

VII

Angelo Ferreira Leite

BREVES CONSIDERAÇÕES

SOBRE A

INSERÇÃO VICIOSA DA PLACENTA

5 OBSERVAÇÕES

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

Apresentada à

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Julho de 1919

174/7 F44



IMPRENSA NACIONAL
DE JAIME VASCONCELOS
204, Rua José Falcão, 206
PORTO

BREVES CONSIDERAÇÕES

SOBRE A

INSERÇÃO VICIOSA DA PLACENTA

Angelo Ferreira Leite

BREVES CONSIDERAÇÕES

SOBRE A

INSERÇÃO VICIOSA DA PLACENTA

5 OBSERVAÇÕES

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

Apresentada à

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Julho de 1919



IMPrensa NACIONAL
DE JAIME VASCONCELOS
204, Rua José Falcão, 206
PORTO

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Augusto Henriques de Almeida Brandão	Anatomia patológica.
Vaga	Clínica e policlínica obstétricas.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos	História da medicina. Deontologia médica.
João Lopes da Silva Martins Júnior	Higiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar	Patologia geral.
Carlos Alberto de Lima	Patologia e terapêutica cirúrgicas.
Luís de Freitas Viegas	Dermatologia e sifilografia.
Vaga	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães	Terapêutica geral. Hidrologia médica.
António Joaquim de Sousa Júnior	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Tiago Augusto de Almeida	Clínica e policlínica médicas.
Joaquim Alberto Pires de Lima	Anatomia descritiva.
José de Oliveira Lima	Farmacologia.
Álvaro Teixeira Bastos	Clínica e policlínica cirúrgicas.
António de Sousa Magalhães e Lemos	Psiquiatria e Psiquiatria forense.
Manuel Lourenço Gomes	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar	Histologia e Embriologia.
António de Almeida Garrett	Fisiologia geral e especial.
Alfredo da Rocha Pereira	Patologia e terapêutica médicas.
Vaga	Clínica das doenças infecciosas.

Professores Jubilados

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

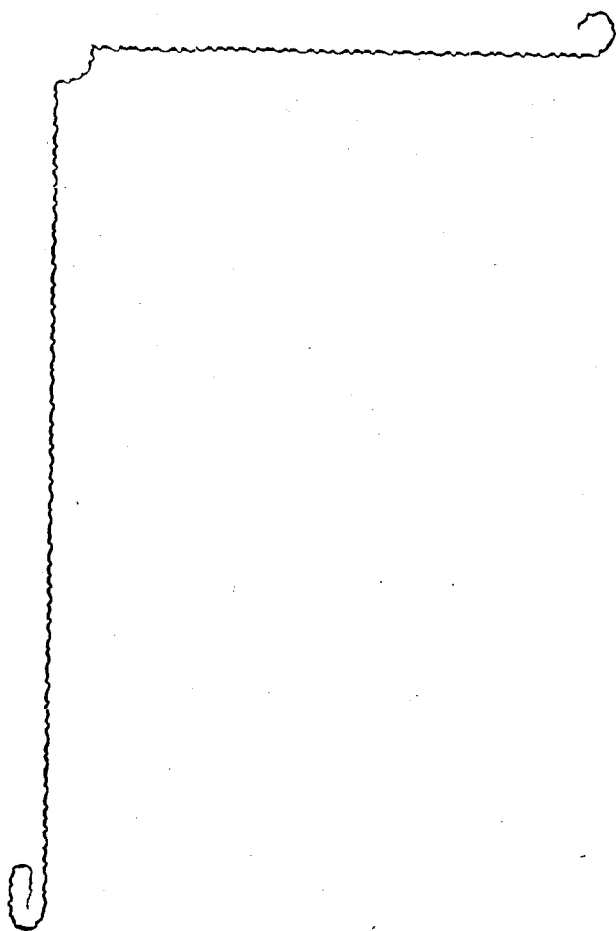
A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Faculdade de 23 de Abril de 1840, art.º 155).

À memória de meus Pais

À memória de meus Avós

À memória de meu Cunhado



Duas palavras

O assunto que escolhi não é novo em obstetrícia; muito há escrito sobre êle. Entretanto, julguei-o interessante e eis porque o apresento para DEFESA DE TESE.

É certamente mal urdida, muito deficiente e as observações, algumas pelo menos, bastante incompletas. Mas, a quem para mais não chegou a competência, confio em que o júri que houver de ser juiz, conceda a benevolência que tal trabalho requiere.

Dividi êste meu trabalho em duas partes. A primeira nos seguintes capítulos:

Cap. I — DEFINIÇÃO. — VARIEDADES E FREQUÊNCIA. — ETIOLOGIA.

Cap. II — ANATOMIA PATOLÓGICA.

Cap. III — SINTOMATOLOGIA.

Cap. IV — DIAGNÓSTICO. — PROGNÓSTICO.

Cap. V — TRATAMENTO.

*Na segunda parte apresento as OBSERVA-
ÇÕES.*

*Aqui deixo consignado ao Sr. Prof. Teixeira
Bastos o meu reconhecimento por me haver hon-
rado, aceitando a presidência da minha defesa
de tese e pelas facilidades que me facultou, para
a busca de algumas observações.*

PRIMEIRA PARTE

CAPÍTULO I

Definição. — Variedades. — Frequência. — Etiologia.

I DEFINIÇÃO. — Por *placenta prévia* deve entender-se a inserção da placenta sobre o segmento inferior do útero.

Não é rigorosa a expressão, pois que só em um número limitado de casos é que ela seria verdadeira. Efectivamente, só no caso em que a placenta estivesse sobre o *caminho* que o feto tem a percorrer, corresponderia a expressão *placenta prévia* ao seu verdadeiro significado. Mas em medicina, as palavras deixam muitas vezes de ter a sua verdadeira significação, para tomar aquela que o uso lhes consagrou.

Contudo, *placenta prévia* emprega-se correntemente em obstetrícia e aqui a empregarei indiferentemente com as expressões, aliás vulga-

res e mais rigorosas -- *inserção baixa da placenta* e *inserção viciosa da placenta*.

Alguns autores, para significar a *inserção baixa da placenta*, empregam uma expressão como sendo sinónima daquela, embora de rigor científico, nada tenha.

Fabre, para designar a inserção baixa da placenta, diz — *placenta prévia ou hemorragia dos três últimos meses*. Ora esta denominação não corresponde à verdade, porque sendo efectivamente mais frequente as hemorragias nos três últimos meses da gravidez, é verdade também que as hemorragias em alguns casos só aparecem durante o trabalho, como em outros se mostram logo no decorrer dos primeiros meses.

Se num útero a termo dividíssemos a cavidade uterina em três zonas, é a zona inferior aquela que corresponde ao segmento inferior do útero, e sobre a qual se faz a inserção baixa ou viciosa da placenta. Chama-se também *zona perigosa de Barnes*.

O útero, aqui, não tem precisamente a mesma constituição anatómica que nas duas zonas superiores: ao nível do seu limite superior as fibras musculares são menos aderentes entre si:

encontra-se aí uma veia, a veia circular, que é às vezes causa de hemorragias; externamente o peritoneu que forra o útero deixa este órgão para se lançar sobre os órgãos vizinhos. A partir daí tem a parede uterina uma menor espessura.

II VARIEDADES.—A inserção baixa da placenta pode fazer-se de vários modos, em relação ao orifício uterino. Daí outras tantas variedades de placenta prévia, que afinal se resumem em quatro. Vejamos quais são: A placenta, ao inserir-se no segmento inferior, pode recobrir o orifício do útero e corresponder-lhe pelo seu centro e dá a variedade—*central ou total* ou por qualquer dos seus lóbulos a variedade *parcial*.

Se a placenta não recobre o orifício uterino e apenas o seu bordo aflora êsse orifício, variedade—*marginal*; mas se o bordo placentário fica a uma certa distância dêsse orifício teremos a variedade—*lateral*.

Esta distância não vai além do limite do segmento inferior (10 centímetros para Pinard, 7,5 centímetros para Barnes), por que em tal caso a inserção deixaria de ser baixa ou viciosa.

III FREQUÊNCIA. — Estuda-la hei em relação ao número de mulheres grávidas, depois nas múltiparas e primíparas e finalmente a frequência de cada variedade.

a) *Frequência em relação ao número de mulheres grávidas.*

Anatômicamente é bastante frequente a placenta prévia. Contudo, as estatísticas dos vários autores não estão de acordo, talvez porque alguns não entrassem em linha de conta com os casos em que não havia hemorragia. Citarei as estatísticas de três autores e por elas se verá as suas divergências:

Pinard	28,12 %
Magiar	57,52 %
Spindler	79,36 %

b) *Frequência nas múltiparas e primíparas.*

Nas múltiparas a inserção viciosa é mais frequente que nas primíparas. Veremos adiante, quando tratarmos da etiologia, a razão disto.

c) *Frequência de cada variedade.*

De todas, a mais frequente, é a variedade lateral. À medida que a placenta se aproxima

da variedade central, a sua freqüência vai diminuindo e esta última é muito rara, chegando mesmo alguns autores a negá-la.

IV ETIOLOGIA.—Sôbre a etiologia da inserção viciosa da placenta nada se sabe de positivo.

Parece ser mais freqüente nas múltíparas que nas primíparas, como o provam as estatísticas.

E. Silveira encontrou 80 % sôbre múltíparas e 20 % sôbre primíparas, em 100 inserções viciosas.

Explicou-se esta freqüência nas múltíparas dizendo que o útero é mais largo, as paredes mais flácidas, e em que o ôvo fecundado deslisaria mais fácilmente para o segmento inferior.

Pinard invocava a trepidação dos veículos.

Inglebert cita uma anomalia da trompa, como causa de inserção viciosa: a abertura das trompas na parte inferior do útero, onde, depois, se desenvolveria o ôvo.

CAPÍTULO II

Anatomia patológica

A placenta viciosamente inserida é menos desenvolvida que a placenta que se insere normalmente.

É menos pesada, menos espessa, mas, pelo contrário, tem maior extensão que a placenta normal — ganhou em superfície o que perdeu em espessura.

A diminuição de espessura, em certos pontos, é tão acentuada que chegamos a ver as membranas por transparência.

As vilosidades, tendo-se desenvolvido sobre uma caduca mal alimentada, chegaram à formação de cotilédones atrofiados em diversos graus, o que dá à placenta uma forma irregular.

As membranas são mais espessas, irregulares, rugosas.

Estes caracteres serão tanto mais marcados quanto maior fôr a porção de placenta que se insere sôbre o segmento inferior.

O tecido placentário pode apresentar alterações: degenerescência fibrosa, focos hemorrágicos, etc.

Sôbre a face uterina aparecem três zonas de coloração diferente: Uma central correspondente ao orifício uterino, pálida, amarelada; outra intermédia, avermelhada; e uma terceira, periférica, mais clara.

A placenta pode inserir-se sôbre qualquer das paredes do segmento inferior do útero, mas mais freqüentemente faz a sua inserção sôbre a parede posterior.

A êste nível a parede uterina é muito frágil, sendo uma predisposição, portanto, para a laceração do segmento.

O *cordão* insere-se freqüentes vezes ao nível do bordo da placenta; algumas vezes a sua inserção é velamentosa, o que facilita a proci-dência do cordão.

CAPÍTULO III

Sintomatologia

Para maior facilidade do estudo e da exposição, estudarei os sintomas da placenta prévia em dois parágrafos: Durante a gravidez e durante o trabalho.

a) Durante a gravidez. Muitas vezes, durante a gravidez, passa-nos despercebida a inserção viciosa da placenta e é só ao examinar a placenta depois da dequitação, que verificamos a rutura das membranas muito perto do bordo placentário, o que nos serve para fazer o diagnóstico retrospectivo.

A inserção viciosa da placenta pode dar lugar a quatro ordens de factos: *Hemorragias, rutura prematura das membranas, apresentação viciosa do feto e expulsão prematura do ôvo.*

O sintoma capital, por ser o mais freqüente e aquele, por assim dizer, em que se baseia o prognóstico, é a *hemorragia*. Ora esta hemorragia tem caracteres especiais. "É geralmente em plena saúde, sem causa aparente e sem a menor dor, algumas vezes durante o sono, que a hemorragia se produz. A mulher sente-se molhada por um líquido quente e nota que as suas roupas estão manchadas de sangue. A perda é constituída por sangue vermelho, líquido que se escôa facilmente. Ao fim de algumas horas ou de alguns dias, pára completamente e a mulher retoma as suas ocupações. É, com efeito, de regra que a primeira hemorragia seja pouco abundante. Mas, infelizmente, produzem-se recidivas. Ao fim de algumas semanas sobreveem nova hemorragia mais forte que a primeira, uma terceira, com intervalo mais aproximado, hemorragias que deixam a mulher num estado de anemia grave. A mulher pode assim sucumbir depois duma última perda, às vezes pouco abundante. Logo, *hemorragia indolor, constituída por sangue líquido e recidivante com intervalos de cada vez mais aproximados*, eis os principais caracteres da hemorragia por inserção viciosa..

Estas hemorragias nem sempre tem o carácter recidivante; casos há em que a hemorragia é única e só reaparece durante o trabalho. Diz Brindeau que ela pode faltar completamente, até nos casos de *placenta prévia central* e acrescenta ter observado pessoalmente alguns casos. Creio que estes casos devem ser muito raros, e tanto mais raros quanto a variedade de placenta prévia mais se aproximar da variedade *central*.

A época da gravidez, em que mais frequentemente aparecem as hemorragias, é no decurso dos três últimos meses. Raras vezes aparecem antes dêste período e tanto menos vezes quanto mais nos aproximamos do comêço da gravidez. Pelo contrário, são tanto mais frequentes quanto a gravidez mais se aproxima do seu termo.

A *rutura prematura das membranas* e o *parto prematuro* são frequentes na placenta prévia. Na variedade lateral, a mais frequente como vimos, esta rutura das membranas faz cessar a hemorragia, de que era causa. Pinard ligava grande importância à rutura prematura das membranas e diz, em 147 casos de rutura

prematura das membranas, ter encontrado 105 vezes a placenta prévia.

São freqüentes, na inserção viciosa da placenta, *as apresentações viciosas*.

Com efeito, a placenta, ocupando uma parte do segmento inferior do útero, impede a adaptação da parte fetal que se apresenta; a mobilidade que a criança tem, vem provocar tais apresentações. Em 1146 casos, encontrou Müller: 767 apresentações de vértice, 107 de pelve e 227 de espádua.

A *palpação* pode fornecer-nos alguns dados. Havendo inserção baixa da placenta poderemos verificar a massa placentária na parte correspondente do segmento inferior: se a placenta está adiante sentiríamos a cabeça separada da mão que palpa, por uma certa espessura de tecido; se está inserida atrás, sentiríamos a cabeça impelida para diante e separada do promontório por uma massa mole, a placenta. Êste processo, porém, pouco nos poderia auxiliar.

O *toque* poder-nos-ia fornecer sinais de certeza. Se, com efeito, o dedo ou dedos exploradores encontrassem sôbre o orifício do colo

ou nas vizinhanças dêste orifício a massa placentária, poderíamos não só reconhecer a placenta prévia, mas até a variedade de que se tratava.

O toque mostra-nos ainda a cabeça muito móvel, se a apresentação é de vértice; se a gravidez não está ainda a termo, em vez do balanço fetal nítido, sentimo-lo diminuído; temos a sensação de ser mais espesso o segmento inferior, visto a cabeça estar separada do dedo que palpa, pela placenta. O colo muitas vezes está desviado para o lado em que se apresenta a placenta, por outra porção do segmento inferior ser menos extensível que a parte restante.

b) Durante o trabalho. Aqui ainda o grande sintoma é a hemorragia e com os mesmos caracteres — sangue vermelho, líquido — que pode correr em grande abundância.

Veremos adiante, que estes caracteres têm certa importância no diagnóstico.

Durante as contracções uterinas a hemorragia aumenta se as membranas estiverem intactas, se, pelo contrário, já estão rôtas e a apresentação adaptada, esta, actuando como um tampão que comprime o segmento inferior, em geral fá-la cessar.

A hemorragia, durante o trabalho, não segue sempre a mesma marcha: é umas vezes contínua e até com exacerbações, outras vezes pára durante algumas horas, para reaparecer de novo.

Os casos mais freqüentes de hemorragia, são na *placenta prévia central*, porque, em consequência da distensão do segmento inferior, a superfície de inserção da placenta está duplicada.

Duma maneira geral, poderemos dizer que as hemorragias aumentam em freqüência e em gravidade, à medida que a variedade mais se aproxima da *central*.

Contudo, Bar afirma que a hemorragia nem sempre aparece, até *em casos de placenta total*.

O *toque* pode fornecer-nos elementos de valor. Poderemos notar o colo uterino desviado e o seu orifício com bordos espessos.

A introdução do dedo no colo poderá revelar-nos a presença das membranas, espessas, rugosas ou até mesmo da placenta, nas variedades *central* ou *parcial*; nas duas outras variedades poderíamos alcançar o bôrdo placentário.

Se percorrermos a superfície da placenta

com o dedo, notaremos uma porção maior ou menor descolada. Êste exame, porém, deve ser feito com cuidado para não irmos aumentar o descolamento.

Esta parte da placenta descolada, em alguns casos, deslisa e vem encravar-se no colo, onde aparece, à frente ou aos lados da parte fetal que se apresenta.



A marcha do parto varia, conforme se trata de primípara ou múltipara.

Nesta última em geral o parto é mais rápido, porque o colo e o segmento inferior do útero estão amolecidos, flácidos já, dos partos anteriores, ao passo que nas primíparas a dilatação se faz mais lentamente, prematura a ruptura das membranas a adaptação tardia; há quasi sempre inércia uterina, por trabalho prolongado.

Depois da expulsão do feto as hemorragias quasi sempre cessam.

Contudo, algumas vezes, a mulher continua a perder sangue por inércia do segmento

inferior, além dos casos em que haja laceração dêste segmento.

*
* *

As hemorragias que sobreveem, por inserção viciosa da placenta, têm-se explicado por várias teorias, ou antes o mecanismo por que elas se produzem, porque todos os autores estão de acôrdo que elas resultam dum descolamento da placenta.

¿ Mas qual é o mecanismo porque se chega a êste descolamento?

É aqui que começam as divergências; entra-se no campo da hipótese e é assim que surgem as seguintes teorias:

Distensão do segmento inferior.—Jacquemier tentou explicar a hemorragia da placenta viciosamente inserida, pela discordância entre o desenvolvimento do segmento nos três últimos meses e o da placenta. Não podendo esta acompanhar aquele no seu desenvolvimento, resultaria daí o descolamento da placenta, a rutura dos vasos útero-placentários, que seriam a causa da hemorragia.

Barnes, pelo contrário, julgava ser a placenta que se desenvolvia muito rapidamente, destacando-se das suas inserções uterinas; além disso entrava em linha de conta com a *hiperemia periódica da placenta*, correspondendo aos períodos menstruais.

Teoria do deslissamento.—Schroeder explica o facto dêste modo: as contracções tão frequentes nos três últimos meses, ao mesmo tempo que puxam para cima as paredes do segmento inferior, tendem a levar o ôvo para baixo, havendo, portanto, um deslissamento dum sôbre o outro. A placenta tendo-se inserido sôbre o segmento inferior, faria parte do polo inferior do ôvo e seria arrastada nesse deslissamento, donde o descolar-se.

Teoria das tracções exercidas sôbre as membranas.—Foi Pinard quem emitiu esta teoria.

Segundo êle, o mecanismo seria o seguinte:

Se a inserção da placenta é normal, a porção das membranas correspondente ao orifício uterino fica muito afastada da placenta, de modo que as tracções ao nível dêsse orifício reparam-se numa grande extensão das membranas,

e não produzem descolamento; sendo a inserção viciosa fica apenas uma pequena porção de membrana, entre o bôrdô placentário e o orifício uterino, com a sua extensibilidade menos reduzida e aumentando a pressão pode dar-se a rutura das membranas ou se são muito resistentes o descolamento da placenta.

São estas as principais teorias sôbre o mecanismo das hemorragias; vejamos agora donde vem o sangue.

Para Levret, vem em igual quantidade da placenta e da parede uterina; Raulins e Simpson julgam que vem da porção da placenta descolada.

Hoje admite-se, geralmente, que provem dos seios uterinos abertos ao nível da separação da placenta e da parede uterina.

Uma causa de hemorragia placentária é a rutura do *seio circular ou coronário* que existe ao nível do bôrdô da placenta.

CAPÍTULO IV

Diagnóstico — Prognóstico

Diagnóstico.—Devemos firmar o diagnóstico sôbre os seguintes elementos: Hemorragia, aspecto do sangue perdido, época da sua aparição e modo como appareceu. Estes caracteres já foram descritos no capítulo anterior.

A rutura das membranas e o parto prematuro são também de certo valor.

O toque pode dar-nos a prova ríal do diagnóstico, quando se tem encontrado a placenta.

As hemorragias que sobrevêm durante o parto ou nos últimos meses da gravidez, devem fazer-nos suspeitar da inserção viciosa da placenta. Os seus caracteres muito nos dizem e por vezes é o bastante para se fazer o diagnóstico.

A hemorragia podia, ainda, ser produzida por outras causas que passo a expôr.

Um *traumatismo* poderia produzir uma hemorragia, o que não seria difícil de averiguar;

as *lacerações de varizes genitais*, que podíamos verificar pelo exame da doente;

o *descolamento da placenta normalmente inserida*, diferenciá-la-íamos da *inserção viciosa* porque no descolamento da placenta o útero é tenso, doloroso, tetanizado, a hemorragia é sobretudo interna, o sangue que sai é descòrado ou escuro e com coágulos. Na inserção viciosa o sangue é líquido, vermelho e recidivante a hemorragia, com pequenos intervallos, é principalmente externa, não há aquela dureza do útero e aqui pode perceber-se os sons do coração fetal, ao passo que o feto, no descolamento da placenta, está morto;

a *endometrite hemorrágica*, que é às vezes causa de inserção viciosa da placenta, produz ainda hemorragias, mas estas começam nos primeiros meses e o útero é doloroso, e um corrimento seroso vem no intervalo destas hemorragias;

a *mola hidatiforme*, também produz hemor-

ragias, mas aparecem também no comêço da gravidez e o útero é muito volumoso em relação à idade da gravidez.

O diagnóstico da variedade, quando não tenha sido possível fazê-lo pelo toque, fá-lo-emos depois do parto pelo exame da placenta.

Prognóstico.— O prognóstico diz respeito à mãe e ao filho.

Prognóstico materno.— Depende de vários factores:

do momento em que aparece a primeira hemorragia;

da variedade de inserção da placenta;

da resistência do orifício uterino à dilatação;

da intensidade das contracções uterinas;

da apresentação;

da morte do feto.

Quanto mais cedo aparece a hemorragia, mais sombrio é o prognóstico, porque, em geral, o escoamento sangüíneo é tanto mais precoce quanto o centro da placenta é mais visinho do orifício uterino. Estas hemorragias são

tanto mais graves quanto mais central fôr a variedade, assim como se tornam mais benignas se o feto estiver morto, porque diminui a intensidade da circulação útero-placentária, além de podermos terminar o parto mais rapidamente.

É nas hemorragias, principalmente, que está a chave do prognóstico materno, pela sua abundância e pela repetição durante a gravidez.

Numa múltipara, de colo flácido, dilatando-se facilmente, são maiores as probabilidades de terminar o parto mais rapidamente, e portanto de subtrair a mulher a uma hemorragia prolongada; enquanto que numa primípara com o colo rígido ou numa múltipara de colo resistente é maior a gravidade.

Bayer diz que as mulheres que perderam sangue durante a gravidez, correm menor risco de morrer de hemorragia durante o parto, do que aquelas que, pela primeira vez, tiveram uma hemorragia nessa ocasião.

Explica isto, dizendo que o segmento inferior se lacera mais facilmente quando não foi dilatado durante a gravidez.

As hemorragias, sucedendo-se numa mu-

lher de cada vez mais anemiada, levam-na a um estado de debilidade tal, que uma pequena perda durante o parto ou a dequitação pode ser fatal.

É a anemia aguda, a principal causa de morte na inserção viciosa da placenta, fora de qualquer complicação.

A morte pode sobrevir ainda, por síncope durante um pequeno deslocamento, ou por evacuação muito rápida do útero.

Algumas complicações, por vezes, se juntam à inserção viciosa e que dela são consequência.

Em primeiro lugar vem a infecção.

Seria, para Bar, a principal causa de morte.

Não admira que assim seja, porque o organismo, anemiado, defende-se mal, a ferida deixada pela placenta, encontrando-se muito perto do colo, infecta-se facilmente; além das manobras terapêuticas, que é preciso fazer-se para dominar a hemorragia e que podem levar a infecção.

Como complicação da infecção do útero sobreveem muitas vezes a *phlegmatia alba dolens*.

Prognóstico fetal. — Para o feto, o prognós-

tico é quási sempre grave. O descolamento da placenta, a procidência do cordão, ou as manobras que o feto sofreu durante o parto, são a causa da mortalidade fetal. Varia, segundo Brindeau, entre 30 e 70 %.

CAPÍTULO V

Tratamento

Tratamento profilático. — O desconhecimento das causas provocadoras da inserção viciosa da placenta inibe-nos de poder-se evitar que esta anomalia se produza.

Segundo o modo de ver de Pinard, deve a grávida coíbir-se a viajar nos primeiros tempos da sua gravidez, para evitar a trepidação dos veículos.

A endometrite, ou outra afecção, deveria ser tratada. E a isto ou pouco mais se resumiria o tratamento profilático da placenta prévia.

Tratamento curativo. — a) *Durante a gravidez.* — *Hemorragias ligeiras.* — A primeira medida a tomar é pôr a doente em repouso no leito e conservar na expectativa, se as hemorragias forem pouco abundantes e pouco fre-

quentes. Se a mulher já estiver anemiada podemos dar-lhe uma injeção de sôro fisiológico e até de morfina para acalmar a excitação uterina. Se a hemorragia toma caracteres alarmantes, procedemos como no caso seguinte:

Hemorragias graves.—Nêste caso temos de actuar inêrgicamente.

O *tamponamento vaginal*, propôsto por Leroux, é um processo em que os inconvenientes são maiores que as vantagens. Consiste em introduzir pelotas de algodão ou gaze esterilizadas na vagina, com o auxílio da valva, ou simplesmente com a ajuda dos dedos.

Enche-se a vagina com estas pelotas, a começar nos fundos de saco e aí se conserva durante dez ou doze horas.

Êste tamponamento é mantido por meio duma faxa em T.

Antes de fazer-se a introdução das pelotas teríamos feito a conveniente desinfecção da vulva e da vagina.

Os inconvenientes dêste método são os seguintes:—pouco eficaz, a hemorragia por vezes não cessa e chega mesmo o sangue a atravessar o tamponamento; ser doloroso; impedir a evacuação do reto e da bexiga; produzir ero-

sões da mucosa vaginal. Em certos casos é o único de que podemos lançar mão.

Provoca as contracções uterinas, vantajosas.

Os *processos que actuam sobre a placenta e as membranas* são mais vantajosos. A rutura artificial das membranas combinada à dilatação do colo constitui o *método de Puzos*. Com um dedo faz-se a dilatação do colo, com um perfurador (não deve ser ponteagudo) guiado pelo dedo perfuram-se as membranas. Pode ser um ramo da pinça de Hégard.

Se a placenta recobre o orifício uterino procure-se insinuar os dedos por sobre a parte descolada até encontrar as membranas e aí se perfuram.

Esta rutura das membranas provoca as contracções uterinas e deve fazer cessar as hemorragias; se as contracções se não produzissem poder-se-ia dar à doente um pouco de extracto de hipófise para as provocar.

Dos *processos que actuam sobre a placenta*, temos o *método de Simpson* e o *de Barnes*.

Aquele consiste no *descolamento total da placenta* e é empregado nas variedades total ou parcial. Deve usar-se apenas quando a pla-

centa esteja quási completamente descolada, e impeça a apresentação de descer.

O *método de Barnes* consiste no *descolamento parcial da placenta*. Com o médio e o indicador descola-se a placenta na parte correspondente ao segmento inferior; êste processo nem sempre dá resultado e para o tornar mais eficaz o autor faz a introdução dum balão no útero.

Os *processos que actuam por compressão do útero* são dois: os *balões intra-uterinos* e a *versão bi-polar* ou de *Braxton-Hicks*.

O primeiro balão que appareceu foi o de Miquel, que era constituído por uma bexiga de porco, mas foi dentro em breve pôsto de parte, pela dificuldade da assepsia.

Hoje o mais empregado é o de Champetier de Ribes, constituído por uma substância inextensível (seda e cautchou), de forma cónica. Há vários tamanhos.

O balão tem uma dupla acção: comprimindo o segmento inferior, donde sai o sangue e acelerando a dilatação do colo.

Deve ser colocado na cavidade ovular, o que implica a rutura das membranas, e deve ser aplicado quando só a rutura das membra-

nas não bastou para fazer cessar a hemorragia ou o trabalho se não declara.

A *versão por manobras externas e internas*, ou *versão de Braxton-Hicks* exige a dilatação do colo. Não estando êle dilatado, faz-se a sua dilatação gradual até passarem dois dedos, para se poder alcançar um dos pés, que nos servirá, segundo as manobras feitas interna e externamente, para puxar o membro respectivo até à vagina.

Estas manobras consistem no seguinte, depois da rutura das membranas: introduz-se dois dedos no colo, a outra mão colocada no abdómen, sobre o útero.

- Se os dedos atingem a cabeça fetal, empurra-se esta com as extremidades digitais, ao passo que a outra mão vai deprimindo a parede uterina, para dirigir para baixo a extremidade pélvica. Alcançado o pé, faz-se descer até à vulva. Actua assim como um tampão e é o suficiente para fazer cessar a hemorragia, ao mesmo tempo que vai dilatando o colo. Deve esperar-se que o parto se faça espontaneamente, e não exercer senão pequenas tracções sobre êste membro quando haja nova hemorragia.

Deve aplicar-se ainda este processo quando a ruptura das membranas não bastou para terminar a hemorragia, ou iniciar o trabalho.

A *evacuação rápida do útero*, não deve ser feita pelo processo antigo, praticado primeiro por Paré e Guillemeau em 1550, chamado *parto forçado*, pois que, além doutros inconvenientes, tem o de produzir laceração do colo. Consistia em introduzir a mão no útero, prender um pé e fazer a extracção do feto imediatamente.

Hoje emprega-se o *parto metódicamente rápido*. Começa por fazer-se a dilatação do colo pelo processo de Bonnaire, introduzindo primeiro um dedo, depois dois, três, quatro até se produzir a dilatação suficiente para permitir a entrada da mão. Nesta altura prende-se um pé, puxa-se e procede-se em seguida ao Braxton-Hicks.

Tratamento cirúrgico.—Emprega-se quando os meios obstétricos são inaplicáveis. A intervenção consiste na cesariana abdominal ou vaginal. Esta é menos empregada porque expõe às hemorragias e lacerações do segmento inferior.

Brindeau aconselha-a só no caso de o feto ser pequeno e a inserção da placenta posterior.

A cesariana abdominal permite esvaziar o útero sem ferir o segmento inferior.

A sua aplicação deve ser restrita aos casos de colo resistente, principalmente nas primíparas, na variedade total ou parcial não havendo infecção, porque nêste caso far-se-ia a operação de Porro.

b) *Durante o trabalho*.—Se a dilatação está completa ou quási completa termina-se o parto o mais rápidamente possível, fórceps ou versão; se o feto está morto faz-se a embriotomia, se não foi possível extraí-lo por outro processo.

Com a dilatação incompleta, rompem-se as membranas e se isto não bastar para sustar a hemorragia introduz-se o balão de Champetier de Ribes, para o substituir por outro mais volumoso quando tiver sido expulso, até a dilatação ser suficiente para fazer-se a versão ou a extracção a fórceps.

Se a placenta cobrir o orifício tentamos chegar até às membranas, pela parte descolada, de contrário, perfura-se a placenta, com o dedo

mesmo, e procura-se um pé para o abaixar; se o não encontramos introduz-se sem balão.

c) *Durante a dequitação.*—Tendo cessado a hemorragia espera-se pela dequitação espontânea, se esta se não dá, procede-se à dequitação artificial.

A par do tratamento obstétrico é quasi sempre necessário fazer o tratamento geral.

Êste tratamento deve ser dirigido principalmente à anemia em que a doente caiu, em virtude das hemorragias mais ou menos longas, que vinha sofrendo.

SEGUNDA PARTE

Observações

I

F. R., 30 anos, solteira, padeira.

ANTECEDENTES FAMILIARES. — Pais vivos, saúdáveis.

Tem seis irmãos todos saúdáveis.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Nada de importante.

ANTECEDENTES GENITAIS. — Teve 6 filhos, partos normais, excepto o 3.º precedido de hemorragias e prematuro (8 meses?)

Menstruada aos 14 anos; menstruações regulares, durando cinco dias.

ESTADO ACTUAL E HISTÓRIA. — Em 23-11-

915, no exercício da sua profissão, sentiu-se molhada com sangue; esta hemorragia parou espontaneamente e de noite repetiu-se, quando estava na cama, e continuou até entrar no hospital.

Última menstruação em março;
primeiros movimentos do feto em julho;
idade da gravidez 8 meses;
altura do útero 30 cm.

Inspeção.— Pigmentação da linha branca; cicatrículas, abdómen ovoide, fundo do útero sete dedos acima do umbigo.

Palpação.— Útero consistente, contracções uterinas indolores; cabeça na excavação, pelve no fundo do útero, dorso à direita.

Foco d'auscultação à direita, abaixo do umbigo, pulso fetal 140.

Toque.— Colo não dilatado, permitindo a entrada de um dedo; na parte lateral do orifício uterino palpava-se um corpo espesso e mole, a placenta.

Apresentação de vértice, direita anterior.

À chegada ao hospital irrigação quente de permanganato — cessou a hemorragia.

Reapareceu à noite tratando-se com irrigações quentes e injeções de ergotina.

Início do trabalho em 24, parto em 25.

Dequitação completa e espontânea, vinte minutos depois. Não houve acidentes.

Pêso da placenta 460 gr.; córion separado do âmniós com infiltração sangüínea; distância da rutura das membranas ao bôrdô placentário 8 cm.

Inserção baixa da placenta—v. marginal.

Curada à data da alta.

II

PESSOAL

M. R., casada, tecedeira, 39 anos.

Entrou na enfermaria de partos em 30 de Abril de 1917.

ANTECEDENTES GENITAIS.—Menstruada aos 14 anos; 9 partos de termo, normais; o 6.º nasceu morto; blenorragia aos 25 anos.

ANTECEDENTES EXTRA-GENITAIS.—Sarampo aos sete anos.

ANTECEDENTES FAMILIARES.—Nada de notável.

ESTADO ACTUAL E HISTÓRIA.—Três semanas antes de entrar no hospital teve uma he-

hemorragia pequena, renovando-se 15 dias depois e voltando a aparecer volvidos alguns dias; tornou-se diária e foi então que entrou no hospital.

Colo mole, dilatado do tamanho duma moeda de dez tostões; à esquerda, a poucos centímetros do orifício interno, sente-se a placenta; hemorragia constituída por sangue vermelho.

Idade da gravidez, 7 meses.

Primeiros movimentos do feto aos 4 meses e meio.

Altura do útero—dois dedos acima do umbigo.

Parto prematuro, dequitação espontânea, filho morto.

Inserção baixa da placenta—v. lateral.

III

M. C. M., solteira, 33 anos, empregada do hospital.

ESTADO GERAL E HISTÓRIA.—À data da observação, em 1914, anemia profunda, palidez, pulso pequeno, 108 pulsações por minuto, suores frios, língua sêca, sede intensa, tendência para a síncope, respondendo com palavras pronunciadas com dificuldade. Não permitiu êste estado fazer o interrogatório completo. Foi possível saber o seguinte: grávida de oito meses, última menstruação em julho, a 6; nos últimos 15 dias de janeiro teve algumas hemorragias, pouco intensas e cessando espontaneamente. Uma manhã acordou alagada em sangue, conservou-se na cama e a hemorragia

cedeu. Em 6 de Janeiro (esta observação foi feita em Fevereiro) nova hemorragia que diminuiu com irrigações quentes e injeções de ergotina, e assim esteve até 8 de Fevereiro; dilatação do tamanho de uma moeda de dez tostões, apresentação de vértice e sensação da placenta.

Foi-lhe feita a rutura das membranas, dilatação do colo pelo processo de Bonnaire e parto metódicamente rápido.

Inserção viciosa da placenta—v. marginal.

Faleceu às nove horas da noite.

IV

PESSOAL

A. F., casada, 24 anos de idade.

Entrou na enfermaria de partos em 16 de Junho de 1919.

ANTECEDENTES GENITAIS. — Teve dois filhos e um abôrto; êste foi provocado por um traumatismo, numa rixa com outra mulher.

Os outros dois partos correram sem incidentes, bem como a gravidez.

Um morreu aos seis anos, de varíola, e o outro com um ano, por ataques, cuja natureza a mãe não soube precisar.

ANTECEDENTES EXTRA-GENITAIS. — Teve gripe o ano passado, que lhe deixou muita tosse;

até aí era pouco saudável. Nunca teve qualquer doença dos órgãos genitais.

ANTECEDENTES FAMILIARES.— Mãe saudável, viva ainda, teve uma pneumonia há muitos anos; o pai, que era cocheiro e saudável também, morreu de um coice de um cavalo.

O marido teve uma adenite, ao que parece de origem extra-genital.

*

*

*

Verificado o estado de gravidez (7 meses e meio) nesta doente, passemos ao seu estudo.

HISTÓRIA DA DOENÇA.— Contou a doente o seguinte:

Em 15 de junho, estando a fazer o jantar, sentiu correr um líquido quente e verificando, viu que já havia no chão uma certa quantidade de sangue; esta hemorragia, que se deu cêrca da 1 hora da tarde, foi de pouca duração e pouco abundante.

Cêrca das 7 horas voltou a repetir-se a hemorragia, com os mesmos caracteres.

Pelas 11 horas da noite volta a aparecer-lhe a hemorragia, mas desta vez muito mais intensa e de muito maior duração. Com uma irrigação quente não passou, até que no dia seguinte de manhã entrou na enfermaria de partos, tendo-lhe só nessa altura cessado a hemorragia.

O sangue destas perdas era líquido, vermelho. Estas perdas deixaram a mulher um tanto anemiada.

Observação.—1.º exame, em 16.

Palpação.—Fundo do útero dois dedos de través acima do umbigo; pequenas partes fetais à esquerda, dórso à direita; cabeça balouçava no estreito superior; *fóco de auscultação* no têrço superior da linha umbílico-pectínea.

Toque.—Colo entre-aberto, permeável a dois dedos; segmento inferior não formado; apresentação de vértice (O. I. D. A.).

2.º exame, em 18.—A *palpação* e a *auscultação* nada revelaram de novo.

Toque.—Cabeça na excavação; colo em via de extinção, voltado para traz, mole, dilatação pouco maior que uma moeda de 50 cent.

3.º exame, em 20:

Palpação—pequenas partes fetais à direita,

dôrso à esquerda; fundo do útero dois dedos acima do umbigo.

Toque.— Mobilidade da cabeça; colo atrás, pouco extinto.

*
* *
*

Pediú alta em 20, com ameaça de parto prematuro e muito provavelmente causado por uma variedade lateral de placenta prévia.

V

E. M., 22 anos, solteira, fabricante.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS E FAMILIARES.

— A mãe e duas irmãs morreram com tuberculose pulmonar; o pai sofre duma lesão cardíaca; tem uma irmã escrofulosa e um irmão saudável.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Nada de importante.

ANTECEDENTES GENITAIS. — Menstruada aos 18 anos; menorragias pouco abundantes, durando 2 a 3 dias; intervalos menstruais irregulares, chegando a atingir 2 e 3 meses; mens-

truações indolores, seguidas de leucorrea. Nunca contraiu doenças venéreas. É primípara.

ESTADO ACTUAL E HISTÓRIA. — Última menstruação em 29-4-1915; primeiros movimentos do feto, fins de agosto; altura do útero 23 centímetros; idade da gravidez à data da observação 7 meses.

À data da entrada no hospital teve uma hemorragia, de uma hora e meia de duração, um pouco abundante, constituída por sangue vermelho, sem coágulos, que parou espontaneamente e que se não repetiu; pulso regular na frequência e ritmia, hipotenso; mucosas descôradas; estado geral satisfatório.

Inspecção. — Seios pigmentados, com colostrum; saliência e pigmentação da linha branca, umbigo saliente, fundo do útero três dedos acima do umbigo.

Palpação. — Cabeça livre no distrito superior da bacia, balouçando livremente; dôrso à direita.

Toque. — Colo desviado para a esquerda; orifício externo fechado; no fundo de saco direito sensação de tocar um corpo duro, e do lado esquerdo espessamento das partes moles.

Foco de auscultação, à direita, na parte inferior do ventre materno, 140 pulsações fetais.
Apresentação de vértice, direita anterior.

Teve o parto fora do hospital.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—A anatomia só pode ser estudada no cadáver.

Anatomia patológica.—É muitas vezes o anátomo-patologista que faz o diagnóstico que o clínico não fez.

Matéria médica.—A natureza fornece-nos melhores antissépticos que o laboratório.

Patologia interna.—Só pela punção podemos precisar a natureza dum derrame.

Clínica médica.—Em frente dum doente devemos ter sempre presente a possibilidade de vermes intestinais.

Clínica obstétrica.—As hemorragias da placenta prévia impõem uma vigilância constante.

Medicina legal.—O segredo profissional é em certos casos a capa do criminoso.

Higiene.—Os processos neo-maltusianistas poucas vezes tendem a melhorar a raça.

Visto

Teixeira Bastos,
Presidente,

Pode imprimir-se

Maximiano de Lemos,
Director.

PRINCIPAIS ERROS

Pag.	Linha	Onde se lê	Leia-se
19	15	lóbulo a variedade	lóbulo—variedade
19	21	variedade	variedade
28	13	placenta	placenta,
28	16	adiante	adiante,
29	8	balanço	balouço
29	13	outra	esta
31	15	prematura	é prematura
31	16	membranas	membranas.
39	20	terapêuticas,	terapêuticas
48	2	sem	um
48	5	expontânea,	expontânea;
50	12	sete	dois
53	5	o 6.º nasceu	o 6.º filho nasceu
57	9	Um morreu	Um dos filhos morreu

