

CLINICA OBSTETRICA

Pontos redigidos de accordo com as prelecções do Prof. Dr. RAUL BRIQUET, pelos sextannistas **J. B. Moraes Leme** e **Alfredo Gomes Julio**, internos da 2.a Clinica Cirurgica.

Os pontos que, para nosso uso, redigimos no anno findo, baseados nas prelecções do curso do prof. dr. Raul Briquet, jámais sairiam das estantes de nossa pobre bibliotheca de estudantes, não fôra a intervenção do Redactor-Chefe desta revista. Seu pedido, de amigo querido e collega respeitado e admirado, é para nós uma ordem, a qual, de reunião com o pensamento de sermos uteis, não só aos collegas da Faculdade, como tambem aos que já mourejam lá fóra na lucta quotidiana, é que nos vence a timidez natural de publicar trabalhos escolares, feitos para nosso exclusivo uso.

Na impossibilidade de publicar todo o curso, escolhemos alguns dos pontos de maior importancia, e applicação mais vulgar na pratica corrente; ainda entre estes, foram preferidos aquelles que encarnam difficuldades mais consideraveis, por vezes quasi insoluveis, mormente os casos em que a experiencia esclarecida do Professor vem trazer novas e melhores soluções a intrincados problemas clinicos.

Bom é lembrar que estes pontos, embora tenham tido, para sua publicação, de passar pelo indispensavel visto da I. C. (a quem agradecemos, de passagem, as correcções e melhoramentos aqui introduzidos), saem sem a menor responsabilidade da sua parte.

PLACENTA PRE'VIA

1 — **Definição e synonymia** — Chama-se **prévia** a placenta que se insere no segmento inferior do utero, tambem chamado **zona perigosa de Barnes**; esta comprehende o segmento uterino situado até 10 cms. acima do orificio externo do collo.

Tambem é denominada **placenta baixa, segmentaria** ou **isthmica**.

Esta ultima designação decorre do facto de affirmar Aschoff que a porção uterina appellidada, durante o parto, de **segmento in-**

ferior é aquella que, no periodo acinetico, recebe o nome de **isthmo**. Mesmo admittendo-se a classificação de Aschoff, porém, desde que a placenta se tenha inserido no **isthmo**, elle se terá tornado **segmento inferior**: de facto, o canal estreitado que é o isthmo do periodo não puerperal, logo que tem logar a placentação se transforma, pela distensão parietal, em ampla empola, qual esphera ôca, com todos os caracteres do segmento inferior. Além disso, a denominação de placenta isthmica, dada por Langer, tem o inconveniente de poder confundir-se com a placenta isthmica da gravidez tubaria: seria preciso esclarecer — **placenta uterina isthmica** e **placenta tubaria isthmica**.

A expressão **placenta** ou **prenhez viciosa** é egualmente impropria, por não indicar a localização, visto como ha placentas viciosas mas de implantação normal, o vicio residindo em algum outro de seus caracteres.

Devem, em conclusão, ser preferidos os nomes de placenta **prévia** (embora nem sempre ella preceda o fêto na parturição), ou **baixa** (que informa da sua implantação anormal), ou, por fim, placenta **segmentaria** (que esclarece sobre o ponto exacto da implantação)

Sob o ponto de vista clinico, faz-se distincção entre placenta **prévia** e placenta **baixa**, para os effeitos não só therapeuticos como prognosticos: a primeira é de prognostico grave e reclama tratamento diverso do da placenta prévia, de consequencias relativamente menos desfavoraveis.

2 — **Frequencia** — Não se pôde ter criterio seguro para afirmar da frequencia, por isso que a placenta **prévia** passa muitas vezes despercebida; ella só se revela quando surgem complicações ou quando se faz a inspecção dos annexos da dequitação. Si considerarmos placenta **baixa** toda aquella que se insere abaixo de 10 cms. do orificio externo, temol-a em 1|25 dos casos; considerando aquellas que se revelam clinicamente, sua frequencia será de 1|300.

3 — **Pathogenia** — O 1.º trabalho sobre este assumpto é o devido a William Hunter, que publicou, em 1777, o "Atlas de Anatomia applicada aos factos da geração", cujas gravuras e descrições são a tal ponto exactas que em nada se alteraram até hoje. Elle se declarava incapaz de explicar o motivo da placentação **baixa**, filiando-a, porém, sempre, á nidificação **baixa**.

Em 1888, Hofmeier autopsiou uma mulher fallecida no 4.º mes da gestação, e que apresentava a placenta inserida nas vizi-nhanças do collo. Os villos desenvolviam-se, em grande parte, na cadauca ovular, ao nivel da reflexa. "Este facto serviu para edificar sua theoria, pela qual elle suppõe, que, em certos casos, as villosidades em relação com a cadauca ovular se desenvolvem, em vez de

se atrophiar, e quando, mais tarde, se unem as caducas uterina e ovular, taes villosidades, vivazes cada vez mais, penetram na caduca uterina e vão formar uma placenta que póde inserir-se perto do orificio externo, ao mesmo tempo que se atrophiam os villos em relação com a serotina" (Brindeau). Seria, pois, o desenvolvimento excessivo de uma placenta de inserção normal que a transformaria em placenta prévia. A theoria de Hofmeier foi acceita, mas só para aquelles casos em que a placenta se desenvolve sobre a caduca reflexa.

Entre outras opiniões, temos a do embryologista Keilmann, que suppõe desenvolver-se a placenta no ponto em que a allantoide vem fixar-se á parede uterina; si esta membrana abordar o ovo em sua parte inferior, produzir-se-á uma placenta prévia.

Para resumir, diremos que não se conhece a causa exacta da placentação baixa; sabe-se apenas que é mais frequente nas multiparas de que nas primiparas (na proporção de 10:1) e que costuma reincidir. As primiparas que a têm são geralmente portadoras de endometrite chronica o que faz pensar seja esta mesma a causa de sua existencia nas multiparas; nestas, a endometrite póde ser consequencia de abortamentos repetidos, mórmente si de natureza criminosa, ou de gestações que se succedem com intervallos pequenos.

Ha tambem a considerar os uteros irritaveis, de contracções espasmodicas violentas, que obrigam o ovo fecundado, no momento em que chega ao utero, a deslizar, movimento este favorecido pela viscosidade anormal da mucosa. A nidificação baixa é, pois, a origem da placenta baixa. Notemos que no ponto em que o ovo se insere nesses casos, a mucosa uterina não se encontra preparada para fornecer á placenta, quando esta se formar, a nutrição com a abundancia que lhe é necessaria; a placenta, por isso, muitas vezes espraia seus cotyledones (qual arvore que em terreno safaro espraia suas raizes), donde a formação de placenta prévia diffusa ou membranacea.

4 — **Complicações** — Digamos preliminarmente que os trabalhos referentes ao aspecto clinico placenta prévia se devem em sua maioria a embryologistas, principalmente allemães, e notemos como é indispensavel, aos parteiros que desejam ver progredir a Obstetricia, o conhecimento pormenorizado da Embryologia, sem cuidar exclusivamente do lado pratico da sciencia.

a) **Placenta prévia cervical** — Autores ha que até negam a existencia de tal especie, porque a mucosa cervical nunca soffre reacção decidual, ficando epithelio e glandulas com aspecto do periodo acinetico. Isto foi combatido por Baudelocque e Lachapelle, mas sem provas; estas ultimas foram fornecidas recentemente por Ponfick, Weiss e Aschoff, que documentaram macro e microscopica-

mente a existencia da placenta prévia cervical. Alguns affirmam serem os casos descriptos dependentes de **prolapso** de placentas inseridas mais alto e descolladas, que vão obturar o orificio externo do collo, simulando inserção neste; mas além dos casos deste genero, ha os tambem de placentas realmente inseridas na cervix, e mesmo tão presas, que seu descollamento parcial provoca forte hemorragia, a ponto de a morte se dar em breve prazo, sendo necessaria hysterectomia total immediata para evital-a (placenta acuta ou increta)

Frequentemente, a insuficiencia de nutrição acarreta as seguintes complicações, cuja genese acima (3, in fine) esboçámos:

b) **placenta marginada**, que se constitue quando ha desenvolvimento muito grande de villos coriaes ao nivel da margem placentaria;

c) **placenta circumvallada**, quando a placenta marginada se complica com a formação dum relevo de fibrina, que fórma uma capsula ao **bolo placentario**. Esta placenta é característica da gravidez extra-amnio-chorial ou extra-membranacea, que se estabelece quando o feto não acha espaço sufficiente para seu desenvolvimento dentro do ovo; dá-se o deflúvio do liquido amnico e, em consequencia, o feto se desenvolve em contacto directo com as membranas ovulares, ou, outras vezes, applicado ao proprio endometrio. Commummente, nestes casos, dá-se a interrupção da prenhez no 7.º ou 8.º mez, quando o feto tem adquirido o desenvolvimento maximo que o utero tolera.

d) **inserção velamentosa** — Nos casos benignos de placenta prévia, o cordão tem inserção simplesmente **paramarginal**; mas nos casos em que a placenta não recebe nutrição sufficiente, a inserção do cordão invade as membranas: é a inserção velamentosa, que offerece o perigo de facéis rupturas.

5. Symptomas. Considera-se como pathognomico **A HEMORRAGIA**, que apresenta os seguintes caracteres.

a) **é reincidente**. Geralmente a hemorragia é tardia na gestação, apparecendo no 3.º trimestre, quando muito na 2.ª metade da gravidez, mais commummente nos ultimos 14 dias. Segundo Doranth, em 77 o/o dos casos a primeira hemorragia ocorre no 7.º mez; mas tambem as ha no 2.º, provocando então abortamentos por placenta prévia. E' bom lembrar que perde actualmente terreno a theoria que considera a syphilis como responsavel pelos abortamentos reiterados; hoje só se classificam de lueticos os partos prematuros (com feto macerado) dos ultimos mezes da gravidez. A interrupção desta, especialmente na primeira metade, tem como responsaveis causas locaes que determinam insufficiente nutrição do producto conceptual. Assignalemos a importancia disto, assim para effeitos therapeuticos como para effeitos moraes.

b) **é indolor** — Os caracteres da hemorragia — tardia e indolor — são os que permitem differencal-a da hemorragia do abortamento, que apparece, em geral, no primeiro trimestre. Ella coincide, na placenta prévia, com as contracções uterinas, por ser devida a um descollamento placentario, sendo o sangue que mina expulso por occasião do augmento da pressão intra-uterina.

c) **é aparentemente immotivada** — Não se encontra, de facto, causa apparente que explique as metrorrhagias: muitas vezes, a mulher dorme perfeitamente, nada sente de anormal, e acorda banhada de sangue.

d) **é progressivamente crescente** — As hemorragias tornam-se menos intervalladas e mais intensas com o succeder das perdas; em geral a 1.a é discreta, a 2.a intensa, e a 3.a ou a 4.a imponente, a ponto de exigir tratamento radical immediato. Isto é importante, pois demonstra o interesse que tem para o parteiro, nestes casos, o saber quantas hemorragias precederam aquella que presenciar, para poder avaliar a intensidade que esta póde adquirir e daí inferir o tratamento que deve ser instituido.

e) **o sangue é quasi sempre de origem materna**, salvo si o parteiro destruiu os espaços intervillosos, caso em que a hemorragia póde ser fatal para o feto. A não ser assim, em geral o feto não morre em consequencia da placenta baixa, pois não se anemiza muito; quando morre é por asphyxia, não determinada por respiração prematura, mas por interrupção da circulação funiculo-placentaria. Por consequencia, o parteiro nunca deve descollar a placenta antes de ter feito o esvaziamento uterino; e, si fôr obrigado a fazel-o, ou o fizer por engano, é imprescindivel, para a vida do feto, que se apresse a sua retirada.

f) **caracteres do sangue** — Via de regra é fluido; raro ha coalhos, que são caracteristicos das hemorragias do abortamento, a ponto de certos profissionaes fazerem o diagnostico differencial pelo simples exame do penso vulvar

6 — **Diagnostico** — Obtem-se pelo exame da gestante recorrendo aos differentes methodos propedeuticos:

a) **pela palpação**: Verifica-se o utero ter a fórma ovalar commum e consistencia normal; o feto mostra-se em situação alta; não ha apresentação, porque o feto não está insinuado e se encontra, a revezes, em posição viciosa: em 76 o|o dos casos a situação é longitudinal, e em 24 o|o transversal (Doranth)

b) **pelo toque**, reconhece-se a presença do tecido placentario pelo seu character esponjoso, dando sensação levemente tuberosa o percorrer de sua superficie. Vê-se si ha só placenta na area do orificio externo ou si se trata de um simples cotyledone placentario, occupando apenas parcialmente esse orificio. Estudam-se a fórma

e a direcção da parte placentaria que se apresenta. Notemos que o collo se desvia para o lado da implantação placentaria, porque a porção do segmento inferior sobre a qual se insere a placenta é menos extensivel.

A implantação placentaria faz-se, o mais das vezes, na parede posterior do utero; isto é providencial, porque quando se tem de praticar **uma intervenção**, qual uma cesarea vaginal, tem-se que incisar a **face anterior do utero**; esta, **anatomicamente de estrutura menos resistente do que a posterior**, peor será, sendo difficil consolidar-se **ahi uma sutura, hemostatica**, quando estiver corroida pelos villos coriaes.

c) pela escuta, nota-se que o fóco é mais alto que normalmente, **acima da linha espinho-umbellical**; tal acontece por estar o feto recalcado para cima.

d) phenomenos subjectivos — Trata-se geralmente de **multi-paras** que se queixam de dôres gravativas, novas para ellas e localizadas no baixo ventre.

7 — Variedades — a) Placenta prévia central é a que se observa quando **os pontos de implantação são todos praticamente equidistantes do orificio externo do collo**;

b) **placenta prévia marginal**, quando um dos cotyledones placentarios se insere **sobre a margem inferior do segmento inferior**, de modo a ultrapassar o orificio cervical externo;

c) **placenta prévia lateral** é o caso da placenta que se insere **toda inteira num dos lados do utero**;

d) **typos mixtos** chamam-se aquelles em que ha união dos caracteres de dois dos typos acima; são mixtas as placentas **centro-marginaes, margino-lateraes** (typo frequente e benigno)

Muitas vezes é difficil o diagnostico da variedade da placenta prévia: ao fazer-se o toque, encontra-se geralmente o collo apenas permeavel a 1 ou 2 dedos (notar que no mais das vezes são multiparas, em que o collo já normalmente tem uma certa permeabilidade), e o dedo que penetra encontra tecido placentario em toda a circumferencia do orificio externo; faz-se o diagnostico de placenta prévia central. **Mais tarde, depois de começado o trabalho de parto**, quando a dilatação é maior, um segundo toque frequentemente não mais encontra a placenta, que se lateralizou, porque se tratava apenas dum cotyledone pequeno, porém sufficiente para encher o orificio inicial. O diagnostico exacto só é, portanto, possivel, com dilatação **para a palma da mão**. Na pratica, todavia, isso é de somenos, porque **indicação deve ser feita logo que o diagnostico de placenta prévia se estabeleça**, independente do typo que se tiver, cuja especificação requer prazo mais ou menos longo.

8 — **Diagnostico differencial** — a) **com carcinoma do collo** — Além da anamnese, os caracteres proprios do carcinoma — que sangra facilmente, dóe, etc. — e mais os elementos que fornecem o toque e a inspecção feita com o auxilio do especulo afastam as duvidas.

b) **com ruptura de varizes cervicaes** — As varizes do collo do utero podem romper-se pelo fim da gestação ou no inicio do trabalho de parto, quando a cabeça, ao descer, faz que o parto se inicie pela rotação, o que é frequente nas multiparas, rotação essa que pôde provocar a ruptura de vasos calibrosos. O exame directo, com especulo ou valvas, deixa ver, nestes casos, o vaso que baba, e sufficiente é ligeira compressão para que tudo se finde. O diagnostico pôde, porém, não ser feito tão promptamente, e a hemorragia se prolongar, anemizando a mulher.

c) **com a ruptura do seio de Jacquemier em placenta de inserção normal** — Esta hemorragia é característica por se dar sempre no fim de cada contracção uterina. Estas rupturas são privativas do periodo expulsivo. Temos, como seus caracteres: hemorragia abundante e continua, tendo lugar no fim de CADA contracção uterina.

Na placenta geralmente se consegue percorrer o seio circular com um estilete de alguns mms. de diametro; nos casos de hemorragia provocada por sua ruptura, encontramol-o occupado por um grande coagulo.

d) **com descollamento prematuro da placenta normal** — Este é o diagnostico differencial fundamental:

PLACENTA PRE'VIA

- 1.a não ha albuminuria;
- 2.a hemorragia é indolor;
3. hemorragia externa, visivel;

DESCOLLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMAL

- 1.-a doente con'ta a historia de uma nephrite antiga; ha albuminuria;
- 2.-a hemorragia é acompanhada para trás, correspondendo á implantação placentaria posterior, da de uma dôr bem localizada num ponto que corresponde á inserção normal da placenta (dôr na altura da bocca do estomago a mais commum);
- 3.-hemorragia interna, occulta; só depois de formado um grande hematoma retro-placentario o sangue começa a escoar em estil-

	licidio; quando muito, póde haver hemorragia mixta;
4. o palpar é positivo, diagnosticando-se a apresentação e a posição do feto e a phase do trabalho de parto.	4. palpar negativo;
5. escuta positiva (mais alta);	5. escuta negativa;
6. toque positivo: reconhece-se o tecido placentario no orificio externo, etc.	6. toque negativo: trata-se de primigesta, em que o parto nem começou;
7. utero de fórma normal;	7. utero globuloso, distendido pelo hematoma retro-placentario.
8. utero de consistencia normal.	8. utero de consistencia dura lenhosa.
9. utero de volume normal.	9. utero de volume ligeiramente augmentado pelo hematoma;
10. estado geral da mulher regular: após 3 ou 4 hemorragias, o pulso está a 100 ou 120 e a temperatura é normal.	10. estado geral da mulher desde logo mau, estando ella muito anemizada.

e) **com mola hydatiforme** — A móla caracteriza-se por evolução muito rapida, que dá ao utero em dois ou tres mezes o volume de uma gravidez normal de termo; é nesses tres mezes, em geral no segundo, que sobrevêm as hemorragias, que dessa maneira se distinguem das da placenta prévia, que são tardias. Nos intervallos entre as perdas sanguineas ha corrimentos serosos ou soro-sanguinolentos.

Encontra-se, além disso, na móla, pela palpação, o utero geralmente molle e depressivel, embora em certos casos accentuada dureza se substitua áquelles caracteres; ás vezes ha nodosidades na face anterior e no fundo uterino; não se conseguem reconhecer pelo palpar as partes fetaes.

A auscultação, salvo raros casos de móla com embryão vivo, é negativa, ouvindo-se tão sómente por vezes o sopro da uterina.

f) **com endometrite hemorrágica** — O diagnostico póde ser difficil, tanto mais que a endometrite, como vimos (3), é causa da placenta prévia. Ha, como signaes differenciaes, a data das perdas sanguineas, que se dão cedo na endometrite, e a existencia de hydro-hematorrhéa nos intervallos das metrorrhagias. Além disso, na endometrite o utero é doloroso, o que não acontece na placenta prévia (5,b).

9 — **Tratamento** — A placenta prévia em si não tem cura: póde-se apenas tratar as suas complicações. Este tratamento póde ser **PROPHYLACTICO** ou **CURATIVO**.

I — TRATAMENTO PROPHYLACTICO

O tratamento prophylactico das complicações da placenta prévia é aquelle que se faz no decurso da gestação e que consiste em:

a) conservar a mulher em absoluto repouso, fazendo-lhe lavagens intestinaes repetidas e mantendo-se a bexiga vazia por uma sonda de demora, afim de evitar compressão uterina;

b) abstenção systematica de lavagens vaginaes, que outrora constituiam panacéa para as metrorrhagias, e que hoje quasi sempre são contra-indicadas, porque provocam contracções uterinas e, portanto, augmentam a hemorragia, além de favorecerem a contaminação microbiana;

c) e, principalmente; a remoção da mulher, no ultimo trimestre da gravidez, para uma Maternidade, onde possam ser convenientemente tratadas as complicações que a qualquer momento sobrevenham.

Zweifel acha que as maiores complicações, referentes ao periodo do parto, que possam surgir na vida clinica do parteiro, são a placenta prévia, a eclampsia e a ruptura uterina, porque as opiniões therapeuticas com respeito a estas affecções são dispaes e methodos identicos dão resultados contradictorios nas mãos de um mesmo profissional. De facto, a indicação therapeutica na placenta prévia é a pedra de toque pela qual se aferem o criterio e a experiencia do parteiro.

II — TRATAMENTO CURATIVO

a) **compressão extrinseca da ferida uterina: tamponamento** — O tamponamento vaginal ou uterino como methodo therapeutico não póde ser aconselhado. Delle falaremos mais adiante (11) como palliativo para estancar a hemorragia temporariamente, emquanto se transporta a doente para um meio hospitalar adequado.

b) **acção sobre a placenta e membranas** — Quando a placenta prévia é lateral, póde-se, sem descollar, chegar ás membranas ovulares e rompelas, dando sahida ao liquido amnico; assim se consegue muitas vezes estancar definitivamente a hemorragia, a ponto de Pinard dizer que, quando a mulher perde agua, não perde sangue. As membranas distendidas, traccionando a placenta.

descollam-na e motivam a hemorragia; rompidas as membranas, cessa a distensão, e, com isso, tudo o que lhe era consequencia. Entretanto, nem sempre se consegue desta maneira estancar o sangue, e o trabalho de parto, si não se iniciou, fica retardado pela ruptura precoce das membranas; e tal retardamento, acompanhado, da ruptura, expõe a mulher á infecção, o que é extremamente grave.

Não nos referimos aos casos em que o parteiro pratica o descollamento artificial da placenta, que nunca deve ser feito, a não ser que o utero já tenha sido esvasiado (ver mais acima, 5,e).

c) **compressão intrinseca da ferida uterina** — a) **PELA VERSÃO BIPOLAR OU MANOBRA DE BRAXTON-HICKS** — A manobra de Braxton-Hicks traz ao estreito inferior o polo pelvico fetal, que age comprimindo excentricamente o segmento inferior, e desse modo, detem a hemorragia; além disso, constitue inicio de esvasiamento uterino, que se completará por uma extracção podalica. Seria, pois, excellente pratica, si não expuzesse o feto a morte quasi inevitavel. Si, nestes casos, não vão além de 5 a 6 o|o de obitos maternos, a lethalidade fetal é superior a 70 o|o, porque a extracção deve ser muito lenta, de 2 horas para mais, e, nesse espaço de tempo, o feto succumbe sempre. Melhoraria, realmente, de muito o prognostico fetal o fazer-se a extracção rapida; mas isto agravaria sobremaneira o prognostico materno, por effeito das lacerações uterinas inevitaveis (ver 12) O grande preceito é o do **abaixamento rapido e expulsão espontanea**. Cumpre não esquecer que a hemostase na versão bipolar de Braxton-Hicks não resulta da compressão dos vasos que sangram, pelo quadril fetal abaixado, mas da retracção do segmento inferior

b) **PELO EMPREGO DE BALÕES DILATADORES** — Mais adiante vamos ver que, quando se trata de feto vivo, os meios chirurgicos que indicaremos são os preferiveis. No emtanto, em certos casos não se póde recorrer a elles por haver infecção, por não estar a mulher em condições de supportar uma intervenção chirurgica, etc.; **mistér se faz, então, extrahir o feto por via vaginal.**

Tal não é difficil si ha dilatação sufficiente; mas esta geralmente não se fez ainda, nem se fará espontaneamente, por ter havido ruptura, casual ou deliberada, das membranas ovulares. Temos, então, de recorrer á dilatação artificial do collo, que póde ser feita **com os dedos, o que é penosissimo**, ou por meio de balões, quando não seja o caso de empregar a manobra de Braxton-Hicks. No caso de se hesitar entre estes dois ultimos meios, lembremos que os balões dão 35 o|o de obitos fetaes, emquanto que Braxton-Hicks, como vimos, dá mais de 70 o|o; apesar disso, o balão tem o in-

conveniente de provocar hemorragias duas vezes mais fortes, o que não é desprezível si se levar em conta que a mulher já está muito anemizada.

c) PELAS LAVAGENS VAGINAES — Foi Seifert, de Praga, quem aconselhou para estes casos o emprego de lavagens frias, que julgava de acção hemostatica; a agua fria provoca simplesmente uma irritação thermica, tanto assim que póde ser substituida (fizeram-no os francezes) por lavagens quentes, de 50 graus, que tambem provocam hemostase pelo mesmo mechanismo.

A agua em si é prejudicial, porque dissolve as hematias; no caso de insistir o parteiro no uso de lavagens vaginaes, deve utilizar-se da solução physiologica, que não é hemolytica.

c) a evacuação rapida do utero — Este methodo não deve ser empregado, pelos motivos que mais acima expuzemos, tratando da manobra de Braxton-Hicks: provocam-se lacerações do collo, extremamente graves, e a mortalidade, assim materna como fetal, é grande demais para que seja objecto de apreciação na therapeutica da placenta prévia.

III — TRATAMENTO CURATIVO SANGRENTO

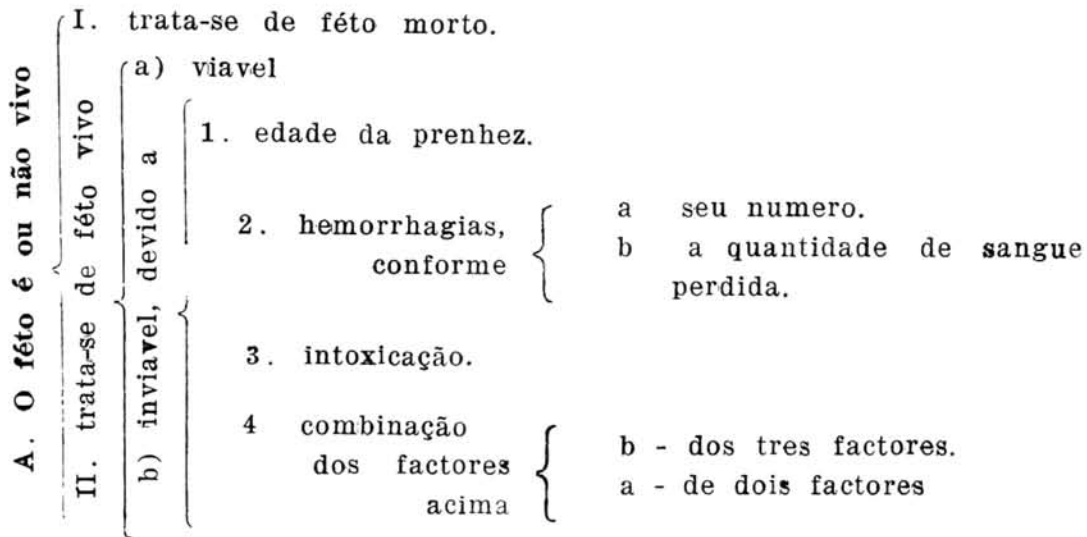
A therapeutica cirurgica da placenta prévia resume-se no terminar rapidamente o parto, por operação cesarea.

Nas primigestas, prefere-se a cesarea classica, quando não haja infecção; e, havendo suspeitas de infecção, a cesarea extra ou a com exteriorização do utero. Esta ultima, imaginada e pela primeira vez empregada por Portes, parece excellente intervenção, que veiu substituir, com vantagem, a operação de Porro. Na operação de Portes, faz-se a laparotomia, exterioriza-se o utero e fecha-se em seguida a cavidade abdominal, fixando o organo gestante á parede; abre-se, então, este, retira-se o fêto e deixa-se o utero exteriorizado durante 25 a 30 dias, o que afasta possível complicação de peritonite. Depois deste prazo, reintegra-se o organo na cavidade pelvica.

Sellheim acha preferivel a cesarea extra á classica; Doderlein, em opposição, entende aquella contra-indicada na inserção baixa da placenta, por ir-se abrir o utero exactamente na zona da inserção desta; Sellheim, pelo contrario, pensa que justamente por isso é vantajosa a extra, que permite a directa observação e laqueadura dos vasos que sangram. A Cadeira segue o criterio de Doderlein, isto é, não indica a cesarea extra para a placenta prévia.

IV — INDICAÇÕES ESQUEMATICAS

A indicação therapeutica depende de dois factores da maxima importancia, um materno e outro fetal:



B. As partes molles maternas são permeaveis ou não? Permittem, ou não, que o feto transponha o trajecto pelvi-genital de accordo com os principios geraes do parto e sem grande demora (principalmente o polo cephalico)?

Isso depende:

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------|---|---|
| I. do numero de partos anteriores | II. da bolsa das aguas | { | 1. primiparas — canal menos permeavel. |
| | | | 2. multiparas — canal mais permeavel. A existencia de cicatrizes no collo uterino, motivadas por operação obstetrica em parto anterior (forcipe, versão, etc.), é razão sufficiente para contra-indicar a via vaginal e preferir-se a alta, em caso de placenta prévia. |
| | | | 1. rompida — desfavoravel á cervico-dilatação. |
| | | | 2. integra — favoravel á cervico-dilatação. |

Em resumo, quando ha feto vivo e viavel, verifica-se si a mãe é primipara ou multipara, para avaliar das probabilidades que tem o feto de morrer durante o parto. A proposito da viabilidade fetal, notemos que a placenta prévia acarreta geralmente parto prematuro, antecipado de 1 ou 1 1/2 mez.

Summariemos as indicações therapeuticas:

I. Fêto morto ou inviavel	a) parto pos- sivel pelo trajecto commum	a - versão de Braxton-Hicks ou b - forcipe (conforme a apre- sentação).					
			b) parto não possivel pelo trajecto commum -- embryotomia.				
B. Fêto vivo e viavel	a) canal pelvi-genital per- meavel (geralmente é o caso das multiparas)	a versão de Bradton-Hicks (arriscadissima) ou b - cesarea vaginal (multi- para) ou y forcipe (cabeça insinuada, baixa).					
	b) canal pelvi-genital não permeavel (geralmente em primiparas)						
		1. não ha infecção cesarea classica.					
		<table border="0"> <tr> <td data-bbox="858 1257 1118 1292">(2. ha infecção</td> <td data-bbox="1144 1071 1370 1478"> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="1172 1071 1370 1134">a cesarea extra ou</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1172 1157 1370 1303">b - opera- ção de Por- tes (excel- lente).</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1172 1327 1370 1478">y opera- ção de Por- ro (desu- sada)</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	(2. ha infecção	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1172 1071 1370 1134">a cesarea extra ou</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1172 1157 1370 1303">b - opera- ção de Por- tes (excel- lente).</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1172 1327 1370 1478">y opera- ção de Por- ro (desu- sada)</td> </tr> </table>	a cesarea extra ou	b - opera- ção de Por- tes (excel- lente).	y opera- ção de Por- ro (desu- sada)
(2. ha infecção	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1172 1071 1370 1134">a cesarea extra ou</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1172 1157 1370 1303">b - opera- ção de Por- tes (excel- lente).</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1172 1327 1370 1478">y opera- ção de Por- ro (desu- sada)</td> </tr> </table>	a cesarea extra ou	b - opera- ção de Por- tes (excel- lente).	y opera- ção de Por- ro (desu- sada)			
a cesarea extra ou							
b - opera- ção de Por- tes (excel- lente).							
y opera- ção de Por- ro (desu- sada)							

10 — **Complicações pós-operatorias** — a) **hemorrhagia persistente** — Em geral o parteiro não se compenetra sufficientemente do perigo que constituem as hemorrhagias persistentes; isso se dá principalmente quando é cirurgião, confiando muito na laqueadura dos vasos uterinos. Cumpre, porém, reccar sempre a atomia uterina, que, nos casos de placenta prévia, costuma ser tão accentuada que, quando a mulher vem a fallecer, nem com a morte o utero adquire rigidez, mostrando-se á palpação molle qual um farrapo (Zweifel) Comprehende-se que um utero assim atonico não se contraia de modo a permittir hemostasia perfeita, sendo muitas vezes necessaria hysterectomia total por via alta, para evitar a morte da mulher por anemia profunda. Esta hysterectomia é, porém, quasi sempre praticada muito tarde, quando a mulher

já não a supporta. Dahi a importancia de zelar estes casos, com desvelo e vigilancia.

b) **Infeção** — Facil é o estabelecer-se de infecção ascendente, facilitada pela contiguidade e, mesmo, pela continuidade vagino-uterina, mórmente quando ha coalhos e residuos membranosos que servem de ponte aos microbios. A infecção, o mais das vezes, se revela por **phlebites**, cuja gravidade é grande por se processar em mulheres debilitadas.

Para evitar a infecção deve-se:

I — Não proceder a nenhuma manobra propedeutica ou therapeuticamente sem os maiores cuidados da asepsia com relação a todo o aparelho genital externo:

- a - trichotomia da região perineo-vulvo-pubiana;
- b iodização da mesma região, com especial cuidado do monte de Venus, do aparelho labial e dos sulcos genito-cruraes;
- c desinfeção energica da vagina, especialmente si tiver havido toques suspeitos, com alcool, lysoformio ou acido lactico de 10 o/o (Zweifel);

II — Abster-se, sempre que possivel, do tamponamento (11);

III — Evitar o descollamento artificial da placenta, de que dependem 80 o/o dos obitos nestas condições.

c) **embolia gazosa** — Muitas mulheres succumbem rapidamente após a operação, por embolia chamada gazosa. De um modo geral, a embolia cerebral é de menor frequencia no decurso da placenta prévia.

O meio prophylactico mais efficaz desta complicação consiste em manter a bacia menos elevada que a porção superior do tronco, ao contrario do que geralmente se pratica, desde Hippocrates, mas principalmente desde Trendelenburg. Na placenta baixa, as intervenções devem ser sempre feitas com o tronco mais elevado.

d) **Lacerações do collo** — Quando se intervém, em casos de placenta baixa, sobre fétos mortos ou inviáveis, pratica-se geralmente a manobra de Braxton-Hicks. Nesta, insistimos em que tanto a versão deve ser rapida quanto a extracção lenta: colloca-se no pé abaixado um peso de 1|2 kilo e deixa-se que a dilatação se complete em 2 ou 3 horas. Nos casos em que se procede á versão bipolar, diz Sellheim, não se deve mover um dedo para salvar o feto; de facto, para tal é necessario que a extracção seja rapida, e esta produz lacerações do collo, além de ser pouco garantidora da vida materna.

I — Si o feto estiver morto, faz-se punção da cabeça com o bisturi ou com o perfurador de Blot; desse modo diminue-se o volume da cabeça e a retirada é facil e inocua.

II — Muitas vezes, porém, supponho o feto morto, e ao fazer a extracção verificamos que o cordão ainda pulsa; como fazer, então, para que não se asphyxie enquanto o retiramos lentamente?

Lança-se mão da **manobra de Zweifel**: Como a tensão cervical nunca dura mais de 5 minutos (tempo durante o qual se dá geralmente a morte do feto), colloca-se a mão ventral em concha sobre a bocca e o nariz do feto, canalizando para estes o ar, até que se dissipe a tensão uterina; em seguida, procede-se á extracção sem lacerar o collo.

III — Casos ha de feto vivo, com dilatação quasi completa, porém, insufficiente. Nesta contingencia, descolla-se a bexiga e em seguida excisa-se a face anterior do utero (cesarea vaginal) para retirar o feto.

IV — Em certas multiparas, com infecção (que contra-indica cesarea) e bolsa das aguas rompida (que impede cervico-dilatação espontanea), tem-se que fazer dilatação digital ou por meio de balões, si não se quizer recorrer á manobra de Braxton-Hicks. Já vimos o que pensar destes varios methodos (ver mais acima, 9, II,c).

11. — **O tamponamento** — Deve-se fazel-o, para transportar a doente? Sim, é de indicação absoluta, desde que seja feito com a mais rigorosa asepsia, desinfectando, como foi dito, o canal pelvigenital e usando gaze esterilizada. Não deve, porém, conservar-se em prazo maior de seis horas, após o qual o sangue entra em putrefacção; demorando-se mais, póde haver absorpção toxica e reacções septicas de gravidade varia. Na Allemanha, os não especialistas receiam fazer a tamponagem, e, quando é necessaria, para o transporte de uma gestante, chamam o obstetra, por causa das responsabilidades que lhe são attribuidas por lei. Quando o tamponamento é bem feito e bem comprimido, até a mulher chegar á Clinica, a dilatação se completa, e torna-se facil depois a manobra therapeutica reclamada. Havendo necessidade do tamponamento por tempo superior ao indicado, este póde ser prolongado para dez horas, mas com gaze iodoformada. As gestantes têm, todavia sensibilidade especial para o iodoformio, que deve ser evitado quanto possivel.

Varnier acha que é contrasenso comprimir a vagina para estancar hemorrhagia do utero; mas a verdade é que este é tambem comprimido indirectamente, e assim se soccorre tanto a mãe como o feto.

Os principaes inconvenientes do tamponamento são causar dôr intensa e difficultar a exoneração intestinal e a micção. Trata-se, porém, de um simples meio de urgencia para transportar a doente.

Quanto ao **tamponamento intra-uterino**, é problema difficil de se solver; os cirurgiões praticam-no, com frequencia, no tratamento da placenta prévia, mas a maioria dos parteiros o recusam como nocivo e quasi sempre malefico. O tampão, em geral, fica rapidamente embebido de sangue. Lembremos, a proposito, a phrase de Zweifel: **Todo o estillicidio sanguineo que se faz através de um tamponamento intra uterino é de gravissimo prognostico, porque ou a mulher melhora em alguns minutos, ou a morte é immediata.**

O tamponamento intra-uterino nunca deve ser feito para estancar uma hemorragia por effeito da **atonía uterina** em placenta prévia.

Nos casos extremos, em que falhou o primeiro tamponamento intra-uterino, está indicado um segundo emquanto se prepara o material para a hysterectomia

12 — Lacerações secundarias do collo — Ha tambem a considerar as hemorragias por lacerações, que se dão quando o parteiro, em desrespeito ás regras obstetricas, se limita a retirar o feto a todo transe.

a) quando as lacerações ficam aquém da inserção vaginal do collo, são bem reconstituídas por sutura por via vaginal;

b) quando se propagam além do collo, ha tres processos:

a - o **processo de Boero**, que consiste em se collocarem pinças cada vez mais altas, que se entrecruzam e reviram as bordas da ferida, mantendo-se a hemostasia por tamponamento; é o que se faz quando a doente não supporta o choque da hysterectomia;

b **suturar por via vaginal**, descollando a bexiga, si os limites da laceração não forem muito longe;

c **suturar por via alta**, si os limites da laceração tiverem atingido a zona de inserção dos annexos.

Veit dizia que o parteiro que sabe suturar bem, por via vaginal e abdominal, não deve temer as lacerações.

Ha, porém, que recear a **atonía uterina**, a que já nos referimos, e que é a mais grave das complicações da placenta prévia.

Para evitar toda hemorragia e o perigo que decorre da atonia, o melhor é fazer a prophylaxia daquella, observando o curso normal da dequitação; isto é, respeitar o repouso physiologico do utero e só retirar a placenta quando recommencarem as contracções. Quando não se póde aguardal-as, podem provocar-se:

a) pelo **processo de Zweifel**: colloca-se na cavidade uterina um balão, que se comprime com a mão vaginal de baixo para cima, e com a mão abdominal provocam-se contracções energicas. Retira-se o balão e procede-se ao descollamento placentario, porque, no fazer este, com o utero em repouso physiologico, corre-se o risco de

atonia lethal. Nenhuma intervenção prematura é mais grave do que o descolamento em taes condições.

b) pela **manobra de Fritsch**, na falta de balão: Põe-se uma das mãos dentro do utero e procura-se provocar as contracções com a mão abdominal.

Si o parteiro já está soccorendo a doente ha algum tempo, estas contracções são facilitadas porque naturalmente já recorreu á pituitrina ou á ergotina.

A anemia que decorre da hemorragia é combatida pelos meios communs: postura de declive, injeccão de sôros artificiaes, dos quaes é preferivel o de **Ringer-Locke**, por conter calcio, que é hemostatico.

O tratamento heroico consiste, todavia, na transfusão sanguinea, directa ou indirecta.

MORAES LEME

ANNUNCIEM NA "REVISTA DE MEDICINA"

Mediante pedido, enviamos tabellas de preços e prestamos promptamente quaesquer outras informações.
