª Cadeira—Clinica medica .	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
9.ª Cadeira—Clinica cirurgica	Eduardo Pereira Pimenta.
10.ª Cadeira — Anatomia pathologica	Manoel de Jesus Antunes Lemos.
11.ª Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia geral . . .	Dr. José F. Ayres de Gouveia Osorio.
12.ª Cadeira—Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia	Isidoro da Fonseca Moura.

LENTES JUBILADOS

Secção medica	Dr. José Pereira Reis. João Xavier d'Oliveira Barros. José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	Antonio Bernardino d'Almeida. Luiz Pereira da Fonseca. Conselheiro Manoel M. da Costa Leite.
Pharmacia	Felix da Fonseca Moura.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	Vicente Urbino de Freitas. Miguel Arthur da Costa Santos.
Secção cirurgica.	Augusto Henrique d'Almeida Brandão. Ricardo d'Almeida Jorge.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica. . . . . Candido Augusto Correia de Pinho.

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

(Regulamento da Escóla, de 24 d'abril de 1840, art. 155.º)

A

MEUS PAES

É esta a ultima prova do meu tirocinio escholar, para cuja realisação tanto concorreram os vossos sacrificios, e por isso de direito vos pertence.

A

MEUS TIOS E IRMÃOS

AOS

MEUS CONDISCIPULOS

AO

EX.mo SNR.

Frederico Augusto Pimentel

Dignissimo director das obras publicas de Santarem

Dos vossos sabios conselhos dependeu a posição que hoje occupo. É pois justo que eu escreva aqui o vosso nome e os protestos da minha muita gratidão.

Ao

SEU PRESIDENTE

O EX.^{MO} SNR.

MANOEL DE JESUS ANTUNES LEMOS

As nobilissimas qualidades de espirito e sciencia que o individualisam, os sabios conselhos que sempre me dispensou na espinhosa carreira medica, são elementos poderosos para vos dirigir estas palavras despidas de rhetorica, mas cheias de sincera gratidão.

No grupo das hemorrhagias puerperaes avultam pela extrema gravidade das suas consequencias e pelas difficuldades por vezes invenciveis da therapeutica, as hemorrhagias ligadas á inserção viciosa da placenta.

O seu apparecimento n'uma epocha relativamente pouco avançada da gestação quando o feto possue ainda poucas ou nenhumas garantias de viabilidade; a instantaneidade com que se manifesta, compromettendo em poucos momentos a vida de dois entes, e finalmente a impossibilidade de evacuar promptamente a cavidade uterina, unico meio verdadeiramente racional e efficaz de a suspender em muitos casos, taes são os pontos capitaes que dão ao problema uma feição especialmente grave e delicada.

Desviar o perigo emminente com o minimo da violencia, garantindo tanto quanto ser possa a vida do feto, eis a indicação fundamental, facil de formular, mas difficil de preencher em face do accidente, se o clinico não conservar a serenidade sufficiente para avaliar de prompto a situação, e escolher sem hesitar o meio therapeutico que melhor convém, em perfeita harmonia com a variante especial do caso que se lhe apresenta.

Estas condicções inherentes ao medico, embora se adquiram principalmente pela practica, exigem incontestavelmente um perfeito conhecimento theorico do assumpto: é indispensavel que uma interpretação racional e exacta dos phenomenos observados sirva constantemente de guia ás determinações do clinico, porque difficilmente se concebe que sem ella se possam combater com efficacia e sem grave risco accidentes de tão elevada importancia.

Foram estas considerações que motivaram a escolha do assumpto que vou encetar, e ao qual o tempo de que disponho e os acanhados limites d'uma dissertação inaugural não permittem dar todo o desenvolvimento que seria para desejar; procurarei no emtanto expôr a questão com a sufficiente clareza, insistindo de preferencia n'aquelles pontos que me pareceram d'uma importancia capital, no-

meadamente debaixo do ponto de vista clinico em que me colloquei.

Em harmonia com estas ideias, dividirei o assumpto em duas partes: na primeira estudarei os limites da inserção physiologica da placenta, accentuando bem a area da sua implantação viciosa, e exporei em seguida o mecanismo das hemorrhagias ligadas a esta causa, baseando-me para isso nos dados anatomo-phisiologicos e clinicos de que posso dispor. A segunda parte será destinada á therapeutica, merecendo-me por isso mesmo uma attenção especial; e, fazendo obra pelos authorisados trabalhos dos mais eminentes clinicos, que se teem dedicado ao estudo d'esta especialidade, exporei franca e sinceramente a minha opinião embora não confirmada ainda por nenhum caso de observação pessoal.

PRIMEIRA PARTE

CAPITULO I

Estructura e connecções da placenta e sua importancia physiologica

Antes de encetarmos o estudo da inserção viciosa da placenta, ponto capital d'esta primeira parte do nosso trabalho, é indispensavel recordar embora a largos traços a estructura da placenta, as suas connecções com a parede uterina e a importancia do papel que representa como garantia unica da vida do feto durante a maior parte do periodo da gestação. Só assim se poderá comprehender o mecanismo das hemorrhagias, a sua gravidade para a mãe e para o feto e o alcance das indicações fundamentaes da therapeutica instituida.

A placenta, cujos rudimentos começam a

manifestar-se no decurso do terceiro mez, é o orgão especialmente destinado a garantir d'ahi em diante as trocas nutritivas que se effectuam entre o organismo materno e o feto, e que são a condicção indispensavel do desenvolvimento d'este durante todo o resto da vida intra-uterina.

Embora a estructura da placenta tenha sido, como muito bem faz notar Charpentier, um dos mais intrincados problemas histologicos, havendo ainda hoje numerosas divergencias, é todavia fóra de duvida que a sciencia possue actualmente os mais culminantes dados d'esta importantissima questão.

E' principalmente aos trabalhos authorisados de Kœlliker, Robin, Virchow e Joulin que se devem as mais completas descripções que hoje possuimos relativas á textura da placenta, e ás intimas relações que ligam as villosidades do chorion aos seios da mucosa utero-placentar.

Seguindo o ovulo fecundado desde a sua accomodação na superficie interna da mucosa uterina e nas differentes phases da sua evolução ulterior é facil verificar que a vesicula alantoidea constitue a verdadeira origem da placenta.

Formado o amnios pela adherencia dos capuchos inferiores, verdadeira gemmação do folheto seroso do blastoderme, a membrana

vitellina reabsorve-se lentamente e numerosas villosidades se desenvolvem na superficie uterina do chorion, insinuando-se na mucosa uterina e na caduca reflectida onde recebem os elementos necessarios para o desenvolvimento progressivo do ôvo: é n'este periodo que a vesicula umbilical e a circulação omphalo-mesenterica (1.ª circulação) tem a seu cargo garantir a nutrição do feto, fornecendo-lhe as materias indispensaveis á vida. Mas esta garantia é ephemera e não tarda que a allantoidea nascendo d'uma ansa terminal do intestino, e transpondo a abertura ventral do feto se expanda por toda a superficie interna do chorion insinuando-se no interior das villosidades ás quaes envia prolongamentos tenuissimos dos vasos umbilicaes separados pela substancia propria do magma reticulado. Ao mesmo tempo por uma especie de antagonismo e pela pressão excentrica do liquido amniotico a vesicula umbilical atrophia-se lentamente reduzindo-se por ultimo a um filamento acinzentado, que se perde entre os elementos do cordão.

A circulação allantoidea continua a desenvolver-se rapidamente por toda a superficie interna do chorion atravez do qual se faz a absorpção dos liquidos nutritivos. Pouco depois este trabalho accentua-se e localisa-se ao nivel da mucosa utero-placentar pelo des-

envolvimento rapido e simultaneo das villosidades do chorion e dos vasos uterinos n'esse ponto; ao passo que em toda a superficie correspondente á caduca reflectida as villosidades se atrophiam comprimidas pela accumulação excessiva do magma reticulado, rico em substancia amorpha e elementos fibro-plasticos.

E' assim que se formam os primeiros rudimentos da placenta, orgão essencialmente constituido como vamos vêr pelas ramificações dos vasos umbilicaes, magma reticulado e substancia propria da membrana chorial.

A' medida que as villosidades da região utero-placentar se desenvolvem, ramificam-se em todas as direcções, levando cada ramificação um ramusculo arterial e venoso dimanado do vaso central e cujas terminações se anastomosam entre si, estabelecendo assim uma perfeita continuidade circulatoria sem communicação alguma com os tecidos e elementos visinhos.

D'este progressivo trabalho de desenvolvimento resulta que a disposição regular em dois planos, um pertencente aos troncos vasculares, outro ao corpo das villosidades e separados pelo chorion, vai pouco e pouco desapparecendo, encontrando-se no mesmo plano villosidades e troncos vasculares sem que todavia se alterem as relações de dependen-

cia, que ligam entre si estes differentes elementos.

As ramificações dos vasos umbilicaes, depois de terem atravessado o folheto interno da membrana laminosa que tapeta a superficie fetal da placenta, ramificam-se em todas as direcções terminando por uma quantidade innumeravel de pequenos vasos cujas ultimas divisões vão fornecer ás villosidades os elementos vasculares de que carecem.

Toda esta immensa rêde vascular é envolvida pela substancia propria do magma reticulado, no qual se encontra um grande numero de villosidades atrophiadas e reduzidas a simples filamentos.

Na mucosa utero-placentar modificações analogas se effectuam parallelamente ás que acabamos de descrever nos elementos da placenta: a rêde capillar superficial desenvolve-se rapidamente circundando a base das villosidades e acompanhando-as no seu progressivo desenvolvimento; não tarda porém que o equilibrio se rompa, tornando-se insufficiente a irrigação da mucosa para compensar a rapidez com que se subdividem e ramificam as villosidades de chorion, é então que os vasos se dilatam communicando uns com outros pela fusão das paredes contiguas, formando-se verdadeiros lagos sanguineos que acompanham e redeiam as villosidades

banhando-as até ao nivel da inserção do pediculo, mas constantemente separadas d'ellas pelo epithelio da mucosa espesso e hypertrophiado.

É esta camada epithilial que debaixo da fórma de membrana acinzentada, molle e transparente tapeta a superficie dos cotyledons quando se destaca a placenta da superficie uterina. A adherencia d'esta membrana com a superficie materna da placenta é intima, e no entanto ha apenas justaposição de tecidos com insinuação dos vasos da serotina entre as numerosas ramificações das villosidades.

Exposta assim a largos traços a estructura da placenta e as relações que a ligam á mucosa uterina, é facil comprehender os obstaculos que separam a circulação materna da circulação fetal: a parede das veias e o epithelio da mucosa uterina por um lado, o chorion, o magma reticulado e a parede propria dos vasos placentares por outro, taes são os tenues elementos atravez dos quaes se operam as trocas osmoticas que constituem a funcção placentar.

Não existe pois em parte alguma communicação directa entre a circulação do feto e a circulação da mãe. Esta conclusão, fundamentada em minuciosos estudos histologicos é hoje quasi universalmente acceite e tem

como veremos um alcance pratico inexcedivel na genese e therapeutica das hemorrhagias puerperaes.

Do que temos dito relativamente á intimidade das connexações utero-placentares, se póde prever até certo ponto a importancia do papel physiologico da placenta. Sem pretender apreciar e discutir as differentes theorias e hypotheses que se teem apresentado sobre a natureza e desenvolvimento do feto, diremos apenas, e isto basta debaixo do ponto de vista pratico em que nos collocamos, que é por intermedio exclusivo ou quasi exclusivo da placenta que o feto recebe os elementos indispensaveis da sua actividade organica. A facilidade e rapidez das trocas osmoticas, que se effectuam entre o organismo materno e fetal atravez das villosidades da placenta, são claramente demonstradas pelas importantes experiencias de Gusserow com o acido benzoico e o benzoato de soda e em seguida com a strychnina confirmando os trabalhos de Savary. Os resultados d'estas experiencias demonstram sufficientemente a reciprocidade e rapidez das trocas, e, invalidando opiniões anteriores, prova á evidencia baseando-se além d'isso na composição do liquido amointico, que este liquido não é o resultado d'uma transudação sanguinea e que sendo nullas ou quasi nullas as trocas mate-

riaes entre o sangue materno e o liquido amniotico, este representa um papel puramente passivo nos importantes phenomenos da nutrição fetal.

Absorpção nutritiva e hematose, glycogenese e depuração organica, taes são os importantes phenomenos que se passam no limitado campo das adherencias placentares.

Estas breves considerações tendentes a demonstrar a importancia do papel physiologico da placenta são diariamente confirmadas pela pratica, em que vemos as mais graves perturbações nas funcções do feto seguirem-se de perto a uma interrupção ou difficuldade na circulação dos vasos umbilicaes, ou a uma reducção sensivel na area das connexões placentares.

Taes são, muito em resumo, as considerações anatomo-physiologicas que se nos offerece fazer, e que julgamos d'alguma utilidade para a perfeita comprehensão do assumpto que vamos encetar.

CAPITULO II

Limites da inserção pathologica—Variedades Mecanismo das hemorrhagias

Embora a mucosa uterina, profundamente modificada debaixo do poderoso estimulo da fecundação, offereça em todos os seus pontos as condicções histologicas necessarias para a fixação e desenvolvimento do ovulo, ha no emtanto limites além dos quaes a inserção da placenta não póde fazer-se sem perigo emminente para a mãe e para o feto, pelos gravissimos accidentes que quasi constantemente a acompanham n'um periodo relativamente avançado da gestação.

E' pois indispensavel precisar esses limites, não só para a perfeita comprehenção do que vae seguir-se, como tambem para funda-

mentar em bases racionaes a therapeutica d'esses accidentes.

Nas suas lições sobre as operações obstetricas divide Barnes a superficie interna do utero em tres zonas separadas por dois circulos perpendiculares ao eixo, e denominados circulos polares *superior* e *inferior*.

A zona superior ou correspondente ao fundo do utero é a verdadeira séde physiologica de inserção da placenta. Na zona meridiana limitada pelos dous circulos polares, a placenta póde dar lugar a accidentes mais ou menos graves, mas nunca comparaveis aos que se manifestam quando a séde de implantação tem lugar na zona inferior ou cervical limitada pelo circulo polar inferior. A altura d'esta zona, avaliada por Barnes em 76 millimetros, distancia que separa o circulo polar do orificio interno do collo, corresponde no craneo fetal á distancia que existe entre a protuberancia occipital e as bossas parietaes. E' effectivamente n'esta area que se realizam no mais alto grau todas as condições necessarias para que a inserção da placenta n'esse ponto deva considerar-se como um dós casos mais graves e delicados da distocia, é n'ella que se effectuam as importantes modificações que, dilatando o collo, tem de dar passagem ao producto da concepção e por isso mesmo dão lugar ás mais funestas

hemorrhagias que se declaram durante o parto nas inserções viciosas da placenta.

Mas esta divisão em perfeita harmonia com as ideias de Barnes, não satisfaz completamente, porque além dos limites da zona cervical assignalados por Barnes; ha pontos que pelas modificações que esperimentam nos ultimos tempos da gestação, podem dar logar a descollamentos prematuros e portanto a hemorrhagias, que não podem deixar de se ligar ás condições anormaes de implantação do ovulo.

Debaixo d'este ponto de vista podemos dividir a superficie interna do utero em dois segmentos: superior e inferior, e admittir com a maioria dos authores tres variedades de placenta prévia: *central* ou *completa*, *incompleta* e *marginal*. No primeiro caso a inserção cobre totalmente o orificio interno do collo, no segundo a margem da placenta chega até aos lados do orificio fazendo sobre elles uma saliencia mais ou menos accentuada, no terceiro finalmente a inserção dá-se n'um ponto mais distante do collo, embora dentro dos limites do segmento inferior. Esta divisão tem como veremos uma importancia clinica consideravel, nomeadamente debaixo do ponto de vista do prognostico e do tratamento. Taes são os limites assignalados pela theoria e pelos factos á inserção viciosa da placenta.

Vejamos agora a justificação d'esses limites e o mecanismo pelo qual se effectuam essas violentas e assustadoras hemorrhagias que constituem a expressão clinica da ectopia placentar.

Admittindo o descollamento da placenta ou ruptura das connecções utero-placentares como condicção absolutamente indispensavel e universalmente acceite na genese das hemorrhagias ligadas a esta causa, duas questões importantes se offerecem naturalmente á nossa consideração:

1.º Quaes as condicções em que se realisa o descollamento ou ruptura das connexões utero-placentares.

2.º Qual a origem do sangue que constitue a hemorragia.

I

Condições em que se realisa o descollamento

Limitando á zona cervical a area essencialmente perigosa, dentro da qual a inserção da placenta é quasi fatalmente seguida de hemorragias graves, nada mais fizemos do que a exposição d'um facto diariamente con-

firmado pela clinica. Occupemo-nos agora da sua interpretação physiologica.

E' hoje um facto averiguado, que as hemorrhagias da placenta prévia se declaram quasi constantemente depois do sexto mez, em geral repetidas com intervallos variaveis e accentuando-se progressivamente á medida que se approxima o termo da gestação. Em qualquer periodo do seu apparecimento podem estas perdas aquirir um caracter sufficientemente grave para despertar um trabalho prematuro ou exiggir uma intervenção que artificialmente o provoque. Como quer que seja, não podemos hoje duvidar de que a gravidade assustadora d'estas hemorrhagias coincide em geral precisamente com o periodo de dilatação de collo, nomeadamente nos casos de inserção central, em que o orificio interno se acha totalmente coberto pelas adherencias da placenta.

O mecanismo do descollamento n'este caso é por todos universalmente acceite sem a menor divergencia: iniciado o trabalho pela contração simultanea das fibras longitudinaes e circulares, uma tracção energica é operada directamente sobre o segmento inferior do utero, e indirectamente sobre as fibras circulares do collo que embora contrahidas igualmente, cedem todavia ao exforço predominante das primeiras, permittindo uma di-

latação lenta e progressiva, a principio contrariada pela intimidade das connexões uteroplacentares.

Não tarda, porém, que a resistencia d'estas connexões seja vencida, destacando-se pouco e pouco a placenta, primeiro nas regiões circumvisinhas do collo, e em seguida successivamente em toda a area das suas inserções; d'esta forma ficam abertos os seios uterinos superficiaes, porque a camada epithelial hypertrophiada que as cobria, contrahindo intima adherencia com a superficie das villosidades em toda a extensão dos cotyledons acompanha a placenta no seu descollamento.

Se é facil, como se vê, comprehender o mecanismo do descollamento nos casos de inserção central e ainda nos de inserção marginal no periodo de dilatação, o mesmo não acontece na interpretação das hemorrhagias igualmente ligadas á placenta previa, quando estas se manifestam n'um periodo em que não existem ainda vestigios de dilatação e em que por conseguinte nos vemos obrigados a invocar uma outra causa.

Aqui divergem um pouco as opiniões.

A maioria dos authores, verdadeiras authoridades em assumptos d'esta ordem, admittem, fundamentados em dados anatamophysiologicos, que o descollamento se effectua n'estes casos pela falta de concordancia

entre o desenvolvimento da placenta e o do segmento inferior do utero nos periodos avançados da gestação.

Apezar da grande irregularidade que, segundo a opinião de Dapaul [1] reina no desenvolvimento das differentes partes do orgão gestador, é todavia fóra de duvida que o augmento de volume do utero nos primeiros tempos (5 a 6 mezes) da gestação se effectua principalmente á custa do fundo e regiões circumvisinhas, ao passo que o desenvolvimento do segmento inferior se accentua de preferencia nos ultimos mezes da gravidez. Esta prioridade de desenvolvimento do fundo, regularidade e lentidão relativas com que se effectua, de forma a poder considerar-se completo ou quasi completo no decurso de 7 mezes, são outras tantas circumstancias que se harmonisam plenamente com as differentes phases evolutivas da placenta. É sem duvida a esta ampliação harmonica de dois orgãos relacionados por tão intimas dependencias, que se deve a ausencia quasi constante de descollamentos apreciaveis, encontrando-se apenas algumas vezes na massa placentar nucleos fibrinosos provenientes de pequenas hemorrhagias que não se tendo re-

[1] Leçons de clinique obstetricales.

vellado por symptomas apreciaveis indicam apenas lacerações insignificantissimas, sem influencia alguma sobre a saude da mãe nem sobre as condições vitaes do producto da concepção. E' por esta rasão que o fundo do utero e regiões circumvisinhas se consideram como constituindo a séde verdadeiramente physiologica da inserção da placenta.

Condições oppostas se realisam no segmento inferior.

A placenta, que até ao setimo mez se desenvolve na zona cervical sem obstaculos sensiveis, vae ser subitamente surprehendida pela ampliação rapidamente progressiva da superficie sobre que se insere, sem que a phase avançada da sua evolução nem a sua textura lhe permittam acompanhar este crescimento; é d'esta inevitavel discordancia que resulta a destruição successiva das adherencias em differentes pontos da area em que se passam estas importantes modificações. D'aqui se infere que a extensão do descollamento, será tanto maior quanto mais extensa fôr a superficie da placenta inserida sobre a zona perigosa, e portanto em igualdade de circumstancias tanto mais grave será tambem a hemorrhagia. Digo em igualdade de circumstancias, porque não ha em alguns casos paridade entre a extensão do descollamento e a abundancia da hemorrhagia.

Tal era a opinião geralmente acceite, relativamente a interpretação das hemorrhagias da placenta prévia anterior á dilatação do collo, quando R. Barnes, professor da Universidade de Londres, aventou uma opinião differente, baseada em considerações de outra ordem. Dividida a superficie interna do utero em tres zonas, e limitada á zona cervical a inserção viciosa da placenta, sustenta o illustre professor que não é a ampliação rapida do segmento inferior do utero que dá logar ao descollamento; mas, pelo contrario, o rapido desenvolvimento da placenta, que não encontra na superficie uterina de implantação um augmento proporcional e que por conseguinte se descolla parcialmente, sobretudo nas épocas menstruaes em que o affluxo de sangue ao systema genital dá uma turgescencia consideravel á rede vascular da placenta. N'estas condições póde acontecer que a presença de sangue e d'alguns coagulos, formados entre a placenta e a parede uterina, despertem a contracção, iniciando prematuramente o parto e dando logar á dilatação do collo, factor importantissimo na genese das hemorrhagias puerpuraes ligadas ao accidente a que nos estamos referindo. E n'este segundo ponto que as ideias de Barnes se manifestam em perfeita harmonia com a opinião universalmente acceite.

*

Estudando attentamente a doutrina do imminente professor, não podemos deixar de reconhecer que são pouco admissiveis os argumentos de que lança mão, para justificar a sua opinião relativamente ao mecanismo do descollamento, anterior á dilatação do collo. Effectivamente se é certo, como muito bem faz notar Depaul, que o desenvolvimento do fundo do utero se acha, por assim dizer, completo no fim do setimo mez, não se comprehende realmente, admittindo as ideias de Barnes, como não sejam frequentissimas passada esta época as hemorragias, nos casos de inserção normal, porque a estabilidade relativamente grande da superficie de implantação, não póde acompanhar os suppostos movimentos expansivos da placenta; e no entanto todos sabem que não são frequentes os descollamentos prematuros nos casos de implantação physiologica.

Sendo isto assim, como podemos admittir que o phenomeno se dê precisamente no segmento inferior, cujo desenvolvimento rapido nos tres ultimos mezes se prestaria mais facilmente a acompanhar a turgescencia periodica da placenta?

Além d'isso, Barnes, para sustentar que o primeiro descollamento é devido ao excesso relativo de desenvolvimento e hyperemia periodica da placenta, appella para a analogia

que deve dar-se com os phenomenos que se observam na prenhez tubar, em que a ruptura da trompa com todas as consequencias que naturalmente se lhe seguem, tem logar precisamente, na generalidade dos casos, n'uma época menstrual, em consequencia da expansão mais rapida que então experimentam os elementos constituintes do ôvo.

Não vemos realmente o alcance d'um similhante argumento: a congestão periodica que coincide com as épocas menstruaes, não se manifesta exclusivamente sobre o ôvo, mas sim sobre todo o apparelho genital, nomeadamente na parede uterina correspondente á superficie da inserção, rica em elementos vasculares e devendo ter por isso mesmo um movimento expansivo analogo ao da placenta. E no entanto o illustre professor não menciona este importantissimo elemento.

É pois evidente que a doutirna de Barnes não póde em realidade acceitar-se, tanto mais quanto é certo que a opinião seguida n'este ponto, pela maioria dos auctores, é indubitavelmente aquella que mais em harmonia se encontra com os dados que nos são fornecidos pela theoria e pelos factos relativos a esta importantissima questão.

II

Origem do sangue que constitue a hemorrhagia

Depois de termos estudado o mecanismo do descollamento da placenta, resta-nos agora precisar a origem das violentas hemorrhagias que caracterisam clinicamente o accidente, dando-lhe a feição essencialmente grave que todos lhe reconhecem.

Ainda sobre este ponto, na apparencia simples, ha notaveis divergencias, e, todavia, ninguem de certo duvidará da influencia que nas indicações therapeuticas deverá ter o perfeito conhecimento d'este assumpto e a necessidade imperiosa para o clinico de assentar definitivamente as suas ideias, inclinando-se sem hesitações para a opinião que lhe parecer mais acceitavel e procedendo sempre em perfeita harmonia com as doutrinas que servem de fundamento á sua opinião.

Para bem comprehendermos o que vai seguir-se, e depois de termos estudado a textura da placenta e as relações das villosidades do chorion com os seios da mucosa uterina, resta-nos apenas descrever rapidamente a rede vascular da camada contractil, que na area da inserção da placenta constitue o in-

termedio entre os troncos vasculares utero-ovaricos e os seios superficiaes da mucosa.

Acceitando os trabalhos de Hellie de Chatenay sobre a textura dos planos musculares do utero, como os mais completos que até hoje se teem apresentado, deixaremos as camadas interna e externa especialmente destinadas á propulsão do ovoide fetal, para tão sómente nos occuparmos da camada média por ser justamente aquella que mais intimas relações contrahe com os elementos vasculares, nomeadamente ao nivel das inserções da placenta.

Esta camada, essencialmente distincta das outras duas, embora ligada a ellas por internas relações, é principalmente constituida por fibras musculares dirigindo-se em todas as direcções e circumscrevendo aneis que, pela sua successão, formam canáes que acompanham as veias uterinas no seu trajecto e envolvem os volumosos seios da região placentar.

Esta disposição em aneis contracteis, que caracterisa a tunica media, encontra-se constituida pelas fibras transversaes da camada externa circumdando os vasos uterinos e ovaricos na parte em que estes penetram, no parenchyma da viscera. Uma disposição analoga se encontra na camada interna cujas fibras se affastam para dar passagem aos seios ute-

rinos, destinados a alimentar os lagos sanguineos que rodeam a base das villosidades placentares. Esta disposição parecendo destinada a compensar a ausencia d'uma disposição valvular, que nas veias uterinas e ovaricas e nos seios obstem ao refluxo de sangue, tem como veremos uma grande importancia na genese e therapeutica das hemorrhagias puerperaes.

Feitas estas considerações, vejamos o que deve succeder consecutivamente ao descollamento parcial ou total da placenta.

Em toda a extensão da parte descollada, duas superficies ficam a descoberto: a superficie uterina com as veias abertas pelo arrancamento da camada epithelial da mucosa que as cobria, e a face uterina dos cotyledones tapetada por essa mesma camada epithelial onde se encontram os orificios que estabelecem a communicação entre a porção uterina e a porção placentar dos seios divididos pelo descollamento.

Qual das duas superficies será a fonte unica ou principal da hemorrhagia?

Duas doutrinas se offerecem á nossa consideração, ambas firmadas por authoridades eminentes.

A primeira, e mais geralmente acceite consiste em admittir que o sangue provém directamente da supercie uterina cujos seios

superficiaes abertos pelo descollamento da camada epithelial, communicam por numerosas anastomoses com os largos seios da tunica muscular, por intermedio dos quaes recebem o sangue proveniente das arterias uterinas e ovaricas e das veias correspondentes, das quaes reflue pela ausencia d'uma disposição valvular.

Em harmonia com esta doutrina a hemorrhagia será tanto maior, quanto maior fôr a area do descollamento, e tanto menor quanto mais intensa e duradoura fôr a contracção muscular, o que facilmente se compreende se attendermos a que os aneis e canaes musculares do parenchyma, comprimindo pela sua contracção os ramos arteriaes e os seios, difficultam ou impossibilitam mesmo a chegada de sangue attenuando por isso mesmo a hemorrhagia. Mas a contracção essencialmente intermittente não é de per si só sufficiente para a suspender definitivamente e por isso se torna indispensavel a intervenção de um segundo factor importantissimo: a retracção da tunica muscular, phenomeno perfeitamente physiologico, mas que só póde dar-se pela evacuação completa do utero ou diminuição sensivel no volume do conteudo.

D'aqui resultam duas indicações therapeuticas fundamentaes: 1.º evitar tanto quanto ser possa os progressos do descollamento,

2.º evacuar o mais depressa possivel a cavidade uterina ou pelo menos reduzir sensivelmente o conteudo do ôvo.

A segunda opinião cujo principal propugnador é Simpson, considera a face uterina da placenta como sendo a fonte principal da hemorrhagia nos descollamentos parciaes.

E' na propria estructura da superficie placentar que se encontram realisadas as condições necessarias para que o phenomeno se manifeste no seu mais alto grau. A estructura cavernosa d'essa superficie, constituida pelas numerosissimas anastomoses dos seios que rodeiam a base das villosidades, e a ausencia d'um tecido contractil capaz de comprimir os orificios vasculares resultantes do descollamento, taes são os pontos que servem de fundamento á theoria de Simpson, pela qual o illustre professor pertende explicar não só a persistencia das hemorrhagias emquanto existirem adherencias placentares, como tambem e principalmente a suspensão d'ellas, desde o momento em que o descollamento seja completo.

O sangue que dos vasos da tunica muscular passa aos seios que circumscrevem as villosidades na parte adherente da placenta, diffunde-se rapidamente por toda a rede vascular dos cotyledones em virtude das numerosissimas anastomoses de que fallamos e che-

ga assim á parte descollada onde a abertura dos seios lhe permitte a sahida rapida em quantidade que varia com a extensão do descollamento, e com as condicções de fluidez do sangue nos seios vasculares da superficie destacada.

Os partidarios da opinião de Simpson sustentam, em opposição com as ideias geralmente seguidas, que não ha proporcionalidade directa entre a extensão do descollamento e a abundancia da hemorrhagia, acontecendo muitas vezes manifestarem-se perdas consideraveis com um descollamento relativamente minimo. Comprehende-se facilmente este modo de vêr, em perfeita harmonia com as ideias seguidas por estes authores relativamente á genese da hemorrhagia: não é tanto a difficuldade na sahida pelos orificios abertos, como o maior numero de communicações vasculares que influe no valor das perdas, e é por isso que á medida que o descollamento vae progredindo, estas vão cessando tambem contrariamente ainda á opinião geralmente acceite.

E' por isso que Simpson admitte com toda a probabilidade que o maximo da hemorrhagia será attingido quando a porção de sangue que entra nas veias placentares pela parte adherente, fôr igual á que é expellida pelos orificios abertos da parte descollada.

Em vista do que fica dito se conclue que a hemorrhagia deverá cessar ou diminuir pelo menos consideravelmente depois do descollamento completo da placenta porque d'esta fórma não só as veias da placenta, não podem fornecer mais sangue mas ainda, segundo Simpson, a cessação do estimulo physiologico que obrigava o sangue materno a affluir á superficie dos cotyledones, deveria trazer como consequencia o restabelecimento da circulação, pelas communicações superiores mais faceis e amplas das arterias e veias uterinas, e por conseguinte a evacuação relativa dos seios, cujo papel physiologico ficou definitivamente abolido pela ruptura das connexões utero-placentares.

Tal é para Simpson uma das principaes causas da cessação da hemorragia, porque embora o distincto professor conceda um subido valor á contracção e retracção uterina consecutivas ao descollamento da placenta, nem por isso deixa de objectar que, ha casos, em que tal elemento não intervem, porque não existem contracções, e, o que é mais, a presença d'um feto na cavidade uterina impossibilita a retração propria d'esta viscera, tornando assim impossivel a hemostase por este mecanismo.

E' principalmente para estes casos, que os partidarios d'esta opinião invocam como

causas adjuvantes importantissimas a estructura e disposição das veias uterinas, a presença de coagulos no interior dos vasos e finalmente a permanencia na superficie uterina da parte da mucosa utero-placentar que normalmente acompanha a placenta no seu descollamento.

Como consequencia das ideias que ficam expostas resulta que nos casos de hemorrhagia por inserção viciosa, é o descollamento rapido e completo da placenta que constitue a indicação fundamental, em absoluta opposição com as ideas quasi universalmente seguidas a tal respeito.

Submettendo as ideias de Simpson a uma rigorosa analyse, é facil reconhecer a impossibilidade de se sustentar hoje uma similhante hypothese, contra a qual protestam a theoria e os factos.

O estudo minucioso das veias da placenta demonstra claramente que o curso regressivo do sangue deve fazer-se lentamente, e que por conseguinte nunca a parte destacada póde fornecer as torrentes de sangue, que frequentes vezes caracterisam estas gravissimas hemorrhagias. Além d'isso a coagulação rapida do sangue, que atravessasse os orificios abertos á superficie dos cotiledones, deveria obstar promptamente aos progressos da hemorrhagia por obstrucção mecanica dos seios.

Mas ha mais: as experiencias de Mackensie mostram d'um modo irrefutavel que o sangue das hemorrhagias é directamente fornecido pela superficie uterina, e estas experiencias são positivamente confirmadas pelas observações de Barnes e de Chavene, que assistiram á realisação do phenomeno em uteros abertos pela secção cesarianna.

Resultados d'esta ordem não permittem a menor duvida:

A hemorrhagia tem como fonte quasi exclusiva os seios abertos da superficie uterina e só póde suspender-se pela retracção do utero e pelo obstaculo que encontra o curso do sangue nos seios da camada vascular, e nos vasos uterinos pela contracção que se manifesta nos aneis e canaes musculares, que rodeiam e envolvem esses vasos.

E' d'esta fórma que se explicam as hemorrhagias por vezes fulminantes, que se manifestam consecutivamente ao descollamento completo da placenta; não só n'aquelles casos em que o utero se conserva ainda distendido pelo producto da concepção, mas ainda n'aquelles em que, embora completamente vasio, se não contrahe todavia com a sufficiente energia para interromper o curso do sangue, impedindo a sua chegada em quantidade notavel aos seios abertos da camada superficial.

Em face d'estas considerações explica-se facilmente a discordancia que por vezes se nota entre a extensão do descollamento e a abundancia da hemorrhagia, phenomeno que constitue um dos mais importantes argumentos da doutrina de Simpson e sobre a qual os partidarios d'essa opinião fundamentam de preferencia as suas convicções.

Para que a contracção dos planos musculares do utero possa ser efficaz, como meio hemostatico, torna-se indispensavel que a area vascular por ellas abrangida se reduza sensivelmente debaixo da sua influencia, e tanto mais quanto maior fôr o calibre dos vasos que a constituem.

Ora em toda a extensão da parede uterina correspondente á inserção da placenta, uma tal condição não póde realisar-se emquanto existirem as adherencias placentares.

E' precisamente esta circumstancia tão favoravel ao feto porque lhe garante as trocas nutritivas durante as contracções violentas do trabalho, que constitue um perigo eminente, quando um descollamento parcial se manifesta.

N'estas condições effectivamente a persistencia de adherencias placentares impedindo a retracção efficaz da area vascular debaixo da influencia das contracções uterinas, conserva em plena actividade a circulação

nos seios; mas a abertura dos vasos superficiaes na parte em que se destruiram as connexões utero-placentares fornecendo ao sangue uma passagem facil, uma derivação accentuada se estabelece para aquelle ponto pelas multiplas anastomoses d'uma riquissima rede vascular, e a hemorrhagia apparece com um caracter tanto mais assustador quanto mais livre se conserva a circulação da camada vascular.

E' d'esta fórma que se explica satisfactoriamente a diminuição por vezes consideravel da hemorrhagia com o descollamento completo ou quasi completo da placenta, por isso mesmo que em taes condições se póde effectuar mais livremente uma retracção efficaz da area de inserção debaixo da influencia das contracções musculares.

Quando em taes casos a hemorrhagia persiste, é porque as contracções não existem e a retracção não póde dar-se em virtude da persistencia do feto na cavidade uterina.

E' desta fórma, pela influencia favoravel da diminuição de volume do conteúdo, que se justifica, como veremos, a ruptura das membranas, nos casos de hemorrhagia emquanto o estado do collo não permitte a extracção prompta e immediata do feto.

Taes são a largos traços as principaes considerações que se nos offerece fazer rela-

tivamente ao mecanismo das hemorrhagias ligadas á inserção viciosa da placenta, e que tem de servir de base ao importante capitulo do tratamento, que constitue a segunda parte do nosso trabalho.

SEGUNDA PARTE

THERAPEUTICA DAS HEMORRHAGIAS

A gravidade excessiva das hemorrhagias ligadas á inserção viciosa da placenta torna em extremo delicada a intervenção therapeutica n'estes accidentes, que sem duvida constituem um dos casos de distocia que mais prompta e directamente podem comprometter a vida da mãe e as condicções de viabilidade do feto.

E' portanto indispensavel o perfeito conhecimento dos pontos capitaes do problema nas variadas formas que elle póde affectar; não só para que as indicações therapeuticas possam ser efficazmente preenchidas, como tambem e principalmente para evitar qualquer duvida ou perda de tempo cujas gravissimas consequencias podiam ser promptamente funestas á vida de dois entes.

*

Confrontando os perigos para a mãe e para o feto, nas hemorrhagias da placenta prévia, não se pode deixar de reconhecer que o prognostico, para este ultimo, é incomparavelmente mais grave, devendo mesmo considerar-se como quasi constantemente fatal. E' por isso que Simpson e Churchill affirmam que a esperança de o salvar não deve influir sensivelmente no animo do clinico n'um caso d'esta ordem. Sem pretender ser tam absoluto, diremos todavia que é sobretudo o estado da mãe que nos deve merecer consideração, collocando em segundo logar as indicações relativas ao feto, que em rigor só terão razão de ser quando esteja perfeitamente demonstrado que taes indicações não prejudicam sensivelmente a efficacia dos meios empregados para salvaguardar a vida da mãe.

E' fundamentado n'esta ordem de ideias que dividiremos as hemorrhagias da placenta prévia, relativamente ás indicações do tratamento em dous grupos: hemorrhagias que se manifestam anteriormente ao começo do trabalho, e hemorragias que apparecem no periodo de dilatação, e cuja abundancia é incontestavelmente maior na generalidade dos casos.

I

Hemorrhagias que se manifestam anteriormente ao começo do trabalho

A primeira e mais importante questão que naturalmente se offerece ao espirito do clinico em face d'um caso d'esta ordem, é sem duvida determinar se deve, por uma intervenção apropriada, interromper immediatamente o curso normal da gestação ou se, pelo contrario, os seus esforços devem tender a sustar a hemorrhagia sem iniciar prematuramente o trabalho.

A solução d'este importante problema depende da avaliação exacta d'um certo numero de circumstancias, relativas á mãe e ao feto, e sem a qual se torna absolutamente impossivel uma intervenção verdadeiramente racional.

A abundancia da hemorrhagia é o primeiro elemento a que devemos attender. E' fóra de toda a duvida que em face d'uma perda excessiva, toda e qualquer consideração relativa á continuação da gestação deve ser posta de parte, para apenas se attender ao perigo imminente. Além d'isso, n'estes casos que quasi sempre indicam um descol-

lamento extenso da placenta, é frequentissimo observar a interrupção espontanea da gestação, circumstancia que permitte uma intervenção mais energica, como veremos quando nos occuparmos dos casos filiados no segundo grupo em que a questão a que nos estamos referindo deixa de subsistir.

A abundancia excessiva d'uma primeira hemorrhagia não é porém a fórma que mais frequentemente se observa nos casos da placenta previa. Em geral estas hemorrhagias que começam a manifestar-se depois do sexto mez (raras vezes antes) são a principio pouco accentuadas, para em seguida se repetirem com uma intensidade crescente até ao termo normal ou prematuro da gestação, em que attingem vulgarmente o maximo grau de intensidade.

É esta, sem duvida, a fórma mais frequente do accidente, e, incontestavelmente tambem, a mais grave para a mãe e para o feto. Effectivamente estas perdas repetidas e prolongadas depauperando lentamente o organismo por uma modificação sensivel na crase sanguinea, predispõem, por isso mesmo, ás mais graves complicações do puerperio, nomeadamente tornando-se necessaria, como é de regra em taes casos, uma intervenção operatoria.

Além d'isso, se é certo que uma hemorrha-

gia mais accentuada se produz no periodo de dilatação do collo, muitas vezes sufficiente de per si só para constituir um perigo imminente, é fóra de toda a duvida, que a existencia de perdas anteriores deve obscurecer notavelmente o prognostico, e, tanto mais quanto mais persistentes e repetidas forem essas hemorrhagias.

Mas ha mais: a depauperação organica reflectindo-se em todo o organismo, e attenuando parallelamente todos os actos vitaes, deve necessariamente fazer sentir a sua influencia no desenvolvimento e excitabilidade propria das fibras uterinas, preparando por conseguinte um trabalho lento e sem energia, circumstancia gravissima em todas as hemorrhagias puerperaes, em que a contracção muscular constitue indubitavelmente o supremo desideratum da therapeutica.

Para o feto as consequencias são igualmente funestas: cada hemorrhagia indicando um novo progresso do descollamento significa, por isso mesmo, uma nova reducção no campo da hematose placentar, já sensivelmente prejudicada pelo depauperamento organico da mãe. D'aqui resulta um desenvolvimento incompleto, e, ainda assim, submettido a todas as contingencias d'uma interrupção prematura ou d'uma intervenção operatoria, em condições essencialmente perigosas.

Attentas as considerações que acabamos de fazer, qual será a attitude do clinico em face d'uma hemorrhagia, declarando-se na segunda metade da gestação, sem dilatação do collo nem contracções uterinas, e com todos os caracteres d'uma hemorrhagia ligada á inserção viciosa da placenta?

Distinguiremos dois casos: ou o accidente se manifesta n'uma mulher de constituição robusta ou regular, não depauperada por hemorrhagias anteriores, ou, pelo contrario, apparece n'uma organisação debil ou enfraquecida por perdas anteriores, e por isso mesmo dotada de poucas condições de resistencia.

No primeiro caso a indicação é clara, e consiste evidentemente em sustar a hemorrhagia e procurar garantir tanto quanto ser possa o curso regular da gestação; esta ultima parte da indicação é tanto mais importante quanto menos avançado for o periodo da gravidez. D'esta fórma não só damos mais provabilidades de salvação ao feto, como tambem ganhamos tempo, permittindo ao utero um desenvolvimento maior, que até certo ponto nos dá melhores garantias no tocante ás contracções uterinas e dilatação do collo que, como dissemos, constitue um poderosissimo adjuvante da intervenção therapeutica.

Infelizmente, porém, os meios de que podemos dispôr para preencher esta indicação, estão muito longe de poderem considerar-se como efficazes.

A sangria aconselhada por alguns auctores entre outros Caseaux [1] e que pareceria á primeira vista poder exercer uma influencia favoravel nos individuos plethoricos, diminuindo a congestão, é hoje com justa razão banida pela maioria dos auctores. Effectivamente o pouco beneficio que d'ella se poderia auferir estava muito longe de compensar as funestas consequencias que poderia ter, se a hemorrhagia continuando, attingisse um caracter grave como é de regra nas inserções viciosas da placenta.

E' pois aos opiados que se recorre quasi exclusivamente n'estes casos, e com mais razão n'aquelles em que a sangria está formalmente contraindicada. Dá-se vulgarmente a preferencia ao laudamo em clyster: 20 gottas para uma pequena quantidade de vehiculos, renovado duas ou tres vezes com uma hora de intervallo se o primeiro não produzir o effeito desejado. A combinação d'este medicamento com os meios therapeuticos ge-

[1] Caseaux — *Traité theorique et practique de l'art des Accouchements.*

raes: repouso physico e moral, dieta, bebidas acidulas frias, é muitas vezes sufficiente para debellar temporariamente o accidente e permittir a continuação da gestação.

Devemos, porém, lembrar-nos que estes meios só devem ser empregados nos casos relativamente benignos, e ainda assim quando se reconheça que a hemorrhagia tende a ceder ás primeiras tentativas. No caso contrario seria indubitavelmente um gravissimo erro confiar na efficacia d'estes meios, expondo a doente aos perigos d'uma nova hemorrhagia geralmente mais grave do que a primeira, e á qual nem sempre poderemos garantir a promptidão dos soccorros indispensaveis em taes casos.

Com mais razão ainda se applica o que acabamos de dizer ao segundo caso que figuramos em que a debilidade constitucional ou a depauperação organica, exigindo imperiosamente a suspensão immediata de qualquer perda, reclama por isso mesmo uma intervenção mais energica.

Em summa, quando a hemorrhagia pela sua intensidade ou persistencia e pelas condições organicas do individuo em que se manifesta, póde comprometter seriamente a vida do doente, devemos pôr immediatamente de parte os meios brandos, a que nos referimos, para recorrer a uma intervenção mais efficaz.

Em vista do que dissemos quando nos occupamos do mecanismo das hemorrhagias, é fóra de duvida que o meio mais racional, em casos d'esta ordem, seria a evacuação prompta da cavidade uterina; conseguir porém este resultado nas condicções suppostas sem dilatação de collo nem contracções que iniciem o trabalho, tal é a primeira e mais importante difficuldade com que temos de luctar.

Dois caminhos se offerecem á consideração do clinico.

1.° — O emprego de meios que, ao mesmo tempo que actuam como hemostaticos, podem despertar mais ou menos as contracções uterinas, e conseguintemente provocar a dilatação do collo.

2.° — A dilatação forçada do orificio, e a extracção immediata do feto despresando totalmente as condições physiologicas do trabalho.

Comecemos pela apreciação d'este ultimo, que, sendo o mais antigo e por muito tempo o unico conhecido, tem sido hoje com justa razão quasi totalmente banido da therapeutica pelas gravissimas consequencias que quasi fatalmente se lhe seguem.

Este methodo, que consistia essencialmente na introducção successiva de um, dois e mais dedos, violentando rapidamente o collo

até que a introducção da mão permittisse praticar a versão, é indubitavelmente, ainda mesmo modificado como mais modernamente se tem feito, pelas incisões prévias do collo, um meio absolutamente irracional e essencialmente perigoso.

Effectivamente, pondo mesmo de parte as consequencias communs a qualquer violencia praticada nos tecidos d'uma structura complexa e delicada, devemos lembrar-nos que no collo, notavelmente modificado nas suas condições de vascularidade pela presença da placenta, qualquer violencia póde ser seguida das mais funestas consequencias, umas immediatas pela laceração de vasos importantes, que dão logar a hemorrhagias ás vezes impossiveis de sustar, outras remotas como são a phlebite do collo com todos os seus perigos e nomeadamente a septicemia puerperal.

Mas ha mais! a irritação do collo provocada pela violencia da dilatação, desperta por vezes uma contracção tetaniforme das fibras circulares, que constitue um obstaculo gravissimo no segundo tempo da versão, impossibilitando a extracção dos braços e da cabeça. N'estas condições a situação torna-se desesperada, dando logar a novas e mais importantes violencias.

Em summa, a pratica d'este methodo, hoje

que possuimos meios incomparavelmente mais innocentes e efficazes, seria, salvas condicções excepcionalissimas, uma verdadeira temeridade.

Restam-nos pois os meios pertencentes ao primeiro grupo e que se reduzem essencialmente a dois: a ruptura das membranas e o tampão vaginal. O primeiro preconisado por Barnes; o segundo seguido pela maioria dos auctores.

O processo de Barnes consiste na perfuração das membranas por meio d'um estilete introduzido com cuidado no collo, e na applicação immediata d'uma ligadura abdominal regularmente apertada.

O mecanismo pelo qual se effectua n'estes casos a suspensão da hemorragia é extremamente simples: a evacuação do liquido amniotico reduzindo sensivelmente o volume do ôvo, e diminuindo, por conseguinte, o calibre dos vasos, attenúa por isso mesmo as condicções de irrigação sanguinea e constitue o primeiro elemento da hemostase; a este vem juntar-se dois outros, de não menos importancia: a contracção uterina provocada pela pressão da ligadura e pelo estimulo do feto sobre a parede interna do utero, e a pressão da cabeça que por intermedio da placenta se effectua sobre os vasos abertos em toda a area do descollamento placentar.

Debaixo da influencia d'estes meios observa-se em geral, segundo a opinião de Barnes, um começo de dilatação. Casos ha, porém, em que a hemorrhagia persiste sem dilatação sensivel; é então que o autor preconisa o tampão do collo, pelos cones de laminaria digitata, que, suspendendo a hemorrhagia, dilatam ao mesmo tempo o collo e preparam, o caminho para o descollamento artificial da placenta, em toda a extensão da area cervical, meio preconisado pelo autor como verdadeiramente efficaz na generalidade dos casos, e a que teremos em breve occasião de nos referir.

O tampão vaginal classico é o segundo meio a que podemos recorrer, preconisado pela maioria dos autores. Consiste essencialmente em introduzir na vagina uma substancia qualquer, satisfazendo a certas condições (em geral fios ou algodão em rama) e que, enchendo completamente a vagina e os fundos-de-sacco vaginaes sobre os quaes deve exercer uma pressão sufficiente, opponha assim um obstaculo á sahida do sangue atravez do collo, e dê logar á formação de coagulos que, propagando-se até aos orificios abertos dos seios uterinos, os oblitere temporaria ou definitivamente. Foi com o fim de produzir mais facilmente a coagulação, que alguns auctores aconselhavam embeber as pri-

meiras porções do tampão n'uma solução adstringente (perchlorureto de ferro etc.). Hoje porém esta practica tem sido justamente banida pelas primeiras auctoridades, Depaul [1], Charpentier [2], etc, que consideram a acção puramente mecanica do tampão como devendo satisfazer plenamente na immensa maioria dos casos.

Em face dos dois meios que acabamos de expôr, e nas condições suppostas, não hesitamos em dar em todos os casos a preferencia ao segundo. Mas em questões d'esta ordem não basta aventar uma opinião qualquer, é necessario justifical-a á luz da theoria e dos factos.

Vejamos, por conseguinte, as vantagens e os defeitos inherentes a estes meios e o valor relativo de cada um d'elles.

Começando pela ruptura das membranas é facil reconhecer que, embora aproveitavel quando existam contracções e um certo grau de dilatação do collo, este meio offerece pelo contrario numerosos inconvenientes quando taes condicções se não realisem.

Em primeiro logar é fóra de duvida que, depois da evacuação do liquido amniotico, a

[1] Depaul. Loc. cit.
[2] Schroeder. Traité d'accouchements.

tensão intra-uterina diminue consideravelmente, ainda mesmo que as paredes uterinas pelo poder retractil de que são dotadas acompanhem o ôvo na reducção. Por outro lado a diminuição de calibre dos vasos, que resulta da retracção uterina, embora possa attenuar a perda, não é todavia sufficiente para a suspender, principalmente na phase verdadeiramente perigosa que vae seguir-se, em que os mais importantes descollamentos vão ter logar, sobretudo nos casos da inserção central.

Mas ha mais, a contracção uterina, elemento verdadeiramente importante, porque é á custa d'ella que principalmente se effectua a reducção vascular e a pressão interna sobre a area do descollamento, nem sempre apparece com os caracteres de intensidade e frequencia indispensaveis em taes casos, principalmente em phases relativamente pouco avançadas da gestação; e, ainda mesmo que uma tal circumstancia se realisasse, não póde de certo evitar que, na maioria dos casos, a hemorrhagia se manifeste mais ou menos intensa no intervallo das contracções, porque é rapido o descollamento placentar nas primeiras phases da dilatação do collo.

Se nos lembrarmos agora de que, na inserção viciosa da placenta, é de primeira necessidade antes da dilatação do collo sustar essas

hemorrhagias, ás vezes pouco abundantes, mas que, pela sua demora, podem depauperar consideravelmente a mulher, tornando-a ás vezes incapaz de supportar as perdas mais consideraveis de trabalho, principalmente se fôr d'uma constituição debil ou enfraquecida por hemorrhagias anteriores, facilmente comprehenderemos os inconvenientes d'este meio nas condicções suppostas.

Effectivamente, se a persistencia da hemorrhagia tornar indispensavel uma nova intervenção do clinico, a ruptura das membranas póde tornal-a essencialmente inefficaz e perigosa; e senão vejamos.

Pondo de parte a dilatação forçada do collo, pelos gravissimos inconvenientes que todos lhe reconhecem, tinhamos apenas á nossa disposição os tres seguintes meios: a cravagem, o tampão, e segundo Barnes, o descollamento artificial da placenta em toda a extensão da zona cervical.

Pelo que respeita ao emprego da cravagem, não hesitamos com a maioria dos auctores em regeital-a, baseando-nos para isso nas funestas consequencias, que se lhe poderiam seguir. Despresando mesmo a irregularidade da contracção, e o espasmo do collo a que poderia dar logar, e por conseguinte as difficuldades ulteriores na dilatação do collo e sahida do feto, devemos attender ás graves

complicações que se levantariam, se, como é frequente n'estes casos, uma apresentação viciosa reclamasse a practica immediata da versão.

As funestas consequencias da cravagem em circumstancias taes, seriam essencialmente aggravadas pela evacuação prévia do liquido amniotico, circumstancia de per si só sufficiente para difficultar ou impossibilitar mesmo as manobras indispensaveis da versão. E' certo que para estes casos aconselha Barnes o methodo bipolar; mas seria realmente praticavel esta operação, com a indispensavel rapidez, principalmente se houvesse uma retracção consideravel do utero, como frequentemente acontece consecutivamente á administração da cravagem?

Sabemos, além d'isso, que são frequentes nos casos de inserção viciosa da placenta as lesões uterinas e as angustias pelvicas que contraindicam formalmente o emprego d'esta substancia.

Inconvenientes d'outra ordem se poderiam levantar pela applicação do tampão, a que a ruptura das membranas rouba indubitavelmente uma grande parte da sua efficacia. Praticada a oclusão do collo directamente pelos cones de laminaria como quer Barnes, ou indirectamente pelo tampão vaginal, nem por isso ficavamos seguramente

ao abrigo da hemorrhagia, porque o sangue extravasado encontrado entre a parede uterina e o ôvo reduzido um espaço sufficiente, ahi poderia accumular-se em quantidade sufficiente para ser promptamente seguido das mais graves consequencias, principalmente se, apesar do estimulo do tampão, deixassem de se manifestar as contracções uterinas e portanto a dilatação concumitante do collo.

E' para estes casos rebeldes que Barnes aconselha, com o duplo fim de sustar a hemorrhagia e dilatar o collo, o descollamento da porção placentar fixa á região cervical, que considera como um obstaculo á dilatação e indirectamente á suspensão da hemorrhagia. Debaixo da influencia do estimulo produzido pelo descollamento, diz Barnes, as contracções despertam-se e muitas vezes a hemorrhagia cessa, principalmente se fizermos intervir como adjuvante a acção compressora da ligadura abdominal e os excitantes da contracção uterina. Finalmente se apezar do emprego d'este meio nada se conseguir, é á dilatação provocada pelos dilatadores de caoutchouc que devemos recorrer.

Analysando attentamente estes dois ultimos pontos da doutrina de Barnes, duas importantes objecções se levantam immediatamente.

*

Em primeiro logar, se a contracção não se desperta apezar do emprego d'estes meios, a hemorrhagia torna-se indubitavelmente mais abundante, depois do descollamento da placenta, e por conseguinte tanto mais provavel e perigosa se tornará tambem a hemorrhagia interna se, como meio extremo, quizermos então recorrer ao tampão.

Em segundo logar nos casos em que tivermos de recorrer ao emprego dos dilatadores, pergunta-se naturalmente se a applicação successiva dos meios anteriores justificada por uma hemorrhagia persistente, não será em extremo nociva pela abundancia das perdas a que naturalmente expõe.

Não queremos com isto dizer que a pratica de Barnes possa deixar de ser seguida dos melhores resultados; o nome do illustre professor seria sufficiente garantia contra similhante asserção. O nosso intuito é simplesmente apontar-lhe os inconvenientes que póde ter para os confrontar com os que são inherentes ao tampão classico, cujo valor therapeutico vamos apreciar, e concluir em these qual dos dois methodos offerece melhores garantias, na generalidade dos casos, supposstas as condições que formulamos.

Para que possamos apreciar devidamente as vantagens e inconvenientes do tampão vaginal, torna-se indispensavel precisar as

condicções da sua applicação, porque é d'um valor capital a influencia que ellas podem ter sobre os resultados obtidos por este meio.

Em primeiro logar a occlusão da vagina e do collo, que deve ser hermetica de fórma que fiquem repletos os fundos de sacco vaginaes, e que o canal seja sensivelmente distendido pela pressão excentrica do tampão.

Em segundo logar é indispensavel que a contrapressão do liquido amniotico ou ovoide fetal se conserve com energia sufficiente, para evitar a insinuação do sangue entre o ovo e a parede uterina.

Em terceiro logar, finalmente, conserval-o pelo menos 24 horas seja ausencia de hemorrhagia apreciavel nos demonstrou a sua efficacia, e principalmente se não tivermos razão para suspeitar que antes d'esse tempo se tenham operado modificações do collo, que permittam uma intervenção mais prompta e efficaz.

Debaixo d'este ultimo ponto de vista variam um pouco as opiniões dos partidarios d'este methodo, porque ao passo que uns como Depaul tiram o tampão no fim de 24 horas, haja ou não dilatação do collo, limitando-se em seguida a esperar debaixo da mais assidua vigilancia, se não houver hemorrhagia, ou a applicar outro até que o collo se dilate se a hemorrhagia persiste, outros, pelo contrario

como Pajot e Rigby, receiando os perigos de uma intervenção operatoria, aconselham conservar o tampão acompanhando-o mesmo por uma pressão durante as contracções, para evitar a sua sahida até que elle seja espontaneamente expulso conjunctamente com o feto, debaixo da influencia das contracções uterinas.

Sem discutirmos agora o valor d'estas duas variantes do methodo, cada uma das quaes tem indicações especiaes, estudemos o valor dos inconvenientes que se apontam no emprego do tampão, para assentarmos as nossas ideias relativamente á efficacia d'este meio therapeutico.

Charpentier, referindo-se a esta importante questão, apresenta como principaes objecções dos adversarios do tampão as seguintes considerações:

1.° Provocar o trabalho prematuro.

2.° A possibilidade de transformar a hemorrhagia externa em interna.

3.° Ser doloroso pela sua permanencia, impedindo a micção e a defecação, e podendo por isso mesmo arrastar consequencias graves.

Pelo que respeita á primeira objecção, não hesitamos em affirmar que, longe de ser um inconveniente, a provocação do parto prematuro, deve em rigor considerar-se como uma

vantagem, em vista das considerações que ficaram expostas. Vimos que a contracção uterina era o meio hemostatico por excellencia, o unico verdadeiramente efficaz na hemorrhagia da placenta prévia, aquelle para onde deviam convergir os esforços do clinico. E' do tempo que decorre entre o apparecimento da hemorrhagia e a terminação normal ou artificial de trabalho, que depende a verdadeira gravidade do accidente. A evacuação prompta da cavidade uterina permittindo uma hemostase segura, e evitando por conseguinte a persistencia de acção, e a multiplicidade dos meios therapeuticos, é indubitavelmente á luz da theoria e dos factos, a melhor garantia d'uma terminação favoravel. De mais é quasi sempre depois do setimo mez, quando o feto por conseguinte é já viavel, que as hemorrhagias se manifestam, e n'estas condições exigir maiores garantias á vida do feto, sem attender aos perigos que fariamos correr á mãe não seria expôr temerariamente a um risco quasi certo a vida de dois entes? Estas considerações seriam de per si só sufficientes para destruir a objecção; mas ha mais, de todos os meios empregados para combater a hemorrhagia, não é o tampão que em mais alto grau possue o poder de provocar prematuramente o trabalho, como de sobejo o provam os numerosos factos, apontados

por Dubois, Depaul, Villeneuve e muitos outros, em que a permanencia do tampão durante 24, 36, 48 horas, não foi sufficiente para provocar o apparecimento das contracções.

Relativamente á segunda objecção, deixa de subsistir, desde o momento em que se realisem as condicções a que nos referimos, e em que por conseguinte a adaptação perfeita do continente ao contheudo torne impossivel a insinuação do sangue em quantidade notavel.

Mas ainda mesmo que a ruptura espontanea ou provocada das membranas, deixe de realisar esta condição, nem por isso o tampão póde tornar-se nocivo desde o momento em que seja submettido a uma vigilancia attenta; n'estas condicções a pressão da parte apresentada sobre a area do descollamento, contrabalançada pela resistencia do tampão e auxiliada pelas contracções que em geral se desenvolvem e pela pressão exterior da faxa abdominal, são muitas vezes sufficientes para impedir o accidente, que aliás poderá ser promptamente remediado pela extracção immediata do tampão. Mas ainda mesmo que n'este caso a objecção possa levantar-se, não é contra o tampão, mas contra as condições em que se realisa a sua applicação, e que, quando apparecem anteriormente á dilatação

do collo, são quasi sempre systematicamente provocadas pelo clinico.

Pelo que respeita á terceira objecção não nos demoraremos em refutal-a; tudo depende em grande parte d'uma vigilancia aturada e da pericia do clinico.

Barnes referindo-se ao tampão classico, que rejeita em todos os casos como meio *não scientifico e illusorio,* nota-lhe ainda como um dos principaes inconvenientes o reduzir-se facilmente debaixo da influencia das contracções vaginaes, permittindo assim a insinuação do sangue ao longo das paredes da vagina, e carecendo por isso mesmo d'uma vigilancia constante, aconselhando mesmo que quando se applique, não se deixe nunca mais d'uma hora, renovando-o em seguida successivamente até que appareça a dilatação do collo devendo n'estas circumstancias suspender-se a sua applicação se a hemorrhagia tiver cessado, para nos limitarmos á espectação confiando nas forças naturaes sufficientes em muitos casos para a terminação espontanea do trabalho.

A estas objecções responderemos [1] que a supposta inefficacia do tampão depende:

1.° Das condições da sua applicação, por-

[1] Depaul. Loc. cit.

que longe de o retirar no fim d'uma hora como aconselha Barnes, vimos que era indispensavel a sua permanencia durante pelo menos 24 horas. Todos os resultados auferidos pelo tampão, diz Charpentier, [1] se perdem desde o momento em que o pratico, ancioso por verificar os resultados obtidos, o extrahe prematuramente.

2.º Do *modus faciendi*, porque pelo methodo dos parteiros inglezes e allemães, não se enchem totalmente os fundos sacco vaginaes nem a occlusão póde ser tam hermetica como pelo methodo francez, que permitte a introducção d'uma quantidade consideravel de fios que, distendendo fortemente a vagina, dão ao apparelho a solidez precisa, condição imprescindivel e unica d'uma verdadeira efficacia.

Satisfazendo a estes dois predicados, o tampão é d'um valor therapeutico inexcedivel nas condições figuradas em que se suppõe intacta a bolsa das aguas e ausencia completa da dilatação do collo. De facto, em circumstancias taes, applicado sem hesitação, logo se manifesta a primeira hemorrhagia, conseguimos debellar quasi seguramente o accidente, e esperar tranquillamente a dilatação do collo,

1 Scrhoeder. Manuel d'Accouchements.

sem expôrmos a doente ás perdas repetidas e ás vezes abundantes, que podem ter logar pela applicação successiva dos differentes meios peconisados pelos adversarios do tampão, e dos quaes uns são ineficazes ou perigosos, e outros, embora aproveitaveis, téem a sua applicação mais racional, depois do começo da dilação do collo n'uma phase mais ou menos avançada do trabalho, como teremos occasião de ver.

II

Hemorrhagias posteriores ao começo do trabalho

Dois casos se podem apresentar:

Ou a mulher não está ainda esgotada por hemorrhagias anteriores e as contracções uterinas se succedem regularmente, dilatando progressivamente o collo:

Ou, pelo contrario, ha uma anemia mais ou menos grave, provocada por perdas anteriores ou pela abundancia das perdas actuaes, e n'este caso ha quasi sempre contracções lentas e distanciadas e dilatação quasi insensivel do collo.

Estudemos o primeiro caso, e suppunha-

mos que a apresentação é reconhecidamente cephalica. N'estas condições é sem duvida á ruptura das membranas que devemos recorrer. As contracções uterinas augmentam ainda debaixo da influencia d'este estimulo e a dilatação fazendo-se rapidamente permitte a sahida prompta e espontanea do feto ou a sua extracção pelo forceps, se a abundancia da hemorrhagia ou um obstaculo qualquer o reclamar.

E' então que n'este, como em geral em todos os casos de ruptura das membranas, a hemorrhagia não se suspende totalmente, apenas se transforma n'um leve corrimento sanguineo em extremo perigoso se tivesse havido perdas anteriores, mas que póde sem inconveniente despresar-se no caso a que nos referimos, em que accresce a circumstancia d'uma energia sufficiente nas contracções uterinas, e por conseguinte todas as probabilidades d'uma terminação prompta do trabalho.

Em summa, apresentação de vertice, mulher não esgotada, trabalho perfeitamente estabelecido, tal é o conjuncto de condição indispensavel, e unico em que deve recorrer-se á ruptura das membranas. Não accrescentaremos com Dubois e Depaul *e inserção parcial da placenta* porque a maior parte dos clinicos não hesitam hoje em perfurar

as membranas pelo processo Gendrin, nos casos de inserção central, desde o momento em que se espera um grau sufficiente de dilatação do collo e em que, por conseguinte, não haja um grande intervallo entre a prática d'esta operação e a sahida espontanea ou artificial do feto e dos annexos.

Nos casos em que, não se tenha precisamente diagnosticado a apresentação, e com mais razão n'aquelles em que se reconheça uma apresentação transversa, a perfuração das membranas está formalmente contraindicada porque, longe de provocar a evacuação das aguas, todos os esforços devem tender para conservar intacto o liquido amniotico até ao momento em que uma dilatação sufficicnte permitta um diagnostico seguro e uma intervenção apopriada.

A mesma contraindicação se offerece nos casos figurados no segundo grupo. O estado anemico da mãe reclamando imperiosamente a supressão immediata da mais leve perda de sangue, acha-se em absoluta contraposição com o emprego d'um meio que, como já dissemos, é impotente para suspender completamente a hemorrhagia.

Em todos estes estes casos é indubitavelmente o tampão que nos offerece as melhores garantias d'um resultado favoravel.

Não é esta porém a opinião de Barnes; ini-

migo declarado do tampão vaginal e convencido pelo testimunho irrecusavel dos factos, da ineficacia, em muitos casos, da ruptura das membranas, preconisa uma serie de meios a que tivemos em parte occassião de nos referir, entre os quaes avultam o descollamento parcial da placenta e o emprego dos dilatadores que ao mesmo tempo actuam como hemostaticos e preparam a dilatação sufficiente para as manobras da versão bipolar.

Precisemos pois a pratica do illustre professor nas condições suppostas, isto é, havendo já um certo grau de dilatação do collo.

Dois casos se podem dar: ou a dilatação do collo permitte a introducção de dois ou tres dedos, e então recorre desde logo á versão; ou, pelo contrario, a dilatação é ainda insufficiente, e, n'esse caso, recorre aos dilatadores hydrostaticos, immediatamente se já se tiverem posto em pratica a ruptura das membranas e o descollamento circular da placenta, ou posteriormente a estes meios, se não se tiver ainda recorrido a elles. D'esta fórma consegue o illustre professor dilatar sufficientemente o collo para que o parto se dê rapidamente, ou a versão bipolar se torna promptamente realisavel.

Em face d'este methodo que, como muito bem diz Depaul, póde ter dado os melhores resultados em muitos casos, não podemos

deixar de reconhecer que, debaixo do ponto de vista da suspensão das perdas, é, indubitavelmente, inferior ao tampão, porque não lhe levando superioridade relativamente aos resultados que se desejam obter, dilatação do collo e contracções uterinas, fica-lhe sem duvida inferior no tocante á rapidez da hemostase, elemento d'uma importancia ás vezes unica em casos d'esta ordem.

Effectivamente, o emprego successivo d'estes meios, nenhum dos quaes tem uma acção hemostatica segura, expõe a uma perda de sangue que, embora insignificante no estado actual, póde, pela sua abundancia total prejudicar gravemente a mulher expondo-a a um perigo eminente e ás complicações variadissimas do estado puerperal. Além d'isso a versão bipolar não é tão promptamente exequivel como á primeira vista parece, e durante todo o tempo das manobras a hemorrhagia póde augmentar pela maior extensão do descollamento, e tanto mais quanto o auctor aconselha pratical-a d'um modo lento e progressivo.

Pelo contrario, o tampão, quando bem applicado nas condições a que já nos referimos, vedando completamente o sangue, permitte esperar com segurança a dilatação sufficiente do collo para a introducção da mão e extracção immediata do feto.

E' pois, fóra de duvida que o methodo preconisado por Barnes no tratamento das hemorrhagias da placenta prévia, consistindo essencialmente na successão de meios acima mencionados, tem uma reconhecida inferioridade confrontada com o tampão classico. E, no entanto, pondo de parte o descollamento parcial da placenta, que não podemos deixar de rejeitar pelas consequencias graves que póde ter, todos os meios de que lança mãos, téem indubitavelmente as suas indicações especiaes. Vimos as condições unicas em que aproveita a ruptura das membranas; o emprego dos dilatadores poderá utilisar-se nos casos em que, apezar da permanencia do tampão, os progressos da dilatação sejam nullos ou extremamente lentos, finalmente a versão hipolar, se a mobilidade do feto o permittir e a habilidade manual do operador garantir a rapidez da sua execução, tem a incontestavel vantagem de evitar as violencias maiores a que naturalmente expõe a introducção da mão e ante-braço na cavidade uterina.

Em opposição ao tampão se levantam igualmente as ideias de Simpson, que preconisando o descollamento artificial da placenta em toda a extensão das suas adherencias como um dos methodos que mais aproveita no tratamento das hemorrhagias ligadas á

ectopia placentar, pretende sustentar as suas ideias, baseando-se nos resultados praticos confirmados pela estatistica, e na opinião que segue relativamente á genese das hemorrhagias puerperaes. E' certo que o professor Simpson não indica em todos os casos o emprego do meio que preconisa, pelo contrario analysa primeiro as condições em que convém a evacuação artificial do liquido amniotico, em seguida áquellas em que a versão é praticavel sem violencia, attendendo ao grau da dilatação ou dilatabilidade do collo, e só em terceiro logar se refere ao descollamento da placenta, julgando indispensavel para que uma tal indicação se apresente, que os meios anteriores mais brandos, sobretudo a ruptura das membranas, tenham sido inneffi-cazes e que, por outro lado, as condições do collo ou da bacia tornem essencialmente perigosa ou impossivel qualquer tentativa de parto immediato e forçado, havendo além d'isso segurança na morte do feto ou na sua inviabilidade e em que, por conseguinte, apenas se tem de attender ao perigo eminente da mãe. Esta intervenção, segundo Simpson, é tanto mais legitima quanto é certo que o feto, estando nas hemorrhagias uterinas quasi fatalmente perdido, não póde ser objecto das mais importantes indicações.

Analysando attentamente a pratica de Sim-

pson, facilmente se reconhece, pelo erro em que se fundamenta, a inefficacia dos seus resultados e os perigos a que póde dar logar.

Vimos, quando nos occupamos do mecanismo das hemorrhagias, que não é atravez da placenta, mas sim directamente da superficie uterina, que corre o sangue destinado a alimentar as perdas, e que, por conseguinte, estas serão tanto mais abundantes quanto maior fôr tambem a area do descollamento. Casos haverá, é certo, e n'elles se fundamenta, sem duvida, a opinião do illustre professor, em que a hemorrhagia, longe de augmentar pelo descollamento total da placenta, pelo contrario, diminue sensivelmente, não pela ruptura das connexões placentares, mas pela diminuição sensivel que deve experimentar o contheudo do utero, depois da sahida do liquido amniotico e dos annexos fetaes.

Podemos agora confiar na efficacia d'este mecanismo de hemostase a ponto de acceitar a pratica de Simpson?

Para que a suspensão ou diminuição sensivel das perdas tenha lugar por este meio, é necessario, além de contracções uterinas regulares, que a reducção no calibre dos vasos seja sufficiente para favorecer a formação dos coagulos obliteradores, e a pressão da cabeça sobre o segmento inferior suffi-

cientemente regular e intensa, para concorrer sensivelmente como elemento de hemostase.

Ora ainda mesmo que a primeira condicção podesse conseguir-se, pelo emprego da faradisação ou outro meio ocytocico, em nada podemos intervir nas condicções da apresentação, e muito menos nas modificações do calibre dos vasos, dependentes em grande parte de circumstancias individuaes que de nenhum modo se podem prever.

N'estas condições, se apezar do emprego d'este meio a hemorrhagia persistir é incontestavel, que qualquer intervenção ulterior se effectua em condicções extremamente desfavoraveis: o emprego do tampão predispõe a uma hemorrhagia interna, e a extracção do feto,ainda mesmo que o estado do collo o permittisse, póde offerecer graves difficuldades pela evacuação completa do liquido amniotico.

Mas ha mais: attendendo ás condicções que, segundo Simpson, constituem a indicação do descollamento da placenta; não podemos deixar de considerar este meio, em extremo perigoso, pela laceração do collo a que expõe. Simpson aponta como um dos mais graves inconvenientes uma tentativa prematura de extracção do feto, quando o collo não está ainda sufficientemente dila-

tado ou dilatavel para permittir facilmente a introducção da mão. Não será realmente um verdadeiro parto forçado a extracção da placenta quando *as condições do collo tornam a versão ou qualquer outro meio de extracção do feto difficil ou impossivel?* E, no entanto, é n'estes casos que Simpson considera util o emprego d'este meio. A estatistica do eminente professor de Edimburgo nada tem de concludente, porque é tirada da clinica d'um grande numero de auctores e apenas representa os casos favoraveis, sem estabelecer confronto com o numero total d'aquelles em que o methodo foi empregado.

Em face das considerações que acabamos de fazer, não póde restar a menor duvida de que o tampão representa nas hemorrhagias da placenta prévia um papel capital, não só antes do começo da dilatação do collo, mas ainda mesmo depois de iniciado o trabalho, quando, persistindo a hemorrhagia, não seja possivel recorrer á extracção o feto, sem grave risco para a vida da mãe. Assentes n'estes principios, adoptando de preferencia o tampão, vejamos agora qual dos dois methodos offerece a maior vantagem: se o de Bailly, se o de Dupaul e Dubois.

Seguindo n'este ponto as ideias de Charpentier, e admittindo por consequencia que cada um d'estes methodos prehencha indi-

cações especiaes, não podemos deixar de reconhecer que o methodo de Baylly tem extremamente reduzida a area das suas applições, porque não só exige uma apresentação longitudinal e sem complicação, e uma energia sufficiente de contracção, que em geral significa uma constituição regular e não esgotada ainda, como tambem ainda mesmo que estas condições se realisem, nem sempre a sua applicação é possivel, attendendo a que algumas vezes a hemorrhagia subsiste, accumullando-se o sangue entre o collo e o tampão no espaço deixado pela retirada do segmento inferior do utero no intervallo das contracções, e que o tampão não póde acompanhar totalmente, apesar da pressão exterior que o auctor recommenda exercer.

N'estas condicções é indispensavel a sua renovação para obstar a uma nova hemorragia; mas ha mais: a permanencia do tampão demorada além de certos limites, como acontece quando as contracções são fracas e distanciadas expõe a accidentes septicemicos pela petrufacção dos coagulos existentes entre o collo e a extremidade uterina do tampão.

Se nos lembrarmos agora que, nos casos de placenta prévia, são frequentes as apresentações viciosas e viciadas, os estreitamen-

tos e as procedencias; que quasi sempre a mulher está mais ou menos esgotada pelas hemorrhagias que se declararam antes e durante a nossa intervenção, finalmente que, por todas estas circumstancias as contracções são pouco intensas e distanciadas, ainda mesmo que se recorra ao emprego nocivo da cravagem, não hesitamos em considerar o methodo de Bailly como prehenchendo indicações muito especiaes e pouco frequentes no accidente a que nos estamos referindo.

Não queremos com isto dizer que sejamos sectario da intervenção immediata, apenas queremos significar que sendo a dilatação sufficiente para permittir sem grave risco uma intervenção, a permanecia do tampão é mais nociva do que proveitosa. Devemos, além d'isso, lembrar-nos que nem sempre a extracção do tampão significa uma intervenção activa pelo forceps ou versão segundo os casos, porque muitas vezes a suppressão da hemorrhagia nas phrases adiantadas do trabalho permitte assistir á evacuação espontanea do utero, limitando-nos apenas a observar attentamente o parto, para intervir promptamente se as condições da mãe ou do feto assim o reclamarem. Estes serão sem duvida os casos mais favoraveis, porque nos devemos lembrar sempre que dentro dos limites da prudencia quanto menos activa fôr

a nossa intervenção, tanto maiores são para o feto e para a mãe as probabilidades de salvação.

Pelo que respeita á intervenção operatoria depois de dilatado sufficientemente o collo, varia necessariamente com numerosissimas circumstancias em cuja apreciação não entraremos, para não alongar demasiadamente o nosso trabalho, limitando-nos apenas a recordar que, qualquer que seja a intervenção reclamada pelas condições do caso que se nos offereça deve estar sempre bem presente ao espirito do clinico a necessidade de operar rapidamente para evitar perdas consideraveis, e violentar o menos possivel o collo, porque as lesões d'estes orgãos sempre perigosas, attingem uma gravidade excessiva quando os tecidos se modificam pela visinhança das inserções placentares.

FIM.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — A cartilagem não se transforma directamente em tecido osseo.

Physiologia — A theoria de Küss sobre o mecanismo da secreção urinaria é inadmissivel.

Anatomia pathologica — Os globulos purulentos são pela maior parte leucocytos extravasados.

Materia medica — O alcool actua ou embaraça a hematose, segundo as doses em que é administrado.

Pathologia interna — Não ha medicação que possa jugular a pneumonia.

Pathologia externa — A phlebite desempenha um papel muito importante na producção das varizes.

Pathologia geral — A tuberculose é contagiosa.

Operações — Nas grandes operações o penso antiseptico de Lister é de rigor.

Partos — O tampão é o meio por excellencia na hemorrhagia da placenta previa.

Hygiene — Debaixo do ponto de vista hygienico a incineração dos cadaveres é sempre preferivel á inhumação.

Approvada.

O PRESIDENTE

Antunes Lemos.

Póde imprimir-se.

O CONSELHEIRO-DIRECTOR

Costa Leite.