

Mayrinck Monteiro Andrade, J.

W4
513
1912

These

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA A

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

A' 31 DE OUTUBRO DE 1912

POR

João Mayrinck Monteiro de Andrade

NATURAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO

*Filho legitimo do Bacharel Manoel Mayrinck Monteiro
de Andrade e Maria Luiza de Assis Andrade*

AFIM DE OBTER O GRÃO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA

PLACENTA PREVIA

(Definições, etiologia, prognostico e tratamento)

Proposições

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias
medico-cirurgicas.



BAHIA

Typ. e Encadernação Imprensa Nova

58, Ruas da Montanha e Alfandega, 58

1912

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director — Dr. AUGUSTO CEZAR VIANNA

Vice-Director —

Secretario — Dr. Menandro dos Reis Meirelles

Sub-Secretario — Dr. Mathcus Vaz de Oliveira

PROFESSORES ORDINARIOS

DOCTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
Manoel Augusto Pirajá da Silva	Historia natural medica
Pedro da Luz Carrascosa	Physica medica.
	Chimica medica.
Julio Sergio Palma	Anatomia microscopica.
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Pedro Luiz Celestino	Physiologia.
Augusto Cezar Vianna	Microbiologia.
Antonio Victorio de Araujo Falcão	Pharmacologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Histologia Pathologica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Anatomia medico-chirurgica e com Operações e Apparehos
Artisio Circundes de Carvalho	Clinica medica
Francisco Iraulio Pereira	Clinica medica.
João Americo Garcez Froes	Clinica medica
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica
Carlos de Freitas	Clinica cirurgica.
Clodoaldo de Andrade	Clinica ophthalmologica.
Eduardo Rodrigues de Moraes	Clinica oti-rhino-laryngologica.
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Gonçalo Muniz Sodré de Araújo	Pathologia geral
José Eduardo Freire de Carvalho Filho	Therapeutica.
Frederico de Castro Rebello	Clinica obstetrica medica e hygienica infantil.
Alfredo Ferreira Magalhães	Clinica pediatria e clinica orthopedica.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Coffas	Medicina legal.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica
José Acedato de Souza	Clinica gynecologica
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychologica e de moléstias nervosas.
Aurelio Rodrigues Vianna	Pathologia medica
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS

Egas Moniz Barretto de Aragão	Historia natural medica.
João Martins da Silva	Physica medica.
	Chimica medica
Adriano dos Reis Gordilho	Anatomia microscopica
José Affonso de Carvalho	Anatomia descriptiva.
Joaquim Climerio Dantas Bião	Physiologia.
Augusto Couto Maia	Microbiologia
Francisco da Luz Carrascosa	Pharmacologia
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia e Histologia Pathologica e com Operações e Apparehos
Clementino da Rocha Fraga Junior	Clinica medica
Caio Octavio Ferreira de Moura	Clinica cirurgica
	Clinica ophthalmologica
Albino Arthur da Silva Leitão	Clinica dermatologica e syphiligraphica
Antonio do Prado Valladares	Pathologia geral
Frederico de Castro Rebello Kock	Therapeutica
José Aguiar Costa Pinto	Hygiene
Oscar Freire de Carvalho	Medicina legal
Menandro dos Reis Meirelles Filho	Clinica obstetrica
Mario Carvalho da Silva Leal	Clinica psychologica e de moléstias nervosas
Antonio Amaral Ferrão Moniz	Chimica analitica e toxicologica

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

Dr. João Evangelista de Castro Cerqueira	Dr. Sebastião Cardoso
Dr. Deocleciano Ramos	Dr. José Rêgo de Castro Lima

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões extrahidas nas Theses que lhes são apresentadas.

G 27A. 53

Dissertação

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA

Da placenta previa

(Definições, etiologia, prognostico e tratamento)

Primeira Parte

Triumphar no obstaculo de um parto é salvar duas vidas entrelaçadas.

THIAGO.

DEFINIÇÕES

Toda vez que se inserindo em um ponto da via uterina, por ahi, tem que passar o feto, na sua expulsão, dos órgãos genitales, a placenta é chamada previa. (Auvard.)

Diz-se que a inserção da placenta é viciosa, quando ella se insere no segmento inferior do utero. (A Pozzi.)

Ribemont-Dessaignes, assim define: «Todas as vezes-que a placenta prender-se, por sua inserção, na parte inferior do utero (zona perigosa de Barnes), ha inserção viciosa, ou melhor—inserção no segmento inferior».

Fazendo nossos, os estudos, de Roberto Barnes, diremos:—a placenta é previa toda vez que, parcial ou totalmente a sua inserção seja feita no espaço comprehendido entre o orificio interno do utero e um ponto delle distante 8 centimetros.

Pela eschola franceza quatro são as variedades da placenta previa, muito embora reconheçamos que a divisão da eschola allemã seja mais clinica.

Placenta previa central— quando o centro da placenta corresponde ao orificio interno do utero;

Placenta previa parcial—um ponto qualquer da placenta intermediaria ao centro e á borda, corresponde ao orificio interno do utero;

Placenta previa marginal —a borda da placenta abeira o orificio interno do utero;

Placenta previa lateral—a borda placentaria está no orificio interno um pouco distante. (Auvard.)

Mme. Lachapelle a estas variedades adiciona a intra-cervical.

Certos auctores, particularmente os allemães dividem as placentas previas em duas variedades:— a *central* e a *lateral*; esta comprehendendo a *marginal* e a *lateral* e aquella a *central* propriamente dita e a *parcial*. Esta divisão é talvez mais clinica que a precedente.

Para as inserções central, parcial, marginal, da placenta, as definições dadas por Auvard são bem concisas e precisas, o mesmo não acontece para a lateral.

Assim é que se pode perguntar :

Quando é previa a placenta que toma inserção na vizinhança do orificio uterino?

Quando delle se affastando deixa de ser previa?
Qual o limite estabelecido para a inserção viciosa?

A estas differentes questões, nós deixaremos Robert Barnes responder.

«O utero diz Barnes, pode ser dividido em tres zonas por dois planos ao seu eixo perpendicular».

Estes planos o cortam segundo dois circulos—o polar superior e o polar inferior.

O circulo polar inferior dista do orificio interno do utero 76 millimetros, melhormente 8 centimetros

Ora, com estes dados podemos seguintemente definir a placenta previa lateral:—aquella cuja borda distar de 1 a 8 centimetros do orificio interno do utero.

* *

A frequencia é progressivamente crescente da primeira variedade a quarta.

A placenta previa central é muito rara; a ponto de alguns parteiros negarem a sua existencia. A placenta previa lateral é a mais commum.

* *

Procurando pelo toque diagnosticar a variedade placentaria, mister se faz o previo conhecimento do estado do collo.

Duas hypotheses surgem—o collo tem ou não tem desaparecido.

Primeira hypothese — o collo não tem desaparecido: (orificio interno mais ou menos permeavel).

Em a primeira variedade—o dedo que toca sente os cotyledones placentarios;

Na segunda—eguaes sensações são experimentadas;

Na terceira— a extremidade digital sente a borda da placenta;

Na quarta—a menos penetração na cavidade uterina, só as membranas rugosas são apercebidas.

Segunda hypothese— o collo tem desaparecido: (gráo variavel de dilatação,)

Na variedade central os cotyledones placentarios são apercebidos pelo dedo explorador, sem contudo attingir as membranas;

Na parcial—sentimos geralmente a borda placentaria; os cotyledones de um lado e o sacco membranoso do outro podem ser reconhecidos; casos ha entretanto que as sensações são identicas ás apercebidas na primeira variedade.

Na marginal—a menos penetração profunda nada sentimos, porquanto a borda placentaria acompanha o orificio uterino em sua retração;

Na lateral, finalmente, só introduzindo a mão na cavidade uterina é que podemos attingir a placenta.

* * *

Attendendo que a hemorrhagia é o principal symptoma, senão tambem o accidente mais serio da placenta previa, não é tóra de proposito algumas palavras dizer attinentes a sua pathogenia. Estas hemorrhagias pelos auctores inglezes chamadas—inevitaveis, reconhecem como condição *sine qua non* o descollamento placentario.

Numerosas são as theorias suscitadas para a sua explicação. Jacquemier e Legroux incriminam a falta de parallelismo, entre o desenvolvimento da placenta e o segmento inferior do utero, como productora do descollamento. Emquanto para Jacquemier é o utero o responsavel, para Legroux é a placenta.

Levret attribuiu o descollamento durante a prenhez ao desaparecimento do collo, e durante o trabalho ao desaparecimento primeiro, depois a dilatação.

O Professor Pinard, seguintemente, procura explicar, não só a hemorragia da prenhez como tambem a do trabalho: «Nos ultimos mezes da prenhez existem contracções uterinas indolores; estas determinam uma pressão que se exerce sobre toda a periphèria do ovo, notadamente ao nivel do segmento inferior em via de ampliação».

«Quando a placenta está inserta na zona media e na zona superior do utero, a pressão se attenua, porque pondo em jogo a extensibilidade de todas as membranas a distensão exercida sobre a placenta é insignificante para produzir o descollamento.

Outro tanto não acontece com a placenta inserta no segmento inferior. «Sob a influencia da contracção se produz uma expansão consideravel da porção inferior deixada livre pela inserção placentaria; ha neste nivel distensão anormal do chorion, que não tem elasticidade; o repuxamento põe em acção a extensibilidade das membranas, porém, do outro lado, o repuxamento actua directamente sobre a placenta;

d'onde o descollamento desta e hemorrhagia, sua consequencia, mais ou menos consideravel segundo a extensão delle».

Explicada, se bem que perfunctoriamente a produção da hemorrhagia, uma outra, não somenos importante questão se nos antolha.

Por onde se faz a hemorrhagia? pela superficie placentaria ou pela uterina?

Simpson, professor da Universidade de Edimburgo, acredita que o escoamento sanguineo se faz pela superficie placentaria, e nesta theoria baseado foi que estabeleceu o seu methodo de tratamento nos casos de ectopia placentaria.

Levret e Radford sustentam, com restricção, esta theoria.

A theoria de Simpson não conseguiu, muito embora o seu prestigio, crear adeptos; a theoria corrente, acceita por todos, é a que admite o sangue como se escoando da superficie uterina; em seu auxilio militam as razões seguintes:

1.^o Depois da sahida da placenta, a hemorrhagia continua;

2.^o A morte do feto não impede a hemorrhagia nos casos de placenta previa;

3.^o Mackensie, sobre uma cadella prenhe, abrindo o utero e descollando a placenta, vio o sangue se escapar, não pela superficie placentaria, porém, sim pela uterina.

*
* *

ETIOLOGIA

A sciencia, não obstante o seu progresso crescente, ainda não poude desvendar com segurança a causa, ou as causas efficientes das inserções anormaes da placenta.

Varias teem sido as theorias e explicações; oriundas todas de espiritos esclarecidos sobre o assumpto, mas nenhuma dellas até hoje conseguiram satisfazer a expectativa dos seus pesquisadores.

Muitos parteiros por mera coincidência clinica, foram levados a acreditar que: as malformações uterinas, os myomas do utero as prenhezes gemellares e até mesmo a multiparidade, como a primiparidade, era causa determinante das inserções anormaes da placenta.

Simpson, em estudos estatísticos a que se deu, dizia que as inserções anormaes da placenta apresentavam-se n'uma proporção de 30 % entre as multiparas, corroborando assim as opiniões de muitos parteiros.

Pinard, não obstante a opinião abalisada de Simpson, declara-se contrario a este modo de ver dizendo que a prioridade cabe ás primiparas, tendo encontrado em uma proporção de 33,92 %.

Charpentier dá 1374 casos, reunidos de diversos autores, sendo que 127 eram primiparas e 1247 multiparas. Depaul em 71 casos teve 100 primiparas e 61 multiparas. Maggiar ao contrario (these de Paris, 1895) em uma estatística da clinica de Baudeloque achou

que a proporção das mulheres tendo inserção anormal era de 46,62 % para as primíparas e de 53,63 % para as multiparas, sendo portanto, tão frequente nas primíparas como nas multiparas.

A infecção da mucosa uterina concorrendo para a modificação da sua estructura, tambem foi e ainda é por muito tida como determinantes das inserções anormaes da placenta, o que se não pode negarem affirmar conscienciosamente.

A prenhez gemellar com placentas isoladas, independentes, é tambem considerada como uma das causas de inserção anormal.

O que é facto, porém, é que sendo conhecido um certo numero de condições em que amiude tal complicação da prenhez se torna evidente. comtudo, a explicação exacta e cabal do porque e como a placenta se insere no segmento inferior do utero, tem sido por emquanto, um tanto diffibil de se apprehender. Assim pensa Ribemont e nós tambem ássim pensamos, sem irreverencia ao que nos ensinam a respeito Kaltenback, Hofmeier e Ahlfeld.

Hofmeier, em 1890, num trabalho sob o titulo « *Die menschliche placenta, Beitrüge fur normalen und pathologischen Anatomie dersellen* », sustentava e com elle Kaltenback, que a inserção da placenta sobre o segmento inferior do utero resultava da mingua de atrophia da porção inferior da placenta reflectida do chorion villoso.

Pouco a pouco tal lingueta da placenta viria collocar-se no nivel do segmento inferior do utero, n'uma

porção uterina sobre a qual ella não se desenvolveria desde seu inicio.

Ahlfeld, discordando do modo de pensar de Hofmeier assim se exprime: que era muito difficil de se precisar as causas do desenvolvimento da placenta previa, como chamava elle; que seria preciso para bem comprehendel-as saber de antemão em que condições normaes se faz a fixação do ovo na cavidade uterina, como se produz o crescimento peripherico da placenta.

Ribemont Dessaigne e Lepage, notando que o ovo normal se fixa na parte da mucosa situada por baixo do nivel dos dois orificios tubarios, quer na parede anterior, quer na posterior do utero, existindo modificações mais ou menos profundas na mesma mucosa, o ovo desce e se fixa no segmento inferior, donde consequentemente inserção anormal da placenta. Acreditam entretanto ser possivel existir outras causas que concorram para inserção anormal da placenta.

Sem entretanto serem nossas, e sim de um distincto e estudioso patricio, o Exmo. Sr. Dr. Carlos Loureiro, vem muito a proposito algumas considerações acerca da histologia da mucosa uterina e do ovo humano fecundado, cujo fim unico é facilitar a comprehensão das idéas que suggerimos.

Transportemo-nos primeiramente a mucosa do corpo uterino fora do periodo da gravidez; diremos, de accordo com os estudos de Hartnach, Veit, Cornil etc., que ella, mucosa, se apresenta com uma cor rosea escura, tendo uma espessura de 3 m/m., intima-

mente adherente a camada muscosa do utero, microscopicamente lisa, regular, porém microscopicamente crivada por numerosos e diminutissimos pertuitos, reconhecidos como verdadeiras glandulas, tendo em sua superficie um epithelio cylindrico, ou, como mais precisamente querem outros, prismatico armado de cilios vibrateis.

As cellulas de que se compõe este epithelio são altas, tomadas as suas dimensões entre 25 e 30 m/m, munidas de grande nucleo, com nucleolos situados na sua parte mais profunda. O derma da alludida mucosa é constituido por fibras connectivas, no meio das quaes se encontram elementos cellulares fusiformes e rotundiformes com nucleo desenvolvido e minguido protoplasma. As cellulas rotundiformes são mais numerosos na parte superficial que na profunda.

No meio destes elementos cellulares afundam-se as glandulas, simples canaliculos cobertos de um epithelio cylindrico vibratil, com uma profundidade de 2 a 3 millimetros e um diametro de 100 a 150 millimetros.

Moerike discorda deste modo de ver quanto ao epithelio cylindrico das glandulas, entendendo que as suas paredes são revestidas de uma membrana propria.

Tomemos agora para estudo a mucosa do utero no decimo quinto dia de gravidez pouco mais ou menos, phase mais proxima do inicio da gravidez que ainda se conseguiu apprehender em investigação desse quilate segundo os curiosos e pacientes trabalhos de

Kollmann feitos em uma gestante tuberculosa, morta subitamente no serviço clinico de Bâle.

Está provado que os primordios da gravidez trazem modificações importantissimas para o lado da mucosa uterina.

Ella hypertrophia-se consideravelmente, tendo a sua espessura quasi triplicada.

Sua superficie, tonentosa, muito vascularizada, apresenta-se toda cheia de pequenos crivos. Examinando-a ao microscopio, mesmo com um fraco augmento, como o fez Hart, reconhecem-se nella duas camadas, uma compacta, outra esponjosa.

A primeira é constituida por uma massa feltrada, de um abundante stroma cellular. sendo as estrias que nella se veem os canaes glandulares comprimidos, reconheciveis pelo seu epithelio.

A camada esponjosa, pelo contrario, é formada por um modesto stroma cujas trabeculas, finas, circunscreve grandes espaços claros, igualmente forrados de epithelio, grandulas uterinas tubuliformes, muito augmentadas no sentido longitudinal (5 a 6 m μ m e dilitadas.

A um augmento mais forte, observam-se modificações ainda mais profundas sobre: a) o epithelio da superficie da mucosa e o glandular; b) o stroma conjunctivo; c) os vâsos.

As cellulas do epithelio da superficie, de altas que eram, cylindricas, (como admite a maioria) com cilios vibrateis, de contornos nitidos, com nucleo central corando-se bem, tornam-se curtas, cubicas, sem cilios,

com nucleo irregular, corando-se pouco, sem nitidez nos seus contornos e com o protoplasma granuloso, parecendo segundo a opinião de Varnier que ellas tendem a desaparecer.

O epithelio glandular participa do mesmo processo de degeneração, menos nas suas profundezas, onde ainda se topam os caracteres que lhe são proprios fora do periodo da gravidez.

As cellulas arredondadas ou fusiformes do stroma conjunctivo, pequenas, cujo nucleo apenas se differencava, multiplicam-se, transformam-se em grandes, ovaes, ou fusiformes, com protoplasma finamente granuloso cujo nucleo muitas vezes attinge o volume do antigo.

Quanto aos vasos sanguineos, pouco desenvolvidos na mucosa em repouso, impossiveis, algumas vezes, de se os ver, tornam-se visiveis, largos, faceis de se tornarem conhecidos pelos globulos sanguineos que os enchem, pelo seu endothelio em torno do qual se amontoam as cellulas deciduaes.

Estudemos agora as modificações que soffre o ovo fecundado.

Para isto valemo-nos dos estudos de Reichert e Varnier; aquelle com um ovo de 12 a 14 dias encontrado no utero de uma suicida, este com um outro expulso 36 dias após o ultimo catamenio.

Diz Varnier que o alludido ovo foi por elle extrahido facilmente da loja em que se achava á qual não adheria senão fracamente, quer pelo lado da serotina,

ou caduca basal de His, quer pela reflectida, ou capsular.

Sua membrana mais externa, é eriçada em toda a sua periphèria de pequenas saliencias villosas cujas extremidades livres se fixavam francamente ás paredes da capsula dicidual, ou loja.

Esta membrana é o chorion dos Gregos, chorion villosa.

As pequenas saliencias que o fazem penugento, são os primeiros rudimentos, ainda não ramificados, das villosidades choriaes que o sendo posteriormente constituirão a placenta.

Em um corte praticado no mesmo ovo elle observou o seguinte: a) uma camada unica, de cellulas pavimentosas formando o revestimento da sua propria cavidade central — epitheliado amnios; b) o epithelio chorional na periphèria; c) entre os dois epithelios, um espaço claro constituido de tecido conjunctivo embryonario, sendo uma parte pertencente ao amnios, outra ao chorion, cujo estrato conjunctivo elle dá n'uma porção sete vezes maior que a do epithelio.

Além disso, enquanto que o tecido conjunctivo, o stroma sub-epithelial do amnios é finamente fibrillar, o do chorion é formado de um tecido reticulado com cellulas grandes e nucleos identicos, analogo á gelatina de Wharton.

E' este mesmo estrato conjunctivo que forma o eixo da carpenta das villosidades filiformes, carpenta sobre a qual se estende intimamente por toda a periphèria

a camada epithelial. Em tal phase, quer no chorion membranoso, quer nas suas villosidades não ha traços de vasos, ainda mesmo em via de formação. O estrato conjunctivo em ovo de idade pouco mais avançada, é constituido de tecido conjunctivo embryonario com cellulas redondas, fusiformes, semeadas em uma substancia mucosa capitulada de identica a gelatina de Wharton.

E' nesse periodo que o revestimento epithelial se apresenta por duas camadas differentes, que são, partindo do eixo conjunctivo para a superficie livre:

a) a camada cellulosa de Langhans; b) camada protoplasmica-syncitio de Katschenko.

A camada cellular directamente jungida ao estroma conjunctivo é figurada por uma ordem quasi continua de cellulas grandes commumente polyedricas, de contornos nitidos, com protoplasma granuloso e com grandes nucleos redondos ou ovaes, contendo um ou dois nucleolos.

A camada protoplasmica, a mais externa, *syncitio*, é finamente granulosa, de espessura variavel, na qual se não pode distinguir separações cellulares, e onde se acham a revelia, ás mais das vezes, na visinhança immediata da camada cellular — nucleos de dimensões menores que os da camada cellular.

Essas duas stratificações do epithelio chorional envolvem as villosidades até suas extremidades terminaes, das quaes um certo numero serve de meio de fixação do ovo a serotina e a reflectida, segundo o demonstrou Schwartz.

Ha, a principio, no ponto de junção, simples contacto das villosidades á superficie decidual.

Parece que o ovo fluctua em sua capsula ou loja. Como que se vê em torno delle um espaço vasio, que o isola da sua capsula e que atravessa as villosidades de sogurança, jamais desenvolvidas do lado da serotina que do lado da reflectida.

No ponto em que a parte villosa toca a caduca, parece haver simples contacto do epithelio villosu conservado a superficie epithelial da caduca em regressão.

Para assegurar essa adherencia precaria o epithelio villosu prolifera e forma especies de brotos sesseis ou pediculares de cellulas epitheliaes de contornos nitidos com protoplasma claro e nucleos arredondados, que se ligam solidamente as cellulas, deciduaes superficiaes, de tal modo que, nas separações bruscas, o epithelio villosu ficará adherente á caduca como uma especie de bainha vasia, da qual o eixo conjunctivo da villosidade se foi com o ovo expulso.

Isso, porém, não passa ainda de um modo de fixação rudimentar e provisorio; o solido, o definitivo é o que se passa mais tarde, quando a villosidade da parte em que se acha encaστοada perde seu epithelio, como acontece com a propria caduca, quando a fusão do eixo conjunctivo villosu com as cellulas conjunctivas deciduaes se fazem a ponto de, num dado momento, não se poder differençar a primeira vista o que é tecido fetal e o que é materno.

Os estudos de Benaz-Hart, n'um utero de seis

semanas de gestação, demonstram a evidencia que a arborisação villosa fronteira com a caduca serotina, em tal época, é exuberante, ao passo que na parte que defronta com a reflectida, as villosidades minquam, fenecem, se atrophiam, a ponto de se não tornarem visiveis a olhos desarmados sinão armados.

O chorion de villoso que era, torna-se calvo, e o impulso excentrico das villosidades placentárias e a dilatação do ovo colam-no na reflectida, já então degenerada.

Mais tarde ainda, a atrophia da reflectida é completa e a sua fusão com a verdadeira caduca é igualmente.

Julgando necessario essas ligeiras noções de ovologia, para o que temos em mira de dizer, passemos agora a falar em outras causas que talvez possam explicar as inserções anormaes da placenta.

Essas theorias são aventadas pelo Dr. Carlos Loureiro, ex-assistente interino da cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

1.º Tendo as villosidades, além de outros fins, o da fixação do ovo á mucosa uterina, segue-se que, toda vez que ellas tiverem um certo retardamento, uma dada demora no seu desenvolvimento, o ovo que vem rolando se implantará n'um ponto mais longinquo dos orificios utero-tubarios, e quanto mais retardado a proliferação das villosidades, tanto mais perto do orificio interno do utero elle se implantará, ou se escapará.

2.º Nesta, o ovo, desce já com o desenvolvimento natural de suas villosidades, com o seu meio proprio de fixação em magnificas condições, e implanta-se n'uma zona do utero que é normal, acima do anel de Bandl.

Acontece, porém, que depois de implantado na mucosa uterina, quando esta começa a preparar-se para as modificações topographicas porque tem de passar, para constituir as caducas serotina, ou basal de His, a reflectida e a capsular, ha uma inversão da atrophia das villosidades, isto é, em vez da atrophia se fazer na parte livre do ovo e que futuramente vai confinar com a caduca capsular, ao contrario se manifesta na parte do ovo em contacto com a caduca serotina, e, neste caso, a queda do ovo e sua implantação na zona abaixo do anel de contracção de Schröder, tornam-se possiveis.

Tudo isso é cabivel e racional; e se não nos é permittido affirmar de modo certo e categorico, por impossibilidade de investigação, de observação neste sentido; tambem não podemos nem ninguem poderá por enquanto annullar taes idéas, pois que ellas não são descabidas, nem anti-scientificas.

Ao contrario, até obedecem a um dado raciocinio que tem por ponto de partida certos factos positivos que se passam na zona da esphera genital, entre o ovo fecundado e a mucosa uterina.

Parece-nos que a razão acceita com mais facilidade taes idéas como explicação das inserções anormaes

da placenta, por serem logicas, do que a multiparidade, a primiparidade e outras que cahem, pela falta absoluta de fundamentos.

Não despresamos entretanto, a hypothese de modificações pathologicas processadas no dominio da mucosa uterina como causa de anormalidade das inserções placentarias, ella repousa sobre uma base cujos elementos componentes a sciencia tem aferido uma boa somma de criterio.



Segunda Parte

PROGNOSTICO

E' sem duvida nenhuma um dos accidentes mais graves que podem complicar a prenhez e o parto, e desde a antiguidade os parteiros sabiam da gravidade do prognostico da inserção anormal.

As hemorragias devidas a inserção anormal da placenta, comportam um prognostico dos mais graves para a mãe e muito mais ainda para o feto. A mortalidade materna, segundo Muller, em sua estatistica, é de 23 0/0; Charpentier dá 25 0/0; muitas estatisticas accusam uma mortalidade materna, variando de 25 a 4 0/0; outras não menos aterradoras; Weit 7 0/0, Hart 8 0/0 etc.

Não ha duvida nenhuma que com os progressos da antisepsia os casos fataes devidos á infecção puerperal, consecutiva ás hemorragias, foram diminuindo de modo a melhorarem o prognostico, bem como o tratamento empregado com mais segurança e efficacia; as injeções de serum artificial arrancam da morte grande numero de anemiadas.

Graças aos meios hoje em dia empregados, o prognostico da inserção anormal perdeu um pouco da sua

gravidade, d'onde em parte a differença sensível entre a mortalidade que observamos e a pavorosa assignaladas pelos classicos.

Em todo caso, apesar dos methodos de tratamento de que dispomos, o prognostico materno é grave, sombrio; na inserção anormal não raro ha ruptura prematura das membranas expontanea ou provocada, tornando assim a cavidade anniotica propicia á cultura do micro-organismo: a introducção do ar nas veias, pelos orificios abertos dos seios uterinos, na zona do descollamento, é causa de morte subita, bem como movimentos, simples mudanças de posição, nas mulheres anemiadas pelas hemorragias; as más apresentações, necessitando aoperações mais ou menos laboriosas, intervenções por vezes delicadas que concorrem com a sua quota de gravidade, pelos traumatismos que produzem; as hemorragias por vezes abundantes, aterradoras, repetidas. etc., etc., poem a vida da mãe em grande perigo; as intervenções reclamadas expõem não raro os orgãos genitales maternos á lesões cuja importancia e gravidade são augmentadas pelas probabilidades de septicemia. A consequencia da inserção anormal são gravissimas para o feto. A circulação materna sendo diminuida pelas hemorragias e ainda a placenta, em parte mais ou menos extensa, descollada, o feto não poderá receber senão uma quantidade insufficiente de oxygenio, o descollamento supprimindo uma superficie em hematose de extensão variavel, d'ali a morrer de asphyxia.

A mortalidade augmenta ainda quando, por uma

circunstancia qualquer, os vasos umbelicaes são rompidos; haverá hemorragia fatal, prognóstico fatal. As intervenções precisas, o tratamento empregado, são muitas vezes fataes para o feto, como por exemplo a versão, os botões hydrostaticos que podem comprimir o cordão ou a placenta, facilitando a asphyxia.

O feto está exposto à nascer prematuramente; de modo que quasi todos morrem nos primeiros dias que se seguem ao nascimento.

Emfim differentes condições influem sobre o prognostico; para todos os antigos auctores a apresentação do craneo era a mais vantajosa, a que pela sua resistencia e forma podia melhor se applicar sobre a face fetal da placenta, comprimindo os vasos e fazendo assim cessar a hemorragia, ou pelo menos a diminuindo; ainda mais, por permittir a applicação do forceps considerado preferivel á versão, dando mais probabilidades do feto nascer vivo; Pinard assim prefere, e diz que se a nadeга dá bons resultados é unicamente pela rasão de se ter de praticar a ruptura artificial das membranas.

Outros ao contrario preferem uma apresentação podalica, principalmente modo de joelhos ou pés; o membro abaixo fará um tampão efficaz; a parte fetal pode descer assim atravez um orificio incompletamente dilatado e fazer o papel de tampão, sem descollar a placenta, adaptando-se exactamente ao caminho que vai percorrer; a dilatação progride pouco a pouco e, á

medida que se adianta, a apresentação vae se insinuando mais e mais volumosa, obturando os orificios vasculares. Faz variar o prognostico o momento em que se dá o parto: quanto mais proximo ao termo mais cedo apparece a hemorrhagia mais probabilidade tem de se renovar e por consequencia de augmentar a anemia e o esgotamento da mulher, que então entra em trabalho enfraquecida por hemorrhagias repetidas.

Quanto mais baixa é a inserção mas grave será a hemorrhagia. Quanto mais energicos e regulares forem as contracções mais o parto se terminará espontaneamente e mais favoravel será o prognostico para ambas as partes; o utero contrahindo-se bem oblitera os vasos e applica a parte fetal contra a superficie descollada.

O feto na inserção anormal está muito comprimido; de um lado a irregularidade de desenvolvimento da placenta, acarretando uma perturbação para a nutrição; do outro, o feto contido em uma cavidade deformada, d'onde falta de accommodação, frequencia de apresentação viciosas, procedencia do cordão etc., etc., consequencias todas perigosas para a saúde e vida do feto.

O prognostico é muito reservado quando ha apresentação viciosas, que retardam e aggravam o parto; as hemmorrhagias são mais abundantes, necessitando a intervenção energica, muitas vezes perigosas; complicando a situação já por si tão cheia de gravidade.

O collo muito vascular é muitas vezes séde de dilatações profundas, novas fontes de hemorrhagias.

A morte do feto torna o prognostico materno mais favoravel, pois diminue a hemorrhagia, pela diminuição ou parada da circulação utero-placentar; mas se as membranas se romperem pode-se temer phenomenos de putrefacção, ainda possiveis mesmo com o ovo intacto, desde que o feto esteja morto de algum tempo.

A procedencia do cordão, augmenta a gravidade do prognostico fetal, já tão sombrio pelo facto das hemorrhagias maternas, é de temer; poderia haver compressão que se traduzir por modificações no rythmo dos batimentos do coração fetal e pela coloração do liquido amniotico pelo meconio. No momento do delivramento, as adherencias placentaes, não muito raras, aggravam o prognostico, havendo muitas vezes difficuldades no delivramento artificial, praticado nessas circumstancias.

A prenhez gemellar, hydrocephalia estreitamento da bacia, fibromas, cancer, rupturas do utero, eclampsia, etc., aggravam sobremaneira o prognostico da incerção anormal. Tem sido observados factos nos quaes a mulher succumbe repentinamente devida a uma syncope chloroformica, á uma embolia sanguinea: mais commumente sobrevem após o delivramento. As vezes um simples deslocamento da doente no seu leito, produz syncope mortal; esses movimentos provocam uma derivação sanguinea determinando o colapso. Algumas mulheres supportam uma perda de 2000,0 de sangue e mais; outras ficam muito ameaçadas com uma perda de 1000,0.

A rapidez da hemorragia tambem influe muito, bem como as repetições; com perdas moderadas e espaçadas, de modo á mulher poder se refazer nos intervallos, o prognostico não é tão sombrio como quando se repetem com certos intervallos.

TRATAMENTO

Desde os tempos mais remotos, o tratamento da placenta previal, era encarado pelos parteiros de então, com real interesse.

De importancia que não precisamos encarecer; tanto que assim dissera Pinard — *« il est impossible de ne pas reconnaître aujourd'hui que le chapitre le plus important de la pathologie de la grossesse est celui qui a traite à l'in sertion du placenta sur le segment inferieur »* — procuraremos bosquejar embora ligeiramente os seus diversos methodos de tratamento.

Innumeros e variados tem sido elles, podendo-se mesmo dizer que não ha auctor que não tenha preconisado de accordo com as suas theorias, um methodo de tratamento; d'ahi a diversidade de processos de tratamento existentes.

As hemorragias por inserção anormal, um dos mais graves accidentes puerperaes, não quer meios termos, palliativos; o parteiro deve estar sempre prevenido para attender de prompto, com toda a urgencia e calma, á esse accidente que põe em jogo duas existencias; a menor vacillação pode acarretar consequencias funestas. O parteiro deve ir direito ao fim, com-

bater o mal com energia, firmeza o que nem sempre é facil.

Não ha duvida de que os meios que lançam mão os obstetricos de agora não são mais qae aperfeiçoamentos dos aconselhados pelos parteiros antigos, modificado não só pelo conhecimento mais nitido do mecanismo dessas hemorragias, como tambem por um mais perfeito instrumental; a antisepsia concorreu com larga quota para que os resultados de hoje sejam mais lisongeiros.

O parteiro não deverá nunca filiar-se a este ou aquelle methodo por mera sympathia, e sim procurar associar varios methodos, que se ajudem mutuamente, conforme o caso que se nos apresenta, conforme condições, etc., etc.

Numerosos medicamentos e medicações teem sido aconselhados para o tratamento da placenta previa. Trevino, aconselhava as sangue-sugas, duchas ascendentes sobre os hombros e o hypogastrico; Robouham, preconisava os vesicatorios, as ventosas sobre os seio^s e a ligadura dos membros inferiores; Hayghton, ensaia a sabina, a digital e o assucar de Saturno. Fabre, emprega o acetato de morphina, Goupil, o nitrato de potassa e, finalmente, Boer a canella.

A conselho de grande numero de parteiros, a operação cesariana occupou tambem um logar na therapeutica da placenta previa.

Dispensando estes meios de interesse puramente

historico, encetaremos os estudos dos methodos empregados em o tratamento da dystocia.

De accordo com o professor Auvard, dividiremos os methodos em dois grandes grupos, os quaes serão, por sua vez subdivididos.

O primeiro tem por fim deter o escoamento sanguineo: são os methodos de P. Dubois, de Seyfert e de Leroux; no segundo serão estudados os que procuram, quanto antes acabar o parto:—methodos de Guillemean, de Barnes e de Greenhalgh.

O segundo grupo será subdividido em quatro sub-grupos, a saber: 1.º actua-se sobre a placenta arrancando-a, methodo de Simpson, de Barnes e de Bunsen; 2.º escoo-se o liquido amniotico: methodos de Puzos, de Cohen e de Deventer; 3.º actua-se directamente sobre o feto: methodos de Kristeller, de Wigand e de Broxton-Hicks; 4.º finalmente, versão, extracção a forceps e embryotomia.

METHODO DE PAUL DUBOIS

(*Centeio esporoado*, 1836)

Dubois emprega o centeio contra as hemorragias da placenta previa. Quando a dilatação é insufficiente ou mesmo quando sufficiente, a inercia uterina ao acabamento do parto se oppõe. Dubois emprega o centeio, na dóse de duas grammas, dados em tres vezes com intervallo de 10 minutos.

Já Depaul temia os effeitos do centeio espigado, cujas menores consequencias eram contracções teta-

nicas do utero, retenção da placenta após a expulsão do feto etc., etc.

Pajot com a sua lei: não dar centeio enquanto o utero não estiver livre, fez com que se abandonasse completamente semelhante pratica.

Ha 26 casos observados em que o centeio foi empregado antes da expulsão do feto: 11 mulheres morreram (42 %) e 20 fetos (77 %); em 118 em que o centeio não foi empregado a mortalidade materna foi de 24 % e fetal, 47 %; o centeio matando, por consequencia, quasi 50 % das mães e mais do terço dos fetos.

METHODO DE SEYFERT

(*Injecção vaginal 1852*)

As injecções vaginaes foram aconselhadas contra as hemorragias da placenta previa por muitos autores.

Já Hyppocrates aconselhava nas hemorragias o uso das injecções adstringentes.

As soluções de alumen, de tinctura de iodo, de creosoto e muitas outras substancias stypticas foram empregadas, desde os tempos mais remotos, por muitos parteiros.

Cabe a Seyfert, se bem que este auctor não fosse o primeiro a empregar este methodo de tratamento, a gloria de ter introduzido, como methodo exclusivo, no tratamento das hemorragias da placenta previa.

«Se em casos de inserção viciosa da placenta, a mulher perde sangue, antes do trabalho, fazei uma

injecção de agua fria que a hemostase se fará; sobrevindo nova hemorragia no periodo de dilatação, outra injecção e assim até que a dilatação do collo permitta fazer a extracção do feto pela versão ou pelo forceps; todos os outros meios, conclue o autor, sao inuteis ou mesmo nocivos.» (Seyfert).

«Não ha senão uma excepção: quando as injecções d'agua fria falham, deveis empregar o *tamponnement*.» (Seyfert).

Ao lado das injecções frias tem logar o estudo das quentes, na clinica do Prof. Tarnier, empregadas por Mme. Henry, parteira da Maternidade, e pelo Prof. Pinard, no Hospital de Labraisière.

Na Maternidade as estatisticas não attestam as vantagens das injecções quentes (48^o), pois sendo empregadas em cinco casos, somente em um deu bom resultado.

O Prof. Pinard, interrogado pelo Prof. Auvard, assim se manifesta: «As injecções de agua quente, em meu serviço empregadas, quatorze vezes afim de debellar a hemorragia causada pela inserção viciosa da placenta, segundo o que pude observar, so dão bons resultados quando são intra-uterina e em quanto novo descollamento não se ha feito».

* * *

Richardson preconizou um meio que se pode collocar tambem ao lado das injecções vaginaes adstringentes. Consiste em collocar um lapis de ferro e alu-

men (*Iron alun*) sobre o collo do utero; um coagulo se formará e a perda de sangue é sustada.

O auctor confessa ter empregado o seu processo em quatro casos com magnificos resultados.

—As injecções vaginaes, quer medicamentosas, quer simples, frias ou quentes, não deram até hoje resultados importantes, ficando portanto despresadas.

METHODO DE LEROUX
(*Tamponamento vaginal*)

Difficultar a sahida do sangue que se escoa dos orgãos genitales, tal é a idéa do tamponamento.

Muito embora, seja pela maioria dos parteiros denominado de methodo de Leroux a sua introducção na therapeutica obstetrica não é devido a elle, O merito deste grande parteiro esta em kaver melhor e mais claramente estudado em 1776. Antes de Leroux, já Fabricio de Hildem, Smilie e Hoffman o aconselhavam largamente.

Hoffman assim se manifesta: « *Je pris' du linge fin roulé, je l'imbibai d'une solution de tête morte de vitriol et je l'introduisis jus qu'au fondu vagin* ».

E' pois a Leroux que se pode considerar como creador do tamponamento.

Para isto toma-se pequenas bolas de estopa, panno ou fio embebidos em vinagre puro; algumas são muita vez, introduzida na cavidade do collo.

Depois de Leroux, substancias as mais variadas foram suscitadas para a pratica do *tamponnement*;

estopa, fios, algodão, lenços, bexigas animaes, saccos de cautchouc, etc., etc.

O Prof. Auvard cita um caso em que um medico, pegado de improviso, se servira de sua chorina.

Dividiremos em duas grandes classes essas variedades de tampões:

1.º tampões constituídos de bolas de algodão, fio e estopa (tampão classico, tampão de Leroux); 2.º tampões de bexigas dilataveis (tampões de Gariel, de Braun, Chassagny, etc., etc.)

Tampão de Leroux—tampão classico. -- A historia deste tampão comprehende duas epochas; — una que vai de Leroux até a epocha da antisepsia; — outra que d'aqui vem, até os nossos dias.

Antigamente era esse processo passível de uma grande censura, — a de produzir septicemia; hoje, porém, graças a maravilhosa descoberta da antisepsia, factor de grande monta no evolver rapido da cirurgia em os ultimos annos, esta suspeita não tem mais razão de ser.

E' a eschola obstetrica de Paris, mais particularmente ao Prof. Tarnier que devemos, o immenso progresso do *tamponnement*.

De boa applicação depende a efficacia do processo.

«Tanto um tampão bem applicado é util, quanto mal posto é inutil até nocivo» diz Auvard.

Como deveremos preparar o tampão? — E' o Prof. Tarnier quem vai responder esta questão.

«Para podermos applicar, immediatamente, no

momento desejado, um tampão assetico, faz-se mister tel-o de ante-mão preparado.»

Preparal-o-eis com pequenas bolas de algodão sublimado ou phenicado, ligado entre si por um fio asceptico. Conserval-o-eis em um frasco hermeticamente fechado e cheio de solução de sublimado a 1 0/100 ou de acido phenico a 20 0/100.

E' prudente passar o algodão destinado ás bolas, na estufa ou fervel-o em uma solução de sublimado, visto que não devemos confiar nesse algodão que nas Pharmacias nos vem rubricado—antisepticos.»

«O tampão vaginal exige quasi sessenta bolas, de tamanho medio e ainda uma certa quantidade de algodão que será collocado, fora da vulva e mantida por uma facha em T, destinada a impedir sua sahida.»

«Se não tiverdes tampão preparado, não deveis entretanto, renunciar a este methodo de tratamento, porque vos seria possível preparar um *ad hoc* e nas condições sufficientes de asepsia.

«Servindo-vos de gase iodoformada, pondera Tarnier, não deveis vos esquecer de que o iodoformio poderá ser absorvido e produzir accidentes de intoxicação.

Modo de applicar o tampão — posição da mulher.— Os parteiros inglezes preferem collocar a mulher no decubitos lateral esquerdo, Ribemont Dessaigues prefere a posição obstetrica.

Preliminares.—Evacuação dos reservatorios vesical e retal; antisepsia completa dos órgãos genitais; antisepsia das mãos e braços não só do parteiro como

tambem dos seus auxiliares; esvasiar a vagina dos coagulos que ella encerra.

Depois de assim proceder, começa-se por introduzir uma a uma as bolas o mais profundamente possível, ao redor do collo, continuando a encher a vagina com pequenas bolas isoladas que se aperta fortemente uma contra as outras. Quanto ao *tamponnement* parece sufficiente (Pajot calcula a quantidade de fio preciso para encher uma vagina, em a necessaria para encher uma cartola) mantem-se-no com o auxilio de um grande tampão applicado contra a vulva sobre o qual se passa uma facha em T.

Qual o tempo que deve demorar o tampão? —Bor-nes assim se externa: «Não se deixe a mulher passar mais de uma hora com o tampão na vagina.»

Bailly não intervem antes de 24 horas.

O Prof. Tornier, em 12 horas, arbitra a media da demora.

Uma demora mais longa, diz elle, expõe a accidentes de compressão e septicemia».

Condições varias podem fazer que não se espere tanto tempo.

Uma temperatura elevada, dores vivas, esforços expulsivos indicam que a salida do feto está proxima.

No periodo da expulsão devemos retirar o tampão ou devemos deixar a mulher parir primeiramente o seu *tampão*, depois seu filho?

Duas são as opiniões sustentadas: uma pelo Prof. Depaul, que aconselha retirar o tampão quando se manifestam as dores expulsivas, de maneira a terminar

quanto antes o parto; outra, pelo Prof. Pajot, que quer que se deixe a mulher « parir primeiramente seu *tampão* » depois seu filho.

Neste particular, estamos de accordo com o Prof. Depaul que aconselha retiral-o logo que as dores expulsivas se manifestam.

Tampões formados por uma bexiga que se introduz da vagina.—Em 1807, Rouget propoz para substituir ao tampão de Leroux uma bexiga animal á qual se adaptava um tubo para poder intumescel-a, uma vez collocada na vagina.

Este methodo foi aperfeiçoado; hoje osapparelhos usados são os de Gariel, Chassagny e Braun.

O de Gariel é geralmente chamado « pessario a ar » se bem que possa tambem ser entumescido com liquido. Existe uma serie de 6 numeros que pode se adaptar ás capacidades variaveis da vagina.

O de Braun grandemente se assemelha ao de Gariel; chama-se em Vienna « Colpeurynter de Braun »; é fabricado de cautchouc e é entumescido com agua gelada.

Estes apparelhos agem da mesma maneira: distendendo e enchendo a cavidade vaginal!

Chassagny engenhou um apparelho ao qual chamou — clytro-pterigoide. Compõe-se de uma bexiga animal (porco) mantida na vagina por um anel metallico, cujas partes lateraes (as azas) se abrindo veem apoiar-se atraz dos ramos ischio-pubianos, fixando-o.

« Graças á molleza, diz o auctor, a bexiga disten-

dida por um liquido emitti um prolongamento intra-uterino, tomando a forma de uma ampulheta.»

Com o fim de provarmos a superioridade do tampão de Leroux, com tanto que seja bem empregado, damos em seguida o confronto estatistico :

Mortalidade materna.	38 %
» fetal	59 %

para tamponamento feito com o balão de Gariel ou pessario a ar.

Comportando em duas epochas o tampão de Leroux; nós aqui apresentamos em separado as estatisticas das duas epochas;

Antes da antiseptia:

Mortalidade materna.	38 %
» fetal	55 %

Depois da antiseptia:

Mortalidade materna.	6 %
» fetal	55 %

Vantagens e desvantagens do methodo de Leroux.—

Varios são os motivos que levam muitos parteiros a censurar o methodo de Leroux taes como:

1.^o Produz dôr (Pinard). O Prof. Auvard seguin-
temente defende o methodo de Leroux, nesse par-
ticular : «E' bem verdade que o methodo alludido
produz dôr, mas, essa dôr não é tal que o condemne».

2.^o O tampão impede a sahida das urinas e das
materias fecaes. (Pinard).

Sem grande valor julgamos esta accusação, senão vejamos: se, tivermos o cuidado de, antes da applicação, esvasiar esses reservatorios — vesical e rectal, pelos meios que conhecemos, desaparecerá a razão de ser deste argumento, porquanto, sendo, como estabelecemos, o maximo da demora do tampão de 12 horas, não ha inconveniente algum em deixar a mulher passal-as sem urinar nem defecar; ainda mais: o catheterismo é praticavel.

3.^o Não produz a hemostáse (Pinard).

Müller nos dá uma estatística completa neste particular, cujo resultado; eil-os:

Apresentação	Casos	Sustou	Cont.
Apresentação	53	33	20
› pelvis (modo pés)	8	4	4
› pelvis	5	3	2
› espadua.	25	15	11
Indeterminadas.	<u>14</u>	<u>3</u>	<u>11</u>
Total.	105	58	47

Na estatística do Prof. Auvard em 47 casos a que o methodo de Leroux fora applicado, não achamos sinão a imbibição do tampão em 16 casos. E', pois, no terço dos casos quasi, que o tampão de Leroux deixa filtrar um pouco de sangue, filtração a qual não podemos chamar de hemorrhagia. Cumpre notar que na estatística de Müller o *tamponnement* fora feito com o colpeurynter de Braun.

O methodo de Leroux tem a vantagem de ser posto em pratica com facilidade, attendendo que não exige apparatus especiaes.

METHODO DE GUILLEMEAU

(*Parto forçado de Levret*)

A deliberação a tomar para soccorrer uma mulher, quando a placenta se apresenta primeiro, é delivral-a rapidamente, diz Guillemeau.

Manifesta-se caloroso adepto do parto forçado, o Prof. Camille Fournier, de Amiens.

Não obstante a simplicidade do tamponnamento ou da ruptura das membranas, ao alcance de todos, parteiros e parteiras pouco experimentados e instruidos, eu digo que não existe realmente para as hemorragias determinadas pela placenta previa senão um tratamento unico:— o parto forçado. (C. Fournier).

Sem falarmos da eclampsia e vomitos incoerciveis que exigem o parto forçado, o Prof. C. Fournier em um dos seus artigos, apresenta uma estatistica de sete observações de placenta marginal ou central graves com hemorragias importantes, os magnificos resultados obtidos pelo parto forçado.

A mortalidade materna foi nulla.

Eu preconiso o parto forçado, porque é o unico methodo ao mesmo tempo logico completo e efficaç. (C. Fournier).

Eis o manual operatorio que, segundo o professor da clinica de partos de Amiens, é o melhor.

Desinfectar o campo operatorio e desinfectar-se a

si mesmo, ter prompta uma injeção quente de serum recém-preparada.

Em uma multipara deve-se dilatar o collo pelo processo de Harris ou pelo de Bonnaire; em uma primipara dilatar o collo impermeavel com velas de Hégar, depois com o index; preferir em seguida a dilatação manual á dilatação instrumental que é mais longa e expõe mais a infecção, servir sobretudo do processo de Bonnaire, e, como este tempo é muito longo e pode demorar mais de uma hora, anesthesiar a parturiente.

Quando a dilatação é completa ou sufficiente para deixar passar a mão, praticar a versão podalica passando aos lados da placenta se ella é marginal, perfurando-a si é central.

Procurar o pé rapidamente para que o ante-braço obturando o collo evite o escoamento grande do liquido. Não praticar a versão senão nos ultimos tempos si houver esperança de obter a creança viva.

A versão podalica é o melhor meio. Depois da creança, extrahir a placenta e as membranas, esvasiar completamente o utero e terminar por uma injeção intra-uterina antiseptica.

São sem duvida alguma seductores, os resultados apresentados pelo eminente professor de Amiens, mas o pequeno numero de suas observações não nos autorisa a proclamar como elle o faz, a soberania deste methodo, sobre todos os outros.

METHODO DE GREENHALGH

(Parto provocado)

Baseado em uma série de observações, tiradas da sua pratica, como tambem das mencionadas na estatistica de Read, Robertes Greenhalgh chega a seguinte conclusão: — « o parto prematuro artificial é o methodo que, nos casos de placenta previa, fornece os melhores resultados, não só para a parturiente como tambem para o feto. »

Provocar o parto prematuro logo que o diagnostico haja sido estabelecido, é o ideal do tratamento da placenta previa (Greenhalgh).

Para chegar a este resultado elle pratica, durante a hemorragia genital, o *tamponnement* com um apparelho pouco mais ou menos identico ao colpeurynter de Braun.

Colloca Greenhalgh ainda um cinto sobre o abdomen, destinado a comprimir o utero e a prevenir o accumulo de sangue no seu interior.

Este methodo é identico ao de Leroux, salvo no attinenti ao fim almejado.

O parteiro Dijon emprega seu methodo com o fim de oppor um dique ao escoamento sanguineo; Greenhalgh o faz visando despertar as contracções uterinas e provocar o parto prematuro artificial.

Auvard fazendo um estudo estatistico do methodo que nos occupa chega aos seguintes resultados:

Mortalidade materna.	22 0/0
» fetal	61 0/0

METHODO DE SIMPSON

(Arrancamento total da placenta)

O Prof. Simpson, de Edimburgo, baseando-se na sua theoria sobre a pathogenia das hemorragias nos casos de placenta previa, e guiado por factos clinicos nos quaes a expulsão da placenta, precedendo a do feto, trouxe a cessação da hemorragia, estabeleceu seu methodo de intervenção nestas complicações.

O methodo de Simpson consiste em descollar completamente a placenta com a mão, parcial ou totalmente, introduzida na cavidade uterina, e, em seguida, arrancal-a brusca e violentamente.

Feita esta manobra, si a hemorragia cessou deixa-se que o feto seja expellido naturalmente, si, ao envez, ella continua é forçoso terminar o parto.

Neste particular, sem se pronunciar de uma maneira nitida, Simpson preconisa o parto forçado.

Simpson não aconselha seu methodo em todos os casos, elle o reserva para os casos graves em que a ruptura da membrana ou a versão tornam-se insufficientes.

Em 141 casos Simpson não tem senão 10 obitos para a parturiente e 82 para as creanças.

Analysando cuidadosamente as observações apresentadas pelo illustre parteiro inglez vemos que somente 47 dellas podem ser contadas para o seu methodo; ora nos 47 casos houve somente 3 obitos ou uma mortalidade de 6.3 %, porem em opposição uma só creança foi salva, donde uma mortalidade de 96 %.

Estes resultados excellentes para as mulheres, são deploraveis para as creanças, ainda mais: as outras estatisticas não dão estes resultados.

Waller, 33 casos, 10 mulheres succumbiram e 30 creanças tiveram o mesmo fim. Trask reúne 61 casos, 13 mulheres morreram e 41 creanças; na Maternidade de Paris, 8 casos: mães mortas 4, curadas 4, creanças mortas 7 vivas 1.

Reunindo estas estatisticas teremos para o methodo de Simpson 149 casos, cujos resultados foram os seguintes:

Mães mortas 30; curadas 119;	
Mortalidade materna	20 %.
Creanças mortas 124; vivas 25;	
Mortalidade fetal	83 %.

Encarando-se finalmente sob o ponto de vista hemostatico, vemos segundo uma estatistica de Trask, que elle não deverá ser aconselhado como tal.

Estatistica de Trask; em 42 casos a hemorrhagia cessou 28 vezes, 14 continuou, em 13 casos moderou-se, em um caso ella foi muito grave.

METHODO DE BARNES

(*Descollamento parcial da placenta*)

Descreve Roberts Barnes seu methodo que data de 1862.

Introduzi a mão na vagina, levai um ou dois dedos o mais longe que puderdes entre a placenta e o utero,

fazei-lhes descrever um circulo ao redor do orificio, de maneira a descollar a placenta até onde elles tenham podido penetrar; si, sentirdes a borda da placenta, abri largamente as membranas nesse nivel, sobretudo si ellas ainda não estão rotas; assegurai-vos se podeis fazel-o, da posição do feto antes de retirardes as mãos.

Em geral, depois desta operação o collo retrahe-se um pouco e frequentemente a hemorrhagia cessa.

Esta operação apresenta uma certa analogia com a de Simpson, differindo della por dois pontos principais: 1.º é incompleta, 2.º não é seguida de extracção da placenta.

O descollamento parcial da placenta tem um duplo fim: 1.º permittir uma dilatação mais facil do orificio uterino; 2.º supprimir ou diminuir a hemorrhagia.

Permitte uma dilatação mais facil do orificio uterino, porque sendo a placenta previa inserta no segmento inferior impede a elasticidade deste segmento; o que evitamos com o descollamento.

Supprime ou diminue a hemorrhagia, — porque sendo esta mantida pelos descollamentos successivos, segue-se que, se o fizermos bruscamente, de uma só vez, a principio ella será mais intensa, porém, cessará logo e não mais se produzirá durante o trabalho.

James Murphy, partidario caloroso do methodo de Barnes, publicou uma estatistica que nos permittirá, baseado em dados numericos, dar o nosso juizo, sobre este methodo.

O autor inglez emprega o methodo completo.

A estatistica de Murphy comprehende 23 casos, cujos resultados são os seguintes:

Parturientes—todas salvas; creanças—13 vivas—10 mortas.

Destes 23 casos, 16 vezes o methodo de Barnes fora applicado, cujos resultados foram estes: Mães todas salvas. Creanças, 9 vivas e 7 mortas, donde:

Mortalidade materna.	0 %.
» fetal.	43 %.

Sobre os 17 casos o methodo fora applicado antes do trabalho 9 vezes.

Mães mortas 0.	Mortalidade 0 %.
Creanças—7 vivas e 2 mortas.	» 57 %.

Depois do começo do trabalho 7.

Mães mortas 0.	Mortalidade 0 %.
Creanças mortas 4, vivas 3	» 57 %.

Em face, pois, aos dados estatisticos acima, não podemos deixar de salientar os excellentes resultados pelo parteiro inglez obtidos, com o emprego do methodo que descrevemos.

Infelizmente estatisticas outras, não existem que nos permitta julgar si, em outras mãos, que não a de Murphy, os resultados são identicos,

METHODO DE BUNSEN

(Arrancamento parcial da placenta)

Bunsen de Franckfort, publicou, em 1839, um pequeno trabalho no qual elle indica a conducta a seguir nos casos de placenta previa, durante a prenhez e o parto.

A therapeutica por elle preconisada durante o trabalho é pouco interessante, outro tanto não acontece com o processo de tratamento antes do parto.

Assim expõe Bunsen o seu processo: «Tendo sido chamado para vêr uma mulher grávida, que em consequencia de um esforço (a gravidez datava de 14 semanas) apresentou uma hemorragia grave, seguida de dores expulsivas e, por momentos, sensações dolorosas nos rins, procedi ao exame encontrando a porção vaginal do collo bastante encurtada para a epocha da gravidez, os orificios interno e externo do utero sufficientemente abertos para permittir a penetração facil do dedo; senti no collo um pedaço de placenta do tamanho de uma avellã.

Convencido de que era impossivel evitar o abortamento e esperando diminuir a hemorragia, eu apanhei este pedaço de placenta que muito pouco adheria ás membranas e arranquei-o facilmente.»

«Introduzi uma esponja na vagina e recommendei o mais completo repouso. Prescrevi em seguida vinte gottas da seguinte medicação.

Tintura de rathania.	} aña 10 grs.
Tintura de canella	

«Não tendo se produzido, no espaço de uma hora hemorragia, nem dôr retirei-me, voltando a tarde.

A esponja, que introduzi na vagina, em consequencia da micção, sahiu estando um pouco tinta de sangue coagulado.

Examinando a doente, no dia seguinte, fiquei surpreso ante o estado do collo; achei-o completamente fechado, bem como a porção vaginal reformada.

Recommendei a continuação da formula supra e absoluto repouso durante mais 3 dias.

Não se tendo manifestado nenhum symptoma inquietador, permitti a doente se levantar e pouco a pouco voltar ás suas occupações habituaes, abstando-se porém, de qualquer esforço.

Ella pare a termo uma creança robusta.»

Alem deste caso, Bunsen, cita mais 6., reunindo um total de 7.

«Nestes 7 casos, diz o autor, 4 vezes a prenhez era do terceiro para o quarto mez; 1 vez do quinto; 1 alem da metade da gravidez; 1 do oitavo mez.

Se os resultados correspondessem ao dizer do autor, nós possuiríamos neste methodo um meio quasi maravilhoso, para debellar accidentes tão graves como soe acontecer com os produzidos pela placenta previa.

Analysando os 7 casos de Bunsen, Auvard faz as seguintes objecções: «E' de surprehender que em 6, quasi que a totalidade dos casos, os accidentes tenham se manifestado antes do inicio do setimo mez, quando a regra é, para as hemorragias da placenta previa, se produzirem nos tres ultimos mezes, ainda

mais; que se possa arrancar fragmentos de placenta sem abrir o ovo.»

Em uma observação da Maternidade, em que o methodo de Bunsen fora seguido, no quarto mez da gravidez, o abortamento não se fizera menos.

METHODO DE PUZOS

(*Ruptura das membranas*)

Embora Mauriceau em 1868, haja esboçado este methodo; Bohn, Dionis, Wessel e Deventer o hajam preconisado, a Puzos é que cabe a gloria de havel-o estudado e o feito entrar definitivamente na pratica obstetrica.

Pela descripção que Pujos fizera, em 1759, do seu methodo, vemos que elle se compõe de duas partes: 1.ª a dilatação do orificio uterino por meio dos dedos; 2.ª da ruptura artificial das membranas.

Hoje, methodo de Puzos quer simplesmente dizer: ruptura artificial das membranas.

O methodo de Puzos consiste em romper as membranas para que o liquido amniotico se escoando, as contracções uterinas augmentem e a parte fetal, pondo-se em contacto com o segmento inferior do utero, por compressão suste a hemorrhagia.

Indicações e contra-indicações

Tres casos podem se apresentar: o feto está em apresentação da espadua, do pelvis ou do vertice.

1.° *Apresentação da espadua.*—Dando-se como sabemos, a hemostase por compressão a extremidade fetal sob o segmento inferior, e attendendo que a espadua não pode satisfazer esta condição, nós chegamos á condemnação do methodo de Puzos nestes casos.

2.° *Apresentação do pelvis.*—Aqui, precisamos distinguir: os membros pelvianos estão ou não abaixadas.

Na segunda hypothese o pelvis constituindo um tampão; incompleto a hemorrhagia continúa depois da ruptura dos saccos das aguas; por consequencia não devemos pratical-o, a menos que não tenhamos de recorrer a uma manobra ulterior, como seja o abaixamento do pé.

Quando depois da ruptura do ovo, o pelvis se apresenta, com ou sem manobra anterior, modo de um ou de dois pés, nos achamos nas condições do methodo de Braxton-Hicks.

3.° *Apresentação do vertice* —E' aqui que o methodo de Puzos deve ser empregado; é nesta apresentação que vamos achar os dados estatísticos; na da espadua, é contra indicado; na do pelvis é o methodo Braxton-Hicks que tem logar.

Eis as estatísticas:

	Casos	Obitos maternos	Obitos fetaes
Clinica de Paris	13	3	8
Maternidade	16	2	7
Methodo de Wigand. . .	2	0	0

Maternidade:

Ruptura espontanea antes da dilataçao completa	7	0	3
Total	38	5	18
Mortalidade materna			13 %.
» fetal			46 %.

METHODO DE COHEN

(*Ruptura das membranas ; depois, descollamento parcial da placenta*)

O methodo de Cohen, de Hamburgo, visa a placenta previa central e a parcial, cujas membranas não são accessiveis.

Consiste este processo em explorar com dois dedos, o index e o medio, o circuito do orificio, mais ou menos dilatado, e, no ponto em que se sente menor resistencia, descollar a placenta fazendo penetrar os dedos um pouco além da articulação media. Não se tarda a encontrar as membranas; agarra-se a borda da placenta e rompe-se as membranas, depois, por um movimento circular, descolla-se a placenta na metade de seu circulo de inserção; abaixa-se então a mão, pucha-se para a vagina o retalho placentario que se criou e que vem pender através do orificio uterino.

Transforma-se assim a inserção placentaria central em lateral. Si fazendo penetrar os dedos não alcançamos as membranas, devemos retiral-os e começar a mesma manobra com a outra mão e do lado opposto

ao primeiro. Esta manobra terminada, abandona-se o parto ás forças naturaes (Cohen).

O processo de Cohen agindo pela ruptura do ovo e escoamento do liquido, é claro que seu logar será ao lado dos methodos de Puzos e Deventer. Dos de Simpson, Barnes e Bunsen elle differe, unicamente, no que diz respeito ao descollamento, que nestes é uma das phases e não o fim do processo. O methodo de Cohen nada mais é que, o methodo de Puzos quando as membranas, não são directamente accessíveis.

Cohen comquanto diga que obteve magnificos resultados com seu methodo, só publicou tres observações; em que todas as mulheres foram salvas, e as creanças morreram, porém o numero é resumidissimo para nos fazer decidir.

METHODO DE DEVENTER

(*Perfuração da placenta*)

O methodo de Deventer consiste em perfurar a placenta com os dedos para permittir, assim, o escoamento do liquido amniotico e abandonar em seguida, si a apresentação é normal, o parto á natureza.

Não é preciso, segundo Deventer, intervir activamente depois da perfuração da placenta, senão quando a apresentação é anormal.

Este methodo apresenta grande analogia com o de Puzos e de Cohen os resultados estatisticos são segundo Müller:

Mortalidade materna.	34 %.
» fetal	57 %.

METHODO DE KRISTELLER

(Expressão fetal)

O methodo de Kristeller consiste em expremmer, durante o parto, o feto de maneira a favorecer a penetração e a expulsão.

Actua-se neste processo, sobre o feto, como se elle fora a placenta, quando pela expressão fazemos o delivramento.

Kristeller, embora pelo seu processo tenha obtido optimos resultados, porém o numero de suas observações (dois), não nos autorisa, com segurança, bem ajuizarmos delle.

Nos casos de Kristeller as parturientes, que aliás se achavam em máo estado geral, foram salvas; os fetos, um salvou-se e outro nasceu morto; não era viavel.

METHODO DE WIGAND

(Versão por manobras externas)

Wigand instituiu o seu methodo para os casos em que a apresentação é viciosa.

Alguns autores pretendem ver na inserção viciosa da placenta uma contra-indicação para este methodo, enquanto outros encheram uma indicação nella.

Wigand não reconhece senão duas contra-indicações para a versão por manobras externas.

São as seguintes:

1.^o a procedencia do cordão; 2.^o a prenhez gemellar.

J.

Aconselha, porém, pratical-a com grande prudencia nos casos seguintes: uma hemorragia provindo do utero, convulsões, syncopes intensas, vomitos rebeldes, ruptura do utero ou da vagina, uma inflamação ou rheumatismo intenso do utero, uma hernia estrangulada, tumores aneurysmaes, e, finalmente, um descollamento placentario prematuro.

Ritgen aconselha este methodo nos casos de placenta previa.

A' Pinard, porém, cabe a honra de ter nitidamente indicado a versão por manobras externas, no tratamento da placenta previa e de ter introduzido este methodo na pratica.

Auvard apresenta uma serie de nove observações das quaes cinco são do Prof. Pinard, onde fora o processo de Wigand empregado.

Os resultados foram os melhores possiveis relativamente á parturiente, e, não menos tambem, em relação ao feto.

Eil-os:

Mães—curadas todas.	Mortalidade 0 %.
Creanças curadas 5—mortas 4	» 28 %.

Das 4 creanças mortas 2 soffreram a embryotomia cephalica, tendo por indicação estreitamento pelviano; logo estes dois casos não podem ser contados. Attendendo que o methodo de Wigand não pode ser applicado senão á um numero muito resumido de casos; (naquelles em que ha apresentação do vertice); Attendendo que, trazendo a cabeça ao estreito superior o tratamento não esta acabado (está somente principia-

do); Attendendo que, se a hemorragia continúa depois da versão, teremos de applicar um outro methodo qualquer dos já descriptos. (nas observações de que fala Auvard, ora era o *tamponement* empregado ora a ruptura das membranas, ora a expectação simples) concluimos que o methodo de Wigand não poderá servir de termo de comparação aos outros, não deixando, porém, de proclamar-o bom.

METHODO DE BRAXTON-HICKS

(*Versão por manobras combinadas*)

O Prof. Herrgott em seu artigo «Versão» do *Novo Dictionario de Medicina e Cirurgia Practica*, estabelece que a versão por manobras combinadas fora preconizada, pela primeira vez, em 1817 por Outrepont, por Busch com algumas variantes, em 1826, por Hohl 1845, por Braun em 1857.

Estes differentes parteiros praticam a versão cephalica. Braxton Hicks, em 1860, preconizou a versão ora cephalica, ora podalica com o auxilio de manobras combinadas, externas e internas, e applica esta ultima ao tratamento da placenta previa.

Segundo Müller, o mesmo processo ha sido empregado, nos casos de placenta previa, por Hamilton em 1822, e Lee em 1848. Este methodo fora descripto por Barnes sob o nome de —*versão bi-polar*.

Não é nosso intento descrevermos aqui o processo de versão de Braxton-Hicks, limitaremos a dizer

pallidamente como este autor procede nos casos de placenta previa.

Braxton-Hicks, depois de ter feito descer o pé, nos casos de apresentação do vertice, pela manobra indicada no seu processo de versão, vai em procura das membranas, rompe-as, apanha o pé e docemente faz-o descer, bem como a perna, porem, sem esforço, unicamente, pelo pezo do braço.

Pouco a pouco, a dilatação se produz, o pelvis por sua vez penetra no estreito, e fórma um novo tampão. «Com este modo operatorio, diz o autor, eu não tenho, nem hemorragia interna, nem externa no curso do trabalho.»

Como vemos, o methodo de Braxton-Hicks, em summula, nada mais é que a versão pelviana por manobras combinadas, seguido do abaixamento de um dos membros inferiores do feto.

Braxton-Hicks publicou 8 casos de placenta previa tratados pelo seu methodo; 2 mulheres succumbiram, 6 foram curadas; 4 creanças morreram, 4 nasceram vivas.

Afim de fundamentarmos o nosso juizo daremos em seguida as estatisticas successivas de Hofmeier, Behen e Lomer.

Lomer reunindo suas estatisticas ás de Behen e Hofmeier, chegou a um total de 178 casos.

Hofmeier	37
Behen	40
Lomer	101

Dos 37 casos de Hofmeier, 1 mulher morreu e 23 creanças salvaram-se.

Behen não tem em seus 40 casos nenhum obito para a parturiente; creanças morreram 31.

Lomer conta em seus 101 casos 8 obitos para a mulher e 51 para a creança.

No caso de Hofmeier a hemorragia foi seguida de septicemia (intervenção tardia).

Nos de Lomer: 3 mulheres morreram por infecção primitiva; 2 morreram por septicemia contrahida antes do parto; 1 por penetração do ar nas veias, no momento da extração da placenta; 1 morta por hemorragia arterial, conseqüente á ruptura do collo no septimo dia.

A mortalidade media deste methodo é 4 % materna e 60 % fetal.

O methodo de Braxton-Hicks tem suas vantagens e suas desvantagens.

Vantagens.—Não exige nenhum instrumento especial. E' bom, entretanto, termos chloroformio, por que a anesthesia, si de todo não é necessario, não deixa de ser favoravel á execução das manobras precisas.

Não é doloroso para a mulher, quando a versão está operada não ha phenomenos dolorosos attribuíveis ao methodo em si, como soe acontecer com o *tamponnement*.

O methodo de Braxton-Hicks permite conjurar os dois grandes perigos da placenta previa: a hemorragia e as rupturas do collo.

«Praticando a versão cêdo, diz Auvard, susta-se a hemorragia; deixando-se a expulsão da creança á natureza, evita-se as lacerações do collo.»

Desvantagens.—Expõe a procedencia do cordão; segundo Frissch e Kucher não produz hemostase.

Hofmeier, Behen e Lomer que largamente empregaram este methodo são de opinião contraria ás de Fristsch e Kucher. Accusam-no de produzir hemorragia interna. — Esta accusação não se apoia em nenhuma observação seria.

A principal censura que se faz ao processo que descrevemos é de,—ser muito difficil a sua execução.

Poppel em um caso o ensaiou grandemente sem poder pratical-o.

Kucher, ainda que partidario do methodo, diz que falhou um certo numero de vezes; cita dois casos em que não conseguiu applical-o.

Kaltenbach é da mesma opinião.

Lomer,¹ notadamente, insiste sobre esta facilidade, porém, sob uma condição, é que a exemplo de Braxton-Hicks se empregua o chloroformio.

Lomer assim se manifesta.

«*Try it, and judge for yourself*».

EXTRACÇÃO DO FETO

Forceps, versão, extracção manual, embryotomia

Não só nos casos de placenta previa senão também em aquelles aonde esta complicação falha, o feto pode dos órgãos genitales ser extrahidos com o auxilio da mão (havendo ou não versão anterior), do forceps ou emfim de um instrumento de embryotomia.

Estes methodos não são privativos da placenta previa; elles também são usados em obstetricia.

Não ha nome especial ligado ao descobrimento delles, por isso que, desde a sua invenção têm sido empregados por todos os parteiros.

Extracção manual com ou sem versão anterior.—

A extracção manual simples é praticada nos casos de apresentação do *pelvis*; a extracção manual precedida de versão é praticada nas apresentações da espadua e do vertice.

A versão tem sido, muita vez, feita antes da completa dilatação ou dilatabilidade do orificio uterino; nestes casos então, é o parto forçado que tem logar, e nós já estudamos sob o nome de methodo de Guillemeau.

Aqui só encararemos os casos em que o orificio uterino está completamente dilatado ou dilatavel.

Sabemos que a dilatabilidade é completa quando, sem difficuldade, as bordas do orificio se applicam ao circuito da excavação pelviana.

«E' sobre este criterio, diz o Prof. Auvard, que de-

vemos nos basear afim de apanhar o momento favoravel a intervenção».

O ponto capital da versão nos casos de placenta previa, é a penetração da mão no interior do utero e da cavidade amniotica. Quando a placenta é marginal, chega-se logo as membranas e procede-se como nos casos ordinarios. Porém, supponhamos uma placenta previa central ou parcial recobrando todo o orificio; como proceder? Tres methodos têm sido preconizados: methodo de Rigby methodo de Mauriceau e methodo de Peu.

Methodo de Rigby.—Perfura-se a placenta com a mão, penetra-se assim na cavidade amniotica, e, depois de apanhar um ou os pés do feto se o extrahe pela via artificial que foi aberta. Este methodo permite agir promptamente, porém, elle tem o inconveniente, passageiro, é verdade, de provocar uma hemorrhagia abundante no momento da penetração da mão.

Methodo de Mauriceau. — Em logar de perfurar a placenta, se a contorna, se a descolla sobre um ponto da sua circumferencia até que se sinta as membranas, que se rompe afim de penetrar no ovo.

O ponto essencial aqui é achar as membranas; e nisto é que está a difficuldade do methodo.

As opiniões dos autores variam um pouco neste particular:

Behuc aconselha percorrer todo o circuito do collo com o dedo. Em um ponto sente-se a adherencia da placenta menor; o dedo, neste nivel, entra facilmente; é por ahi, que deve-se penetrar, pois que esta fraca

adherencia é indicadora da visinhança das membranas.

Müller pensa que o diagnostico da proximidade é impossivel, e como o estudo da placenta previa demonstra que a menor porção da placenta se acha mais frequentemente para esquerda, elle aconselha descollar nesse sentido e, para isto, trabalhar com a mão direita. Se fallhar nessa direcção, se deve tentar, com a mão esquerda, no sentido opposto.

Spiegelberg não liga importancia á escolha da mão. Elle introduz a que melhor apanha os pés, attenta a situação do feto.

Descolla a placenta em uma direcção qualquer, e, penetrando o mais longe possivel, chega sempre ás membranas, que perfura.

Methodo de Peu.—Consiste em introduzir a mão profundamente, entre as membranas e a parede uterina, e só penetrar na cavidade do ovo quando ella estiver ao nivel dos pés.

Os outros tempos da versão não apresentam nenhuma particularidade nos casos de ectopia placentaria.

Ritgen, porém, pondera que devemos apanhar os dois pés do feto e não um, para que, no abaixamento, não aconteça que o outro enganche-se na placenta.

Auvard e a maioria dos parteiros aconselham tomar um pé somente, para que o outro, ficando collado ao pelvis, augmente o volume desta parte fetal que abre caminho á cabeça e impede a compressão do cordão.

EXTRACÇÃO A FORCEPS

O forceps foi empregado em duas condições diferentes ora no momento da dilatabilidade ou dilatação completa do orificio uterino, ora antes della.

A applicação do forceps antes da dilatação completa — E' aconselhado por Eshlèman; desta applicação não nos occupamos por ser uma variedade do parto forçado, e este já foi estudado.

Applicação no momento de dilatação completa. — E' preciso para que a applicação deste instrumento seja possível, que a inserção placentaria seja marginal, lateral ou parcial ligeiramente. Si se trata de uma placenta central, a menos que, pelo processo de Cohem, se transforme a variedade central em marginal, a introducção das colheres será impossivel.

A hemorragia augmenta geralmente durante a applicação, porque somos obrigados a empurrar mais ou menos a cabeça, porém, logo que se começa as tracções, ella diminue ou cessa completamente.

* * *

A embryotomia tambem tem sido empregada no tratamento da placenta previa, porém, como não existe nenhuma regra especial a respeito, nós não a descrevemos.

* * *

Descripto embora perfunctoriamente os methodos principaes para o tratamento da placenta previa, cum-

pre-nos o dever de apresentar o valor de cada um delles, e quaes os mais geralmente empregados.

Auvar, attendendo aos máos resultados fornecidos pelos methodos de Guillemeau (49 0/0 materna e 64 0/0 fetal), Dubois (42 0/0 e 77 0/0), Deventer (34 0/0 e 57 0/0), e Simpson 20 0/0 e 8 0/0), diz que devem ser completamente eliminados do tratamento da hemorragia por inserção anormal; que merecem attenção as de Puzos (13 0/0 e 46 0/0), Leroux (6 0/0 e 55 0/0), Braxton-Hicks (4 % e 60 %) e Barnes (0 % e 43 %); Auvar dá o mesmo valor aos 4 que são igualmente bons e para isso diz: se o methodo de Puzos apresenta a cifra da mortalidade materna mais elevada é pelo facto de ter sido empregado na epoca pre-antiseptica, ao passo que os 3 outros o foram já na época antiseptica; que a differença entre os methodos de Leroux e Braxton-Hicks é muito insignificante, e mais que a mortalidade fetal de um compensa a materna de outro; se o methodo de Barnes é o que se apresenta com as melhores cifras é porque todos os casos foram apresentados por um só autor, Murphy, ao passo que nos outros 3, os casos foram reunidos de diversos autores; Lomer demonstrou que os resultados mudam completamente conforme o methodo é applicado por um só ou por varios operadores, assim os casos do methodo de Braxton-Hicks reunidos por Hofmeyer, Böhm, Lomer e tratados por varios assistentes e internos davam 8 mães mortas em 178 casos; ora, tomando apenas os tratados por Hofmeyer, Böhm e Lomer, ter-se-ha uma morte em 93.

Auvard apologista dos 4 processos, não os applicando entretanto indifferentemente, achando que ha indicação: 1.º durante a prenhez; quando a hemorragia é benigna, não compromettendo a vida da mulher, repouso e espera, tendo o cuidado de a fazer vigiar por uma pessoa capaz de fazer o tamponamento em caso de hemorragia grave; neste ultimo caso emprega ou o methodo de Leroux ou de Barnes; com este provocar-se-ha o parto, com aquelle a prenhez poderá seguir seu curso; prefere entretanto o tamponamento em duas circumstancias: quando o collo é pouco permeavel, havendo então difficuldade no emprego dos balões de Barnes, e nos casos em que a hemorragia apparece antes do 7.º mez da prenhez, tendo em mira a viabilidade do feto.

Não emprega o de Braxton-Hicks, pelo facto da mulher não estar em trabalho, e o de Puzos porque este modo de intervenção, não sendo applicavel antes do trabalho, senão nos casos benignos de inserção anormal, exige contracções uterinas energicas e um certo gráo de dilatação do collo, afim de assegurarem. Durante o trabalho, se a hemorragia é ligeira comportar-se-ha como em um parto normal, seguindo-se de perto a marcha do trabalho; quando grave o tratamento varia conforme o periodo do trabalho.

No periodo da dilatação: se as membranas são accessiveis, emprega os 4 processos, variando conforme a apresentação: nadegas, bastará o simples abaiamento de um dos membros pelvianos após a ruptura das membranas; craneo, rompe as membranas, appli-

cando previamente um pouco violão de Barnes se a dilatação do collo não é sufficiente; espadua, faz a manobra de Wigand ou de Braxton-Hicks, sendo que este é melhor para a mãe e peor para o feto, e o de Wigand o contrario; quando o feto está morto usa o de Braxton-Hicks sem hesitação.

Quanto aos de Leroux e Barnes, são de applicação mais complicada achando que o parteiro que o quizesse applicar obteria resultados mais ou menos equivalentes.

Membranas não accessiveis: recorre ao de Barnes ou de Leroux, ambos conduzindo a dilatação sem accidentes até que seja sufficiente para a extracção do feto, ou até que as membranas, sendo accessiveis, possam ser despedaçadas, cahindo-se então nos casos precedentes.

Periodo de expulsão: hemorragia ligeira, nenhuma intervenção; grave, a intervenção varia conforme a apresentação: nadeга, extracção manual; espadua, versão podalica por manobras internas; craneo, forceps ou versão. Periodo de delivramento: se a hemorragia continúa após a expulsão do feto, delivramento artificial; após este, injeccção intra-uterina de agua quente a 50°; continuando ainda, comprimir toda a superficie interna dos órgãos genitales com um sacco de caoutchouc que pelo seu enchimento se adapta ás paredes.

Tratamento geral.—Ao lado do tratamento obstetrico vem o tratamento medico, de grande importancia, que deve estar sempre presente ao espirito do

parteiro que se acha ante tão grave complicação, grave apesar dos meios aperfeiçoados de que se pode lançar mão. O tratamento geral, que não nos reterá muito, é bastante conhecido, o mesmo que se emprega em todas as hemorragias graves: levantar as forças por meio de excitantes, alcool em poção; injeções sub-cutaneas de ether, excellente e poderoso excitante; cercar a anemiada de calor sufficiente por meio de pannos quentes, botijas, dar bebidas quentes, etc.; e recorrer principalmente ao serum physiologico, em injeções hypodermicas ou intra-venosas, conforme a gravidade da hemorragia; é um meio poderosissimo que veio arrancar á morte grande numero de condemnadas.

A' anemiada será imposto o repouso o mais absoluto, afim de se evitar syncopes mortaes; recommendação especial de não fazer nenhum movimento no leito; será mantido o decubito dorsal, em caso de necessidade na posição de Trandelenburg.

Finalmente com as injeções de serum, ether, cafeina, oleo camphorado, bebidas alcoolicas quentes, etc., etc., reunidas ao tratamento obstetrico feito com calma e segurança, o parteiro fica com elementos de valor para combater a hemorragia, o terrivel accidente da inserção anormal da placenta.



Proposições

HISTORIA NATURAL MEDICA

I—O centeio pertence a familia das Gramineas, tribu das Hordeaceas.

II— O esporão de centeio, cuja presença na planta constitue o chamado centeio espigado, é um cogumelo, o *claviceps purpurea*.

III—Esse cogumelo é tambem, muitas vezes, encontrado em outros cereaes, como o trigo, a aveia, etc.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I—O utero está situado na parte media da excavação pelvianna.

II —De forma triangular, elle nos apresenta duas faces, dois bordos lateraes e duas extremidades.

III—A extremidade superior, mais conhecida sobre o nome de fundo do utero apresenta a parte mais larga do orgão.

CHIMICA MEDICA

I—O alcool ethylico não existe em estado de liberdade e sim sob a forma de ether.

II—E' encontrado nos productos de fermentações de grande numero de substancias assucaradas.

III—E' administrado internamente nos casos de hemorragia por inserção anormal da placenta.

PHYSIOLOGIA

I—E' na placenta onde se operam as transformações entre a mãe e o feto.

II—Estas transformações não se fazem por communição directa do sangue materno com o fetal, e sim por phenomenos de *endosmose* e *exosmose*.

III—Uma das funcções importantes da placenta, é servir de reservatorio para a materia glycogenica fabricado no organismo fetal.

HISTOLOGIA

I—As villosidades placentarias nascem dos rebentos vasculares (Rebemont-Dessaignes).

II—Ellas são essencialmente constituidas por uma bainha conjunctiva, no seio da qual caminham dois vasos — uma arteria e uma veia (Ribemont-Dessaignes).

III—As villosidades são a parte essencial da placenta.

BACTERIOLOGIA

I—O gonococcus é um diplococcus que se caracte-

risa pela sua forma em grão de café, pela sua presença no interior dos leucocytos por não tomar o Gram.

II As metrites gonococcicas são extremamentes frequentes.

III—São consideradas como causa de inserção anormal da placenta.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

O centeio espigado a usar deve ser sempre de preparo recente, porque se altera rapidamente.

II—A ergotina é muitas vezes administrada sob a forma pilular, ou em poção, que se prestam a associação medicamentosa.

III—Entretanto, o modo de emprego mais commum nas hemorragias uterinas é a solução de ergotina de Yvon, em injeccões hypodermicas.

CLINICA PROPEDEUTICA

E' de absoluta necessidade o exame das urinas feito durante a prenhez.

II—Esse exame deve ser repetido pelo menos de 8 em 8 dias.

III—A eclampsia sobrevem quasi que exclusivamente nas mulheres cuja urina não é examinada durante a prenhez.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I—A placenta syphilitica apresenta uma hypertrophia em massa.

II—Este crescimento pode ser apreciado pelo estudo das relações entre o peso da placenta syphilitica e o peso do feto.

III—O peso da placenta poderá attingir ao quinto, ao quarto e mesmo a metade do peso do feto.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I—A placenta normal differe da placenta previa, não só pela sua forma como tambem pela natureza do seu tecido.

II—Geralmente a placenta previa é extremamente delgada.

III—Não é raro observar-se uma parte transformar-se em tecido conjunctivo ou soffrer a degeneração gordurosa.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I—A curetagem uterina é indicada nas metrites chronicas.

II—Após a curetagem a mucosa uterina se regenera com a mesma facilidade que após o parto.

III—A operação deve ser praticada 3 ou 4 dias após a menstruação.

PATHOLOGIA MEDICA

I—As perturbações digestivas são quasi constantes no começo da prenhez.

II—Os vomitos são frequentes e sobrem de manhã ou após as refeições.

III—Apresentam o caracter particular que a mulher pode se alimentar logo após os mesmos.

CLINICA CIRURGICA

2.ª CADEIRA

I—Nos casos de retro-flexão do utero faz-se com resultado, a operação de Alquié-Alexander.

II—Esta operação consiste no encurtamento do ligamento redondo.

III—O ligamento pode ser ressecado no interior da bacia por via abdominal ou trans-peritonal, ou então no seu trajecto no interior do canal vaginal.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I—No puerperio, multiplas são as affecções oculares que se manifestam, de pathogenia diversa, de pendentés delle.

II—As metrorrhagias são causa frequente de amblyopia, mais ou menos grave.

III—A amblyopia grave é de apparecimento tardio, do terceiro ao sexto dia após a hemorragia.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I—São duas as vias de acesso pelos cirurgiões para chegarem ao utero: vaginal e abdominal.

II—A via abdominal é a preferida actualmente.

III—E' sobretudo utilizada para se praticar a hysterectomia.

THERAPEUTICA

I—As injeccões vaginaes de agua quente gozam de propriedades hemostaticas notaveis.

II—Sao usadas para combater as hemorragias por inserção anormal da placenta.

III—A temperatura da agua deve ser de 48 a 50°.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I—A operação cesariana tem por fim a extracção do feto pela via abdominal, após incisão da parede abdominal e utero.

II—Tem sido aconselhada na Italia e na America do Norte como tratamento das hemorragias por inserção anormal.

III—Ainda não está consagrada pela pratica.

CLINICA CIRURGICA

I.^a CADEIRA

I---As varices da vulva são muito frequentes e de ordinario tomam um grande desenvolvimento durante a prenhez.

II---Podem durante a prenhez, ou parto, occasionar hemorragias graves.

III---Para se evitar a ruptura deve-se fazer uma ligeira compressão nos tumores varicosos mais volumosos por meio de uma cinta.

CLINICA MEDICA

2.^a CADEIRA

I---A prenhez exerce uma influencia má sobre a tuberculose.

II---Na mulher predisposta á tuberculose a prenhez pode confirmal-a.

III---Quando a affecção ja existe a prenhez activa sobremodo a sua evolução.

CLINICA PEDIATRICA

I---Após o parto o recém-nascido deve occupar minuciosa attenção do parteiro.

II---Verificará se ha malformações.

III---E' de importancia assegurar a imperfuração do rectum pois o diagnostico feito após o nascimento permite intervir com mais probabilidade de successo.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I---O aborto sob o ponto de vista obstetrico é o producto da concepção, expulso antes da viabilidade.

II---Sob o ponto de vista medico-legal é o producto da concepção expulso por provocação e com intuito criminoso.

III---Raramente o aborto criminoso é tentado depois do 6.^o mez da gravidez.

HYGIENE

I---A mulher prenhe deve se submitter mais que nunca ás regras geraes de hygiene.

II---Segundo Pinard deve evitar as viagens principalmente em caminho de ferro.

III---A trepidação é dada por Pinard como causa de inserção anormal da placenta.

CLINICA OBSTETRICA

I---A placenta é um orgão transitorio das funcções da gestação.

II---Para que a gestação e o parto se façam com a normalidade precisa, é mister que ella estancie dentro de uma certa zona limitada pelo annel de Bandl.

III---Toda vez que a inserção se fizer fóra delle, ella será anormal.

CLINICA MEDICA

I.^a CADEIRA

I---Nas mulheres tuberculosas não raro se produz o aborto.

II---Esta influencia é variavel conforme a tuberculose é anterior á prenhez ou se desenvolve durante a mesma.

III---Tambem influc a extensão das lesões e a virulencia do bacillo.

CLINICA GYNECOLOGICA

I- -A inserção anormal da placenta depende, sobretudo, das modificações morphologicas que se processam no ovo fecundado, durante a sua queda na cavidade uterina.

II---Os processos pathologicos que se passam na zona da mucosa uterina, podem determinar tão grande anomalia obstetrica.

III---A consequencia mais de temer, na inserção anormal da placenta, é a hemorragia.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS
NERVOSAS

I---O systema nervoso é mais impressionavel du-

rante a prenhez que durante o estado de vacuidade uterina.

II—As modificações fazem-se sentir sobre a intelligencia, faculdades affectivas, e sobre differentes funcções.

III—Algumas vezes essas modificações são de tal ordem que se manifestam sob typos diversos de nevroses.



*Visto.—Secretaria da Faculdade de Medicina da
Bahia, 31 de Outubro de 1912.*

O SECRETARIO,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.



ERRATA

PAGS.	LINHAS	LEIA-SE	EM VEZ DE
10	1	macroscopicamente	microscopicamente
11	8	tomentosa	tonentosa
13	16	epithelio do	epitheliado
20	14	operações	aperações
23	11	traduzirá	traduzir
24	12	reconnaitre	reconnaitre
24	14	l'insertion	l'in sertion
25	25	A conselho	A conselho
26	10	Guillemeau	Guillemean
29	15	haver	kaver
29	21	jusqu'au	jus qu'an
31	1	aseptico	assetico
32	13	Barnes	Bornes
32	17	Tarnier	Tornier
54	24	emprega	empregua
54	26	yourself	gourself
61	1	sacco	pouco

