

PLACENTA PRÉVIA

961 245

M. G.

Maria Genoveva de Jesus e Silva

PLACENTA PRÉVIA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

Papelaria e Typographia Academica

35 Praça da Batalha, 37

1900

96/8 ENC

Escola Medico-Cirurgica do Porto



DIRECTOR INTERINO

DR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Lentes cathedrauticos

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. ^a CADEIRA—Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a CADEIRA—Physiologia. | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a CADEIRA—Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a CADEIRA—Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio J. de Moraes Caldas. |
| 5. ^a CADEIRA—Medicina operatoria | Agostinho Antonio do Souto. |
| 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 | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a CADEIRA—Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a CADEIRA—Clinica cirurgica. | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a CADEIRA—Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a CADEIRA—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Ricardo d'Almeida Jorge. |
| 12. ^a CADEIRA—Pathologia geral, semiologia e historia medica | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| Pharmacia | Nuno F. Dias Salgueiro. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| Secção medica | { José d'Andrade Gramacho. |
| | { José Carlos Lopes. |
| Secção cirurgica | Pedro Augusto Dias. |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Secção medica | { João Lopes da S. Martins Junior. |
| | { Alberto Pereira d'Aguiar. |
| Secção cirurgica | { Clemente Joaquim dos S. Pinto. |
| | { Carlos Alberto de Lima. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica | Luiz de Freitas Viegas. |
|----------------------------|-------------------------|

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

(REGULAMENTO DA ESCOLA, de 23 de abril de 1840, artigo 155.º)

A meu extremosissimo Pae

Cumpriu-se o vosso sonho, realisou-se o vehemente anhelos de toda a vossa vida—vêr-me formada!

N'esse vosso empenho, fizestes enor- missimos sacrificios e dêstes-me o exemplo da mais rara abnegação e da mais inquebran- tavel energia.

Quanto vos devo, meu querido Pae! Como eu sinto que a minha vida inteira seja insufficiente para vos pagar o meu tributo de gratidão!

À minha Mãe

A vós que me haveis acaentado com todo o carinho do vosso amor, devia offerer esta pagina do meu modesto trabalho.

Acceitae-a, e com ella o coração da vossa filha

Genoveva

A minha Madrinha

Como sinto não poder dar-vos um abraço
n'este dia!

A MINHA IRMÃ

D. Margarida Rebordinho

Quantas vezes em momentos de horrivel desalento, encontrei um conforto na suavidade das tuas palavras, na ternura do teu coração !

Oh ! não o olvidará nunca a tua

GENOVEVA.

A minha irmã Rosita

Amo-te tanto, creança, que por ti faria todos os sacrificios.

À EX.^{MA} SNR.^A

D. Justina d'Andrade

As mães perdoam tudo, e vós fostes para mim mais do que uma mãe durante esses sete annos em que fui tão feliz.

Desculpae hoje tambem, minha Senhora, a ousadia d'este offerecimento; não vos queria offender, mas apenas significar-vos a minha profunda estima, a minha inalteravel affeição.

Às minhas Amigas

ao Ex.^{ma} Srs.^{as}

D. Maria Teixeira Pimenta
D. Sarah de Vasconcellos Beirão
D. Maria das Dôres Ferreira de Castro
D. Alice Flavia Cardoso
D. Laura Alice Cardoso da Silva
D. Georgina Alves Gomes
D. Iria Maria das Dôres
D. Olinda Balthazar do Couto
D. Margarida Teixeira Pimenta
D. Guilhermina Canavarro
D. Amelia Borges da Costa
D. Maria José Pacheco
D. Izabel Eugénia de Meneses
D. Adelaide Cruz

Como prova de muita estima e verdadeira afeição.

AO ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

Dr. Luiz de Freitas Viegas

ILLUSTRE LENTE DA ESCOLA MEDICA

Testemunho de respeitosa gratidão.

AO ILLUSTRE CORPO DOCENTE

DA

Escola Medico-Cirurgica do Porto

E EM ESPECIAL

Aos Ill.^{mos} e Sax.^{mos} Srs.

Dr. Roberto Bellarmino Frias

Dr. João Pereira Dias Lebre

Dr. João Lopes da Silva Martins

Dr. Clemente Pinto

A alumna reconhecida.

AO DISTINCTÍSSIMO DIRECTOR
DA MINHA ENFERMARIA

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Francisco de Souza Oliveira

Em testemunh^o de muito reconhecimento.

Aos meus Condiscipulos

Aos meus Contemporaneos

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Eduardo Leão da Costa

e

A sua Ex.^{ma} Esposa

Tributo de gratidão.

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Luiz Antonio da Nobrega Pinto Pixarro

Ao Ill.^{mo} e Rev.^{mo} Snr.

P.^e Antonio Teixeira Pimenta

Ao talentoso e distinctissimo Clinico Villarealense

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

Dr. Henrique Manuel Ferreira Botelho

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

Dr. Antonio Placido da Costa

ANTES DE PRINCIPIAR

Por *placenta prévia* entende-se—a inserção da placenta no segmento inferior do utero. A definição de Guillemau, segundo a qual a *placenta prévia* seria aquella que vinha antes do feto, não nos parece muito acceitavel por estabelecer a confusão com o descollamento da placenta normalmente inserida.

Esta anomalia placentar é sem duvida a que acarreta mais graves consequencias para os organismos materno e fetal, collocando-os quasi sempre em imminencia de perigo, e não raras vezes a causa d'um desenlace funesto.

E' por isso que a attenção dos parteiros tem sido chamada em todas as epochas para este assumpto, e ainda actualmente é objecto de acaloradas discussões, principalmente em relação ao tratamento.

Este visa o symptoma principal — a *hemorrhagia* — que se manifesta, já durante a prenhez, já durante o trabalho de parto, e já por occasião da dequitação; o seu exito dependerá da opportuna intervenção do parteiro, que na therapeutica obstetrica encontra recursos de grande valor, quando bem escolhidos e empregados.

Deveremos ser sempre conduzidos pela urgencia do caso, e nunca pela fascinação que sobre nós exerça qualquer methodo de tratamento. E, assim será que na maioria das vezes, senão sempre, poderemos sentir o prazer de salvar a vida necessaria e preciosa d'uma mãe e a debil existencia d'uma creança, por uma therapeutica acertada e independente de qualquer criterio theorico.

No nosso humillimo trabalho apresentamos os differentes processos empregados, sem dar preferencia a nenhum, porque nos pareceu demasiado o exclusivismo de alguns au-

ctores, e exaggerado o enthusiasmo por este ou aquelle methodo.

Tratamos tambem da etiologia, da symptomatologia e do diagnostico, mas confessamos que o fizemos resumidamente e sem aquella clareza com que o desejariamos fazer, se o labyrintho de opiniões dos differentes tratadistas por um lado, e por outro a escassez de tempo, nos tivessem permittido um trabalho mais consciencioso e mais digno do alto conceito da nossa Escola.

Não era este, todavia, o assumpto de these com que desejavamos ultimar o nosso

tirocinio escolar, e cuja apresentação reservávamos para mais tarde. Diferentes motivos particulares nos obrigaram a tomar um expediente mais prompto e a vir soffrer a justa apreciação do illustradissimo jury a quem pedimos toda a benevolencia e generosa protecção.

Dividimos o nosso trabalho em cinco capitulos:

No primeiro, fizemos um leve esboço historico.

No segundo, tratamos da etiologia.

No terceiro, referimo-nos á symptomatologia.

No quarto, procuramos distinguir as variedades e fazer o diagnostico.

No quinto, estudamos os differentes methodos de tratamento.

Bosquejo historico

A litteratura medica da antiguidade não nos relata com a minucia desejavel as anomalias da inserção placentar. O facto não é surprehendente, pois que a excepção á inserção placentar sobre o fundo do utero constituia n'essa epocha um phenomeno inexplicavel.

Aetzius e Paulus Aegineta referem-nos já varias observações de hemorrhagias abundantes, concomitantes com uma inserção placentar differente da geralmente observada.

Hippocrates observa casos em que a placenta sahiu antes do feto; mas a deficiencia dos conhecimentos em epocha tão afastada, o exiguo des-

envolvimento da medicina e sobretudo a invencível dificuldade na colheita dos elementos de diagnose, que paralysava completamente a medicina, não lhe permittiu uma descripção consentanea com a gravidade d'este assumpto.

Segue-se um longo periodo de silencio, em que mal se divisam levissimas referencias a um ou outro caso anomalo.

Assim, ainda em 1585, Ambroise Paré constata tambem a sahida da placenta antes do fêto, parto que elle denomina—*filius ante patrem*. Na descripção que nos lega dos differentes casos observados, confessa-se admirado, mas não sabe elucidar-nos sobre a proveniencia das hemorragias que coincidem sempre com aquella modalidade do parto.

Em 1621, Guillemau apresenta-nos differentes observações de hemorragias durante o trabalho de parto, e attribue já á placenta a causa da sua existencia.

Mas, sendo a inserção placentar no fundo do utero um facto unanimemente acceite e concorde com a sua propria opinião, elle explicava estas perdas sanguineas pelo descollamento da placenta que constituia um sério obstaculo á expulsão do fêto.

Com este modo de sentir concordava em absoluto o tratamento que elle adoptava invariavelmente, e que consistia em afastar a placenta do orificio interno, ou mesmo fendel-a em duas porções para permittir a passagem da mão, e assim accelerar o parto.

D'esta epocha por deante abundam as citações dos differentes auctores sobre a variavel inserção da placenta, pretendendo uns, como Fallope, Peu e Levret, que a inserção placentar se fazia em qualquer ponto da cavidade uterina, e outros, como Mauriceau e Ruysch, a inserção exclusiva do fundo do utero.

Este ultimo auctor chegou mesmo a descrever, como existente no fundo do utero, um musculo circular—*detrusor placentae*—que tornava responsavel do descollamento e expulsão da placenta.

Em 1685, Portal refere varios casos em que a placenta adhere ao orificio interno do collo, ou na sua visinhança, de maneira tal que, no fim da gravidez, no momento da dilatação do collo, o descollamento realisa-se, fazendo-se seguir inevitavelmente pela hemorragia.

A opinião d'este eminente parteiro foi infelizmente ainda ignorada por muito tempo, e differentes outras theorias appareceram para desven-

dar a origem das hemorragias durante a gravidez e o trabalho de parto.

Assim é que para Peu as hemorragias de causa placentar só se produzirão quando a placenta totalmente descollada venha ocupar o orificio interno.

E, ainda em 1759, um parteiro de extraordinaria reputação affirma que as hemorragias são originadas pelo descollamento placentar. Referimo-nos a Puzos, cujo methodo de tratamento foi tão apreciado, e que se exprime do seguinte modo:

“On doit les hémorrhagies au décollement de quelque portion du placenta d'avec le fond de la matrice.”

A controversia de opiniões, levando a duvida a quasi todos os espiritos, impelliu os antagonistas a um estudo detalhado e anatomico da inserção placentar no segmento inferior do utero, abandonando as noções mais ou menos erroneas que se encontravam vulgarisadas por toda a parte.

Assim foi que, na Allemanha, Schacher, professor de Leipzig, teve occasião de autopsiar uma mulher grávida, victima d'uma abundantissima e fatal hemorragia, na qual nos relata ter observado o seguinte:

“A placenta achava-se na parte inferior do utero; elevava-se mais para cima que para traz e cobria completamente o orificio interno do collo. Sem duvida ella estava n'este lugar desde o principio da gestação, porquanto se não achava separada do utero, mas tão fortemente unida a elle que não pôde ser separada sem grandes esforços.”

Como comprovação d'este estudo necropsico, apparece quasi simultaneamente uma observação de Horn que affirma ter visto um caso de hemorrhagia no principio da gravidez, devida á inserção placentar sobre o orificio do collo.

Passado pouco tempo, Petit envia uma memoria á Academia de Medicina de Paris, confirmando a observação feita na Allemanha por Schacher.

Ao passo que na Allemanha e na França a inserção placentar no segmento inferior do utero é um facto provado, na Inglaterra, onde se desconhecem os estudos de Schacher e Petit, duvida-se tambem da invariabilidade de inserção no fundo do utero.

Wilian Giffart, contemporaneo de Schacher e Petit, exprime-se do seguinte modo:

“Eu não posso acceitar como sempre verdadeira a opinião de todos os auctores que dizem

que a placenta se insere sempre sobre o fundo do utero, porque n'este caso, como em muitos outros, tenho toda a razão para pensar que ella adheria sobre o orificio interno ou muito perto d'este, de modo que dilatando-se o collo, occasionava a separação da placenta e em seguida a hemorrhagia."

Como succede sempre, depois da descoberta das grandes verdades, as observações multiplicaram-se, justificando sempre a nova concepção da placenta prévia, que, admittida por todos, o foi tambem por Levret, que em 1753, nos diz:

"A placenta pôde-se inserir em todos os pontos da superficie uterina, sem exceptuar mesmo a circumferencia do seu orificio interno."

Em 1770, Bandl faz um estudo magistral sobre a placenta prévia, visando sobretudo a inserção mais ou menos afastada do orificio cervical e procurando explicar a relação existente entre o lugar da inserção e o termo de apparição da hemorrhagia.

A principal preocupação dos auctores é, n'esta epocha, o estudo da anatomia do segmento inferior do utero, assumpto que provocou acaloradas discussões que terminaram com as pesquisas dos professores Pinard, Varnier e Hofmeier.

Bandl, Küstner, Bayer e outros, querem que o segmento inferior seja formado a expensas do collo; para elles o limite superior do segmento inferior é o orificio interno do collo, emquanto que o limite inferior, muito variavel, é indicado por uma linha circular situada entre os orificios interno e externo do collo, a qual denominavam "annel de Müller."

Taylor, Schroeder, Hofmeier, Holst, Langhans, Varnier e Pinard pretendem que o segmento inferior faz parte do corpo do utero, limitado inferiormente pelo orificio interno do collo.

Actualmente a maioria dos parteiros, se não a totalidade, segue a segunda opinião.

O conhecimento exacto da anatomia do segmento inferior tem uma grande importancia no estudo da placenta prévia, cujo desenvolvimento se deve, como deixamos mencionado, a Portal, Schacher e Bandl; Portal, affirmando clinicamente; em 1685, a inserção placentar sobre o orificio interno do collo; Schacher comprovando anatomicamente esse mesmo facto em 1709; e Bandl estudando a inserção placentar, não só sobre o orificio do collo mas em todo o segmento inferior.

Etiologia

Quizemos fazer uma classificação das causas que pôdem originar a placenta prévia, mas encontramos um grande obstaculo na divergencia profunda dos differentes auctores que consultamos.

Holst, por exemplo, que estudou detalhadamente este assumpto, aponta duas séries de causas que, na sua opinião, lhe permitem explicar todos os casos d'inserção viciosa.

Na primeira incluye todas as que são susceptíveis de originar a atonia do utero, destacando d'entre ellas pelo seu alto valor etiologico, o embaraço á involução puerperal do utero. Este seria motivado pelas differentes manifestações da pathologia uterina, infelizmente tão frequentes.

As prenhez repetidas, a ausencia de lactação, a falta de repouso, a deficiencia de cuidados particulares após os falsos partos, contribuem igualmente para a producção do mesmo effeito. D'esta fórma seria explicavel a frequencia d'esta ectopia placentar nas parturientes pobres, e em geral na classe operaria, onde a luta pela existencia e muitas vezes a manutenção e amparo dos seus, lhes não concede tempo para attender com sollicitude ao seu melindroso estado. E, ainda mesmo que o tempo lhes não escasseie, terão ellas os recursos materiaes indispensaveis para se preservarem convenientemente?

Falta-lhes tudo indubitavelmente, e a miseria physiologica só na material encontra medida por onde se afira.

E' por isso talvez que Holst accentua que a maior parte dos casos de placenta prévia por elle encontrados, se não davam em raparigas do campo, fortes e robustas, mas nas mulheres dos grandes centros, depauperadas pela miseria, extenuadas pela fadiga, pelo *surmenage* quotidiano, que as predispõe inexoravelmente á atonia geral, ao empobrecimento physiologico.

A segunda série de causas que Holst considera tem — cremos nós — uma importancia tão secun-

daria que apenas as apontaremos por estarmos fazendo uma resenha das differentes causas apresentadas pelos auctores.

N'ella é invocado o functionalismo uterino, sobretudo as contracções fortes na direcção do collo como factor etiologico da anomalia placentar. Os excessos genesicos, as alterações de regimen, o exame genital, o emprego do speculum, as irrigações a temperatura elevada, a cauterisação do collo, enfim as irritações de toda a ordem, seriam sufficientes para nos elucidar sobre a origem de casos tão anormaes.

Parece-nos porém que, se qualquer d'estas causas bastasse a explicar a inserção pathologica da placenta, esta seria d'uma frequencia aterradora. As estatisticas, no emtanto, mostram-se menos prodigas e indicam-nos que, se a placenta prévia não é uma raridade pathologica, tambem não é demasiadamente commum.

Müller confrontando varias estatisticas apresentadas por differentes parteiros, calcula que essa frequencia seja de 1 %.

Para Osiander e Depaul a multiparidade e certas affecções do utero, como sejam as endometrites, têm uma importancia extrema na etiologia da inserção viciosa.

Sem duvida nenhuma, estas causas pôdem actuar como provocadoras da atonia do utero, e recebem além d'isso a sancção das estatisticas que nos comprovam innegavelmente a sua coexistencia nos casos observados.

A multiparidade principalmente tem uma acção incontestavel, como se deduz dos algarismos fornecidos pelo professor Charpentier, e por elle attribuidos a varios auctores. Assim Judelle reuniu em uma memoria intitulada — “Uber placenta prévia” — grande numero de casos onde verificou que 90 0/0 d'esses accidentes se deram em multiparas. Müller notou 85 0/0 e Fritsch 94 0/0. Nordman em 45 casos, e D'Outrepont em 38 nunca encontraram uma primipara; Hofmeier em 46 casos observou apenas uma primipara.

Estes numeros são de per si bastante eloquentes para que não possamos repudiar a influencia das causas invocadas por Osiander e admittidas pelo eminente professor Pinard. Este distinctissimo parteiro allia ainda á multiparidade outras causas accidentaes como os traumatismos, as viagens, os passeios de carro, etc., no principio da gravidez.

Deu-se tambem muita importancia a elementos colhidos na anatomia pathologica da placenta

prévia que differia consideravelmente, quer pela estrutura, quer pela morphologia, da placenta normalmente inserida.

Com effeito, na maioria dos casos, a placenta prévia é extremamente adelgada e este adelgamento forra quasi toda a superficie uterina, como nos referem Hégár e Braxton-Hicks.

E' frequente tambem encontrar-se, n'estes casos anormais, uma parte placentar transformada em tecido conjunctivo, ou com todos os caracteres da degenerescencia gordurosa.

A fórma apresenta diversos aspectos: umas vezes alongada, outras succenturiada, e sempre d'uma amplitude exaggerada. Este ultimo character impelliu varios auctores a considerar a amplitude anormal da placenta como consequencia forçada e incontestavel da placenta prévia. Entre elles citam-se dous illustres parteiros italianos—o professor Raineri e Donzellini que em todas as observações apresentadas fazem salientar a constancia de tal alteração placentar.

Schroeder indica como causas productoras da inserção viciosa o augmento da cavidade uterina e os estados pathologicos anteriores, taes como: as endometrites, as metrites, os carcinomas e em regra geral todos os neoplasmas uterinos.

Finalmente, os embryologistas apresentaram tambem a sua theoria que se baseia no desenvolvimento ulterior do ovulo depois da sua fecundação. Para elles a placenta forma-se no lugar em que o ovulo fica em contacto com a parede uterina; a inserção da placenta no segmento inferior do utero dependerá pois da presença do ovulo no segmento inferior, fixo ahi talvez pelas circumstancias que favorecem a atonia do utero.

Mas ainda sob este ponto de vista se encontram divergencias, pretendendo uns que a inserção do ovulo se pôde observar na proximidade e acima do orificio interno do collo, negando-a outros, es-tribados nas suas observações.

Ahlfeld inclina-se pela affirmativa e apresenta as seguintes conclusões:

1.º—O aprisionamento primitivo do ovo na vizinhança e mesmo acima do orificio interno é perfeitamente possivel, porque, desde o principio da gravidez, o orificio interno fica retrahido pelo facto do desenvolvimento da caduca, não se observando secreção alguma proveniente do utero.

2.º—O ovo pôde-se desenvolver de baixo para cima á medida que se completa o desenvolvimento excentrico da cavidade uterina.

3.º—O chorion de um ovo pela inserção muito baixa pôde desenvolver-se ulteriormente sobre o orificio interno.

Kaltenbach não accêita estas conclusões, e discorda completamente da explicação fornecida por Ahlfeld. Para Kaltenbach a etiologia da placenta prévia está na persistencia das villosidades do chorion e na sua consolidação á caduca reflexa ao nivel do pólo inferior do utero. As villosidades placentares assegurarão a nutrição do fêto e as villosidades da caduca reflexa supprirão as necessidades fetaes, todas as vezes que haja um qualquer embaraço á formação da placenta.

Elle resume em duas séries de causas a etiologia da placenta prévia:

1.ª—Difficuldade na formação da serotina por endometrites chronicas nas mulheres de mais idade principalmente nas grandes multiparas, ou pela presença de fibromas ou carcinomas.

2.ª—Augmento absoluto ou relativo da placenta na prenhez gemellar, em certas anomalias de fôrma da placenta, ou da cavidade uterina.

Por conseguinte para Kaltenbach as causas da inserção viciosa derivam do papel physiologico das villosidades placentares na caduca reflexa.

Hofmeier rejeita também as conclusões de Ahlfeld porquanto a placenta prévia é a placenta formada á custa da caduca reflexa, que ulteriormente se funde com a caduca verdadeira do segmento inferior do utero, tornando-se impossivel ao ovulo inserir-se sobre o orificio do collo porque este se acha aberto durante a gestação.

A theoria de Velpeau subordina-se á concepção erronea dos primeiros phenomenos da gravidez, que lhe permite explicar a inserção placentar no segmento inferior pelo escorregamento do ovulo entre a membrana anhyista ou plastica que elle encontra no utero e a sua parede interna.

Mais hypothetica ainda nos parece a theoria de Auvard e Ingleby que sustenta a terminação das trompas no segmento inferior do utero, porque esta disposição anatomica foi negada pelos differentes auctores que se occuparam do assumpto. Se ella existisse não seria mais consideravel a frequencia das repetições da placenta prévia na mesma mulher?

No entretanto, Müller em 923 observações de placenta prévia só encontrou sete repetições, e Rokitsanski e Strauch apenas uma.

Não fallaremos n'essas outras theorias, actualmente inacceptaveis, segundo as quaes a acção da gravidade, a rotação parcial do ovo, a insufficiente cohesão da caduca, a maior ou menor força expulsiva da trompa, foram consideradas como outras tantas causas determinantes.

N'este labyrintho de theorias nós destacamos a de Pinard, porque se confórma com os dados de observação confirmados pelas estatisticas.

A multiparidade e todas as causas de atonia uterina gozam, na nossa opinião, um lugar primordial na etiologia da placenta prévia.

Symptomatologia

Entre os symptomas que caracterisam a placenta prévia destaca-se um, que sem ter fóros de pathognomônico, é todavia aquelle em cuja existencia repousa, na generalidade dos casos, o nosso diagnostico.

E' a hemorrhagia, que sobrevém sem causa apparente, insidiosamente, sem um periodo prodromico nitido e accentuado. Só muito raramente se observarão os symptomas precursores a que alguns auctores dão uma importancia exaggerada, pois que com a mesma frequencia se manifestam em casos d'inserção normal durante o principio da gravidez, taes como: tenesmo vesical e rectal, fortes pulsações genitales, etc.

Além da hemorragia que nos merecerá um estudo mais amplo, e detalhado, são também symptomas ainda que menos importantes da placenta prévia a diminuição ou mesmo a ausencia do "ballotement vaginal," e o reconhecimento da placenta pelo exame bi-manual.

Balouço.—O toque vaginal não nos fornece com effeito a mesma sensação que se reconhece nos casos em que a placenta se encontra normalmente inserida, quando pretendemos verificar a existencia do "ballotement."

O balouço falta por completo nos casos de inserção viciosa porque entre o dedo e a parte fetal se encontra a massa placentar, que attenua consideravelmente o impulso do dedo explorador, e ainda porque sendo elle difficilmente constata-vel nas apresentações viciosas com placenta normal, o ha de ser também necessariamente na placenta prévia, em que as apresentações de espadua são tão frequentes.

O reconhecimento da placenta far-se-ha pelo exame bi-manual, não esquecendo que a menor violencia póde destacar um coagulo, ou produzir

o descollamento de alguma das cotyledones d'onde derivará o augmento da hemorrhagia.

Esse exame permite-nos reconhecer, entre a parte fetal que se apresenta ao dedo e a mão superior, um corpo espesso e molle -- a placenta. Ao mesmo tempo observaremos uma turgescencia especial das partes genitales, e uma espessura maior do segmento inferior.

A hemorrhagia da inserção viciosa tem uma importancia enorme, quer no ponto de vista da diagnose, quer no da gravidade da prognose, e manifesta-se ora durante a gravidez, ora sómente por occasião do trabalho de parto.

Durante a gravidez observa-se nos tres ultimos mezes, e até mesmo na ultima quinzena do parto (Spiegelbert). Em 57 casos observados pelo distinctissimo parteiro Tarnier, a primeira hemorrhagia deu-se no nono mez, 25 vezes; no oitavo, 19 vezes; 10 vezes no setimo; no fim do sexto, duas vezes e apenas uma no quinto mez.

Naegele, explica a differença chronologica da apparição da hemorrhagia pela região do segmento inferior em que a placenta se insere.

“Le début de l'hémorrhagie se rapprocherait d'autant plus de cette époque (6.^e ou 7.^e mois),

que le placenta envahirait plus ou moins le col; l'hémorrhagie, lorsque le placenta ne fait qu'affleurer le col pouvant n'apparaître qu'à la fin de la grossesse, ou même seulement au début du travail."

Tanto nas hemorrhagias gravidicas como nas que sobrevéem no inicio do trabalho de parto, o sangue é vermelho, rubro e apenas saído dos vasos escoo-se pela vagina.

A sua abundancia varia desde o mais simples e ligeiro corrimento até ás consideraveis perdas sanguineas que provocam syncopes mortaes.

A distincção feita por alguns auctores de que a hemorrhagia da placenta prévia augmenta durante as contracções uterinas, em opposição ás hemorrhagias causadas pelo descollamento da placenta, é destituida de fundamento, porquanto na inserção da placenta no segmento inferior ellas variam segundo o ovo está aberto ou intacto. Se o ovo está intacto a hemorrhagia manifesta-se durante as contracções uterinas, e diminue nos intervallos; com o ovo aberto observa-se exactamente o contrario.

Algumas vezes, ainda que raras, as hemorrhagias téem uma marcha contínua. São então abundantissimas e quasi sempre fataes porque, ou

deixam a mulher completamente exangue, ou a lançam n'um estado de profunda anemia a que ella não sobreviverá senão envidando prodigiosos esforços. E' n'um d'estes casos que as injeções de sôro artificial nos evidencia o seu altissimo valor na therapeutica obstetrica.

Em contraposição a estes casos ha outros tambem pouco frequentes, em que a hemorrhagia não se revela nitidamente, mas em que a expansão do segmento inferior é dolorosa e acompanhada de contracções uterinas com a formação de coagulos sanguineos retidos no fundo da vagina ou no proprio segmento inferior.

Parece que a hemorrhagia lucra com a frequencia das dores e sua intensidade (Auvard), e a razão é obvia. Desde que o descollamento placentar augmenta, o parto será mais rapido pela descida mais franca da apresentação fetal.

As effusões sanguineas antes e depois do segundo parto apresentam gravidade extrema, em consequencia da differença de textura do segmento inferior, onde se faz a inserção placentar.

A retractilidade e contractilidade estão consideravelmente diminuidas e a maior abundancia da hemorrhagia dever-se-ha sem duvida á inercia do segmento inferior.

Ritgen, chama ás hemorragias que reconheçam esta causa—hemorragias de fórma paralytica.

A hemorragia ainda pôde ser devida ás adherencias da placenta, cuja expulsão espontanea se torna por este mesmo motivo d'uma extrema difficuldade.

Mas d'onde vem o sangue? Do utero ou da placenta? Virá de procedencia commum?

O mecanismo das hemorragias da placenta prévia foi diversamente interpretado, e constituiu o assumpto de varias theorias que explicam a differente conducta dos parteiros em casos semelhantes. Nós apresentaremos apenas as principaes, e só aquellas que correspondem ás differentes modalidades de tratamento actualmente seguidas.

Mecanismo da hemorragia.--Durante a epocha em que a inserção placentar sobre o orificio interno do utero foi ignorada, isto é, até aos trabalhos de Portal que foi o primeiro a assignalal-a, o tratamento era puramente empyrico e em correspondencia com os conhecimentos da epocha.

A primeira theoria apresentada sobre o mecanismo intimo da hemorragia depois das observações d'aquelle illustre parteiro foi a de Le-

vret, que dominou a sciencia, até meados d'este seculo. As effusões sanguineas durante a gravidez e o parto eram explicadas pelo descollamento placentar provocado pela dilatação do collo nos ultimos mezes da gravidez.

Stoltz, demonstrou a falsidade d'esta theoria, affirmando que sómente nos ultimos mezes da gravidez é que o collo tomava parte no desenvolvimento do utero, de modo que se ella explicava a hemorrhagia do trabalho do parto, era insufficiente para as hemorrhagias durante a prenhez.

Em 1846, Jacquemier formulou a sua theoria firmada em elementos anatomicos e physiologicos.

Segundo este illustre parteiro, o utero gravido desenvolve-se durante os 6 primeiros mezes a expensas do seu fundo, emquanto que nos tres ultimos mezes é o segmento inferior que fornece a sua ampliação; ora, estando n'essa epocha a placenta completamente formada e desenvolvida, não pôde acompanhar o segmento inferior no seu movimento de expansão; d'ahi o descollamento placentar e consequente perda sanguinea.

Para Jacquemier, por conseguinte, não existe parallelismo entre o desenvolvimento da placenta e o das paredes uterinas, mas n'esse caso as hemorrhagias seriam inevitaveis; no entretanto a

prenhez chega muitas vezes ao trabalho sem manifestação alguma hemorrhagica.

Em antagonismo com a theoria de Jacquemier apparece no anno seguinte a de Barnes que elle proprio denomina — theoria physiologica.

As perdas sanguineas são attribuidas ao maior desenvolvimento da placenta em relação ao segmento inferior do utero. Além d'isso a hemorrhagia é mais frequente e abundante nas epochas menstruaes e não guardando relação alguma com o trabalho. Eis como elle se exprime:

“L'hémorrhagie est plus fréquente aux époques menstruelles qu'à tout autre moment, et n'a rien à faire directement avec le travail; au moment des règles, le sang afflue vers l'utérus et le placenta, le gonfle, et le rend trop large pour la surface sur laquelle il est fixé, il se décolle sur les bords de l'orifice et le sang s'écoule; sous l'influence de l'irritation que produit ce détachement partiel, l'infiltration d'un peu de sang dans la substance même du placenta, et la présence de quelque petits caillots entre le placenta et la paroi uterine peuvent éveiller la contraction.”

A theoria de Barnes não tem sido acceteite, por quanto é do dominio geral que é o segmento inferior que se desenvolve nos ultimos mezes da

gravidez, não tomando o collo parte alguma no desenvolvimento uterino.

Eugenio Hubert (de Louvain) considera o mecanismo da hemorragia como uma consequencia forçada do repuxamento da placenta, dizendo-nos a este proposito:

“Quando as membranas estão intactas, as contracções uterinas tem por fim impellil-as para a vagina, ao mesmo tempo que repuxam pouco a pouco os bordos do orificio uterino para cima e para fóra.

“D’este duplo movimento em sentido opposto resulta um repuxamento que se estende ao bordo da placenta e póde descollal-a. Quando a membrana está rota, ao contrario, este repuxamento cessa bem como a hemorragia.”

Finalmente a theoria de Pinard, seguida pela maior parte dos auctores modernos, admite a distensão mecanica de Jacquemier, mas regeita a hypergenese dos tecidos a que este se refere.

No seu modo de vêr o descollamento placentar é originado pelas circumstancias que actuam sobre as membranas. O chorion encontra-se solidamente adherente á placenta, de modo que se a inserção se fizer no segmento superior ou medio, a porção de membranas, que se acha em corresponden-

cia com o orificio interno do utero fica distante da placenta. No momento da dilatação do collo o repuxamento divide-se por uma grande extensão de membranas, e não provocará a effusão sanguinea.

Ao contrario do que se observa na placenta normal, na placenta prévia, a porção das membranas que existe entre o orificio uterino e a placenta, mede poucos centimetros de comprimento, e d'ahi ou a pressão intra-amniotica vence a resistencia das membranas e lhe occasiona a ruptura, ou o chorion supporta essa pressão, mas acarreta o descollamento consecutivo da placenta com a qual adhire solidamente.

Pinard, admitte sómente duas variedades de placenta prévia; aquella em que o orificio interno do collo é coberto pela placenta, e aquella em que o não é. No primeiro caso a hemorrhagia será inevitavel, no segundo é apenas possivel, e conclue affirmando que a mulher não perde sangue, quando as membranas se acham largamente dilaceradas e as aguas se téem escoado.

Com alguns auctores parece-nos que n'este caso a cessação da hemorrhagia não será sómente devida á ruptura das membranas, mas tambem á insinuação da parte fetal e á diminuição da

capacidade uterina em vista do escoamento do liquido amniotico.

Tarnier e Budin, notam a grande analogia que ha entre as differentes theorias, e com elles, nós pensamos tambem que,—exceptuando a theoria de Barnes, que poucos adeptos conta—nem o repuxamento das membranas nem o escorregamento do utero sobre o ovo invalidam a theoria de Jacquemier sobre a ampliação do segmento inferior.

A proveniencia do sangue foi diversamente interpretada tambem pelos diversos auctores, e assim devia logicamente succeder.

Levret calculava que o sangue provinha igualmente da superficie uterina e da superficie placentar. Hamilton sustentava que elle derivava mais dos vasos existentes na porção placentar destacada do que da ruptura dos vasos uterinos; Simpson, que o sangue que se escoa, vem da parte da placenta que se acha em relação com o utero.

Modernamente admitte-se que a placenta póde explicar o escoamento d'um pouco de sangue, em consequencia da dilaceração dos vasos fetaes, mas nunca a hemorrhagia d'esta origem poderá attingir as proporções assustadoras que se obser-

vam na generalidade dos casos de placenta prévia.

Assim estão divididas as opiniões dos parteiros e justificados os motivos porque, uns, praticam a ruptura das membranas, affirmando que a hemorragia cessará com a causa productora e porque outros, como Simpson, arrancam bruscamente a placenta, e outros, emfim, se esforçam por sustarem mecanicamente o escoamento sanguíneo.

Variedades—Diagnostico Prognostico

As diferentes modalidades de placenta prévia derivam do seu ponto d'inserção no segmento inferior do utero.

Antes, porém, de indicarmos essas variedades vejamos quaes são os limites do segmento inferior, sem o que seria difficil uma distincção nítida entre a placenta normal ou normalmente inserida.

Roberto Barnes foi o primeiro parteiro que estabeleceu clinicamente esses limites.

Elle considerava a superficie interna do utero dividida por dous circulos parallellos ao equador, em tres zonas distinctas: a superior, média e inferior.

—O circulo superior comprehende as zonas superior e média. Na zona superior ou zona do fundo do utero, a inserção é normal e nunca ocasiona accidentes graves. Na média ou zona do meridiano a placenta insere-se normalmente mas póde causar a obliquidade uterina e as posições transversaes do fêto, bem como uma hemorragia *post-partum*.

—O circulo inferior é a linha physiologica de delimitação entre a inserção lateral da placenta e a inserção viciosa. Abaixo d'este circulo está a zona cervical sobre a qual a inserção placentar é perigosa, quer pelo descollamento prematuro da placenta, quer pela abundancia da hemorragia. O limite superior do segmento inferior é de 76 millimetros a partir do collo. Este numero é dado pela mensuração da distancia que vae da linha equatorial do craneo á parte mais baixa do vertice quando este se apresenta; varia além d'isso com o volume do fêto e a apresentação.

As pesquisas anatomicas que mais tarde se fizeram, confirmam a demarcação clinica de Barnes, e o limite superior do segmento inferior é indicado pelas seguintes referencias:

1.^a—Na superficie externa do utero o peritoneu deixa de adherir á fibra uterina.

2.^a—As fibras musculares são menos adherentes umas ás outras.

3.^a—Existe uma veia chamada circular, da qual se percebe a abertura sobre um córte.

4.^a—O musculo uterino apresenta a partir d'este ponto uma espessura menor que sobre o resto do utero.

Estes caracteres anatomicos foram encontrados na zona correspondente ao circulo polar inferior de Barnes, ou ao annel de Bandl para outros.

Firmados os limites do segmento inferior, vemos quantas e quaes são as variedades d'inserção prévia.

Nota-se uma grande divergencia entre os diferentes auctores sobre este ponto.

Uns admittem cinco, outros quatro, outros, como Pinard, apenas duas.

Sob o ponto de vista anatomo-pathologico podemos apontar cinco: central, completa, parcial, marginal e lateral.

Central—ou centro por centro—é aquella em que o centro da placenta corresponde ao centro do orificio do collo.

Completa—é aquella em que a placenta se insere no collo e lhe cobre o orificio interno.

Parcial—ou incompleta—aquella em que es-

tando o orificio dilatado, se reconhece não só uma parte das membranas mas tambem um segmento placentar.

Marginal—aquella cujo bordo placentar só se estende ao orificio interno e nunca abaixo d'este.

Lateral—quando a placenta se insere apenas sobre o segmento inferior sem attingir a margem do orificio cervical.

Pinard, contesta a primeira variedade, que já-mais encontrou na sua longa pratica obstetrica; outros auctores o secundam fazendo igual affirmativa, ou discutindo a propriedade do adjectivo empregado. E' assim que Demelin regeita a denominação de central porque a inserção não se faz mathematicamente centro por centro.

Prefere-lhe a designação total ou completa, porque as membranas não cobrem o eixo do collo aberto e dilatado.

Não é insusceptivel de critica a opinião de Pinard e sequazes, poisque a negação d'um facto qualquer não se deve basear unicamente na deficiencia de observações pessoaes.

Nós accetamos a variedade central porque Tarnier na sua obra, publicada em 1898, e Budin no seu tratado "Femmes en couches e nouveaux-nés," nos refere varias observações.

Este ultimo justificou o seu modo de vêr perante a Sociedade Obstetrica e Gynecologica de Paris á qual apresentou um caso typico de inserção central e uma outra observação pessoal.

No primeiro caso a inserção central era extremamente nitida; a mulher falleceu victimada por uma fortissima hemorrhagia, e Budin pôde pela autopsia retirar o utero e a placenta.

No segundo caso Budin refere:

“Após conveniente desinfecção introduzi a mão na vagina e tentei romper as membranas, porém, não me sendo isso possivel, perfurei as cotyledones, que recobriam totalmente o orificio interno.

“Tentei depois a extracção do tronco, e quando o diametro bi-acromial assomou á vulva, vi a placenta que envolvia a cabeça do fecto, de modo que *le foetus nait ainsi coiffé.*”

Charpentier, admite apenas 4 variedades: total ou central, parcial, marginal e intra-cervical.

Central.—quando a placenta se insere totalmente sobre o collo e lhe recobre o seu orificio interno.

Parcial.—quando a placenta se insere no segmento inferior do utero e do collo, do qual recobre em parte o orificio interno.

Marginal.—quando a placenta se insere no se-

gmento inferior do utero, recobrando ligeiramente o collo.

Intra-cervical.—quando a placenta se insere no proprio collo.

A inserção intra-cervical negada outr'óra pela maioria dos parteiros porque não havia autopsia alguma que a provasse, nem observação que a legitimasse, é hoje universalmente admittida depois das observações de Tarnier.

Ultimamente, na "Semana Medica," lemos tambem uma observação de Küstner na qual este parteiro nos relata e confirma a inserção intra-cervical ("Semaine Médicale," 1898, pag. 236).

Finalmente, Pinard admitte só duas variedades: aquella em que a placenta se insere sobre o segmento inferior, mais ou menos proximo do orificio interno mas não o recobrando nunca; e aquella em que o orificio interno é parcial ou completamente recoberto pelas cotyledones placentares.

Alguns auctores fazem tambem uma menção especial da placenta succenturiada sob o ponto de vista do diagnostico e do tratamento. E' sempre de alto interesse pratico o conhecimento da situação do pequeno lobulo, principalmente quando se prefere como methodo de tratamento a ruptura das membranas.

Na maioria dos casos o pequeno lóbo está situado mais á esquerda do que á direita, porém sómente o exame do segmento inferior nos poderá elucidar sobre a sua situação exacta.

M.^{elle} B. Dylion, descreve-nos na sua these inaugural uma observação do professor Pinard em que este, sendo chamado para vêr uma parturiente quasi exausta por uma abundantissima hemorrhagia, encontrou ainda as membranas intactas e não teve duvida em diagnosticar o caso de "placenta prévia."

Voltando mais tarde e repetindo o toque não encontrou já as membranas, mas cotydelones placentares, de tal modo que se Pinard tocasse pela primeira vez esta mulher, diagnosticaria uma inserção central.

Diagnosticco. — A placenta prévia é facilmente diagnosticavel se attendermos aos symptomas principaes que enumeramos no capitulo precedente: hemorrhagia brusca, quasi sempre extremamente abundante, concomitante com a percepção directa da placenta atravez do collo e a ausencia do balouço.

Mas, é principalmente durante o trabalho que esta trindade symptomatologica se mostra insepa-

ravel. Durante a gravidez a falta de dilatação do collo não nos permite senão a constatação da hemorragia, particularmente se a effusão sanguinea se apresenta no sexto ou setimo mez da prenhez.

Não poderemos n'este caso distinguir a hemorragia provocada pela inserção anormal da que reconhece etiologia differente?

Ha com effeito hemorragias muito frequentes, quer durante a gravidez, quer por occasião do trabalho cujos caracteres se differenciam notavelmente dos que a hemorragia da placenta anormal nos revela.

O descollamento da placenta normalmente inserida, a ruptura do seio circular, a ruptura de varizes genitales, as ulcerações sangrentas do collo, as endometrites hemorragicas, os fibromas uterinos, a inserção velamentosa, o descollamento da caduca na inserção normal e a ruptura uterina são os differentes estados morbidos que poderiam justificar um erro de diagnostico.

Com effeito o **descollamento da placenta normalmente inserida** pôde provocar perdas sanguineas de summa gravidade para o organismo fetal, mas n'este caso a hemorragia não é tão brusca como a da placenta prévia, sendo quasi sempre

precedida por um periodo prodromico nitidamente accentuado e manifestado por dores abdominaes e lombares perfeitamente intoleraveis, e uma deformação muito saliente do ventre. O utero torna-se a tal ponto consistente que se torna quasi impossivel uma exploração franca, e o augmento da cavidade uterina pronuncia-se de tal maneira que uma gravidez de seis mezes póde simular uma prenhez de termo.

Chevalier relata-nos um caso em que o augmento da cavidade uterina no deslocamento placentar o levou ao extremo d'uma operação urgente. Tratava-se d'uma mulher que morrêra d'uma fortissima hemorragia, na qual elle praticára a operação cesariana para salvar o filho. Feita a operação encontrou um fêto de quatro mezes, não obstante o volume do utero indicar uma gravidez de termo.

O professor Bar n'uma das suas licções clinicas confirma este character do utero ("Leçon clinique," 16 de janeiro de 1896), e M.^{me} Henry, parteira da Maternidade da Charité, affirma que encontrou sempre um augmento da cavidade uterina e em uma zona contrahida do utero, uma massa molle de consistencia pastosa, quasi fluctuante que corresponde ao derramamento sanguineo.

A ruptura do seio circular provoca uma hemorragia gravissima mas é dependente quasi sempre d'um traumatismo anterior.

O seio circular é um vaso de grande calibre, situado na periphéria da placenta, e em communição com os sulcos inter-cotyledonares e os grandes espaços lacunares. Lobstein, Meckel e Jacquemier, a quem se deve o seu estudo, chamaram-lhe tambem veia circular ou coronar.

Ás vezes a ruptura d'este seio é aggravada com o descollamento da placenta; n'este caso o diagnostico differencial com a placenta prévia é mais facil, mas o prognostico é desesperado, e requer immediatamente a intervenção urgente do assistente.

Não é porém facil distinguir a hemorragia, devida á ruptura do seio circular quando o interrogatorio da mulher nos não fornece a acção d'um traumatismo, e quando a ruptura só possa ser attribuida a uma tensão exaggerada.

E' claro que esta difficuldade só tem real valor nos casos em que o exame intra-cervical da placenta não possa ser effectuado pela falta de dilatação do collo.

A ruptura de varizes genitais dá também lugar a hemorragias, em qualquer momento da gravidez, mas estas são em geral menos abundantes e menos graves.

São quasi sempre precedidas por perdas anteriores de pequena importancia. Além d'isso é quasi sempre possível encontrar-se elevações varicosas intra-vaginaes e por vezes mesmo a séde da ruptura varicosa.

Será, pois, sempre conveniente verificar a proveniencia d'estas hemorragias, que em certos casos podem tomar uma feição assustadora.

Delore, concede-lhes até uma importancia igual á da ruptura do seio circular, affirmando que a gravidade d'estas hemorragias se affere pelas consequencias quasi sempre funestas a que dão origem.

As ulcerações sangrentas do collo e as endometrites hemorrhagicas da gravidez, também occasionam frequentes perdas. Estas, todavia, nem são tão abundantes como as hemorragias da inserção viciosa, nem apresentam difficuldades no reconhecimento da sua origem. Os antecedentes da doente e o exame do utero dar-nos-hão os sufficientes elementos de differenciação.

O fibroma uterino, sobretudo quando se acha implantado no segmento inferior do utero, póde impôr-se por uma inserção ectopica da placenta.

As metrorrhagias são n'esta affecção o symptoma dominante, e contribuem para conduzírem a doente a um estado d'anemia pronunciadissima.

Mas ainda n'este caso poderemos fazer o diagnostico differencial, auxiliados pelos commemorativos, que nos elucidarão sobre a epocha a que remontam os accidentes menorragicos e a prévia existencia do tumor, e pelo toque intra-cervical que nos permittirá distinguir um tumor fibroso, em substituição da massa placentar, molle e pouco consistente.

Com o epithelioma do collo a differenciação não é já tão nitida; mas um exame attento e a abundancia menor da hemorrhagia levantará todas as duvidas.

A hemorrhagia da inserção velamentosa devida á ruptura dos vasos fetaes durante o trabalho de parto é extremamente rara. Differe da hemorrhagia da placenta prévia, quer pela sua quantidade, quer pela sua exigua nocividade para o organismo materno. Em compensação a vida do fêto periga

a ponto de succumbir a uma anemia hyperaguda se uma intervenção rapida lhe não vier salvar a existencia.

A diagnose differencial apoia-se sobre a auscultação do coração fetal e o toque intra-cervical.

A auscultação manifestar-nos-ha o estado de soffrimento do fêto, e a perturbação da circulação; o toque intra-cervical, a ausencia da placenta no segmento inferior do utero.

O descollamento da caduca na inserção normal é considerado por alguns auctores, como Ballangue e Trenhohne, como uma das causas provocadoras de hemorrhagia durante a gravidez ou o trabalho de parto, mas a maior parte dos observadores contestam a sua importancia.

A perda sanguinea é n'este caso tão reduzida que nem mesmo exige um tratamento urgente, nem uma necessidade de differenciação com a hemorrhagia da placenta prévia.

Finalmente a **ruptura uterina** motiva uma effusão sanguinea, tanto e mais funesta do que a hemorrhagia da inserção normal pelo seu character e pelâs suâs proporções. E' annunciada, porém, por dores cruciantes e obstinadas, pela deformação do

utero, pelo desaparecimento da posição e em breve pelo inicio dos symptomas de peritonite. O toque intra-cervical é negativo e a puerpera soffre hor-
rivelmente.

Um grande coagulo sanguineo existente no segmento inferior do utero póde levar-nos tambem a um erro de diagnostico, todas as vezes que se pratica o toque intra-cervical. A consistencia molle do coagulo, a sua adaptação á região em que se encontra, justifica sufficientemente esse erro, que um exame mais attento e minucioso desfará.

A placenta distingue-se do coagulo sanguineo porque este é facilmente despedaçavel, ao passo que o tecido placentar é de consistencia fibrillar, e offerece ao dedo explorador uma maior resistencia.

E, eis aqui como os diferentes estados morbidos do utero, que por um momento poderiam simular, em face dos symptomas apresentados, um caso de inserção viciosa da placenta, devem ser discriminados.

Frequencia. — A frequencia das hemorragias por inserção anormal da placenta é differentemente considerada pelos mais notaveis parteiros. Desde

M.^{me} Lachapelle, para quem todas as hemorragias desde o sexto mez da gravidez eram reveladoras d'uma inserção placentar no segmento inferior, até aos parteiros actuaes, as estatisticas não téem um grande valor demonstrativo. A razão d'essa incongruencia deriva do modo de considerar a dependencia entre a apparição da hemorragia e a região do segmento inferior onde se faz a inserção placentar.

O exame posterior dos annexos permite-nos avaliar com exactidão o ponto de inserção da placenta, como nos refere o professor Robert Barnes, quando nos diz:

“On peut démontrer autrement la largeur de la zone cervicale, en examinant le placenta après sa sortie. La portion placentaire qui s'est présentée à l'orifice est reconnaissable à ce que les membranes sont rompues tout auprès; il est évident, comme l'ont dit Levret, von Ritgen e Hugh Carmichael, que les membranes doivent se rompre ou être percées sur l'orifice, quand l'enfant le traverse; ainsi, en mesurant la distance de cette déchirure au bord du placenta, on aura exactement la distance du placenta à l'orifice.” (R. Barnes — “Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies,” trad. de Cardes, Paris).

Para Barnes essa distancia attinge apenas 76 millimetros; para Pinard póde exceder dez centimetros.

Considerada por este modo, a placenta prévia não é uma raridade pathologica, mas uma anomalia frequente, e tanto que a sua proporção é a seguinte:

Para Pinard é de 28, 12 per 100 partos; para Maggiar ha uma cifra de 57,52 por 100, e para Spindler de 79,36.

Budin, Duncan e Maksud assignalaram diversas causas d'erro n'estas apreciações, e fizeram vivos commentarios a estatisticas tão exaggeradas como a de Spindler.

Ribemont-Dessaignes sem discutir a frequencia dos casos de inserção viciosa, insinua que se a ruptura fôr perpendicular ao bordo placentar, esta póde prolongar-se illudindo assim o observador que procede á mensuração das membranas.

Prognostico. — O prognostico das hemorragias da inserção viciosa da placenta é gravissimo, qualquer que seja a variedade apresentada.

A maior parte dos parteiros consideram a placenta previa central mais nociva do que a placenta parcial, mas Roberto Barnes e Collins não acceitam absolutamente essa distincção.

Roberto Barnes, por exemplo, exprime-se assim:

“On dit souvent que le placenta proevia partiel est plus dangereux que le placenta proevia central, c'est quelque fois vrai, mais on ne peut sans danger fonder aucune règle pronostique ou thérapeutique sur ce fait.”

Collin é ainda mais concludente:

“J'ai vu des hémorrhagies aussi abondantes quand une portion seulement du bord placentaire était détachée, que lorsque tout le placenta était séparé.”

De qualquer maneira o que cumpre não esquecer é o perigo imminente em que se encontram os organismos materno e fetal.

O prognostico para a mãe é grave porque a hemorrhagia, quer appareça durante a gravidez, quer por occasião do trabalho, póde enfraquecel-a e provocar-lhe a morte. E, ainda quando o perigo immediato da hemorrhagia seja afastado, o prognostico da placenta prévia offerece gravidade, pelos terriveis effeitos secundarios que origina.

Entre elles citaremos: a anemia, as desordens nervosas, os ferimentos que o collo soffreu durante o parto, as lacerações, a contusão, a involução imperfeita do utero e a metrite chronica. As lacerações do collo, tão frequentes, predispõem á

inflamação e á septicemia produzida pela necrose dos tecidos proximos dos vasos utero-placentares que ficaram abertos. Porém, estes accidentes são muito menos temiveis com a oportuna intervenção do parteiro e uma antisepsia cuidada:

Para o fêto o prognostico é gravissimo, muitas vezes desesperado. Quasi todas as circumstancias desfavoraveis conspiram contra a sua vitalidade.

E assim, ora succumbe á asphyxia causada pela perda de sangue materno: ora é victima das más apresentações, das procidencias do cordão, das lesões placentares e da sua propria debilidade e fraqueza congenitas.

Tratamento

Deu-se outr'ora demasiada importancia aos meios hygienicos e palliativos sobre as hemorragias da inserção viciosa da placenta. Eram um recurso na falta de outro, porque a perda sanguinea não cessava nunca em absoluto.

Actualmente, raro será o parteiro que, repudiando qualquer dos meios activos preconizados, opte pela selecção exclusiva de processos a que apenas se deve ligar um valor historico.

Basta compulsar qualquer tratado antigo para verificar a insufficiencia e mesmo a inefficacia das injecções adstringentes, do opio, do frio, das sangrias, do simples repouso.

A mortalidade foi assustadora; hoje acha-se muito attenuada, como nol-o evidenciam as estatisticas mais recentes.

Tambem é aos meios activos que se dá a preferencia. Esses meios foram tambem seguidos na antiguidade, mas sem o exito hoje obtido, em consequencia dos perigos da infecção e talvez do insufficiente desenvolvimento da epocha.

Os progressos da obstetricia e os beneficios da antisepsia moderna téem afastado e attenuado esses perigos.

Nós descreveremos resumidamente e cada um de per si, os methodos de que a therapeutica obstetrica se serve no tratamento da placenta prévia, visto que nenhum d'elles é unanimamente accete por todos os parteiros.

Fallaremos, pois, dos quatro methodos seguintes:

- 1.º—O methodo do parto forçado.
- 2.º—O da versão bi-polar.
- 3.º—O da ruptura das membranas.
- 4.º—O do tamponnamento.

I

Parto forçado

Foi Celso, o primeiro que na antiguidade se referiu a este methodo de tratamento, descrevendo-o porém bastante superficialmente. A deficiencia de conhecimentos, o desconhecimento da antisepsia e consequentemente a mortalidade horrivel que dia a dia se registava e apresentava com aspecto progressivamente ameaçador, fizeram olvidar completamente esta therapeutica. Durante o periodo medieval “o parto forçado” teve apenas um valor historico; mas resuscitou mais tarde com Ambroise Paré que o preconizou com fervoroso entusiasmo, justificado pelas suas innumeras observações pessoas.

Hesitava-se no entretanto em o re-acceitar quando Guillemau demonstrou a sua efficacia salvando a filha do seu professor. Desde então os differentes parteiros não temem recorrer ao tratamento que elles denominam “methodo de Guillemau” a quem attribuem a prioridade de emprego. M.^{me} Boivin e Astruc negam essa prioridade de Guillemau, e revertem-na para Louise Bourgeois, celebre parteira do seculo xvi, que

por essa epocha empregava, com esplendido exito, o parto forçado, como meio de tratamento das hemorragias derivadas da inserção viciosa da placenta.

Como quer que seja, Guillemau no seu livro intitulado "De l'heureux accouchement des femmes," publicado em 1609, relata-nos n'uma exposição clara e minuciosa a conducta do parteiro quando haja de effectuar o parto forçado em uma parturiente, victima de grave e abundante hemorragia durante o parto.

Na parte historica d'essa obra elle repudia o direito de prioridade que lhe concedem, e confessa ter recebido essa noção de A. Paré e tel-a realisado já durante vinte e tantos annos.

Guillemau manda introduzir a mão, besuntada de manteiga ou untada de azeite, na vagina para dilatar o collo, quando este o não esteja, ou mesmo na cavidade uterina; se as membranas se acham ainda intactas, rompe-as e procura os pés do fêto para fazer a versão e a tracção moderadamente.

Com esta moderação não concorda a maioria dos parteiros que opinam pela terminação rapida do "parto forçado."

No entretanto Smellie, Deleurye, e Leviet operam lentamente; o primeiro nunca terminava a

extracção quando praticava essas manobras; os outros retardavam a expulsão do tronco, para que o utero retomasse o seu poder contractil, favorecendo d'esta fórma a expulsão natural do fêto.

Quer-nos parecer que "o parto methodicamente rapido," como o denomina o eminente parteiro Tarnier, tem mais garantias de successo. A hemorragia será mais prompta e facilmente extinguivel, e a mulher soffrerá menos tempo.

Sobretudo nas agonisantes deveremos sempre praticar o parto methodicamente rapido, attendendo ao perigo imminente em que se encontra o organismo materno ou fetal, o qual cumpre rapidamente, com a maior presteza possivel, debellar.

De resto a propria puerpera reclama a terminação prompta do parto, confiada em que d'ahi lhe advirá se não a calma absoluta, ao menos um lenitivo aos seus padecimentos, cujo prolongamento seria talvez uma atrocidade.

Duas condições se devem, pois, satisfazer no methodo de Guillemau:

1.º—Dilatar o orificio de collo.

2.º—Praticar a versão.

A dilatação fazia-se por meio dos dedos; hoje póde dilatar-se o collo com instrumentos apro-

priados—os dilatadores, ainda que para muitos auctores a dilatação digital gose de mais garantias.

Entre estes destaca-se o dr. Harris, que em 1894, publicou uma memoria, na qual affirma ter obtido um grande successo em nove casos de placenta prévia, servindo-se do processo digital.

“Depois de anesthesiar as doentes, diz elle, introduzo o dedo indicador no orificio do collo, forço-o quando elle se acha apenas entreaberto, e á medida que a dilatação progride, faço penetrar consecutivamente os outros dedos. E, d’esta fórma procedo á dilatação n’um curto intervallo, em 16 a 20 minutos no maximo.”

Mais abaixo diz-nos como terminou o parto forçado, e exprime-se assim:

“Dilatado convenientemente o collo, introduzi a mão na cavidade uterina, e fiz a manobra bi-manual de Braxton-Hichs, deixando ao utero a expulsão do fêto, todas as vezes que a sua extracção immediata se não tenha tornado facil.”

Em 1897, na “Presse Medicale,” Bonnaire justifica tambem o *modus faciendi* de Harris, com a apresentação de tres observações de placenta prévia, nas quaes elle empregou o methodo da dilatação digital. Na descripção minuciosa que elle faz

d'este processo affirma que este meio é sempre praticavel, porquanto nos casos de placenta pré-via, só excepcionalmente se encontrará fechado o collo do utero nos dous orificios, contribuindo para este effeito a raridade da inserção viciosa nas primiparas.

Na sua opinião a dilatação violenta do orificio cervical deve fazer-se com suavidade, procurando apenas fatigar o sphincter, nunca violental-o, pois d'ahi poderiam derivar as consequencias que Noegele aponta:—despedaçamento do collo, contusões, feridas e mesmo grangrenas.

Para obviar a estes inconvenientes alguns auctores, e entre elles Levret, recommendam quando o orificio do collo se não dilate sufficientemente, incisal-o com thesouras curvas ou a bisturi, praticando d'esta fórma desbridamentos multiplos que darão ao orificio cervical a dilatação sufficiente.

Charpentier, adversario tenaz do “parto forçado” referindo-se á pratica d'estes desbridamentos diz:

“Ces débridements sont en général peu dangereux, mais pourtant, dans quelques cas, on les a vu s'étendre bien au delà des limites que l'on s'était proposées, et même jusqu'au segment inférieur de l'utérus.”

A nós parece-nos também que ha uma grande desvantagem n'esse modo de actuar, pois que, havendo, pelo facto da inserção placentar baixa, uma maior vascularisação da região, as incisões praticadas, ocasionariam indubitavelmenté o augmento das hemorragias, que nós tanto empenho temos em sustar.

Rarissimas vezes a dilatação digital deixará de satisfazer o fim proposto. Harris relata apenas um caso em que teve de recorrer ao dilatador de Barnes para obter a dilatação cervical. O processo não tem mais difficuldades; Barnes que tenta primeiramente a dilatação digital, quando tem de recorrer ao seu dilatador, aconselha-nos o seguinte:

“Introduisez le plus large de mes dilatateurs, gonflez-le doucement et graduellement avec de l'eau, observant avec le doigt l'effet de cette pression excentrique; quand le sac est completamente distendu laissez-le en place une demi-heure ou une heure. Pendant ce temps, l'hémorrhagie est ordinairement suspendue.”

Obtida a dilatação, a introdução da mão no ovo é variavel, conforme os casos; é sempre preferivel contornar a placenta e perfurar as membranas um pouco distante do seu bordo placentar.

A versão é feita segundo as regras geraes, desde que o collo esteja dilatado e as membranas rotas. Não esqueceremos todavia, que n'uma apresentação cephalica o emprego do forceps deve ter preferencia á versão.

Para fazer um parto methodicamente rapido podemos, pois, seguir qualquer dos tres processos que esboçamos:

1.º — O de Rizolli.

2.º — O de Harris.

3.º — O de Tarnier e Bonnaire.

Em differentes monographias, tratados e estatisticas temos visto que este methodo está sendo adoptado novamente, e precedido por um notavel encarecimento das suas vantagens.

Fournier praticou o parto forçado em uma multipara, quasi exhausta por uma gravissima hemorragia, que forçosamente lhe cortaria a existencia, se este eminente medico não tomasse este recurso.

“A applicação do tampão, diz Fournier, teria sido um meio muito lento, o despedaçamento das membranas seria inutil pois havia escoamento das aguas, e no entretanto o sangue corria abundantemente. A indicação unica era apressar o parto. Mas porque meio? O dilatador de Tarnier,

o balão de Barnes e o de Champetier de Ribes, introduzidos no collo, teriam podido activar a dilatação mas esses meios teriam sido lentos comparativamente ao que eu empreguei."

N'este caso a mãe salvou-se, mas a creança morreu.

O que é porém mais frequente, é a morte da mãe; assim o comprovam as estatisticas de Simpson e Rigby, nas quaes a mortalidade materna revela uma feição assustadora.

Mas não haverá circumstancias que contradiquem o emprego do parto forçado?

Harris responde-nos affirmativamente, e abandona o methodo do parto forçado em todas as puerperas portadoras de carcinomas do collo, de fibromas uterinos, de viciações pelvianas com o fêto vivo, e nos casos de asphixia motivada por um derrame no ovo, na pleura ou no peritoneu.

— Os apologistas d'este methodo notam-lhe as seguintes vantagens:

1.^a— Nenhum processo produz uma dilatação tão rapida.

2.^a— Tem grandes vantagens nas apresentações transversaes.

3.^a— A polpa digital é um instrumento consciente.

4.^a—Diminue as probabilidades da mortalidade materna e fetal pela sua pouca duração.

Por seu turno os adversarios, que são numerosissimos, apontam-lhe inconvenientes de valor.

Entre elles avulta a *inercia* do segmento inferior que acarreta quasi sempre a hemorragia *post partum* de tão funestas consequencias para o organismo materno, e a difficuldade de execução nas primiparas.

Nos pequenos centros esta difficuldade é ainda aggravada pela falta de recursos materiaes e therapeuticos.

II

Versão bi-polar

Este methodo é hoje muito seguido em diversos paizes da Europa e America, e muito preconizado por Auvard que o defendeu na sua excellente these. E' tambem conhecido pelas designações de methodo de Braxton-Hicks, versão combinada, versão por manobras mixtas.

A versão por manobras cambinadas foi empregada pela primeira vez em 1817 por Outrepont, na versão cephalica; em 1864 Braxton-Hicks generalisou-a á podalica.

Como nos diferentes tratados classicos não encontramos uma descripção completa e minuciosa ácerca da technica seguida, parece-nos conveniente apresentar a traducção fiel, conforme nol-a expõe Auvard.

“Supponhamos um caso em que tudo é normal: o orificio uterino acha-se dilatado e permite a passagem de um ou dous dedos, as membranas estão intactas e a face do fêto olha para a direita.

Collocada a doente em posição obstetrica, introduzo-lhe na vagina a minha mão previamente lubrificada e faço-o de tal modo que o dedo chegue a penetrar no collo, tão fundamente quanto fôr necessario; é preciso ás vezes introduzir a mão inteira, mas outras vezes são bastantes tres ou quatro dedos apenas.

Determino por este modo o logar, em que se acha situada a cabeça, assim como a direcção d'esta relativamente a qualquer dos lados do orificio uterino; colloco a mão direita sobre o abdomen, proximo ao fundo do utero e procuro, em seguida, reconhecer a posição das nadegas do fêto, o que raramente é difficil.

Com a outra mão, que conservo livre, passo a impellil-as devagar, e com firme e cautelosa

destreza para o lado direito, e, á medida que as nadegas recuam, vou, com a mão que está dentro do utero, impellindo a cabeça no sentido opposto de maneira a fazel-a chegar até ao bordo da bacia.

Observamos que, quando a cabeça tem descido até á cavidade pelviana, ou quando mais da metade tem franqueado o orificio uterino, raramente é possivel eleval-a acima do bordo pelviano; maxime quando o utero está em actividade.

Quando as nadegas chegarem a approximar-se da extremidade do diametro transverso do utero, a cabeça terá já transposto o bordo da bacia e a espadua estará em frente do orificio uterino. Impelle-se a espadua do mesmo modo como se impelliu a cabeça, e depois de uma leve pressão externa sobre as nadegas, o joelho toca o dedo e póde ser retido. Frequentemente, quando as membranas se acham intactas, desde que se chega a sentir a espadua, as nadegas e o pé descem logo ao orificio uterino, por causa da tendencia do utero em fazer coincidir o eixo longitudinal do fêto com os seus grandes diametros.

Assim, pois, se houver difficuldade em prender um joelho, deve-se continuar a impellir as nadegas,

o que dará em resultado quasi sempre, apresentar-se o pé.

Algumas vezes, a versão será mais facil quando a cabeça estiver acima do rebordo da bacia e collocarmos a mão externa abaixo d'ella, impellindo a parte fetal para cima e, ao mesmo tempo fazendo baixar as nadegas do fêto.

Tudo isto se poderá executar geralmente em menos tempo do que o que é preciso para descrever esta operação; cumpre, entretanto, que em tudo se conservem unidas, perseverança, constancia e tranquillidade.

Se não se puder introduzir mais de um dedo no orificio, não se poderá fazer com que por ahi passe o pé, que em tal caso ficará retido perto do orificio por meio da pressão exercida com o dedo de encontro á superficie interna do mesmo orificio, e isso de preferencia sobre a parte anterior, porque o pubis auxiliará a supportar a pressão. Ao mesmo tempo, a não ser que se trate de pessoas extremamente gordas, uma pressão externa sobre o pubis forçará a perna a conservar-se na mesma posição.

D'esta fórma quando o orificio estiver sufficientemente dilatado, ter-se-ha sempre ao alcance a perna. A faculdade de poder a qualquer mo-

mento reter a perna é de minima importancia nos casos, em que não seja possível terminar a versão promptamente, porque com a retenção d'esse membro, estabelece-se uma relação melhor entre o utero e o seu conteúdo, de modo a tornar-se mais facil depois a intervenção. Se a face está voltada para o lado esquerdo do utero, a unica differença no processo operatorio consistirá em passar as nadegas do feto para a esquerda e a cabeça para a direita.

Supponha-se agora que não é possível determinar-lhe distinctamente a posição; n'este caso, em que direcção se deverá comprimir a parte fetal? Se a cabeça corresponde exactamente ao centro, deve ser dirigida para o lado opposto; mas se a cabeça não corresponder absolutamente ao centro, não tendo sido determinada a posição de modo exacto, de que lado convirá exercer as pressões? Tendo em vista a estatistica de Naegele, sabe-se que o dorso corresponde á esquerda em 75 % dos casos; será pois conveniente comprimir as nadegas para a direita e a cabeça para a esquerda. No ponto de vista pratico, isso, todavia, não tem grande importancia, porque se a compressão não fôr feita na direcção desejada (mesmo nas apresentações de tronco) um dos

lados inclinará-se sempre mais ou menos para o orificio e obrigará assim a ficar ao alcance do dedo um dos joelhos.

Cumpre notar que uma das grandes difficuldades da versão é devida ás contracções uterinas, á violencia e frequencia d'estas contracções, cujos intervallos se devem aproveitar para a operação.

Uma das principaes vantagens d'este methodo é a de se operar no começo da dilatação, no momento em que as contracções não tem ainda attingido o maximo de sua intensidade. Na apresentação do tronco, basta muitas vezes no principio, introduzir dois dedos atravez do orificio para se attingir o joelho e retel-o; mas acontece surgirem algumas difficuldades, quando as membranas tem sido dilaceradas ha muito tempo. Entretanto, a apprehensão do joelho será facilitada por manobras externas, abaixando-se as nadegas do fêto e levantando-se a cabeça e o cotovelo.

Na apresentação de espadua, eu ligo uma alta importancia á compressão externa exercida sobre as nadegas, pois por esse meio tenho conseguido sempre levar o joelho até ao orificio. Por essa fórmula evita-se esse antigo e atrazado methodo, que possui o inconveniente de introduzir a mão direita no utero. Eu não desconheço que

este meu methodo de pressão sobre as nadegas apresenta uma grande difficuldade nos casos excepcionaes, em que o tronco enovelado está insinuado na excavação pelviana, o braço pendente fóra da vulva e a cabeça e as nadegas retidas no utero e comprimidas pela contracção uterina. A compressão sobre as nadegas torna-se, então, quasi impossivel."

.....
"Tenho empregado com bastante vantagem este meu methodo de versão nos casos de placenta prévia, casos graves, em que o parteiro hesita em lançar mão do tamponnamento, do parto forçado etc. Escuso de entrar na descripção de taes processos.

O meu methodo é este: depois de ter feito descer o pé em virtude da compressão externa, já descripta, no momento em que se apresenta a cabeça, procuro as membranas, rompo-as, retengo o pé e faço-o descer assim como a perna, brandamente, sem nenhum esforço, unicamente, pelo peso do braço, e a perna assim insinuada equivale para mim a um tampão natural. Pouco a pouco a dilatação produz-se, as nadegas por seu turno insinuam-se e formam um novo tampão."

"Com este methodo operatorio tenho atalhado

quaesquer hemorragias, quer internas ou externas durante o trabalho do parto."

O methodo de Braxton-Hicks é sobretudo preferivel quando se pretende salvar a vida da mãe.

As estatisticas dos observadores indicam uma média muito favoravel para a puerpera, mas indiscutivelmente funesta para o feto.

Behm relata-nos 43 observações de placenta prévia em que empregou a versão por manobras combinadas trinta vezes sem perder uma unica mulher; mas morreram 25 fetos, o que corresponde a uma média de 83, 4 %.

Hofmeier, em 37 casos perdeu uma unica doente; esta mesma succumbiu, passados dezesete dias, victima d'uma phlebite e phlegmão do membro superior. N'estes 37 casos, 17 creanças estavam mortas, 3 morreram durante a versão, 3 não eram viaveis e 6 falleceram, o que corresponde a uma média de 63 %.

A versão bipolar tem no entretanto vantagens reaes; entre ellas apontaremos as que consistem em fazer cessar a hemorragia; não necessitar instrumento algum especial; não ser doloroso á parturiente pelo emprego do chloroformio; evitar a dilaceração do collo, muito frequente na

inserção viciosa; poder ser applicado quando seja impossivel outra intervenção.

A pár d'estas vantagens citam-se inconvenientes, como sejam: difficuldade na pesquiza do pé, transformação da hemorrhagia de externa em interna, difficuldade da operação e perigo do chloroformio.

Todos estes inconvenientes são porém remediaveis. Para remover o primeiro Braxton-Hicks aconselha procurar o pé por manobras externas.

Quanto aos outros não teem importancia, pois nunca se observou a transformação da hemorrhagia nem o perigo do chloroformio quando convenientemente ministrado.

A difficuldade da operação não é um verdadeiro inconveniente desde que ella seja feita por um parteiro experimentado.

III

Ruptura artificial das membranas

A punção das membranas é um methodo de tratamento muito antigo, mas ainda hoje frequentemente empregado.

Foi Puzos que o erigiu em methodo de tractamento, mas já muito anteriormente a este illustre parteiro, em casos de hemorragias rebeldes, tinha sido empregado e encarecido por Mauriceau, Deonis, Deventer, Smellie e Nessel.

Com o seu methodo, Puzos pretendia um duplo fim; accelerar o trabalho pela dilatação do collo e fazer cessar a hemorrhagia. Isto mesmo se tinha em vista no parto forçado, mas Puzos rejeitou este methodo que se lhe affigurava extremamente violento e de pessimas consequencias.

No seu methodo a dilatação do collo faz-se com brandura, imitando possivelmente a obra da natureza. “É necessario, dizia elle, augmentar a dilatação do collo com o trabalho dos dedos na mesma ordem e com tanta *douceur*, quanto a natureza emprega em casos ordinarios!”

Grande numero de parteiros adoptaram desde Puzos o seu methodo, confiantes na facilidade do processo e na garantia que lhes dava contra o parto forçado—de evitar a atonia uterina.

Barnes quando se refere a este methodo, diz:

“C'est le remède le plus efficace en général, et on l'a toujours á sa portée.”

Dubois modificou o methodo de Puzos ministrando o centeio espigado para activar as con-

tracções uterinas, mas a modificação não foi bem recebida e é hoje completamente bannida da therapeutica da placenta previa, salvando-se apenas a designação de—methodo de Dubois—porque é conhecida.

Pinard emprega tambem de preferencia a qual-quer outro methodo de tratamento na inserção viciosa, a ruptura das membranas. Affirma este illustre parteíro que o seu processo differe notavelmente do methodo de Puzos que elle considera como um simples methodo de parto acelerado.

Para Pinard não é sufficiente a ruptura das membranas, é necessario que ella seja larga e extensa. O seu modo de proceder está em perfeito accordo com a sua explicação sobre o mecanismo da hemorrhagia por inserção viciosa.

A ruptura das membranas póde ser:

1.º—prematura, isto é, antes do inicio do trabalho de parto.

2.º—precoce—quando o collo principia a dilatar-se.

3.º—tempestiva, quando a dilatação é completa.

O arsenal operatorio para a ruptura é muito simples e economico. Raramente se tem de recorrer ao uso dos perfuradores de membranas, ás

thesouras desinfectadas ou outros instrumentos, sendo geralmente sufficientes os dedos do parteiro.

A conducta d'este é variavel segundo a gravidade do caso. O seu primeiro cuidado deve dirigir-se para a determinação do ponto de inserção da placenta, que descobrirá, explorando minuciosamente com o dedo o segmento inferior do utero. Reconhecida e verificada a inserção placentar, far-se-ha uma larga dilaceração por meio dos dedos, ou por intermedio d'um perfurador de membranas.

Se a hemorrhagia fôr ligeira, Pinard opta pelo emprego de clysteres laudanizados, injeções de agua fervida quente, e o repouso absoluto.

"Estes meios, diz elle, serão por si sufficientes para sustarem uma mediocre effusão sanguinea."

Mas, se a hemorrhagia fôr grave, deve-se attender á epocha em que apparece.

Se a hemorrhagia apparece durante a gravidez, devemos proceder immediatamente á ruptura das membranas que será sufficiente para sustar a hemorrhagia.

Mas, se é só durante o trabalho que ella principia, a dilaceração das membranas é insufficiente (Pinard) para estancar a hemorrhagia, porque esta reconhece por causas o descollamento pla-

centar provocado pela pressão directa do feto sobre a placenta.

N'este caso Pinard aconselha terminar o parto pela methodo de Braxton Hicks ou methodo bi-polar, actualmente tão preconizado.

Deveremos tambem attender á apresentação fetal, que é má na generalidade dos casos de placenta prévia.

Se a apresentação fôr transversal deveremos transformal-a em posição longitudinal por manobras externas e manter a nova apresentação por intermedio d'uma cinta eutocica.

Se fôr uma apresentação de pelve, seguiremos a conducta de Pinard, que aconselha que se vá buscar um dos pés do feto, ou mesmo os dous, se a dilatação do collo o permittir, abaixando-os depois para afastar para o lado a placenta.

Finalmente, nas apresentações cephalicas, o parto, é muitas vezes impossivel sem o recurso do forceps, que nunca deveremos empregar sem a dilatação completa do collo.

As hemorragias post-partum adquirem uma extrema gravidade nos casos de inserção viciosa, e são devidas em geral á inercia uterina, sobretudo se o methodo therapeutico empregado foi o parto forçado. É por isso que se aconselha uma

vigilancia extrema e uma therapeutica prompta e efficaz.

O methodo de Puzos não differe consideravelmente do de Pinard pelo seu "modus faciendi," mas differe pelo resultado a que pretendem chegar.

O primeiro fazia uma simples punctão das membranas para provocar o escoamento do liquido amniotico e consequentemente a redução da capacidade uterina. D'essa fórma as contracções uterinas principiariam a sentir-se, e o parto terminaria em breve. O segundo aconselhava uma extensa dilaceração para sustar a hemorrhagia, que elle attribuiu ao repuxamento das membranas pela insinuação fetal.

O methodo de ruptura das membranas foi vivamente atacado por diferentes parteiros, que lhe não reconheceram as excellencias apregoadas por Pinard e seus discipulos.

No entretanto as estatisticas apresentam-nos excellentes resultados, e não obstante os adversarios, este methodo conta numerosos adeptos.

IV

Tamponnamento

O tamponnamento, como meio de sustar as hemorragias, é conhecido e largamente empregado desde Portal e Louise Bourgeois; porém, a Leroux de Dijon cabe a honra de o ter empregado d'um modo methodico e racional.

O tampão introduzido na vagina tem por fim, não só oppôr uma barreira ao affluxo exterior do sangue, mas também favorecer a coagulação d'este liquido. O methodo de Leroux tem sido aperfeiçoado por diversos auctores, desde o seu apparecimento até á epocha actual, em que o tamponnamento obedece aos dictames d'uma rigorosa antisepsia.

A principio eram empregados fios de linho ou algodão, embebidos em substancias stypticas, especialmente em perchloreto de ferro, cujas propriedades adstringentes são conhecidas.

Actualmente em lugar do algodão usa-se a gaze iodoformada ou simplesmente esterilizada.

As variedades de tampões podem ser reunidas em duas classes: a primeira comprehende o tampão classico, que poderemos fazer com algo-

dão ou gaze; a segunda incluye todas as bexigas dilataveis que se introduzem na vagina ou no utero, taes como: o colpeurynter de Braun, o balão de Chassagny, o tampão de Gariel, o aparelho electro-cyste de Hubert e similares.

Para applicarmos um tampão, devemos preparal-o com todos os cuidados que exige a antiseptia moderna, de contrario dar-se-ha o perigo da infecção que causou tantas victimas, e provocou tantos insuccessos.

Fazem-se as pelotas do tamanho d'uma noz, pouco mais ou menos, podendo ser presas a um só fio, e guardando-se entre ellas uma distancia conveniente para se realisar o que chama *rabo de papagaio*.

Tarnier prefere o tampão ordinario sem fio longo, que se introduz com maior facilidade e cuja preparação é mais simples; em compensação porém, ha maior difficuldade em o retirar e maior sensibilidade da parte da mulher.

Formadas as pelotas, convém mergulhal-as durante alguns minutos n'uma solução antiseptica, que costuma ser, ou o soluto de bichloreto de mercurio a 1 ‰, ou o de acido phenico a 1 ‰.

Antes da applicação do tampão devemos proceder ao catheterismo vesical e fazer uma abun-

dante irrigação vaginal, duplamente necessaria, porque não só servirá para realizar a *toilette* vaginal, mas tambem arrastará mecanicamente os coagulos sanguineos, que porventura ahi se encontrem e que dificultariam a applicação do tampão.

A mulher deverá ser collocada em decubito lateral ou em posição obstetrica com as pernas flectidas sobre as coxas. Duas valvulas devidamente desinfectadas separarão as duas paredes do conducto vaginal, de modo a franqueiar o caminho a seguir sem grande dôr para a puerpera.

Encetaremos em seguida a introduccção das pelotas que devemos começar pelos fundos de sacco ou pelo collo. Cheia a cavidade vaginal, de maneira a constituir uma corôa ao redor do collo, fixa-se o tampão por uma pasta de algodão, embebida em uma solução antiseptica sobre a vulva, a qual a seu turno será segura por uma atadura em fórma de T.

Sem este recurso o tampão seria facilmente deslocado pela descida do fêto e pelas contracções dos musculos abdominaes, sendo mister proceder a nova operação insupportavel para algumas mulheres.

Divergem os auctores quanto ao tempo que

se deve conservar o tampão; assim Charpentier, Barnes, Bailly exigem 24 horas; outros como Auvard, Tarnier, aconselham a retirada do tampão ao fim de 12 horas, com receio dos accidentes devidos á compressão e aos perigos septemicos. Na nossa opinião, a melhor norma de conducta é indicada pela persistencia ou sustamento da hemorragia, e pelo estado geral da mulher.

Actualmente, o tampão classico faz-se com gaze que tem uma incontestavel superioridade sobre o algodão, não só pela facilidade da sua applicação e sahida, como tambem pela maior segurança que nos offerece a sua desinfecção.

Quanto aos apparatus propostos para substituir o tampão classico, o seu emprego é util não só porque demandam menos tempo na sua applicação, mas porque são facilmente desinfectados. São formados por bexigas de diversos animaes ou saccos de cautchouc dilataveis pelo ar, pela agua, etc.

O apparatus de Gariel, tambem denominado pessario d'ar, é constituido por um sacco de cautchouc provido d'um tubo da mesma substancia.

Para o applicar introduz-se primeiramente todo o apparatus até ao fundo da vagina, e depois

com outro instrumento qualquer enche-se de ar ou de agua tépida, fria ou gelada.

O colpeurynter de Braun, tão elogiado pelo seu auctor, é também facilmente manejavel, e offerece um mechanismo analogo ao do aparelho de Gariel.

Emfim não insistiremos em outrosapparelhos taes como o balão duplo de Chassagny, o balão de Barnes o aparelho electro-ptorigoide, o aparelho élytro-cyste do professor Hubert (de Louvain), o balão intra-uterino de Champetier de Ribes, porquanto, ainda que differentes na fórma e modo de applicação, téem todos por fim estancar a hemorrhagia, actuando como verdadeiros tampões.

Este methodo de tratamento tem sido extremamente combatido por uns, apaixonadamente defendido por outros. Entre os adversarios destacam-se dous parteiros de celebridade universal—Pinard e Barnes; entre os apologistas dous outros não menos illustres—Tarnier e Auvard.

Pinard, o maior adversario do tamponnamento na actualidade, nunca o admitte como methodo de escolhã, e aproveita-o unicamente n'um caso de absoluta impossibilidade para outro qualquer meio; Barnes considera-o como um processo inefficaz e doloroso.

Para Tarnier, porém, este methodo tem vantagens irrefutaveis, e o que conviria criticar não era o seu emprego, mas sim o seu abuso e a sua pessima applicação. D'accordo com este modo de vêr estão as estatisticas de Auvard e de Bertrand, nas quaes a mortalidade se apresenta consideravelmente diminuida. A estatistica do primeiro revela-nos apenas a cifra de 6 %; a do segundo 10 %.

Recentemente, em 1897, appareceu uma these em Paris, intitulada—Les méfaits du tamponnement—em que a mortalidade attinge 26 %, mas Ald-El-Mour (seu auctor) não nos diz em que condições e por quem foram feitos esses tamponamentos.

H. Hirigoyen, no congresso de Bordeaux, a proposito de nove observações de placenta prévia, em que elle empregara este methodo de tratamento, não teve duvida em criticar o exagero dos seus adversarios por estas palavras:

“Depuis quelque temps, nous voyons attaquer vivement la valeur de ce moyen therapeutique (le tampon); on imprime même des theses pour en démontrer les méfaits. N'yat-il là une exagération évidente et peut-être dangereuse?

Quaes são os inconvenientes d'este methodo?

Entre os mais frequentemente observados citam-se: a compressão do canal da urethra, a transformação da hemorragia externa em interna, a persistencia das dôres, a septicemia consequente ao tamponnamento e a determinação prematura do trabalho.

Quasi todos téem, porém, um valor muito insignificante, e são evitaveis na generalidade dos casos. Assim, a compressão do canal urethral que provocaria uma retenção d'urinas sempre nociva, impede-se praticando o catheterismo vesical, após a retirada de algumas pelotas mais proximas da vulva. A septicemia não é hoje tão frequente.

O tampão aseptico cerceou-lhe o dominio, não obstante os trabalhos de Kock, cuja conclusão é, que nenhum liquido anti-septico é capaz de impedir o desenvolvimento microbiano nos tampões de algodão.

Tarnier, porém, affirma que as condições d'esta experimentação não são as que se realisam na clinica, quando se faz um tamponnamento vaginal com todas as precauções antisepticas. De modo que só em casos rarissimos poderá a mulher ser infeccionada, mas nenhum methodo estará isempto de semelhante pécha.

A persistencia das dôres não se observa em todas as mulheres; ha as que supportam perfeitamente o tampão durante muitas horas e mesmo dias.

No entretanto, se as dôres forem intoleraveis, haverá necessidade de modificar a intervenção para que não haja a lamentar accidentes nervosos de qualquer especie.

Qual o methodo que devemos seguir? Não encontramos nós em todos elles vantagens e inconvenientes? Os differentes auctores divergem ainda na escolha, e nós não nos sentimos com competencia para emittir opinião, attenta a nossa pouca experiencia e exiguidade de conhecimentos.

A nossa norma de conducta estará todavia sempre em concordancia com a gravidade do caso e o conjuncto de circumstancias occorrentes, sómente apreciadas á cabeceira do enfermo.

Proposições

Anatomia.—A bacia do recém-nascido é normalmente cyphotica.

Physiologia.—O pancreas é quasi tão necessario á vida como o estomago.

Therapeutica.—No tratamento da coqueluche emprego o bromoformio.

Pathologia Externa.—A curettagem é o melhor tratamento das endometrites.

Operações.—Na salpyngite tuberculosa prefiro a laparatomia á hysterectomy vaginal.

Partos.—Acceito a theoria de Auvard e Riviére sobre a eclampsia.

Pathologia Interna.—Não admitto a origem infecciosa da ulcera do estomago.

Anatomia Pathologica.—A autopsia póde dar-nos a degenerescencia das capsulas supra-renaes em individuo que durante a vida não manifestou symptomas da doença de Addison.

Hygiene.—Ha casos em que emprego a vaccina jennariana de preferencia á vaccina animal.

Pathologia Geral.—A luz solar é um poderoso microbida.

Visto,
Ilacido da Costa,
Presidente.

Póde imprimir-se,
Dr. Scuto,
Director interino.