

Tratamento da placenta
viciosamente inserida

(ESTUDO CLINICO)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

POR

ADRIANO FERREIRA DE CARVALHO

Dezembro—1909

PORTO
IMPRESA NACIONAL
DE JAYME VASCONCELLOS
35, Rua da Picaria, 37

1909

142/2 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

LENTE SECRETARIO

Thiago Augusto d'Almeida

CORPO DOCENTE

Lentes cathedrativos

- 1.^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral Luiz de Freitas Viegas.
- 2.^a Cadeira — Physiologia Antonio Placido da Costa.
- 3.^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica José Alfredo Mendes de Magalhães.
- 4.^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa Carlos Alberto de Lima.
- 5.^a Cadeira — Medicina operatoria. Antonio Joaquim de Souza Junior.
- 6.^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos Candido Augusto Corrêa de Pinho.
- 7.^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna. José Dias d'Almeida Junior.
- 8.^a Cadeira — Clinica medica Thiago Augusto d'Almeida.
- 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 Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
- 12.^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica Alberto Pereira Pinto d'Agular.
- 13.^a Cadeira — Hygiene João Lopes da S. Martins Junior.
- 14.^a Cadeira — Histologia e physiologia geral Vaga.
- 15.^a Cadeira — Anatomia topographica Joaquim Alberto Pires de Lima.

Lentes jubilados

- | | | |
|----------------------------|---|-----------------------------------|
| Secção medica | } | José d'Andrade Gramaxo. |
| | | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| | | Antonio d'Azevedo Maia. |
| | | Pedro Augusto Dias. |
| Secção cirurgica | } | Dr. Agostinho Antonio do Souto. |
| | | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |

Lentes substitutos

- | | | |
|----------------------------|---|-------------------------|
| Secção medica | } | Vaga. |
| | | Vaga. |
| Secção cirurgica | } | João Monteiro de Meyra. |
| | | José d'Oliveira Lima. |

Lente demonstrador

- Secção cirurgica Alvaro Teixeira Bastos.

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

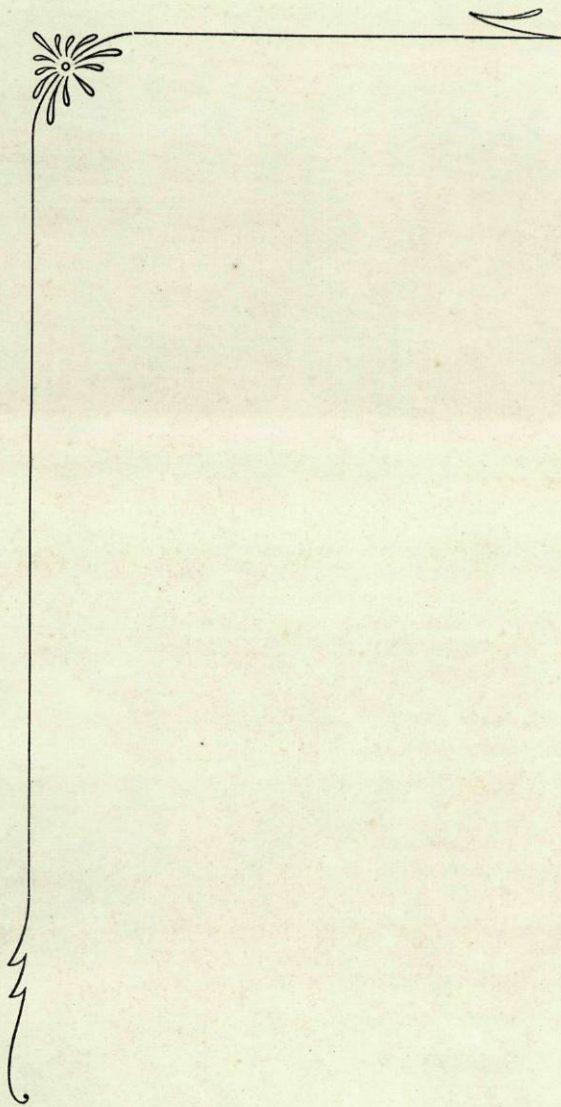
(*Regulamento da Escola*, de 23 de abril de 1840, art. 155.º).

A minha familia

Aos meus amigos

AO MEU PRESIDENTE DE THESE

Prof. Luiz de Freitas Viegas



A hemorragia devida á placenta viciosamente inserida tem sempre despertado as legítimas inquietações dos parteiros; o grande numero de trabalhos, de memorias e de factos publicados, são o sufficiente para o attestar. Versar um tal assumpto com a competencia exigida e os desenvolvimentos que abrange, não está ao nosso alcance nem é nossa intenção.

Descrever os methodos seguidos no tratamento da placenta viciosamente inserida, eis o fim que nos propuzemos attingir. Mas descrever estes methodos, sem nada dizer da clinica, seria, a nosso vêr, expôrmo-nos a tornal-os pouco claros e a não os apreciar com o seu devido valor; tambem julgamos que era preferivel começar por um resumo clinico da placenta viciosamente inserida.

Dividimos a these em duas partes:

A primeira parte é uma exposição summaria clinica, rapida, da placenta viciosamente inserida.

A segunda parte, a mais extensa, é consagrada aos diferentes methodos de tratamento em uso.

Se outro motivo não houver para sermos desculpados pelo illustre jury que nos julgar, sirva-nos para tal a obrigação a que estamos sujeitos.

1.^a PARTE

I. — Durante seculos se ignorou a inserção viciosa da placenta; julgava-se que se inseria sempre no fundo do utero, na região denominada por Barnes *a zona do fundo*, zona que é limitada pelo *circulo polar superior*. Esta opinião, no entanto, foi reconhecida falsa por Aranzins (1564), Banhin, etc. Ainda ha poucos annos um grande numero de parteiros admittiam que a placenta a maior parte das vezes se inseria no segmento superior do utero. Mas Pinard affirma que as mais das vezes a inserção se effectua na *zona do meio* e na *zona cervical*, quer dizer no segmento medio e no segmento inferior do utero.

Quaes são os limites entre a inserção normal e a inserção viciosa da placenta? Ou qual é o limite superior do segmento inferior do utero?

Á pergunta, deixaremos Robert Barnes responder. Eis as ideias do eminente parteiro inglez sobre este ponto:

O utero pôde ser dividido em tres zonas por dois planos perpendiculares ao seu eixo. Estes dois planos o cortam segundo dois circulos :

O circulo polar superior, o circulo polar inferior.

Toda a superficie uterina comprehendida abaixo do circulo polar inferior constitue a zona perigosa da inserção placentar.

A altura d'esta zona, avaliada por Barnes em 76 mill., distancia que separa o circulo polar do orificio interno do collo, no feto de volume ordinario em apresentação de vertice, corresponde á distancia que existe entre a protuberancia occipital e as bossas parietaes.

Varios auctores, após investigações anatomicas, limitam este circulo segundo as particularidades seguintes : 1.º na superficie externa do utero o peritoneu cessa de adherir á fibra uterina ; 2.º as fibras musculares são menos adherentes umas ás outras ; 3.º existe uma veia circular cujo calibre se mantem, depois de cortada ; 4.º o musculo uterino apresenta, a partir d'este ponto, uma espessura menor do que sobre o resto do utero.

II. — VARIÉDADES. — Certos auctores dividem a inserção viciosa da placenta em duas categorias :

I.^a *Inserção central da placenta* comprehendendo :

A central propriamente dita ou completa ¹.

A parcial.

¹ Demetín regeita esta expressão e lhe chama placenta previa total.

2.^a *Inserção lateral da placenta* compreendendo :

A marginal.

A lateral.

Frequencia da variedade. — Em geral, sabe-se que é difficil fazer a destringa entre a inserção central e a inserção lateral quando se pratica o toque no inicio do trabalho. Tambem sabemos que esta distincção tem pouco interesse pratico ; os symptomas são o importante: se a hemorragia é abundante, trata-se d'um caso grave, quer haja inserção central ou lateral. A frequencia é progressivamente crescente desde a inserção completa á lateral, sendo esta a mais commum.

Da variedade central ou completa diz Pinard que não encontrou um só caso de inserção chamada central ou completa. Quer durante o seu internato, na Maternidade, quer durante o seu clinicato, quer durante o tempo que dirigiu o serviço de partos de Lariboisière, não viu senão inserções parciaes. Encontrou em 6:960 partos, 26 inserções viciosas da placenta, tendo dado logar a hemorragias. E n'estes 26 casos a inserção era marginal.

Em 1890 dizia que, sobre 15:000 partos, nunca tinha encontrado a inserção central completa, por consequencia estava no direito de dizer que esta variedade deve ser extremamente rara.

III. — FREQUENCIA. — E' bastante difficil responder com alguma certeza se a placenta viciosamente inserida é frequente. Muitos auctores admittem que se não encontra a placenta viciosamente inserida senão uma vez sobre mil.

Nas Maternidades, como os casos graves se accum-

mulam, a proporção é maior, de maneira que é difficil dizer exactamente o que ha. Se os auctores admittem em geral uma tão fraca cifra é porque não tomavam em conta senão os casos onde a hemorrhagia era abundante. Pinard, sem dar nenhuma cifra, diz que a placenta viciosamente inserida é muito mais frequente do que se julgava geralmente.

IV. — EFFEITOS DA PLACENTA VICIOSAMENTE INSERIDA. —

A placenta viciosamente inserida é o accidente mais grave, mais terrivel que se póde encontrar durante a gravidez, durante o parto e durante as sequencias do parto.

Dá logar a phenomenos diversos que vamos estudar, e mais particularmente a dois accidentes importantes, *a hemorrhagia e a ruptura prematura das membranas*; estas, a seu turno, têm como resultado a expulsão prematura do ovo, quer dizer que ha aborto ou parto prematuro e espontaneo.

De maneira que, se a existencia da mãe está em perigo, a vida do feto não o está menos.

Convem estudar os effeitos da placenta viciosamente inserida sob o ponto de vista do feto e da mãe.

A. — *Sob o ponto de vista do feto.* — As consequencias da placenta viciosamente inserida são graves para o feto. D'uma parte, a irregularidade do desenvolvimento da placenta acarreta uma perturbação do lado da nutrição. D'outra parte, o feto é contido n'uma cavidade deformada, d'onde, no fim da gravidez, defeito de accommodação devido ás condições anormaes nas quaes se encontra collocado e frequencia das apresentações viciosas; visto

estas apresentações viciosas terem uma grande importancia no momento do parto, nós as estudaremos com as consequencias da inserção viciosa do lado do organismo materno. A placenta sendo inserida mais baixo que normalmente, o cordão estará mais perto do orificio uterino; d'ahi, maior frequencia da *procidencia* e da *compressão do cordão umbilical*.

A creança é mais exposta a ser *expulsa antes do termo*; assim como a syphilis é a causa mais frequente do aborto, da mesma maneira a inserção viciosa é a causa mais frequente do parto prematuro.

Vê-se que todas estas consequencias são tão perigosas para a saúde como para a vida do feto.

A mortalidade das creanças antes do parto, durante o trabalho e algumas horas depois do nascimento varia entre 50 e 75 por cento.

B. — *Sob o ponto de vista da mãe.* — 1.º — Está averiguado desde ha muito que as *apresentações viciosas* são mais frequentes quando a placenta se insere no segmento inferior do utero: com effeito, as leis ordinarias da accommodação não são observadas, visto a porção inferior d'este orgão achar-se occupado pela placenta.

Eis o que varios auctores constataram:

Pinard em 147 partos onde as membranas se romperam antes da apparição das dôres, notou 9 apresentações de pelve.

	casos	cab.	tron.	pelv.
Simpson sobre	90	— 59	— 21	— 10
Müller	» 587	— 387	— 134	— 66
King	» 196	— 172	— 11	— 13
Lomer	» 126	— 70	— 44	— 32

2.º — Se após a ruptura prematura das membranas, o parto tardar, estando o feto morto, os receios da septicemia serão justificados. Sabe-se com effeito que enquanto o ovo estiver inteiro, embora o feto esteja morto, não ha nenhum perigo de putrefacção ; como na placenta viciosamente inserida o feto succumbe muitas vezes antes de ser expulso, comprehende-se que a ruptura prematura póde expôr a mãe a uma fonte de infecção.

3.º — A hemorragia póde matar rapidamente a mulher ou deixal-a em condições taes que a façam succumbir pouco tempo depois.

4.º — Durante o parto, a vida da mulher é mais exposta ; é forçoso attender-se ás difficuldades de todas as especies.

5.º — Terminado o parto, não acabaram as complicações graves, porque a dequitação não tem a sua physionomia normal: a placenta descolla-se mal ou mesmo não se descolla completamente, as hemorragias são mais frequentes e de maior gravidade.

6.º — De mais a mais, como o segmento inferior do utero não apresenta a sua textura habitual, produzem-se pequenas erosões, e mesmo pequenas lacerações, que são outras tantas boccas absorventes para os microorganismos externos.

7.º — Esta porção do musculo uterino sendo muito pouco contractil e pouco retractil, será quasi inevitavelmente attingida de inercia, d'onde condições muito favoraveis á producção d'uma hemorragia durante a dequitação, e isto no momento em que a mulher não deve perder mais sangue.

V. — SYMPTOMAS. — Podemos agrupar os symptomas sob duas categorias :

Uns, symptomas graves, taes como dôres nos rins, sensação de peso no baixo ventre, etc., não têm valor algum porque se encontram em quaesquer circumstancias differentes da placenta viciosamente inserida. Outros, que têm uma importancia capital, são : a ruptura prematura e expontanea das membranas, e a hemorragia ; vamos estudal-os successivamente.

Ruptura expontanea e prematura das membranas. — Hodiernamente admite-se que ha ruptura *tempestiva* das membranas quando esta ruptura se faz com dilatação completa. «A bolsa d'aguas rompe-se quando a pressão intra-amniotica é bastante para triumphar da resistencia das membranas.» (Tarnier e Chantreuil).

No entanto, em certos casos, esta ruptura effectua-se no inicio do periodo de dilatação. Estamos auctorizados a consideral-a como uma ruptura prematura ? De certo que não ; diz-se então que ha *ruptura precoce*.

Emfim, póde haver escoamento do liquido amniotico mais ou menos tempo antes de todo o inicio do trabalho ; é esta ruptura que merece a denominação de *ruptura prematura*.

Desde Hippocrates, se admittia, que a ruptura prematura das membranas se produzia, visto ellas não terem uma resistencia sufficiente ; esta opinião prevaleceu durante muito tempo, mas foi rejeitada desde que se comparou a espessura das membranas rôtas prematuramente e as rôtas de termo e se notou que não havia differenças.

Varios auctores invocaram além da espessura das membranas, o hydramnios, a gravidez gemellar, os retra-

himentos da bacia, as más apresentações e mesmo a alimentação e as impressões moraes.

Pinard mostrou a pouca importancia que se deve ligar ás diferentes causas dadas pelos diversos auctores, e assim as suas investigações permittiram encontrar a verdadeira causa da ruptura expontanea prematura das membranas; ellas foram o assumpto da these inaugural de Le-caille. Eis as conclusões:

1.º Quando a placenta é inserida acima de 12 cent. pouco mais ou menos do orificio uterino, quer dizer ao menos no segmento medio do utero, a gravidez está nas condições desejadas para ser de termo, e a ruptura das membranas não deve effectuar-se senão com dilatação completa (salvo, bem entendido, os casos onde outras causas estranhas vem causar obstaculo).

2.º A placenta é inserida abaixo de 12 cent., quer dizer invade o segmento inferior; a gravidez por este facto será embaraçada na sua evolução a datar do setimo mez, e a ruptura das membranas precederá sempre a dilatação completa e muitas o proprio trabalho.

3.º O logar de inserção da placenta mais favoravel ao desenvolvimento e á nutrição do feto é o fundo ou pelo menos o terço superior do utero.

Pinard, n'uma memoria sobre a «ruptura prematura chamada expontanea das membranas do ovo humano», modificou as conclusões.

A primeira conclusão a que chega Pinard é a seguinte: «A placenta insere-se muitas vezes no segmento inferior do utero. Pelo menos posso affirmar que se insere mais vezes no segmento medio e inferior do utero do que no segmento superior.

A segunda conclusão é assim formulada: «A ruptura

prematura das membranas é causada as mais das vezes pela inserção da placenta no segmento inferior do utero.

A terceira é que «o parto prematuro é muitas vezes provocado pela presença da placenta no segmento inferior, quer haja hemorragia, quer haja ruptura prematura das membranas, quer não se observe nem um nem outro d'estes accidentes.»

Apenas nos referiremos á segunda conclusão, em abono da qual eis algumas cifras:

Pinard, em 1:394 partos constatou 147 vezes a ruptura prematura das membranas antes do apparecimento do trabalho, nos quaes 105 vezes, a distancia separando o orificio de sahida do fecto da borda da placenta, media menos de 10 centimetros.

Hemorrhagia. — A hemorrhagia é o symptoma mais importante da placenta viciosamente inserida.

Pela sua abundancia, pela sua frequencia, pelas diferentes fórmas que affecta, a hemorrhagia póde apresentar diferentes phases, desde a perda insignificante de sangue que dá logar a um enfraquecimento geral passageiro, até á que causa uma syncope fatal prostrando a mulher n'um coma que termina inevitavelmente pela morte.

Vamos estudar os seus caracteres; veremos em seguida que póde faltar; depois investigaremos qual é a sua frequencia e em que momento da gravidez apparece.

Physionomia da hemorrhagia. — Com uma placenta viciosamente inserida, a mulher póde chegar até ao momento do parto sem que tenha hemorrhagia, mas as mais das vezes a perda de sangue produz-se durante a gravidez, durante o trabalho e durante a dequitação.

Durante a gravidez. — A hemorragia tem uma physionomia toda especial que a distingue d'outras perdas de sangue. E' emquanto a mulher está tranquillamente assentada, occupada num trabalho pouco custoso, mesmo que esteja deitada e a dormir, que a hemorragia apparece mais ou menos abundante.

A mulher sente-se molhada e examinando, com grande terror percebe que é sangue.

Tal é o primeiro character da hemorragia *silenciosa*.

E' relativamente *consideravel de repente*, quer dizer que, immediatamente, uma certa quantidade de sangue se escôa para fóra. Tal é o segundo character da hemorragia.

O terceiro, não menos expressivo, é *que ella pára espontaneamente*.

Eis, em regra geral, como se produz a primeira perda de sangue devida á placenta viciosamente inserida.

Ordinariamente a hemorragia pára, mas outras vezes repete-se uma, duas e mais vezes, apresentando esta uma gravidade cada vez maior.

Durante o trabalho. — Quer a hemorragia se produza uma ou mais vezes durante a gravidez, quer a não haja, a perda de sangue no momento do trabalho effectua-se com uma maior intensidade.

O quadro clinico varia segundo a hemorragia apparece pela primeira vez ou não.

Toda a gravidade do caso se resume na abundancia da hemorragia e no estado geral em que se encontra a mulher em seguida a hemorragias anteriores.

Durante a dequitação. — Após a expulsão do feto, a hemorragia pôde reaparecer de novo; mas é sobre-

tudo no momento da dequitação que a hemorragia é perigosa.

Contrariamente á opinião de Stein e Hinze que admittiam que depois do parto não havia nada a receiar sob o ponto de vista da hemorragia, sabe-se com effeito que é este o momento em que o utero, não se encontrando nas condições normaes, não se contrahe regularmente e dá lugar á hemorragia que Ritgen denominou *fórma paralytica*.

A perda de sangue é devida á atonia do segmento inferior ou antes á asthenia d'este segmento; mas não é esta a unica causa da hemorragia, tambem se invocam quer adherencias anormalas da placenta, quer lacerações do collo propagadas ou não ao segmento inferior.

Dissemos que a hemorragia pôde faltar; isto nos leva a fallar dos casos em que a hemorragia é *evitavel* ou *inevitavel*.

Admittimos com Pinard duas variedades de inserção: uma, em que a placenta está inserida no segmento inferior mais ou menos perto do orificio interno, mas não o recobre; outra, em que a placenta recobre o orificio interno, em parte ou na totalidade. E' evidente que n'esta ultima a hemorragia é absolutamente inevitavel, porque o feto levando deante de si a placenta, a perda de sangue produz-se no momento da expulsão. Não succede o mesmo na primeira variedade, pelo menos isto depende da situação da propria placenta; se a inserção se faz no bordo ou muito perto do orificio uterino, aproxima-se um pouco do caso precedente, e quanto mais a placenta se encontra afastada d'este mesmo orificio, mais probabilidade haverá de evitar a hemorragia pelo menos durante a gravidez.

Assim Zeitfuchs notára a ausencia d'hemorragia em

quasi metade dos casos observados. Leroux, Chapman, Baudelocque, Osiander, Noegele, Ritgen, . . . citaram observações em que a hemorragia tinha faltado.

Em alguns casos mesmo, a hemorragia não se effectua no momento do parto; Argles, Frank, Stute e Scanzoni reproduziram exemplos. Para Pinard, nos casos de inserção viciosa que terminam sem hemorragia, o feto deve estar morto e macerado; não admite que com uma inserção completa e um feto vivo a expulsão possa effectuar-se sem perda de sangue.

A *morte do feto* foi invocada como causa de ausencia de hemorragia; varios auctores, entre elles Moreau, quizeram fazer uma regra absoluta, mas factos não duvidosos, vieram contradizer esta asserção. Depaul cita muitos exemplos de hemorragias de placenta viciosamente inserida, embora a creança esteja morta desde ha muito; L. Müller, como outros auctores, observou hemorragias nos casos em que as mulheres pariram fetos putrefactos.

A *frequencia da hemorragia* confunde-se por assim dizer com a frequencia mesmo da inserção viciosa, pois que ella é o symptoma importante; comtudo a hemorragia não se produzindo inevitavelmente em cada caso, convem differençal-os. Assim King em 181 casos notou-a 118 vezes, ou seja 65,22 por cento.

Em que momento da gravidez a hemorragia apparece? Haveria aqui uma distincção a fazer entre o momento da apparição da hemorragia e a duração da gravidez. Na realidade passam algumas horas e pôdem decorrer alguns dias entre a apparição da hemorragia e o parto que ella provoca, quer dizer o fim da gravidez; mas os auctores confundem justamente a época em que apparece a hemorragia.

E assim no quadro que adiante estampamos referente á duração da gravidez se verá.

VI — DIAGNOSTICO. — Apenas nos occuparemos dos signaes que teem valor real.

Dois casos se podem apresentar: a mulher não perde sangue, a mulher perde ou perdeu sangue.

A mulher não perde sangue. — Procedendo-se ao exame d'uma mulher que apresenta uma placenta viciosamente inserida, ha certos signaes que permitem fazer o diagnostico.

Pelo toque, a percepção da placenta é muito difficil ou mesmo impossivel, mas abaixando, com a outra mão collocada sobre a parede abdominal, a região fetal mais ou menos elevada, sente-se que o segmento inferior é mais espesso que de costume, porque existe entre o feto e o dedo explorador uma especie de corpo molle que mascara os caracteres habituaes. Esta espessura existe quer em todo o segmento inferior do utero quer em qualquer parte; n'este caso póde não sómente diagnosticar-se a presença da placenta, mas a que variedade pertence.

Sente-se pulsações da vagina, *pulso vaginal*, que são devidas á maior vascularisação d'esta região.

Em todos os casos, é preciso praticar o toque com muita suavidade, com uma grande prudencia, e sobretudo não convem jámais fazer penetrar o dedo no canal cervical; uma certa curiosidade inutil póde ser seguida d'uma hemorragia excessivamente grave e mesmo mortal, alguns auctores observaram casos d'esta ordem.

A mulher perde sangue. — A palpação não dá outros ensinamentos que os reconhecidos.

O toque é muito difficil. Deve-se praticar com todo o cuidado, porque o dedo pôde descollar um cotyledon e causar uma nova hemorrhagia do que pôde resultar a morte da mulher.

Se ha coagulos na vagina, é preciso retiral-os fazendo uma injeção abundante. Não se encontra nada ou o collo é permeavel; é então que praticando-se com prudencia o toque intra-cervical se pôde chegar sobre o relevo d'uma porção mais ou menos consideravel de cotyledons.

O diagnostico differencial não é difficil, os proprios caracteres da hemorrhagia o permitem fazer. Basta attender aos outros estados pathologicos que possam ter alguns pontos de semelhança affastados para não commetter erro.

Não se confundirá com um cancro do collo, com um epithelioma; porque, á parte a hemorrhagia, não haverá nenhum signal commum, nem com certos polypos que fazem saliencia no orificio uterino, e em caminho de esphacelo.

Poderia-se em rigor hesitar com uma mola hydatiforme, mas a hemorrhagia que a acompanha tem physionomia especial, é um escoamento sero-sanguinolento, antes que sangue propriamente dito; ha ás vezes a expulsão de vesiculas pathognomonicas, em fórmula de cachos, e character ainda mais importante, o exame attento não permite constatar a presença do feto.

No caso onde haja hemorrhagia, é preciso sempre investigar d'onde vem o sangue, porque não convem, como já tem succedido, tomar uma hemorrhagia devida

á ruptura d'uma variz da vagina por uma hemorragia devida á placenta viciosamente inserida.

Da mesma maneira, depois da dequitação, tem-se confundido hemorragias devidas á placenta viciosamente inserida com as provenientes de lesões do collo, da vagina ou da vulva. Assim Matthews Duncan viu uma arteria do perineo sangrar abundantemente doze horas depois da dequitação.

Em resumo, o diagnostico durante a gravidez fica ordinariamente duvidoso; não ha senão simples presumpções.

N'uma mulher saudavel, chegada aos tres ultimos mezes da sua gravidez, surprehendendo-a repentinamente uma hemorragia, sem que haja causa para a explicar, se sobretudo esta hemorragia se reproduz, é-se auctorisado a crêr em uma situação anormal da placenta no segmento inferior do utero.

Pelo contrario, se a hemorragia sobrevem durante o trabalho, se se pôde chegar n'este momento com o dedo directamente sobre uma porção dos cotyledons, o diagnostico da placenta viciosamente inserida pôde ser affirmado com certeza.

VII—MARCHA.— Qual é a influencia da placenta viciosamente inserida sobre a gravidez, sobre o parto, sobre a dequitação e sobre as sequencias do parto? Vamos estudar-as successivamente.

Durante a gravidez.— Como consequencia habitual dos accidentes que acabamos de estudar, a gravidez é as mais das vezes interrompida, e assiste-se á expulsão do feto. Se é nos primeiros mezes da gestação ha *aborto*; a

partir do sexto mez, quer dizer na época em que o feto é viavel, diz-se que ha *parto prematuro*.

O numero de observações de *aborto* por inserção anormal da placenta é relativamente restricto, não porque esta causa seja pouco frequente, mas porque não é sempre possivel constatar a inserção viciosa da placenta quando se trata d'um aborto.

Alguns auctores julgavam que a hemorragia apresentava caracteres e symptomas differentes, segundo se tratasse de inserção viciosa ou de aborto propriamente dito; na realidade nada d'isso é assim, porque a ausencia das dôres durante a perda de sangue e mesmo no momento da expulsão do ovo, é constatada n'um e n'outro caso.

Stark, Fielitz, Ritgen, etc., admittem que ha uma certa relação entre a inserção viciosa da placenta e o aborto; Ritgen, julgava que a maior parte dos abortos espontaneos eram devidos á inserção viciosa da placenta; hodiernamente attribue-se a maior parte dos abortos á syphilis averiguada ou supposta.

Qualquer que seja, o diagnostico d'um aborto devido á inserção anormal da placenta será sempre difficil, porque o toque, que poderia dar os melhores ensinamentos, poderá constatar a descida da placenta ao nivel do orificio, o que se encontra n'um aborto qualquer devido não importa a que causa.

D'outra parte, a hemorragia existindo n'um aborto como na inserção viciosa da placenta, será-se levado a pensar em aborto quando esta hemorragia se manifestar nos primeiros mezes da gravidez, emquanto que se pensará antes em uma inserção viciosa se esta hemorragia não apparecer senão nos tres ultimos mezes.

Seyfert admitte com razão que a hemorragia, devida á inserção viciosa da placenta, póde produzir-se em qualquer mez da gravidez.

Época em que se effectua o parto em caso de placenta viciosamente inserida

Auctores	MEZES							Numero de casos
	3.º	4.º	5.º	6.º	7.º	8.º	9.º	
Lachapelle	"	"	"	"	8	5	5	18
Simpson	"	"	3	5	19	19	43	89
Depaul	"	"	1	7	12	26	24	70
King	"	"	"	"	24	29	30	83
Pluyette	"	"	"	1	9	13	19	42
Total	"	"	4	13	72	92	121	302

A seguir apresentaremos novo quadro em que varios auctores separam os partos effectuados no nono mez em duas quinzenas.

Auctores	MEZES							Fim da gravidez	Numero de casos
	3.º	4.º	5.º	6.º	7.º	8.º	9.º		
Trask	1	1	2	7	40	86	32	46	215
Kuhn	"	1	1	"	1	7	17	19	46
L. Müller	"	"	7	14	72	141	95	266	595
Total	1	2	10	21	113	234	144	331	856
Total do quadro precedente	"	"	4	13	72	92	121		
Total	1	2	14	34	185	326	265	331	1158

De maneira que em 1:158 partos, 562 tiveram lugar antes do nono mez e 596 durante o nono mez, quer dizer que ha quasi tantos partos prematuros como partos de termo, mesmo considerando todos os partos do nono mez como sendo realmente de termo.

Pinard notou em 392 partos:

167 partos prematuros e 225 de termo.

Em summa, os auctores são um pouco quasi unanimes em reconhecer que o maior numero das hemorragias devidas á placenta viciosamente inserida se produzem nas seis ou oito ultimas semanas da gravidez, quer dizer que a gravidez é geralmente interrompida a partir do setimo mez, e sobretudo durante o oitavo mez e começo do nono.

Durante o parto.—O parto póde ser normal sob o ponto de vista do mechanismo propriamente dito, mas o mais das vezes é modificado quanto á sua duração e quanto ao seu modo de terminação.

Vimos que as apresentações de tronco e de pelve eram mais frequentes, não faremos senão assignalal-as lembrando que podem ser a causa de complicações mais ou menos sérias.

Emquanto a região que se apresenta não desce póde haver augmento de perda de sangue, principalmente se o feto se apresentar de espadua.

Sob o ponto de vista *do modo de determinação*, o parto faz-se espontaneamente ou artificialmente.

A expulsão póde ser *expontanea* no verdadeiro sentido da palavra, quer dizer que em nenhum momento se tem de intervir: mas póde ser ainda *expontanea* depois d'uma intervenção; e veremos, com effeito, que ha metho-

dos de tratamento nos quaes se deixa á natureza o cuidado de terminar o parto depois de ter executado uma versão, a versão bi-polar, por exemplo.

A terminação é artificial no caso em que cessa o trabalho, ou por causa da continuação da hemorragia, se é obrigado a proceder a uma extracção rapida do feto.

Outr'ora, a versão, depois a applicação de forceps, eram os modos de terminação habituaes; seguidamente, a versão combinada, proposta por Braxton Hicks, veio ajuntar-se aos outros modos de terminação.

Aconselhou-se e praticou-se mesmo o parto prematuro artificial.

Durante a dequitação.—A dequitação pôde ser tão regular como a d'um parto normal, quer dizer que ella pôde ser espontanea ou natural; mas é preciso attender-se ás complicações, hemorragias ou adherencias, que obrigam a praticar a dequitação artificial.

Nada temos a accrescentar ao que se disse sobre este assumpto das hemorragias da dequitação, mas vamos dar algumas cifras extrahidas de varias memorias.

Obermann notou que as hemorragias *post partum* na inserção viciosa da placenta são mais consideraveis que no parto normal. Assim, em 15 casos que cita, foi obrigado a empregar 13 vezes a massagem e as injecções d'agua quente; em dois d'estes casos houve laceração do collo pelo que se teve de suturar.

Nordmann constatou que em 45 casos de inserção viciosa da placenta a dequitação tinha sido espontanea em 12 casos; que se tinha empregado o methodo de Credé em 21; e que se fez a dequitação artificial 12 vezes.

A dequitação artificial foi feita 10 vezes por adherencia da placenta e 2 vezes por hemorragia.

Durante as sequencias do parto.—Antes da antiseptia as sequencias do parto eram muito mais para temer que hoje.

Comtudo, a mulher encontra-se as mais das vezes n'um estado geral que a colloca n'uma situação infelizmente muito favoravel ao desenvolvimento dos micro-organismos.

Os antigos auctores, M.^{me} Lachapelle entre outros, notaram que estas doentes eram mais sujeitas á peritonite, á metrite, á metrophlebite, á phlegmatia alba dolens, etc., . . . mas ignoravam os laços estreitos que uniam estas doenças á infecção puerperal.

Em 40 casos observados por Nordmann, 25 vezes as sequencias do parto foram normaes; 9 vezes constatou uma elevação fraca de temperatura, 4 vezes accidentes febris, duas doentes com parametrite.

Em 15 casos citados por Obermann, houve 7 vezes sequencias normaes do parto, 5 vezes as sequencias do parto, sem serem pathologicas, não foram inteiramente regulares, houve um caso de parametrite, um de septicemia ligeira e um de febre puerperal de fórma lymphatica.

2.^a PARTE

Para bem comprehender a utilidade e a importancia do tratamento da placenta viciosamente inserida, para escolher com criterio um methodo em vez de outro, é preciso conhecer por que mechanismo a hemorrhagia e a ruptura espontanea das membranas se produzem.

Isto leva-nos a estudar rapidamente quaes têm sido as theorias dadas pelos auctores para explicar a produção da hemorrhagia; sómente fallaremos d'aquellas que nos poderão servir para explicar os methodos de tratamento de que nos occuparemos.

I—Mechanismo da hemorrhagia

Todos os auctores admittem que é em seguida ao descollamento da placenta que a hemorrhagia apparece;

mas porque se descolla a placenta? Os auctores discordam sobre este ponto.

Desde Levret até Jacquemier julgava-se que o collo abrindo-se para tomar parte na ampliação da cavidade uterina, produzia o descollamento. Infelizmente para esta theoria, que parecia tão clara e que foi accete como verdadeira durante muito tempo, Stolta veio demonstrar que o collo nenhuma parte tomava no desenvolvimento da cavidade uterina, a não ser nos ultimos quinze dias da gravidez; era preciso investigar outra explicação o que fez Jacquemier.

Theoria de Jacquemier. — Este auctor, admite com razão que, durante os dois primeiros terços da gravidez, o utero desenvolve-se principalmente á custa do seu segmento superior, emquanto que nos ultimos tres mezes, é principalmente o segmento inferior que fornece a ampliação do órgão; d'outra parte, n'esta mesma época, a placenta tem attingido o seu desenvolvimento total; d'onde resulta que, se o segmento inferior continua a desenvolver-se, a placenta não o póde acompanhar. Seria pois um defeito de parallelismo entre o desenvolvimento da placenta e o do segmento inferior, que, segundo Jacquemier, causaria o descollamento e, portanto, a hemorragia. Esta rapidez de ampliação do segmento inferior seria tanto mais consideravel quanto esta porção da cavidade uterina, a principio relativamente estreita em relação ao conjuncto do ovo, augmentasse n'este momento mais depressa e sobre uma maior extensão; d'aqui tracções, uma distensão d'este órgão, que arrasta o seu descollamento e finalmente a hemorragia.

Este mechanismo ainda é mais facil de accetar, se

se nos lembramos que a ampliação organica do segmento inferior vem ajuntar-se á distensão mechanica que sofre esta mesma região no fim da gravidez.

Theoria de Barnes. — R. Barnes, sustenta a theoria inversa. Não é o segmento inferior que augmenta muito depressa em relação á placenta, é pelo contrario este ultimo que se desenvolve muito rapidamente, d'onde o primeiro descollamento d'este órgão.

Além d'isso, Barnes attribue um papel ao que chama hyperhemia periodica da placenta; baseando-se n'este facto que a hemorragia é mais frequente nas épocas menstruaes, julga que n'este momento a placenta soffre uma especie de congestão que viria juntar a sua acção ao excesso relativo de desenvolvimento, e contribuia a produzir a hemorragia.

A theoria de Barnes não tem sido admittida, porque os factos demonstram que é o segmento inferior que augmenta; por outro lado, não está provado que as hemorragias appareçam sobretudo no momento das épocas menstruaes.

Theoria de Mathews Duncan. — Duncan descobriu que todas as theorias eram erroneas, baseando-se nas suas observações pessoaes, julga que «estas hemorragias sobrevêm frequentemente sem que haja descollamento algum da placenta, ainda que, em alguns casos, sem nenhuma duvida, este descollamento tenha logar. Nos factos de hemorragia por inserção viciosa da placenta que tenho observado, não encontrei n'este órgão os caracteres pathologicos que devem, ao que julgo sobreviver depois d'um descollamento parcial, datando d'um ou mui-

tos mezes; e, na grande maioria dos factos que encontro relatados, não fiz menção alguma d'estes caracteres morbidos da placenta.»

«Esta variedade de hemorragias pôde sobrevir de quatro maneiras:

1.º Pela ruptura d'um vaso utero-placentario ao nivel ou acima do orificio interno do utero.

2.º Pela d'um seio marginal utero-placentario, na area do destacamento prematuro, espontaneo, não quando a inserção da placenta é central, ou que cobre o orificio interno, mas quando um dos seus bordos attinge o orificio interno, ou perto d'elle.

3.º Pela separação parcial da placenta, em seguida a uma causa accidental, um choque ou uma queda.

4.º Pela separação parcial da placenta, consequencia das contracções uterinas que determinam uma ligeira dilatação do orificio uterino. Taes factos podem tambem ser descriptos como casos de aborto que começa, mas que pára muito cedo.»

O mechanismo que invoca durante o trabalho tem um outro valor; seria por expansão que o utero se descollaria da placenta.

Theoria de Depaul.—Depaul acceta a theoria de Jacquemier e completa-a para certos casos particulares que teve occasião de estudar com cuidado. Accrescenta: «Em resumo, pôde-se dizer que a hemorragia da placenta viciosamente inserida provém de que todas as partes do utero se não desenvolvem gradualmente. Ora, o desenvolvimento de todas as suas partes não se faz de uma maneira uniforme. Tive occasião d'examinar uteros de mulheres que succumbiram durante os ultimos mezes

da gravidez, e pude vêr que nas partes inferiores o augmento não era o mesmo em todas as regiões. A região anterior desenvolvia-se em geral muito mais que a posterior.

N'estas dissecções, certifiquei-me, além d'isso, que as partes lateraes se desenvolviam desegualmente.

Resulta d'isto que a maior regularidade reina no desenvolvimento das differentes partes do utero.

Se a região anterior, as mais das vezes, toma uma amplitude consideravel, não esqueçamos que as partes lateraes e posteriores participam d'estas alterações.

Se, pelo contrario, a placenta se vem enxertar no segmento inferior, quasi inteiramente constituido por esta parte do utero que participa da amplitude geral do orgão, não poderia seguir o desenvolvimento das paredes; d'ahi separação entre o tecido placentario e o tecido uterino, ruptura dos vasos utero-placentarios e hemorragia.

Se as pareas se adaptam ao proprio orificio interno, além d'esta causa de perda virá mais tarde juntar-se outra, o desaparecimento do collo que, durante o nono mez e pelo facto do trabalho, se juntará ao desenvolvimento das partes circumvisinhas.»

Vê-se que Depaul, partidario das ideias de Jacquemier, tentou esclarecer certos pontos que particularmente estudou.

Pois, para os tres auctores de quem acabamos de resumir as theorias, Jacquemier, Duncan e Depaul, é o augmento do segmento inferior que causa o descollamento da placenta e portanto a hemorragia durante a gravidez.

Em seguida a estas, uma nova theoria apparece, a de *deslramento*.

Theoria de Schroeder.— Eis a traducção da sua memoria: «Estamos de accordo, diz, na sua communicacão á Sociedade obstetrica, em admittir que as hemorragias devidas á inserção viciosa da placenta são produzidas pelo descollamento parcial da placenta do segmento inferior do utero; mas o que se discute são as causas d'este descollamento parcial.

Mathews Duncan publicou ultimamente uma nova opiniao que se póde interpretar assim: o segmento inferior do utero transforma-se durante o parto em uma especie de cylindro, de maneira que as partes constituintes do segmento inferior devem augmentar na direcção transversal, e tanto mais quanto mais proximas estiverem do orificio interno do collo. Estas ultimas, destinadas a dar passagem á circumferencia completa da cabeça fetal, devem augmentar consideravelmente em superficie. Da mesma maneira que nos casos physiologicos, depois da expulsão do feto, a placenta descolla-se porque não póde seguir a retracção physiologica do utero, da mesma maneira tambem se descolla, quando é inserida lateralmente, porque não póde seguir o augmento (em superficie) e a tracção transversal.

A explicação de Duncan é original e merece ser tomada em consideração; todavia não parece ser a causa essencial do descollamento da placenta; sendo dada a grande facilidade d'accommodação da placenta no seu lugar de inserção, a hemorragia apparece muito cedo.

A existencia d'esta propriedade d'accommodação da placenta é facil de demonstrar n'um parto natural, no qual, mesmo depois da ruptura das membranas e escoamento do liquido amniotico, e ainda depois do feto deixar a cavidade uterina, a placenta fica adherente.

Este facto torna-se mais evidente na gravidez gemelar.

Poderíamos mostrar o utero d'uma mulher parida, morta em seguida a uma ruptura uterina, onde a placenta estava ainda totalmente adherente.

Por conseguinte, a placenta tem uma propriedade tal de se accommodar ao seu logar de inserção, que não se pôde considerar o augmento transversal do seu logar de inserção como a causa de hemorrhagia.

Para mim a causa fundamental encontra-se no deslisamento da parede uterina sobre o ovo, o que é a regra no ovo intacto, e o que deveria acontecer excepcionalmente na placenta prévia antes da ruptura das membranas.

Para tornar a nossa explicação mais clara, é preciso estudar de mais perto as condições physiologicas da separação do ovo.

Quando, o que é considerado como sendo a regra, a bolsa d'aguas se rompe com dilatação completa, é incontestavel que antes d'esta ruptura a parede uterina soffre um movimento de deslisamento sobre o ovo, porque é justamente graças a este processo que se produz a dilatação.

Este deslisamento dá logar á separação das membranas que se não faz tão frequentemente como se admite, na tunica decidual, mas as mais das vezes entre o chorion e o amnios.

As diversas camadas da tunica decidual estão mais intimamente unidas uma com a outra que o amnios e o chorion, de maneira que se o chorion se rasga, o que

succede facilmente, retrahe-se com a tunica decidual e o segmento inferior pôde subir, enquanto que o amnios intacto fórma a bolsa d'aguas. Se esta se rompe tardiamente, o amnios e o chorion separam-se em totalidade ou quasi completamente. Depois da ruptura das membranas, o amnios separado das outras tunicas do ovo, a caduca e o chorion são descollados da face interna do utero em seguida á contracção d'este órgão. É facil de demonstrar esta separação entre o chorion e o amnios nas membranas expulsas e pôde-se proseguir-a até á inserção do cordão. A contracção uterina, após a expulsão do feto, não basta sempre para separar a caduca e o chorion; em certos casos estas destacam-se da placenta e ficam mais ou menos adherentes á superficie interna do utero. N'estes casos restos do chorion ficam adherentes ao utero, assim como Benicke o assignalou.

Qual é a frequencia da separação do amnios da do chorion?

As cifras, dadas por Schülein vão-nos fazel-a conhecer: em 175 placentas havia:

Separação completa do amnios e do chorion 46 vezes, seja 26 %;

Separação parcial 33 vezes, seja 19 %;

As membranas estavam totalmente adherentes 96 vezes, seja 55 %.

Servimo-nos do que sabemos do assumpto da separação do ovo do utero, para explicar o que se passa na placenta prévia.

Se, a bolsa d'aguas estando intacta, o segmento inferior do utero se retrahe, isto é sómente possível por uma separação que se faz entre a parede uterina e o ovo.

Se esta separação tem logar na caduca, produz-se

onde está inserida a placenta, para dentro da caduca serotina, quer dizer, o segmento inferior desvia-se da placenta, separando-se esta do seu lugar de inserção.

Esta separação poderia ser evitada, quando a bolsa é intacta, se houvesse um deslissamento do amnios sobre o chorion; a placenta poderia então subir, ao mesmo tempo que o segmento inferior.

Esta separação tem lugar excepcionalmente na placenta prévia; além d'isso não se effectua senão dentro d'um certo limite; a inserção do cordão põe obstaculo a uma separação mais extensa.

Sómente nos casos de inserção marginal sobre o bordo superior da placenta e de inserção membranosa, esta separação poderia quando muito attingir uma extensão maior; como isto não succede habitualmente, resultou que em 6 casos de placenta prévia uma vez não encontrou o amnios separado do chorion.

Resulta que na placenta prévia, emquanto que as membranas estão intactas, o segmento inferior deve desviar-se da placenta, e esta finalmente então deve descolar-se na sua parte inferior. Póde seguir-se tambem esta mudança na mulher viva. Quanto mais o orificio do collo sóbe, mais apparece a parte da placenta que está situada adeante do feto, não porque este se abaixe, mas porque o orificio do collo se eleva. As condições são differentes depois da ruptura das membranas. Desde que o amnios está lacerado, a placenta póde subir com o segmento inferior e a causa de separação entre o utero e a placenta não existe mais.

Aqui, chego a um ponto muito importante da therapeutica da placenta prévia. Se no caso em que a bolsa d'aguas é intacta, a separação (da placenta do utero),

que causa a hemorragia, é inevitável; se pelo contrario, depois da ruptura das membranas, a placenta pôde seguir o seu ponto de inserção sem se descollar, a ruptura das membranas é a indicação essencial para impedir a producção da hemorragia. Com effeito, a maior parte dos praticos estão d'accordo sobre o facto de a ruptura das membranas parar a hemorragia. Explica-se isto, dizendo que a parte que se apresenta faz tampão; todavia esta explicação não basta: assim a hemorragia pára na apresentação de pelve, variedade de joelhos, em que a parte fetal não faz tampão.

Após estas considerações, devo tanto mais insistir em que se pratique a ruptura prematura das membranas na placenta prévia, para que esta possa subir com o segmento inferior, e para que não se descolle durante as contracções uterinas. Uma outra therapeutica se torna absolutamente superflua.

Não quero deixar passar a occasião sem me insurgir contra o parto tão rapido quanto possivel, tão recommendado n'estes ultimos tempos. Vi ultimamente um caso em que, a extracção tendo sido feita com um orificio pouco dilatado, uma laceração do collo se produziu e se acompanhou d'uma hemorragia mortal.

Anteriormente a este facto, observei um caso analogo.

Considero pois, ainda presentemente, como o melhor methodo therapeutico romper as membranas o mais cedo possivel, depois induzir um pé por manobras combinadas, em seguida esperar a expulsão da creança e não a favorecer senão por uma extracção feita com grandes precauções».

Para Schroeder, a accommodação da placenta no seu logar de inserção seria tal que o descollamento não se poderia produzir após o augmento transversal do utero e para apoiar a sua affirmação toma o exemplo do parto normal. Parece-nos que a comparação de Schroeder não é exacta, porque as condições são differentes se se trata da inserção normal da placenta na metade superior do utero ou se se trata da inserção viciosa da placenta no segmento inferior; isto é tão verdadeiro que no primeiro caso não se produz habitualmente nada, emquanto que no segundò as mais das vezes ha hémorrhagia.

É justamente esta perda de sangue que constitue a differença entre estes dois estados que se não podem de nenhuma maneira comparar um ao outro.

Que a theoria de M. Duncan não seja sufficiente para explicar todos os casos, é incontestavel, mas não é menos verdade que, na inserção viciosa, o segmento inferior alargando-se para deixar passar o feto deverá converter-se em um cylindro, e n'este movimento deverá descollar a placenta, d'onde provém a producção de hémorrhagia.

Como se vê pelo fim da sua memoria, Schroeder é partidario da versão combinada de Braxton Hicks; veremos que a theoria do deslisamento conduz-nos naturalmente a outro methodo assás seguro e mais facil de executar.

Theoria de Pinard. — Depois de varias investigações, Pinard chegou a formular uma theoria que vamos resumir.

Admitte a distenção mechanica, accete desde Jacquemier, mas julga que não ha hypergenese dos tecidos.

dos; a hemorragia produz-se segundo o mechanismo seguinte:

O chorian é mui sólidamente adherente á placenta; quando a inserção se faz no segmento superior ou no segmento medio, a porção das membranas que corresponde ao orificio uterino é bastante afastada da placenta, de maneira que se produzirmos tracções n'este ponto repartem-se em uma grande extensão das membranas. Emquanto, se ha inserção viciosa, a porção das membranas que se estende do orificio uterino á placenta não tem senão alguns centímetros de comprimento, podem acontecer duas cousas: ou a pressão intra-amniotica triumphá das membranas e estas se rompem; ou o chorion sendo muito resistente não se rasga e, como está fortemente adherente á placenta, arrasta esta e por consequente descolla-a.

Quando o ovo se alonga, conviria que houvesse um parallelismo completo entre a parede uterina e as membranas; e se a parede uterina se póde desenvolver facilmente, não succede o mesmo ás membranas, cuja extensibilidade é muito menor. Se a placenta occupa o segmento médio, a extensibilidade das membranas produzir-se-ha sobre uma maior extensão. Se a placenta está inserida no segmento inferior, a extensibilidade das membranas não terá logar senão n'uma fraca extensão; então, a cabeça apoiando sobre as membranas, o amnios póde descollar-se em grande parte, mesmo á volta do cordão umbilical, emquanto que o chorion, sendo muito resistente, sobretudo ao nivel e na visinhança da placenta, resistirá, e produzir-se-ha ou um desenvolvimento da placenta, ou finalmente uma laceração do chorion que será seguida da laceração do amnios.

Tal é pelo menos o mechanismo que se pôde invocar durante a gravidez.

Eis como Pinard explica a producção da hemorragia durante o trabalho:

«Admittimos duas variedades de inserção viciosa : na primeira, o orificio não é recoberto; na segunda variedade, o orificio é recoberto pela placenta. Na primeira variedade a hemorragia pôde não se produzir, mas *ella é possível*, na segunda variedade *a hemorragia é absolutamente inevitavel*. Lembramos além d'isto que vimos a mulher não perder sangue quando, as membranas sendo largamente laceradas, se escoava agua.»

Isto é applicavel á placenta inserida viciosamente. Tem-se esquecido que as membranas desempenham o maior papel no descollamento da placenta; sabemos com effeito que quando ellas se não rasgam, ha descollamento se medem menos de dez centimetros do orificio uterino á placenta.

O mechanismo é o mesmó que durante a gravidez, se se trata de inserção viciosa parcial da placenta, isto é, havendo ruptura extensa das membranas e escoamento, as membranas resistindo, produz-se descollamento da placenta acompanhado de hemorragia. Se a inserção é completa, a hemorragia é inevitavel no momento do parto. Não são mais as tracções das membranas produzidas pela pressão fetal que occasionam a hemorragia, mas é o proprio feto que, actuando directamente sobre a placenta, a leva deante de si, a descolla, e produz a hemorragia.

Agora que conhecemos o mechanismo porque se produz a hemorragia, podemos lançar uma vista d'olhos em

conjuncto sobre as differentes theorias emittidas para a explicar. Examinando um pouco de perto, não ha senão duas opiniões que satisfazem: 1.^a o augmento do segmento inferior; 2.^a o deslissamento do utero sobre o ovo.

Estas theorias tiveram a sua consequencia na pratica. Emquanto a primeira foi a unica accete, tentou-se, em geral, oppôr uma barreira intransitavel á hemorrhagia sobre a qual se não julgava ter outro meio d'acção, porque se não esperava poder prevenil-a; d'ahi os processos de que o tampão é o typo.

Com a segunda, um methodo se impõe, a *ruptura das membranas*, porque se observou que o melhor meio de parar a hemorrhagia era supprimir a causa que a produzia.

II — Methodos de tratamento

I. — Methodo do tampão

Não ha certamente, entre os methodos therapeuticos que vamos estudar, algum que tenha sido mais discutido que este.

Meio heroico para uns, incerto para outros, tem sido finalmente considerado como inefficaz e mesmo como perigoso.

A ideia de oppôr um dique ao sangue que dimana dos orgãos genitales é já muito antiga. O esboço d'este processo deve-se a Fabrice de Hilden, Hoffmann, Smellie, mas foi Leroux de Dijon que, em 1776, formulou nitidamente as indicações d'este processo e o erigiu em methodo.

Depois de Leroux, diversas tentativas se fizeram para o modificar; serviram-se de substancias diversas para substituir os pedaços de panno ou de estopa que empregava Leroux, substituíram o vinagre, em que os embebia por differentes stypticos, perchloreto de ferro, etc., encontraram que os rolos de fios de linho embebidos em seroto davam os melhores resultados.

O methodo do tampão, considerado como classico em França, foi modificado em varios paizes em que empregavam bexigas de cautchuc, o colpeunrynter, sendo attribuidos todos os insuccessos que tem havido com este ultimo ao tampão em geral. O merito d'este processo é attribuido á applicação methodica rigorosa que varios parteiros francezes ensinaram.

Para que este methodo seja efficaz, o tampão deve ser muito volumoso, sendo preciso empregar grande quantidade de fios de linho ou algodão *asepticos*, hoje grande quantidade de rolos de gaze e algodão; é sómente quando toda a vagina está consideravelmente distendida que oppõe realmente um obstaculo intransitavel ao escoamento do sangue.

Ainda assim todos os auctores declaram que a hemorragia pôde continuar; aqui hãveria logar de perguntar se o tampão tinha sido bem feito, mas ha exemplos em que o tampão tendo sido posto segundo todas as regras por homens versados, (P. Daubois, Depaul, etc.), o sangue imbebeu os fios de linho e veio correr fóra.

Varios auctores citaram exêmplos, e L. Müller deu 47 casos (sobre 165) em que a hemorragia persistiu.

Quando a hemorragia continua ou se reproduz, é preciso retirar o tampão, fazer uma injecção d'agua fervida a 48°, e reapplicar um novo tampão. Ordinariamente

produzem-se modificações do lado do collo e este dilata-se o sufficiente para se recorrer a um outro methodo.

Admitte-se que a acção irritante do tampão e dos coagulos sanguineos alli formados provocam contracções uterinas e iniciam o trabalho; Schoeller quiz por esta mesma acção irritante fazer um meio para praticar o parto artificial e foi bem succedido algumas vezes, mas vamos vêr que esta acção está longe de ser constante.

Depaul viu mulheres nas quaes o tampão, durante 24 horas e mesmo 36 horas, nenhuma contracção desenvolveu; em alguns casos, o tampão deve deter-se durante 7 ou 8 dias para provocar as contracções uterinas (L. Müller), n'outros casos, mesmo após detenção prolongada, não ha inicio de trabalho.

Em muitos casos citados por Hegar houve dôres muito fortes que não produziram nenhum resultado sob o ponto de vista do trabalho, porque estas dôres se limitavam á parte inferior do abdomen e occasionavam contracções energicas dos musculos abdominaes.

L. Müller reuniu 128 casos, referentes ao effeito do tampão sobre a contracção uterina; 16 vezes não houve contracções, em 11 casos ficou sem acção durante horas; 3 vezes durante muitos dias.

Notou que após a contracção, o utero descontrahindo-se, eleva-se, emquanto que o tampão, que tinha sido abaixado pela contracção uterina, em lugar de o seguir, fica no logar occupado, de maneira que se fórma um espaço entre o tampão e a abobada vaginal, no qual o sangue facilmente se póde accumular. Depaul diz «que viu algumas vezes o sangue accumular-se entre o ovo e

a parede uterina ou, o que é mais frequente, entre o segmento inferior do utero e o tampão».

O tampão é doloroso? Evidentemente o deve ser porque para que este seja efficaz, é preciso que distenda fortemente a parede vaginal e a comprima contra os ossos da bacia.

Variou-se sobre o numero de horas durante as quaes o tampão deve permanecer, exaggerou-se esta duração que se estendia ás vezes até 36 horas e mais; ordinariamente, não convem deixar o tampão mais de 10 a 12 horas; depois d'este tempo tira-se e applica-se um segundo, se ha necessidade.

Para resumir o methodo do tampão e para bem mostrar qual era a conducta d'um certo numero de parteiros nos casos de placenta viciosamente inserida, vamos apresentar o que estes ensinavam; e assim Depaul, resumindo, diz:

«Depois de ter tido o cuidado de esvasiar o recto e a bexiga, applica-se o tampão, segundo o processo de Dubois; conserva-se durante 10 a 15 horas ou mais; retira-se então, examina-se o estado do collo, e se a hemorragia parou, deixa-se a mulher em repouso, submettendo-a a uma vigilancia mais restricta; reaplicará-se um outro tampão á menor hemorragia.

Durante o trabalho, dará-se cravagem de centeio, mas o tampão é o unico meio heroico n'estas circumstancias.

Quando o trabalho está bem declarado, póde-se recorrer ao methodo de Puzos, mas em condições absolutamente determinadas: mulher pouco enfraquecida, placenta parcialmente inserida sobre o orificio, ou sómente na visinhança, apresentação de vertice, trabalho perfeitamente

estabelecido. Em todos os outros casos, o tampão tem a preferencia.

Se, depois da ruptura das membranas, a hemorragia reaparecer, convirá applicar de novo o tampão.

Não se deve esperar que o feto expulse o tampão no momento da sahida, mas desembaraçar a mulher o mais cêdo possível».

Vantagens e inconvenientes do tampão. — Às vantagens que este apresenta vem ajuntar-se graves inconvenientes.

Em todos os auctores se nota que as mulheres, ás quaes se applicou o tampão, estão sujeitas a sequencias de parto pathologicas. M.^{mo} Lachapelle, Dubois, Depaul, etc., assignalaram a frequencia das peritonites, das metrites e ôutras inflammações, ás quaes succumbiam muitas vezes as mulheres. Hodiernamente, as investigações microbiologicas deram a explicação de factos que os antigos parteiros tinham observado sem os poder explicar; assim, o tampão é rejeitado por certos auctores, comò causa de septicemia puerperal. Para elles, seria quasi impossivel ter um tampão seguramente asceptico durante todo o tempo que permanece na vagina, quer dizer, que se até um certo ponto o tampão, quando se colloca, apresenta algumas garantias sob o ponto de vista da asepsia, não succede o mesmo depois d'um certo numero de horas, porque a sua permanencia prolongada na vagina provoca do lado da mucosa ulcerações e mau cheiro.

É muito difficil executar como deve ser este methodo; exige a intervenção de pessoas bem experimentadas.

Não impediria o escoamento do sangue, poisque se

deixa imbeber; além d'isso, incrimina-se de ser doloroso, tão doloroso, que algumas mulheres o não podem suportar.

A mortalidade das creanças seria muito consideravel,

Seja como fôr, não é menos verdade que o tampão salvou muitas mulheres, sobretudo depois do methodo antiseptico.

Não é menos verdade ainda que se será obrigado a fazer uso d'elle nos casos em que toda outra intervenção seja impossivel.

2.—Methodo de Braxton Hicks

Braxton Hicks não foi o inventor da versão combinada, mas fez d'ella uma applicação tão feliz á inserção viciosa da placenta que se deu justamente o seu nome a esta operação.

Tem varios nomes, como: versão combinada, versão bi-polar, versão mixta, versão por manobras internas e externas, versão de Braxton Hicks, etc.

Vamos dar uma traducção exacta, não da memoria inteira de Braxton Hicks, mas da parte que interessa o nosso assumpto.

Eis como Braxton Hicks descreve o manual operatorio do seu methodo: Supporemos um caso onde tudo é normal; o orificio uterino é bastante dilatado para que se possa introduzir um ou dois dedos, as membranas são intactas, a face do feto olha á direita.

«A doente é collocada na posição obstetrica ordinaria. Tendo untado a minha mão esquerda com um corpo gordo, introduzo-a na vagina tanto quanto seja necessa-

rio para penetrar o comprimento d'um dedo no canal cervical; algumas vezes é preciso introduzir toda a mão, n'outros casos tres ou quatro dedos bastarão. Tendo nitidamente reconhecido a cabeça e a sua posição, em relação a um ou outro lado do orificio uterino, colloco a minha mão direita no fundo do utero através da parede abdominal; procuro reconhecer a pelve o que é geralmente facil. A mão collocada no abdomen apoiada suavemente, mas com firmeza, sobre a pelve, para a abaixar do lado direito; como esteja sob pressão, a mão acompanha-a, quer palpando suavemente, quer executando uma especie de movimento de deslissamento sobre a parede abdominal, emquanto que ao mesmo tempo a outra mão impelle a cabeça na direcção opposta, para a fazer subir acima do estreito superior.

«Quando a pelve estiver quasi chegada ao nivel do diametro transverso do utero, a cabeça estará acima do estreito superior e a espadua corresponderá ao orificio uterino; esta ultima será impellida da mesma maneira que a cabeça, e, após uma ligeira pressão exercida no exterior sobre a pelve, o joelho toca o dedo e pôde ser apanhado.

Quando as membranas estão intactas, acontece muitas vezes que apenas a espadua se sente, a pelve e o pé vêem pôr-se em contacto com o orificio, visto a tendencia que tem o utero para collocar o grande eixo do feto em relação com os seus grandes diametros.

«Quando todavia houvesse alguma difficuldade em apanhar o joelho com o dedo, abaixava-se a pelve mais e, finalmente, o pé cahirá na mão.

Tudo isto se executa geralmente em menos tempo do que me é preciso para fazer a descripção; comtudo ás

vezes isto demanda uma perseverança demorada, firme e constante, e uma certa paciencia, como a que é precisa em toda a operação obstetrica.

«Quando a face do feto olhe á esquerda, o manual operatorio a seguir differe do precedente, em que é a mão esquerda que baixa a pelve e a mão direita que actua sobre a cabeça.

«É no intervallo das contracções uterinas que as mãos devem operar; conservam-se immoveis durante a contracção uterina. É uma das principaes vantagens d'este methodo é poder ser empregado no momento em que os outros methodos são inapplicaveis.

Nos casos de placenta prévia, encontra-se no meu methodo uma utilidade que me tem sido demonstrada em diferentes circumstancias.

Eis como opéro para não haver nem hemorragia externa, nem hemorragia interna durante o parto. Quando sinto as membranas, e constacto uma apresentação de vertice, procedo como acabo de descrever (Braxton Hicks faz a sua versão combinada). Quando é o pé que se encontra no orificio uterino, apanho este e arrasto a perna atravez do orificio uterino, tão baixo quanto possível, sem forçar. Por meio d'esta suave tracção exercida pelo simples peso do braço, obtenho assim uma especie de tampão que pára a hemorragia. Mantenho a perna fóra d'esta maneira; e, como o orificio uterino se dilata, a perna, pela sua fórmula conica, constitue um excellente tampão; por sua vez a pelve actuará da mesma maneira quando descer no orificio uterino.

«Feito isto, dispòmos d'um tempo precioso, e os nossos esforços deverão ser consagrados a levantar as forças da doente que está enfraquecida, ás vezes aniquil-

lada, por perdas anteriores. Nos casos extremos o valor d'este periodo é absolutamente inapreciavel.

«Depois attende-se ás contracções uterinas; e opéra-se como n'uma apresentação de pelve.

«Geralmente, as dôres chegam uma ou duas horas depois, mas se ellas tardam mais tempo e se não ha uma grande depressão de forças, dá-se cravagem de centeio; aqui insisto fortemente sobre a importancia de não extrahir a creança com rapidez depois de ter concluido a versão, quer se trate da versão classica ou combinada. Esta observação applica-se particularmente aos casos de placenta prévia, e mais especialmente aos casos em que o escoamento de sangue tem sido abundante.

«Quando o feto desceu atravez do collo, como a dilatação augmentou, exercendo uma suave tracção sobre elle, assim como dissemos mais acima, o simples peso do braço será, julgo, sempre o sufficiente para parar uma hemorragia ulterior. A fôrma do feto, sendo conica dos pés ás espaduas, adapta-se admiravelmente como um tampão sobre o collo e o segmento inferior do utero, que não apresenta então a sua fôrma globular, mas toma mais ou menos a fôrma do feto.»

Braxton Hicks julga que os casos em que é preciso terminar rapidamente o parto são raros; sabe que muitos dos casos de placenta previa tem sido seguidos de morte porque se quiz terminar o parto muito apressadamente.

«Faz-se a versão, diz, e todo o perigo desaparece, se nos servimos do feto como d'um tampão; em seguida devemos esperar as contracções, levantar as forças durante este tempo e deixar a natureza concluir o parto.»

Diz mais que ha vantagem em applicar o chloroform-

mio. N'este exposto tão clinico não temos a criticar se não o emprego da cravagem do centeio.

Braxton Hicks dá cravagem de centeio quando vê que o trabalho se faz muito demoradamente.

Hoje uma egual intervenção seria vituperada; mas é preciso levar em conta a época em que esta memoria foi escripta (1863); quando os homens como P. Dubois, Depaul, etc., eram os primeiros a prescrever a cravagem de centeio, mesmo na inserção viciosa da placenta, não é de extranhar que Braxton Hicks tenha, com muitos outros, seguido este exemplo.

Excepto esta administração da cravagem de centeio, que aliás tem sido egualmente aconselhada por Hofmeier e outros parteiros, esta memoria é excellente em todos os pontos, escripta com a competencia e a sabedoria do homem, que adianta opiniões apoiadas por factos.

Vamos resumir varias memorias sobre este assumpto, e tornar conhecidas as apreciações sustentadas por varios parteiros. D'esta maneira tornamos evidente a importancia que se liga á versão combinada e aprecial-a-emos com documentos.

I. — Em 1882, Hofmeier, sobre 37 casos por elle observados constatou que 19 vezes o collo tinha quasi completamente desaparecido e que 18 vezes poucas modificações tinha soffrido.

Sobre estes 37 casos, 30 vezes praticou a versão combinada e 7 vezes houve varias intervenções.

Hecker diz que a versão de Braxton Hicks sómente póde applicar-se a creanças de pequeno volume; todavia Hofmeier extrahiu sem nenhuma difficuldade grandes creanças, d'entre ellas uma pesando quatro kilogrammas.

Administra ergotina em quasi todos os casos durante a extracção, com o fim de fazer contrahir o utero depois do parto.

Sobre 37 creanças, 17 estavam mortas antes da entrada da mulher no hospital; sobre as 20 restantes, 6 morreram, 3 não viáveis, 3 durante a operação, ou seja uma mortalidade de 60 %.

Sobre 30 mulheres nas quaes se praticou a versão combinada, só uma morreu, 17 dias após um phlegmão e uma phlebite do membro superior direito: a mulher tinha sido tamponada sem successo; — mortalidade geral 2,7 %: mortalidade por versão combinada uma morte em 30 casos, seja 3,33 %.

II.— Em 1883, Behm diz que em 40 casos de placenta previa, praticou a versão combinada 30 vezes; não houve morte das mães, e perdeu 25 creanças, 83,3 %.

Eis as suas conclusões:

1.º A versão combinada permite uma intervenção apressada com uma dilatação sufficiente para a introdução d'um ou de dois dedos, no momento em que as mulheres não tem ainda perdido muito sangue, quer dizer, quando estão em estado de reagir.

2.º A pelve abaixada desempenha o papel d'um tampão, o que permite regeital-o.

3.º Faz evitar á mulher a septicemia.

Operando assim, não se afasta todo o perigo. A intervenção rapida na versão combinada deve ser seguida d'uma extracção lenta, no momento em que a dilatação é completa, ou melhor, deve ser terminada pelo parto espontaneo, para impedir as lacerações do collo que compromettem tão gravemente as mulheres.

Com a versão combinada como a hemorragia pára, póde-se :

4.º Esperar um certo tempo, de maneira que mesmo as mulheres muito fracas possam ser reconfortadas pelos analepticos, o que permite :

5.º Prevenir as hemorragias tardias da dequitação.

Finalmente, Behm apenas aconselha a manobra de Braxton Hicks acompanhando-a das mesmas recommendações que o parteiro inglez.

III. — Em 1884, Lomer escreveu uma excellente monographia sobre a versão combinada como tratamento da placenta previa. Vamos estudar os resultados que lhe deu esta operação.

Os casos que observou na Polyclinica do hospital das mulheres de Berlim foram depois dos que Hofmeier recolheu no mesmo hospital; são em numero de 136, sobre os quaes houve 13 mortes.

Reunindo os seus factos aos de Hofmeier e de Behm, sem fazer destrinça alguma, sem considerar o methodo empregado, Lomer obteve as cifras seguintes :

Hofmeier	47	casos,	4	mortes
Behm	53	»	4	»
Lomer	136	»	13	»

O que perfaz 21 mortes em 236 casos, ou seja 8 por cento, o que é uma fraca percentagem, attendendo a que todos os casos são contados em bloco, bons ou maus.

Aos 136 casos de Lomer elimina-se : 6 casos de morte não imputados ao methodo (3 mulheres moribundas á sua entrada, 2 lacerações devidas á extracção forçada, 1

morte depois do parto em apresentação de vertice) e 30 partos espontaneos em apresentação de vertice, (um figura já nas mortes); restam, pois, 101 casos, nos quaes 9 operadores diferentes praticaram a versão combinada.

Sobre estes 101 casos que nos interessam, registaram-se 7 mortes — 3 infecções, 2 septicemias adquiridas antes da entrada no hospital, 1 em seguida á penetração do ar nas veias depois da dequitação artificial, 1 devida a uma hemorragia profusa arterial, sobrevinda ao setimo dia, recursos tardios, morte em seguida a uma anemia aguda.

51 creanças morreram.

Mortalidade para as mães, 7 %.

Mortalidade para as creanças, 50 %.

Por aqui se vê com effeito que estes resultados são peores que os de Hofmeier e de Behm; mas a operação, nos casos citados, foi praticada por 9 parteiros diferentes. Tomando apenas os 16 casos em que Lomer operou, e os mesmos operados por Hofmeier e Behm, temos a seguinte estatística :

Hofmeier	30	casos,	1	morte
Behm	30	»	0	»
Lomer	16	»	0	»

O que faz sómente uma morte em 76 casos, ou seja 1,3 por cento.

IV. — Em 1887, Paolo Negri publicou um trabalho que merece ser conhecido, porque contém factos interessantes. Este auctor queria que, pela leitura das suas observações, nos convencessemos :

1.º Que a versão combinada pára a hemorragia, o que é o fim essencial que se quer obter ;

2.º Que a versão é facil de praticar, sobretudo quando se mergulha a mulher na anesthesia chloroformica;

3.º Que, associada á antisepsia rigorosa, torna consideravelmente menos sombrio o prognostico;

4.º Que não é tão perigosa para o feto como certos auctores parecem dizer; sobretudo quando ha paciencia em esperar, bem entendido, se não ha nenhuma indicação poderosa do lado da mãe.

Negri cita então 6 observações pessoaes, bastante detalhadas, que resume n'um quadro. Eis a estatistica d'estes factos sobre 6 casos:

Mortalidade para as mães 0 ‰; mortalidade para as creanças 2,33 ‰.

Termina a sua memoria, dando os seguintes detalhes:

a. — Em 6 casos a hemorrhagia cessou immediatamente após a versão combinada; não se reproduziu.

b. — A versão combinada pôde ser executada em todos os casos; comtudo n'uma das mulheres o liquido amniotico tinha-se escoado completamente e havia-se dado cravagem de centeio; n'outra a operação foi feita antes do inicio do trabalho, o collo era longo e um só dedo pôde ser introduzido na cavidade uterina.

c. — Os seguintes partos foram normaes; notou-se sómente um pouco de febre n'uma das mulheres, em virtude da antisepsia incompleta.

d. — Das 6 creanças, 4 vieram vivas e 3 continuaram a viver. Das 2 que vieram mortas, 1 succumbia antes de terminar a operação; a outra, com 7 mezes de idade pouco mais ou menos, morreu durante o parto. A creança nascida viva e que succumbiu 11 horas após

o seu nascimento era hydrocephala e apresentava uma espinha bifida.

e) O tempo decorrido desde que a versão combinada foi feita até o momento em que a expulsão espontanea teve lugar, foi n'um caso 50 minutos, e 12 horas no caso em que a duração foi mais consideravel.

V. — De 1883 até ao fim de 1887, Obermann observou 64 casos de placenta previa, para os quaes a mortalidade total foi :

Para as mães, 11 %.

Para as creanças, 53 %.

D'estes 64 casos, é preciso eliminar 15 que foram tratados por outros methodos; restam pois 49 em que se praticou a versão combinada e a extracção lenta. Ora d'estas 49 mulheres é preciso eliminar uma que succumbiu pouco tempo depois da intervenção e cujo estado era tal que não havia possibilidade alguma de a salvar. Finalmente restam 48 casos, sobre os quaes apenas houve um caso de morte, seja 2,1 %; das 31 creanças vivas antes da intervenção, 13 morreram, seja 42 %.

Obermann prefere a extracção lenta de Hofmeier á conducta inactiva de Behm, durante a expulsão. Em 15 casos, por elle tratados, nenhuma mulher morreu, mas a mortalidade das creanças ainda foi elevada, poisque 10 succumbiram, quer durante o parto, quer durante as seis primeiras horas.

Mortalidade das mães 0, seja 0 %; mortalidade das creanças 10, seja 66 %.

Em resumo, eis quaes são as conclusões de Obermann :

I.º Nos casos de hemorragia devida á inserção

viciosa da placenta é preciso intervir o mais cedo possível.

2.º O melhor methodo operatorio é a versão combinada, seguida de extracção lenta.

3.º O operador deve *extrahir realmente*, quer dizer por tracções suaves deve fixar constantemente a pelve sobre o orificio uterino.

4.º A massagem methodica do utero durante todo o tempo da extracção (lenta), é um excellente adjuvante e torna a extracção mais rapida.

5.º Quando ha hemorrhagia devida a uma laceração do cóllo, é preciso sutural-o.

6.º O tampão de gaze iodoformado é sómente applicavel durante a gravidez. Nos casos de dilatação insufficiente o colpeurynter é preferivel.

7.º O alcool em todos os casos deve ser largamente administrado.

A analyse das memorias que acabamos de fazer, permite-nos tirar as conclusões seguintes:

É o methodo de Braxton Hicks que é praticado na Allemanha e na Italia.

Dá os melhores resultados.

O methodo de Braxton Hicks dá logar a muitas considerações, e primeiro que tudo é efficaz, é facil?

1.º As estatisticas reunidas no quadro adeante citado, dispensam-nos de provar a sua efficacia sob o ponto de vista do resultado final; mas, encarando a questão de mais perto, pára completamente a hemorrhagia? Lomer fornece-nos a seguinte resposta: «não irei dizer que uma baeta limpa, collocada por baixo da pelve da doente, não seja manchada por um pouco de sangue durante a expulsão do feto, mas não se produzirá hemorrhagia abun-

dante e persistente, e se isto acontecer, bastará exercer uma ou duas tracções sobre o pé do feto, para paral-a immediatamente».

2.º Esta manobra é facil? Sendo admittida a effica-cia d'este methodo, não conviria hesitar em practical-o, embora algumas difficuldades apresentasse.

Negri e Lomer, para não citar senão estes, estão de accordo com muitos outros parteiros em reconhecel-o ge-ralmente facil de executar.

Kaltenbach affirma que as difficuldades da versão bi-polar têm sido exaggeradas pelos auctores que baseando-se sobre as ideias theoricis nunca o ensaiaram, porque não o julgavam praticavel.

Pergunta-se se a hemorrhagia não póde continuar ou produzir-se de novo após a versão combinada. Entre todos os auctores não ha senão Behm que observou um caso onde uma certa quantidade de sangue se tinha ac-cumulado por cima da pelve do feto na cavidade uterina, e isto sem nenhuma gravidade para a doente.

3.º Que tempo decorreu depois da intervenção até ao momento em que o feto é expulso pelas unicas forças da natureza?

Braxton Hicks diz que geralmente o parto termina depois de uma ou duas horas; comtudo vimos que n'uma observação de Negri decorreram doze horas.

Behm, que deixa a expulsão fazer-se sempre expon-taneamente, não a viu produzir-se além de onze horas, em média duas e meia horas.

Müller faz notar que esvasiando muito rapidamente o utero, se póde produzir a morte brusca por collapso ou anemia cerebral. Por outra, a extracção rapida do feto dá raramente o resultado desejado — ter uma creança viva.

Os parteiros allemães differem entre si: uns querem absolutamente deixar o parto terminar pelas forças da natureza, outros pelo contrario queriam que o ajudassem por uma extracção lenta á sahida do feto. Assim Behm e Wyder esperam a expulsão espontanea e julgam assim evitar a hemorrhagia e a septicemia.

Mas os resultados para as creanças não são bons, e é por isso que Hofmeier, Nordmann, etc., querem intervir no momento da expulsão do feto, para apressar a sua transposição da vulva.

Para Lomer a questão não é resolvida; julga que as creanças teriam mais probabilidades de sobrevivencia deixando o parto terminar pelas forças da natureza.

Quanto a nós, attendendo aos perigos que fazem correr as lacerações do collo, muito frequentes durante a extracção, recommendariamos em regra geral a não intervenção *systematica*, fazendo reservas para certos casos especiaes, muito complexos para serem determinados, onde a intervenção deveria ser absolutamente conforme ás regras dadas por Braxton Hicks.

Emfim; em todos os casos onde a morte da creança seja constatada d'uma maneira absoluta, antes ou depois da execução da versão combinada, deixariamos sempre a expulsão fazer-se expontaneamente.

*Resumo das estatísticas dos casos em que se praticou
a versão combinada*

	MÃES			CREANÇAS		
	Numero de casos	Mortes	Per- centagem	Numero de casos	Mortes	Per- centagem
Hofmeier	30	1	3,33 %	—	—	—
Behm	30	0	0 "	30	25	83,3 %
Lomer	101	7	7 "	101	51	50 "
Negri	6	0	0 "	6	2	33 "
Oberman	48	1	2 "	31	13	42 "
	15	0	0 "	15	10	66 "
Total	230	9	3,9	183	101	55

Por este quadro se vê que em 230 casos houve 9 mortes, seja 3,9 %; em 183 creanças, 101 morreram, seja 55 %; mas como não ha medicação alguma, se a creança estava viva no momento da intervenção, conclue-se que esta cifra é muito elevada.

Vantagens e inconvenientes da manobra de Braxton Hicks. — A versão combinada permite a intervenção n'um momento em que nenhuma outra operação é possível, visto não exigir instrumental especial, e isto tem uma importancia capital se o estado da mulher é grave.

A operação é facil e realisavel, embora a bolsa de aguas esteja rôta, como n'um caso que Negri teve occasião de observar.

Conduzindo a pelve para o segmento inferior e arastando-a para baixo, com suavidade, de maneira que se apoie ligeiramente a este nivel, a hemorragia pára,

quer porque a região fetal faz tampão, quer porque ella desvia a placenta. Além d'isso, o pé tirado fóra serve de grande utilidade para terminar o parto.

Produzem-se lacerações do collo, mas isto não deve ser imputado ao methodo, antes ao operador, que quer terminar muito rapidamente o parto, se bem que Braxton Hicks recommenda expressamente a maior reserva sob este ponto de vista.

A mortalidade das creanças é consideravel; isto é verdade, mas os outros methodos pouco mais favoraveis são; comtudo vê-se que nas mãos de certos parteiros, P. Negri, Lomer, etc., a mortalidade é bastante diminuta.

Apresenta emfim o inconveniente de manter a mulher em posição obstetrica durante muito tempo; mas podemos vigial-a mais attentamente, e exercer immediatamente tracções sobre o pé, afim de parar a hemorragia, se ella se produzir.

Em resumo, eis a apreciação que julgamos poder formular :

Tem-se tentado modificar a manobra de Braxton Hicks, mas na realidade ella conserva-se como ha 47 annos o seu promotor a formulou.

Esta manobra prestou e prestará ainda grandes serviços: porisso nos esforçamos por tornal-a melhor conhecida, na esperança de ajudar a sua vulgarisação.

3. — Methodo de Pinard

Fim e effeitos da ruptura artificial das membranas.

— A ruptura das membranas é, como o parto forçado, um dos mais antigos methodos que se tem empregado

contra as perdas de sangue devidas á inserção viciosa da placenta.

Puzos, depois Mauriceau, aconselhou-a com tanta convicção, mostrou com uma tal nitidez como convinha operal-a, que o nome de *methodo de Puzos* ficou applicado á ruptura das membranas.

Pinard insurge-se por ainda depois d'um seculo se continuar a dar-lhe este nome. Já antes Guéniot se revoltou contra esta falsa denominação; este methodo, diz: «não consiste sómente, como se repete muitas vezes, na ruptura artificial das membranas, mas ainda em dois elementos inteiramente essenciaes, sem o que ficaria impotente, quero dizer: a existencia d'um trabalho bem accentuado e a apresentação do feto por uma das suas extremidades, cephalica ou pelvica. Esta pratica, decisiva, não differe do parto provocado; e não se deve negar a Puzos o merito de ter sido o primeiro a preconisar um methodo de que muitos contemporaneos disputaram a invenção».

Para Guéniot, Puzos praticava o parto provocado; Pinard deu ao methodo de Puzos o nome de parto acelerado.

Como quer que seja, este methodo cahiu no esquecimento durante muitos annos, não se sabendo porque razão se esperava a ruptura das membranas; e os que empregavam por acaso o methodo pretendido de Puzos ignoravam o mechanismo segundo o qual a hemorragia se produzia.

Foi depois de ter observado a ausencia da hemorragia, desde que as membranas se rompessem prematuramente, ou a paragem da hemorragia após a ruptura espontanea das membranas, que Pinard erigiu em methodo a ruptura artificial das membranas como tratamento a

oppôr á hemorragia ligada á inserção viciosa da placenta.

Depois d'estas considerações vamos vêr em que consiste o methodo de Pinard.

Sendo as tracções das membranas do ovo, formula Pinard, que produzem a hemorragia no fim da gravidez, a indicação é precisa: tendo uma mulher uma ou muitas hemorragias, sendo feito o diagnostico de inserção viciosa, observando-se que a situação se pôde tornar grave, *é preciso romper largamente as membranas* na maior extensão possível.

Foi depois de se comprehender a importancia d'esta maneira de operar que se fez a destrinça entre o methodo de Pinard e o de Puzos; com effeito, desde que as membranas estão largamente abertas, a região fetal não pôde mais apoiar-se sobre as membranas; d'aqui, a supressão das tracções perigosas cujo unico papel consiste no descollamento da placenta, em uma palavra — mais tracções, mais hemorragia.

Pinard, muito affirmativo quanto ao resultado que se obtem pela laceração extensa das membranas, diz: «sou muito affirmativo, e não ignoro que assumo uma pesada responsabilidade, mas são já decorridos cinco annos em que tenho empregado este processo, e ainda não vi nenhuma mulher morrer de hemorragia.»

Como é preciso proceder para romper largamente as membranas?

Serão sempre accessiveis ao dedo? Ir-se-ha ao acaso e ás cegas para lacerar largamente as membranas?

Devemos ter o cuidado precedentemente de reconhecer por exploração directa o estado do segmento inferior,

e investigar o ponto preciso em que se faz a inserção placentar.

Póde ás vezes haver uma certa difficuldade em saber de que lado do segmento inferior se encontra inserida a placenta, mas explorando com cuidado, todos os fundos de sacco, reconhece-se que acima d'um d'elles a cabeça repousa directamente sobre o tecido uterino e não é separada como nos outros pontos por uma massa molle, espessa — a placenta.

Dirigindo o dedo para o lado onde se encontram as membranas, rompem-se, quer com o dedo, se fôr possível, quer com um fura-membranas; depois com um ou dois dedos laceram-se largamente.

É evidente que se fôr uma inserção prévia total, este processo não será praticavel a não ser que se descolle uma porção mais ou menos extensa da placenta.

Não basta chegar ás membranas e rompê-las, é preciso ainda, que esta ruptura seja seguida de paragem da hemorragia.

É sabido que frequentemente, na inserção viciosa da placenta, as mulheres que perderam aguas, não perdem sangue, ou não perdem mais sangue quando acabam de perder aguas. É não menos sabido que um certo numero de mulheres perdem ou continuam a perder sangue, embora as membranas estejam rôtas; temos pois de examinar e discutir os casos em que as mulheres perdem sangue, ainda que as membranas estejam rôtas. Dois factores intervêm para impedir a paragem da hemorragia n'estas condições; a apresentação do feto e uma laceração insufficiente das membranas.

Primeiramente, se a apresentação é transversal, é bem certo que, apesar da ruptura das membranas, em razão da

fórma que toma a cavidade uterina, o chorion continuará pelo menos na maioria dos casos a exercer tracções que descollarão a placenta.

Estes factos observam-se sobretudo quando a ruptura das membranas é feita expontaneamente, ou quando se não lacera o ovo na maior extensão possível; porque não é o escoamento do liquido que impedirá a produção da hemorragia, mas sim a não tracção do chorion sobre a placenta; eis porque se poderá vêr a hemorragia persistir após o escoamento do liquido amniotico; é preciso, pois, para assegurar a hemostase:

- 1.º Que o feto esteja situado longitudinalmente.
- 2.º Que a laceração das membranas seja sufficiente.

Em certos casos é preciso, para parar uma hemorragia que persiste depois da ruptura expontanea das membranas, introduzir um ou dois dedos na cavidade cervical e augmentar o orificio de ruptura. N'um caso observado pelo Dr. Boissard, a hemorragia persistiu apezar da ruptura expontanea das membranas, e introduzindo um dedo na cavidade cervical pôde encontrar o orificio de ruptura; ora, a abertura que tinha dado logar ao escoamento do liquido amniotico apresentava sómente as dimensões d'uma peça d'um franco, e os bordos d'este orificio formados pelas membranas estavam constantemente tensos; comprehende-se como n'estas condições a hemorragia persista, apezar da ruptura das membranas, visto o chorion continuar a fazer tracções sobre a placenta. Não é senão depois de ter augmentado a abertura que a hemorragia cessa.

Apezar da laceração larga das membranas a hemorragia pôde persistir em certos casos, e até manifestar-se no momento do parto. O facto é incontestavel,

mas já dissemos que a hemorragia por inserção viciosa da placenta reconhecia dois mecanismos, cuja acção se fazia sentir em épocas diferentes, durante a gravidez, durante o trabalho; a laceração larga e artificial das membranas, tão efficaz para parar a hemorragia da gravidez, póde ser impotente para parar a hemorragia que se produz durante o trabalho, pois que esta reconhece como causa o descollamento da placenta por pressão directa do feto. É para impedir este descollamento placentar pela parte fetal que desce, que, nos casos em que o feto tem uma situação transversal, é preciso n'este momento fazer a versão por manobras combinadas, apanhar um pé para o abaixar.

O abaixamento do pé, n'este caso, actuará mais como agente de tracção que permitirá terminar mais ou menos rapidamente o parto, que como tampão, o que se pretendia.

Por outra, quando o feto vem pelos pés, em razão mesmo da disposição cuneiforme da região fetal, impedirá o descollamento da placenta, que será recalçada para um lado durante o movimento de descida do feto no momento da sua expulsão.

Objecções a este methodo. — Este methodo não foi aceite sem levantar um certo numero de objecções.

Duas principaes tem sido formuladas:

- 1.º A ruptura artificial das membranas é sempre possível?
- 2.º A ruptura artificial das membranas é sempre efficaz?

1.º É certo que as difficuldades encontradas para chegar ás membranas estão em relação, d'uma parte, com

a idade da gravidez e, d'outra, com o estado de primiparidade ou de multiparidade. É por isso que Puzos não julgava poder chegar de repente ás membranas durante a gravidez, quando o trabalho não tivesse começado; fazia uma serie de manipulações digitaes, que deviam tornar a cavidade cervical permeavel. Puzos, em uma palavra, fazia apparecer as contracções uterinas, preparava o trabalho, e quando este estava sufficientemente adiantado, é que rompia as membranas.

Sabendo-se que a inserção viciosa da placenta é muito mais frequente nas multiparas, que a hemorragia verdadeiramente séria não começa o mais das vezes senão nos tres ultimos mezes da gravidez, comprehende-se que, n'estas condições, será sempre possivel chegar ás membranas.

Por outra, Mauriceau, Levret, etc., dizem-nos que o collo na placenta previa é molle e extensivel, sobretudo quando tenha já havido hemorragia.

É possivel todavia que, na primipara em particular, não se possa penetrar na cavidade cervical?

Pinard affirma não ter encontrado casos semelhantes.

Para abono da affirmação de Pinard vamos mencionar as observações de Trask, Müller, M.^{elle} Bertha e Lomer.

Trask encontrou em 156 casos 39 vezes o collo completamente dilatado, 85 vezes parcialmente dilatado, mas dilatavel, 28 vezes em parte dilatado, mas duro e inextensivel, 4 vezes em parte dilatado.

Em 531 casos, Müller encontrou o orificio uterino:

	Estreito e rígido	Pouco en- treaberto	Muito en- treaberto	Molle
Ao 5.º mez	1 vez	—	1	—
” 6.º ”	1 ”	—	3	—
” 7.º ”	6 ”	5	9	3
” 8.º ”	21 ”	7	23	5
” 9.º ”	8 ”	10	9	3
No fim da gravidez . .	11 ”	15	65	4
Total	48 ”	37	110	15

Sobre 83 casos encontrou o collo estreito e rígido 13 vezes, pouco dilatado 4 vezes, muito dilatado 43 vezes, e molle 5 vezes, mas não indica a epoca da gravidez.

Eis em centímetros e millímetros o grau de dilatação do orificio uterino em 238 casos observados por M.^{elle} Bertha :

Centim.	0,6	1	1,3	1,6	1,9	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	7	8
Ao 5.º mez	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
” 6.º »	—	1	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
” 7.º »	—	1	—	—	—	2	6	4	10	5	—	—	—	—	—	—
” 8.º »	—	—	1	—	1	5	5	10	14	8	—	2	2	1	—	—
” 9.º »	—	—	3	—	—	2	9	6	5	3	—	1	1	—	1	—
No fim da gravidez	3	1	1	—	—	9	18	21	47	15	3	4	1	—	—	2
Total	3	3	5	—	1	19	38	41	78	32	3	7	4	1	1	2

Sabendo nós que uma dilatação, que permita introduzir dois dedos, é sufficiente para fazer o parto artificial ou para uma intervenção d'outro genero, vemos que segundo este quadro em 238 casos encontrou 169 vezes o orificio uterino sufficientemente dilatado. Se juntarmos estes 169 casos aos 173 em que o orificio uterino era largamente aberto, extensivel e molle, teremos em 531 casos 342 vezes o orificio uterino sufficientemente dilatado para as differentes intervenções, o que faz 64,5 %.

Lomer, em 101 casos, constatou 14 vezes a dilatação completa; 51 vezes era sufficiente para permittir a in-

introdução de dois dedos; 13 vezes para permittir a introdução de um dedo. Dos 23 casos restantes nenhuma informação ha. Por conseguinte em todos os casos em que o estado do collo era indicado, quer dizer, em 78 casos sobre 101, a ruptura das membranas era realisavel.

Estas cifras estão de accordo com o que Pinard constatou. Affirma que na maioria dos casos, para não dizer sempre, se pôde chegar com um dedo introduzido na cavidade cervical até ás membranas; em alguns ser-se-ha obrigado a introduzir toda a mão na vagina.

2.º A ruptura artificial das membranas é sempre efficaç?

Tal é a outra objecção que se fez a este methodo. O que já escrevemos a este respeito parece sufficiente, pelo que apenas algumas considerações vamos apresentar.

Não é sempre efficaç.

Muitas vezes constatou-se a continuação da hemorragia nos casos em que a apresentação não era longitudinal; e n'aquelles em que a laceração das membranas era insufficiente, já está dita a conducta a seguir.

Constatou-se que, no momento de expulsão do feto, a hemorragia tinha logar, mas o defeito é do methodo? É, nós o repetimos, a cabeça leva deante de si a placenta; não se trata pois mais de tracções das membranas, e a ruptura das membranas não tem aqui nenhuma acção. Esta objecção não tem o minimo valor, porque não se pôde exigir d'um methodo mais do que elle pôde ou tem a pretensão de dar.

Poder-se-ia além d'isso seguir este methodo de fazer parir as mulheres antes do termo, quer dizer sacrificar a vida da creança para salvar a existencia da mãe; mas é preciso não esquecer que nos casos de inserção viciosa

dois terços das creanças succumbem. Além d'isso é uma arguição applicavel ao tampão e aos outros methodos.

Não nos demoraremos mais tempo a refutar outras objecções levantadas contra este methodo, a saber: que pôde produzir uma apresentação viciosa, que retarda as contracções, emfim que a mulher é exposta a phenomenos de putrefacção, quando o feto succumbe.

3.º — *Conducta a seguir nos casos de hemorrhagia devida á placenta viciosamente inserida.* — Tres casos se podem apresentar :

A hemorrhagia produz-se durante a gravidez, durante o trabalho, ou durante o periodo da dequitação.

Como o trabalho differe para cada um d'estes casos, vamos estudal-os em tres paragraphos distinctos.

I. — *Hemorrhagia durante a gravidez*

Se se é chamado junto d'uma mulher gravida que perde sangue, depois de ter estabelecido o diagnostico da inserção viciosa da placenta, importa fazer immediatamente o diagnostico da apresentação.

Se a apresentação é longitudinal, já é uma condição vantajosa; se é o tronco que se encontra collocado no estreito superior, é preciso transformar a apresentação transversal em apresentação longitudinal.

Deve-se tentar fazer a versão por manobras externas. Attribute-se a Wigand o emprego d'este methodo na placenta prévia.

M. Auvard, diz: «A Pinard cabe a honra de ter estabelecido nitidamente a indicação da versão por manobras externas na inserção viciosa da placenta e de ter introduzido este methodo na pratica.»

Pinard conduzia, segundo era possível ou o caso o exigia, a extremidade cephalica ou a extremidade pelvica para o estreito superior.

Qual das extremidades é preciso conduzir?

É impossível resolver esta questão sem ter praticado o toque: se o dedo constata que o segmento inferior do utero não está completamente cheio pela placenta, o que se reconhece quanto o dedo sente a região fetal, atravez de uma porção do segmento inferior; se a mulher não é muito gorda; se a inserção é lateral—é preciso conduzir a cabeça para baixo. Mas se a placenta invade uma grande extensão do segmento inferior, se a mulher é gorda, se se não pôde actuar sobre a cabeça, convem mais conduzir a pelve.

Desde que a apresentação se torna longitudinal, ou se encontra tal, é preciso fazer uma injeção d'agua fervida a 48°, para limpar a vagina, e para apreciar o estado do collo.

Aqui é preciso considerar dois casos:

1.º *A hemorragia é ligeira* e o estado da mulher é bom. N'este caso o repouso completo no leito e as injeções d'agua fervida a 48° darão o effeito desejado, porque um certo numero de vezes a hemorragia não se reproduz pelo menos até ao momento do parto. As injeções d'agua fervida a 48° fazem contrahir as fibras uterinas sobre as quaes se encontrava inserida a porção descolada da placenta. Além d'isso é preciso ter a mulher em observação, porque se as injeções d'agua fervida a 48° bastam n'aquelle momento para parar a hemorragia, não impedirão o descollamento ulterior da placenta no momento do trabalho.

2.º *A hemorragia é grave.*—Quando a hemorragia pela sua quantidade, pela sua persistencia, pela sua repetição, põe a mulher em perigo, em uma palavra, o estado geral é grave. De duas uma: ou a hemorragia pára ou persiste; n'uma ou n'outra d'estas hypotheses é preciso, como precedentemente, obter uma apresentação longitudinal, (se não existe já) fazer uma injeccção d'agua fervida a 48º para desembaraçar a vagina dos coagulos que contém e praticar em seguida um exame minucioso. O collo não desapareceu, é sómente permeavel, n'este caso, introduz-se toda a mão na vagina, atravessa-se o canal cervical com um ou dois dedos para ir lacerar *largamente as membranas*. Graças a esta larga laceração o feto não exercerá mais tracções sobre as membranas, e a *hemorragia cessará*, não tardando o trabalho a declarar-se; mas as coisas nem sempre assim se passam, póde acontecer que com as membranas rôtas, o trabalho não se declara. Que fazer?

Se o estado geral da mulher é bom, deve conservar-se no leito, vigiar os caracteres do liquido que sahe pela vulva, tomar a temperatura e intervir sómente quando haja mau cheiro, elevação de temperatura ou se produza nova hemorragia.

No caso de a mulher estar já anemiada, não podendo perder mais sangue, depois de ter rôtas as membranas e de se ter feito uma injeccção subcutanea ou intra-venosa de 300 a 500 grammas de sôro artificial, deve introduzir-se na parte inferior do utero um balão de Champetier de Ribes que serve de tampão intra-uterino e de agente provocador do trabalho.

Da mesma maneira que no caso precedente, vigiar-

se-ha attentamente a mulher, porque se a laceração pára a hemorragia durante a gravidez, póde produzir-se uma nova perda de sangue no momento do trabalho.

II. — *Hemorragia durante o trabalho*

As mesmas considerações geraes se impõem. Examina-se o estado geral da mulher, estabelece-se o diagnostico da apresentação, transforma-se a apresentação transversal, se existe, em apresentação longitudinal; se fôr preciso, conduz-se a pelve para baixo, senão abaixa-se a cabeça, o que é preferivel para o feto, porque corre assim menos perigo.

Se é a pelve que se encrava, Pinard insiste em que se agarre os pés; segundo o estado do collo abaixar-se ha um, ou os dois que desviarão lateralmente a placenta.

Se é a cabeça que se encrava, poderia ser necessario intervir, para terminar o parto por uma applicação de forceps. Pinard aconselha muita moderação em toda a intervenção. Quando haja necessidade de applicar o forceps, é preciso estar-se seguro de que a dilatação é completa; quando se tratar d'uma apresentação de pelve, não convem puxar pelos membros inferiores, porque na inserção viciosa, o collo do utero é muitas vezes a séde de lesões que podem augmentar após as tracções, e d'ahi lacerações que são outras tantas portas abertas á infecção ou á hemorragia.

É preciso pois aguardar tanto quanto possivel a expulsão expontanea do feto, sobretudo se é morto.

III. — *Hemorrhagia durante a dequitação*

Após a expulsão do feto, o medico que assiste a uma mulher attingida de inserção viciosa, não está no fim dos seus trabalhos nem a parturiente está livre de perigos, antes está sob a ameaça de hemorrhagias tão graves, algumas vezes mais graves do que as já soffridas.

Portanto, o medico em lugar de tomar o pulso e de pôr a mão sobre o utero, como o faz nos casos normaes, precisa de solicitar as contracções uterinas, empregando um dos melhores hemostaticos, quer dizer, agua fervida a 48°, ainda que a mulher não perca sangue. Se uma hemorrhagia apparece, introduz-se a mão na cavidade uterina, e descolla-se a placenta, fazendo-se em seguida novas injecções intra uterinas d'agua quente; deixar-se-ha a mão no utero até que ella seja, por assim dizer, expulsa pelas contracções; e se a hemorrhagia ainda persistir, faz-se um tampão intra uterino com gaze esterelizada.

Esta é a pratica correntemente empregada, mas varios outros processos tem sido recommendados.

O Dr. H. M. Stow recommenda contra as hemorrhagias que sobrevem após a dequitação e devido á inercia uterina, applicar a mão esquerda sobre o fundo do utero, que se apanha na sua totalidade e recalca-o energicamente para a bacia. Durante este tempo a mão direita está introduzida na vagina até ao collo. Com os dedos d'esta mão apanha-se tão largamente e tanto acima quanto possivel o collo e o segmento inferior; esta manobra executada, recalca-se todo ao encontro do segmento superior do utero e da mão esquerda que o deprime para a

pequena bacia. Por esta manobra, o collo e o segmento inferior são de alguma maneira invaginados no corpo do utero e apertados contra o fundo do orgão, a cavidade do utero desaparece e as arterias uterinas, principal fonte de hemorragias, são momentaneamente obliteradas. Desde que uma contracção sobrevenha, não ha a temer a hemorragia; se o utero se relaxa de novo, recomeça-se a mesma manobra.

Apezar de serem bastante numerosos os casos em que é possível chegar ás membranas, ha-os em que tal é impossível, pelo menos sem grave risco para a mãe; assim succede nas mulheres que durante a gravidez apresentam um collo duro, esclerosado, e, varias vezes, nas primiparas; sendo assim temos de recorrer a outros processos de tratamento, alem do da ruptura prematura das membranas, sendo no inicio da hemorragia enquanto o estado da mulher é bom e a creança viva, sendo um operador exercitado e n'um meio conveniente: a cesariana conservadora deve ser a operação de escolha como meio de tratamento da placenta viciosamente inserida.

Se nos não encontramos em presença d'uma mulher em taes condições, então recorreremos aos tampões vaginaes volumosos de algodão e gaze, convertendo a hemorragia externa em interna do utero, conseguindo, quer pela acção irritante do tampão, quer pela compressão e estimulo dos coagulos, infiltrar e amollecere o collo, permitindo o parto natural, se as contracções sobreveem, ou o parto artificial, se não ha contracções. É este um modo de debellar a hemorragia, aproveitando ao mesmo tempo os coagulos como dilatadores.

A seguir apresentaremos varias observações referentes aos diversos methodos de tratamento, não só as que

podemos seguir durante o anno lectivo, em clinica obstetrica, sendo estas o ensejo da escolha do assumpto que nos propozemos tratar, ainda que muito incompletamente, mas tambem algumas que transcrevemos da these de M.elle Bertha.

Observação I

Mathilde da Rocha, de 26 annos de idade, solteira, domestica, natural de Castello de Paiva, residente na Foz; entrou para o Hospital Geral de Santo Antonio, enfermaria n.º 12 (obstetrica), no dia 16 de fevereiro de 1909.

Interrogada, soubemos que era primipara, foi assistida aos treze annos, sendo regular nas suas regras; nos intervallos d'estas teve por vezes leucorrhêa.

Appareceu-lhe uma hemorrhagia bastante intensa no dia 15 de fevereiro, pelo que chamou o Ex.^{mo} Snr. Dr. Candido Pinho que, examinando-a, diagnosticou uma inserção viciosa e aconselhou-a a dar entrada no hospital, o que ella immediatamente fez.

Sendo examinada no dia da sua entrada, observou-se que a gravidez era de oito mezes pouco mais ou menos, que o feto estava morto, que o trabalho já tinha principiado, e que a apresentação era de vertice; deu-se-lhe em seguida uma irrigação d'agua quente, perfuraram-se

as membranas, fazendo-se uma larga laceração; e como o parto se não effectuasse n'esse dia, para não deixar o ovo aberto por muito tempo, applicou-se-lhe, no dia seguinte á perfuração das membranas, um tampão vaginal; não houve repetição de hemorrhagia, effectuando-se o parto expontaneo no dia 18 de fevereiro.

Observação II

Maria Candida, de 37 annos de idade, viuva, domestica, natural de Lamego, multipara, teve em casa uma hemorrhagia, pelo que se decidia a dar entrada no hospital, onde foi examinada, reconhecendo-se uma apresentação transversal, com placenta viciosamente inserida, um feto vivo, trabalho pouco adiantado e abertura do collo apenas de 3 centimetros de diametro.

Tentou-se a dilatação do collo, que não poude ser levada a effeito, porque durante os preparativos sobreveio-lhe uma abundante hemorrhagia; e como se não pudesse realizar a dilatação, deliberou o Ex.^{mo} Snr. Dr. Candido Pinho, visto a constituição robusta da mulher, fazer uma ceareana conservadora, que foi realisada 3 horas depois d'aquella intervenção, tempo preciso para arranjar todo o material necessario á operação.

Extrahiui-se uma creança viva e em seguida a placenta; dentro em breve a parturiente e a creança sahiram do hospital em bom estado.

Observação III

Observação do Dr. Boissard (chefe de clinica obstetrica de Bandelocque)

P. . . , grávida pela quarta vez, dez dias antes da sua entrada na maternidade, foi acommettida d'uma primeira hemorragia bastante grave; apesar d'isto, para resolver apresentar-se no hospital, foi preciso que tivesse uma segunda hemorragia.

Exame. — Creança viva, apresentação de vertice O. I. D. T., cabeça movel ao nivel do estreito superior; contracções dolorosas, collo longo, orificio permeavel, deixando attingir as membranas e uma porção dos cotyledons, sentir d'este lado, atravez do orificio uterino, um engrossamento consideravel do segmento inferior; apesar das injecções quentes, a hemorragia continuou.

Após a abertura das membranas com um fura-membranas, e laceração larga com os dedos, a hemorragia parou não se reproduzindo mais.

As primeiras dôres appareceram duas horas depois da laceração das membranas e, decorridas cinco horas, a dilatação tinha-se effectuado; a expulsão foi rapida e espontanea, uma hora depois da dilatação completa; creança viva do sexo masculino.

A dequitação espontanea realisou-se uma hora depois, da expulsão do feto, sem hemorragia.

Observação IV

(M.elle Bertha)

G...., grávida pela nona vez, deu entrada na clinica de Baudelocque a 23-3-1890.

As oito crianças que teve foram de termo, nasceram espontaneamente e vivas.

No oitavo mez da sua gravidez, quatro semanas antes da entrada no hospital, teve a primeira hemorragia bastante consideravel que parou sob a influencia do repouso; sem causa apreciavel, a 22 de março, uma nova perda de sangue teve lugar; assustada, a parturiente deitou-se e mandou chamar uma parteira, que, em face d'este accidente, não acceitou a responsabilidade do parto, aconselhando-a a entrar no hospital.

Á sua chegada, constatou-se que a parturiente estava pallida devido á grande quantidade de sangue já perdida e trazia a roupa ensanguentada.

A palpação nenhuns ensinamentos forneceu, por causa da tensão permanente do útero.

A auscultação permittiu perceber os ruidos do coração fetal, abaixo do umbigo e á direita da linha branca.

Praticando o toque, encontrou-se na vagina coagulos sanguineos e verificou-se que o collo já estava apagado, attingindo-se a extremidade cephalica; as membranas estavam rôtas.

Como a mulher continuasse a perder algum sangue, deram-se irrigações quentes.

O parto effectuou-se expontaneamente, meia hora depois da expulsão do feto vivo, constatando-se que a placenta começava a descer, apresentando-se por um dos seus bordos; houve hemorragia n'este momento e apressou-se a dequitação com tracções sobre o cordão e expressão uterina; a ruptura das membranas fez-se no bordo da placenta, sendo uma parte d'esta arrastada pelo movimento de descida da cabeça, o que explica a persistencia do escoamento sanguineo durante o trabalho.

Após a dequitação deu-se uma irrigação quente intra-uterina, retrahindo-se este e cessando a hemorragia.

Sahi um mez depois em bom estado, com o seu filho.

Resumo do tratamento

O tratamento pôde ser dividido em duas partes:

- 1.º Tratamento medico.
- 2.º Tratamento obstetrico propriamente dito.

I. — Tratamento medico

Ha dois casos a considerar: ou a hemorrhagia é pouco abundante, ou a hemorrhagia é grave.

HEMORRHAGIA POUCA ABUNDANTE. — Repouso absoluto no leito, em decubito horisontal obrigatorio e prolongado, cabeça baixa. Prohibir os movimentos, os esforços, etc.

Como medicaçãõ: bebidas aciduladas, opio em clysteres laudanisados, muitas vezes por dia, ou em injeccões hypodermicas de chlorydrato de morphina.

Animar a doente, mas prevenir a familia de que a hemorragia pôde reaparecer d'um momento para o outro e que a mulher corre grave perigo se o escoamento de sangue se reproduzir e, sobretudo, se não fôr soccorrida a tempo.

O parteiro apenas terá uma limitada confiança n'estes meios, que bastam em certas circumstancias; deverá sobretudo lembrar-se que em breve terá de lutar contra uma hemorragia mais abundante e pensar no methodo de tratamento applicavel ao caso.

HEMORRHAGIA GRAVE. — Convém saber o que quer dizer «hemorragia grave». Tudo é relativo: uma mulher saudavel, robusta, pôde perder uma grande quantidade de sangue sem ficar doente; não succede o mesmo a uma mulher de fraca constituição, que teve uma ou mais perdas mais ou menos abundantes; é evidente que para esta ultima um só escoamento de sangue, embora ligeiro, pôde considerar-se uma «hemorragia grave».

Qualquer que seja o caso, deve-se ensaiar as injecções d'agua fervida a 48°. Têm a dupla vantagem de limpar o canal vaginal, e de dar, parando ou diminuindo a hemorragia, o tempo preciso para fazer o diagnostico; mas devemos ficar de sobreaviso, visto a sua insufficiencia, para recorrermos ao tratamento obstetrico.

II. — Tratamento obstetrico

Diremos, com a maior parte dos auctores que tem a experiencia que nos falta: Não se deve adoptar um

único methodo no tratamento da placenta viciosamente inserida, mas guiar-se segundo as circumstancias, e ás vezes empregar tal methodo porque se não pôde fazer outra coisa.

Tomemos um caso, felizmente raro: inserção prévia total, hemorragia grave n'uma primipara em que o collo não é permeavel; empregar o tãpão, tomando tôdas as precauções para o tornar aseptico e efficaz, conservá-lo o menos tempo possível e retirá-lo desde que se possa recorrer a outro methodo sem haver perigo, eis o que nos parece preferivel. Se a mulher estivesse nas condições exigidas para uma cesariana seria esta que deveriamos praticar.

Se a placenta fôr marginal, a cabeça encravada, o trabalho bem declarado, e a mulher muito enfraquecida, devemos n'estas circumstancias romper largamente as membranas.

No caso de a hemorragia ser abundante, tornando-se, portanto, preciso terminar rapidamente o parto, devemos praticar a manobra de Braxton Hicks, que offerece garantias e vantagens sufficientes: quer dizer — para a hemorragia e regula a extracção do feto segundo as circumstancias.

Tal é a conducta que nos parece mais racional, e que não hesitaremos em seguir; e, para terminar este pequeno estudo, diremos:

Se em 1844, J. Y. Simpson disse que a inserção viciosa da placenta era para as mulheres de parto um tamanho flagello como a colera e a febre amarella para a especie humana em geral; hoje podemos affirmar que esta comparação é exagerada.

Certamente os perigos para a mulher são tanto para

temer como no passado; ha sempre casos contra os quaes os melhores methodos são impotentes; mas, convém saber, que o parteiro não está desarmado—tem á sua disposição meios que, applicados a proposito e a tempo, triumpharão onde outr'ora tudo parecia perdido.

Conclusões

1.^a A placenta insere-se muitas mais vezes do que se julgava sobre o segmento inferior do utero.

2.^a A inserção viciosa da placenta sobre o segmento inferior do utero é, provavelmente, a causa mais frequente da ruptura espontanea e prematura das membranas.

3.^a As hemorragias produzem-se segundo dois mecanismos differentes:

a. — As da gravidez e do inicio do trabalho são devidas ao descollamento d'uma porção da placenta por tracções do chorion.

b. — As do trabalho, após a ruptura das membranas, são devidas ao descollamento da placenta, de que uma porção é arrastada pela pressão directa da região fetal, durante a descida.

4.^a D'onde resultam dois methodos de tratamento diferentes:

a.— Durante a gravidez e no inicio do trabalho—laceração larga das membranas, estando o feto collocado longitudinalmente.

b.— Após a laceração das membranas, se ha hemorragia durante o trabalho, convém conduzir um pé para baixo, porque desvia a placenta e pára a hemorragia; além d'isso é um meio de terminar facilmente o parto.

5.^a Esta linha de conducta, que se approxima em certos pontos do methodo de Braxton Hicks, dá sensivelmente os mesmos resultados que este.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — Não ha anatomia normal.

Histologia. — D'uma boa fixação depende um bom exame histologico.

Physiologia. — A excitação electrica mediata do pavimento do 4.º ventriculo é o ultimo recurso a tentar, em caso de syncope respiratoria.

Pathologia geral. — Os efeitos da inneidade sobrelevam os de hereditariedade.

Anatomia pathologica. — Á benignidade anatomo-pathologica d'um tumor, corresponde por vezes uma malignidade clinica.

Pathologia externa. — Uma metrite hemorrhagica resistente a uma curetagem uterina bem feita, póde exigir uma hysterectomia.

Materia medica. — Não deve empregar-se o iodeto de potassio na arterio-sclerose.

Pathologia interna. — A cura das affecções do aparelho digestivo depende mais d'uma boa dietetica, do que do uso de medicamentos.

Operações. — Na laparotomia, a incisão de Pfannenstiel é a que melhor evita uma eventracção.

Hygiene. — *Mens sana in corpore sano.*

Partos. — Em caso de ruptura do collo, antes de terminada a sua dilataçào, póde haver indicaçào de laquear as arterias uterinas.

Medicina legal. — A deontologia é por vezes impraticavel.

Visto.

Póde imprimir-se.

Luis Viegas,
Presidente.

E. Blandão,
Director interino.

ERRATAS

Pag.	Linhas	Onde se lê	Leia-se
15	6	Aranzins	Aranzius
"	"	Banhin	Bauhin
17	3	A lateral	A lateral propriamente dita
21	3	graves	geraes
22	20	muitas o	muitas vezes o
28	24	tem physionomia	tem uma physionomia
36	7	Stolta	Stoltz
"	29	tracções.	tracções da placenta,
39	7	regularidade	irregularidade
45	19	movimento deverá	movimento de expansão deverá
46	3	chorian	chorion
49	10	colpeunrynter	colpeurynter
66	"	Oberman	Obermann
"	15	medicação	indicação
77	8	quanto	quando
85	3	Bandelocque	Baudelocque