

14
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

900

THESE

APRESENTADA POR

900

JAMES LIONEL DOWNING

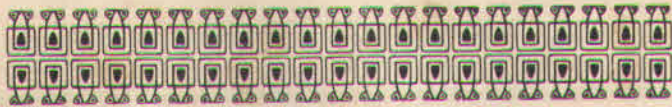
PLACENTA PREVIA

(CADERNA DE CLINICA OBSTETRICA)

BAHIA
IMPrensa OFFICIAL DO ESTADO
Rua da Misericordia, n. 1

1916





Placenta previa

900

Placenta previa é o desenvolvimento da placenta em parte, ou por completo, no segmento inferior do utero—na zona da dilatação do corpo uterino. O facto que a placenta pode ser collocada sobre o orificio interno, é conhecido desde o tempo de Hippocrates, e tambem mencionado por Mauriceau, Deventer, Pugh e muitos outros, mas elles todos creram que a condição era um prolapso da placenta, fóra da sua posição normal. Paulo Portal, no anno 1664 declarou positivamente que a placenta pode ser implantada sobre o orificio interno do utero, e Giffórd, Roederer, Levret, e especialmente Smellie, accentuaram este facto. Mas a honra de descrever a differença entre *placenta previa* e *abruptio placentar* pertence a Rigby, que descobriu-a no anno de 1775. Elle tambem deu o nome, «hemorrhagia inevitavel» á condição de placenta previa, e «hemorrhagia accidental» á do *abruptio placentar*.

Hemorrhagia, na complicação de placenta previa, é inevitavel por causa do facto, que a placenta é separada da sua connexão uterina, pelo feto no seu processo de avançar.

E esta separação é a causa da hemorrhagia emquanto na condição de *abruptio placentar*, a hemorrhagia é

accidental,—não é necessario, ainda que a placenta seja separada da sua connexão uterina, muitas vezes o sangue nesta condição, formando uma coagulação no espaço entre a placenta e o muro uterino. Schaller, no anno 1709 foi o primeiro que demonstrou no cadaver, a união da placenta sobre o orificio interno.

A placenta pode unir-se a qualquer parte da cavidade uterina, a inserção fundal sendo a mais rara de todas, a inserção no muro posterior sendo a mais frequente, ora no muro anterior, ora nos dois lados seguem em ordem na sua frequencia, e então achamos occupando o penultimo lugar, na ordem, a inserção no segmento inferior, dentro da zona da dilatação, esta é a placenta previa. Esta zona é tambem chamada por alguns autores—o *isthmo uterino*. Para ser normal, a margem inferior da placenta deve ser ao menos 10 cm. distante do orificio interno, e bem em cima da margem superior do isthmo uterino.

Quando a margem inferior da placenta toca a margem superior do isthmo uterino chamamos a condição *inserção baixa da placenta*. Quando a margem inferior da placenta toca o orificio interno, chamamos a condição *placenta previa marginalis*, quando somente uma parte fraccionaria do orificio interno é coberta pela placenta, chamamos a condição *placenta previa lateralis* ou *partialis*, e quando o orificio interior é inteiramente coberto pela placenta, chamamos a condição *placenta previa centralis* ou *totalis*. Nesta ultima classe, á vista do facto, que a placenta se acha quasi inteiramente

dentro do isthmo uterino, pode ser chamado tambem *placenta isthmialis*.

Estas classificações são todas relativas, devido ao facto que estamos tratando do segmento inferior do utero, zona sujeita ás diversas consequencias do processo da dilatação.

Felizmente a condição da placenta previa não é muito frequente, mais ou menos 1 caso em cada 1000 gravidezes.

As causas da placenta previa

As causas predisponentes, são as seguintes:—a endometrite chronica; a multiparidade, especialmente quando uma gravidez segue após a outra em successão rapida; a subinvolução; o aborto; as convalescências prolongadas de partos antecedentes; a extracção manual da placenta do parto antecedente; e outras evidencias de condições pathologicas das membranas do endometrite, taes como, por exemplo, infarctos brancos, decidua serotina grossa e placenta adherente.

As causas activas são as seguintes:—a inserção primaria do ovo impregnado no segmento inferior do utero bem proximo ao orificio interno; o desenvolvimento da placenta na decidua reflexa, assim extendendo-se sobre o orificio. Então, talvez devido a uma endometrite, ou falta de cilia na membrana mucosa intrauterina, ou alguma condição anormal do ovo mesmo, elle, no processo de descer na cavidade uterina, não pode pegar

e unir-se ao muro uterino até que tenha attingido á vizinhança do orificio interno, dentro da zona de dilatação.

Como é que a placenta estende-se sobre o orificio interno? é uma questão muito discutida entre os sabios da nossa profissão.

Todos os investigadores concordam no facto, que o ovo necessariamente tem a sua inserção muito baixa na cavidade do utero.

Então, como o ovo penetra para dentro da membrana mucosa, e ali, no seu desenvolvimento, racha a decidua em todas as direcções, é facil comprehender como é que uma parte da placenta pode estender-se sobre o orificio interno. Quando as deciduas verdadeira e a reflexa, são assim levadas sobre o orificio, extendendo-se até que ellas toquem e jazem em opposição com a verdadeira do lado opposto, a fusão pode acontecer facilmente.

Se o ovo racha a membrana decidual, seguindo uma linha circular em redor do orificio interno, então, esta abertura pequena pode ser coberta pela placenta como se fosse uma ponte, a placenta assim tomando a forma circular em redor do orificio—*placenta fenestrola*. Às vezes achamos que este processo de rachar a decidua, não pára como orificio interior. Em raros casos, a membrana mucosa da cerviz uterina é capaz de formar a decidua, enestes casos o desenvolvimento da placenta continúa até que o orificio externo se acha attingido. Achamos na literatura alguns casos desta condição rara. Nelles a união da placenta com a cerviz era tão intima que era necessario fazer dissecção cuidadosa para separal-as. Estes todos

tenham semelhança á gravidez cervical, uma condição muito rara. De vez em quando achamos,—na variedade isthmial,—a placenta suspendida atravez o segmento inferior do utero como um festão. Estes casos são os mais serios.

Os symptomas

A hemorragia é o primeiro symptoma e tambem é o mais importante e o mais constante. Geralmente acontece no ultimo trimestre da gravidez, especialmente no oitavo mez.

Geralmente não ha causa visivel. A mulher grávida pode acordar-se do somno quieto na cama e achar-se numa lagôa de sangue; ou levantando-se do urinól, pode ver o sangue fluido misturado com coagulos no bacio. *Uma hemorragia uterina, sem causa visivel, e sem dôr, acontecendo no terceiro trimestre da gravidez, é quasi pathognomonica da placenta previa.* A primeira hemorragia pode ser de pouca quantidade —até de poucas gottas só, ou pode ser profusa, e até a morte mesma. Geralmente uma quantidade de 100 grammas mais ou menos se manifesta na primeira hemorragia. Com cada hemorragia nova, a quantidade augmenta e as hemorragias acontecem tambem mais frequentemente. Ás vezes achamos um fluxozinho continuoo aparentemente de pouca importancia, mas em pouco tempo, estraga a saude da mulher completamente. Ella torna-se fraca e anemica. Em muitos

casos desta condição infeliz da hemorragia, as dores do parto começam. Na inserção central da placenta, achamos como regra geral, que a hemorragia começa um pouco mais cedo do que nas outras variedades. Na forma da placenta *previa partialis* as dores da gravidez geralmente se manifestam, e a hemorragia é, por conseguinte, symptoma mais constante. Nos casos da placenta *previa marginalis*, a hemorragia pode manifestar-se com as primeiras dores do parto, ou demorar até o fim do processo de dilatação do segmento inferior do utero.

O medico-parteiro pode suspeitar o typo de placenta previa, notando bem estes symptomas. Devemos lembrar que as regras não são infalliveis,—as excepções são frequentes. Hemorragias profusas podem manifestar-se quando somente uma parte pequena da margem da placenta se apresenta.

Os outros symptomas de placenta previa são inconstantes e muitas vezes equivocadas, como dor, pressão, pulsação na parte inferior da região abdominal, desejos frequentes de urinar e leucorrhéa.

A origem da hemorragia pode ser nos seios uterinos no ponto da inserção da placenta; ou nos espaços intervillosos da placenta; ou no seio circular da placenta, e raramente a hemorragia pode vir do feto, devido ao facto que na separação da placenta não ha recurso para prohibir a volta do sangue fetal, e assim escapando francamente teriamos uma hemorragia fetal.

A placenta previa pode modificar o curso inteiro da

gravidez, do parto, e do estado puerperal. O parto prematuro é especialmente commum. Mais ou menos só 32 % destes casos infelizes cumprem-se com o tempo normal da gravidez.

No processo do parto, a placenta previa pode causar má posição e má apresentação do feto, como, por exemplo, as nadegas ou a espadoa; ou a cabeça pode ser retardada na sua entrada no estreito osseo superior da pelvis; rotação anormal; prolapsus funis; dores fracas, com a hemorragia inevitavel.

O ar embolismo pode acontecer, devido ao facto que os seios uterinos abertos ficam proximos ao ar livre. Então, a musculatura do segmento inferior do utero quasi sempre se acha enfraquecida pela occupação deste espaço pela placenta grossa e anormal, e por conseguinte, a rotura do utero é mais frequente do que no parto normal.

A hemorragia postparto é mais frequente pelo facto que os musculos enfraquecidos não podem contrahir-se com força sufficiente para bloquear o fluxo de sangue postparto.

No estado puerperal, a placenta previa pode ser a causa de condições serias, a saber:—(1) alguns pedacinhos da placenta podem ficar dentro do utero, adherentes ao muro uterino e tornar-se focos de infecção; (2) a inserção baixa da placenta, sendo bem proxima á vagina septica a infecciona—e esta, da sorte a mais perigosa, *metropblebite*,—pode acontecer; (3) a subinvolução; (4) finalmente, a mulher tem de combater contra a condição de anemia profunda.

A respeito da criança, podemos dizer que a expectativa, comquanto não seja sem esperança, é, de certo, duvidosa.

A prematuridade; atelectasis pulmonum; fraqueza infantil, resultado da nutrição defectiva, vindo pela placenta anormal; prolapso do cordão; compressão sobre a inserção do cordão, e a deslocação da placenta no processo do parto podem causar a asphyxia da criança: algum damno á placenta pode ser a causa de hemorragia fetal; e a criança pode soffrer prejuizo pelo forceps, ou no processo de versão manual, mas especialmente pelo uso do seu corpo como tampão para bloquear a hemorragia, —methodo Braxton-Hicks.

Diagnose

Uma hemorragia uterina sem causa visivel, e sem dôr, no ultimo trimestre da gravidez, com raras excepções, tem por sua causa a complicação de placenta previa. Mas devemos sempre confirmar a diagnose por meio d'um exame vaginal, assim achando tecido placentario sobre o orificio interno. Antes de fazer tal exame, devemos apromptar tudo em preparação para operar, porque ás vezes acontece que o acto de fazer inserção do dedo dentro da cervix no exame é a causa d'uma hemorragia tão profusa que seja necessario operar sem demora alguma.

No exame manual é absolutamente necessario ter muito cuidado em vista do facto de que ha outras

condições que podem simular a da placenta previa de tal modo que a percepção tactil seja enganada, taes como um grumo firme de sangue coagulado, uma camada grossa de verniz caseoso nos cabellos entrelaçados do feto; uma monstruosidade,—por exemplo, *anencephalus*, e membranas mui grossas. Uma massa esponjosa nos fornices, a sensação d'uma esponja chata entre a cabeça do feto e o dedo do examinador, um grupo de arterias pulsando, a vascularidade excessiva, a murmuração uterina accentuada, e situada baixo, são todos symptomas equivocaes da placenta previa. Com estes symptomas é mui facil enganar-se.

Na diagnose differencial é preciso se pensar nas varizes da vagina, carcinoma cervicis, rotura do utero, gestação ectopica, e *abruptio placentae*. Nesta ultima condição, a placenta pode ser separada do seu lugar de inserção e ficar collocada sobre o orificio interno, e assim simular a placenta previa. Devemos lembrar, tambem, que a hemorragia pode vir d'um ramo da inserção do cordão, se este fôr de forma velementosa. Tambem pode vir do seio circular, se este fôr injuriado pelo dedo do examinador.

A prognose

Na placenta previa achamos uma complicação não somente seria, como tambem perigosa. Nas estatisticas ajuntadas de diversas autoridades, a mortalidade tem alta percentagem,

Nas clinicas de Strassman, Pohl, Doranth, Hantel, Boss, Honnes, Hammerschlag, Treub, De Lee e da Maternidade de Moscou, com o total de 2153 mulheres, soffrendo de placenta previa, a mortalidade maternal attingiu em $7\frac{1}{2}$ por cento, e nas suas crianças, assim nascidas, a mortalidade attingiu á cifra enorme de 61,5 por cento.

A mais alta percentagem de mortalidade acontece nos casos de placenta previa centralis, e a mais baixa nos de placenta previa marginalis. Este facto applica-se a ambas, ás mulheres e ás crianças.

A grande maioria de mortes na complicação de placenta previa, na ordem da sua frequencia, vem de hemorragia, septicemia, rotura do utero, e ar embolismo.

A hemorragia do parto, é especialmente grave, devido ao facto que a mulher é geralmente muito anemica, tendo perdido bastante sangue nas hemorragias antecedentes.

A condição de septicemia é especialmente invocada pelo facto que a inserção da placenta está no campo da manipulação e operação, e tambem pela necessidade de trabalhar com pressa, e muitas vezes, faltando o tempo e condições favoraveis nas casas particulares para cumprir com as leis de technica aseptica.

A rotura do utero pode acontecer por causa do facto que a musculatura no segmento inferior do utero é muito enfraquecida pela presença de placenta fóra do seu logar normal; e pelo facto que o medico-parteiro,

buscando todos os meios de combater a hemorragia profusa, na sua pressa, pode usar força de mais, e assim prejudicar este tecido muscular enfraquecido.

O ar embolismo, comquanto seja condição rara, de vez em quando, acontece, o ponto da inserção da placenta sendo mui proximo ao ar livre.

As crianças perecem de asphyxia, pela deslocação ou compressão da placenta; ou de hemorragia fetal, quando a placenta é rasgada, ou subitamente separada do utero; ou da pressão, quando o corpo dellas é usado como tampão intrauterino no methodo de Braxton-Hicks. Methodos de tratamento, mais recentes têm reduzido a mortalidade infantil perceptivelmente.

A *prognose* a respeito da saude é tambem duvidosa, sinão grave. A infecção puerperal é frequente, resultando frequentemente n'uma condição de invalidismo chronico; tambem a anemia profunda pode ser a causa de modificações nos orgãos que fazem o sangue, de modo que elles não podem funcionar normalmente, e por conseguinte, o sangue fica sempre fraco e anormal e a pobre mulher torna-se assim fraca e nervosa, com saude mais ou menos completamente estragada.

O tratamento

Felizmente temos methodos de tratamento, racionais e certos, nesta condição grave, que não temos em muitas outras complicações obstetricas. Antes de decidir em favor d'um procedimento qualquer, em cada

caso individual, devemos considerar todas as circumstancias—as condições sanitarias em que achamos a mulher, o estado physico da mulher e do feto, a habilidade do medico-parteiro para arcar com grandes e graves difficuldades:—se a mulher está nas dores verdadeiras do parto ou não, o gráo de dilatação da cervix, ou se a cervix não estiver dilatada, então, calcular approximadamente se é dilatavel ou não. Com estes pontos considerados podemos então pensar nas condições seguintes:

Nos casos da placenta previa, podemos considerar que os mais graves perigos são os de ar embolismo, diathese hemorrhagica e rotura espontanea do utero. Estes casos são quasi todos fataes.

Toda a mulher com placenta previa deve ser mandada a um hospital de maternidade bem arranjada e aparelhada, as raras excepções sendo as mulheres com meios materiaes, e a vontade de chamar o numero necessario de medicos habéis, e as enfermeiras necessarias, para sua propria casa particular. De outro modo é impossivel fornecer á enferma todas as vantagens da nossa arte curativa.

Nos casos em que a hemorrhagia é insignificante, ou quando o feto está bem proximo ao tempo de viabilidade, podemos temporizar sob esta condição absoluta, que a mulher tome a sua cama, e fique ali, ou vá para o hospital de maternidade.

Em todos os outros casos de placenta previa, a gravidez deve ser terminada logo que fôr possivel, depois de se fazer a diagnose. Diz Jaggard, «não ha tratamento expectante na placenta previa».

Então devemos discernir com bastante cuidado entre os casos de placenta previa no hospital de maternidade e os da clinica particular. No hospital devemos atender com esforço consistente para salvar a criança viva. Na clinica particular não devemos negligenciar a criança, mas devemos accentuar mais as nossas providencias contra a hemorragia da mãe.

Então o medico-parteiro deve escolher o methodo de procedimento que elle bem conhece, em que tem a melhor habilitação, e deve conhecer bem todos os methodos de procedimento na arte obstetrica contra esta complicação formidavel, e, alem disso, deve ser habil nas operações que usamos para concertar a cervix ferida, ou para fazer hysterectomia abdominal ou vaginal, quando fôr necessario por estes meios radicaes salvar a vida humana.

Uma vez que o processo do parto ja esteja iniciado, o medico-parteiro deve ficar com a enferma até que o parto esteja completado, e a mãe estiver fóra de perigo.

Durante o processo inteiro do tratamento, o medico-parteiro deve lembrar-se sempre da primeira necessidade, isto é, bloquear a hemorragia, poupar o sangue.

Nesta complicação formidavel é impossivel calcular a quantidade de sangue que a mulher pode perder sem resultado fatal. Em vista do facto de que no parto, n'estes casos, ha sempre fluxo de sangue profuso e inevitavel, devemos usar todo o esforço para evitar a perda

de sangue no período do tratamento antes do aparecimento das dores do parto.

O medico-parteiro sendo chamado e achando a mulher com hemorragia uterina, e confirmando a sua diagnose de placenta previa pelo exame digital, então deve começar immediatamente o seu tratamento de conservar o sangue. Uma cinta larga deve ser collocada em redor da barriga e segurada bem apertada para fazer contra pressão, um tampão vaginal, de algodão esterilizado deve ser cuidadosamente collocado. O tampão não deve ficar dentro da vagina mais que 10 ou 12 horas,—tempo bastante para arranjar o aparelho etc. para a operação, ou para transportar a mulher ao hospital de maternidade. Com o apparecimento da segunda hemorragia, não devemos demorar,—qualquer demora quer dizer perigo grave para a mulher, e temporizando, não podemos ganhar cousa alguma para a nossa vantagem.

No processo do parto nestes casos, ha quatro condições serias que temos de vencer:—(1) bloquear a hemorragia, (2) evacuar o utero, (3) segurar a condição de hemostase continua, (4) combater a anemia.

A questão de primeira importancia é o bloquear da hemorragia, e a condição da mulher enfraquecida e anemica, pela perda do sangue, nos indicará o methodo de procedimento que devemos seguir.

Nos casos de placenta previa marginalis a hemorragia geralmente começa perto do fim da segunda phase do parto, quando a cervix está bem dilatada, e é

raramente profusa. Nesta condição devemos furar o sacco das aguas. Esta rotura das membranas permite que a placenta retraia-se com o segmento uterino inferior no seu processo de retirar-se e assim fica como se fosse uma parte do muro uterino, e, deste modo, o processo de separação é retardado; ao mesmo tempo, a cabeça do feto pode descer, occupando o segmento inferior, assim fazendo pressão sobre a placenta, ajudando materialmente no processo de bloquear a hemorragia.

Na placenta previa partialis ou totalis, temos tres methodos de procedimento:— (1) a versão de Braxton—Hicks; (2) a metreurysis; e, (3) a secção cesariana. Sobre qual destes tres devemos escolher, depende das condições diversas da mulher, se ella tem perdido muito sangue, e se o feto está morto, ou moribundo, ou se elle é muito prematuro, de modo que haja pouca esperança de conserval-o vivo. Se o medico-parteiro tem pouca experiencia na complicação da placenta previa, então, a versão de Braxton-Hicks é sempre preferivel. Neste methodo buscamos um pé do feto dentro do utero, fazendo tracção leve, puxando com pouca força pelo pé, assim usando as nadegas do feto como um tampão para fazer compressão sobre a placenta contra a cervix para bloquear a hemorragia. Então podemos com paciencia esperar o processo natural das dores do parto, e a dilatação da cervix. Devemos usar a forma de tracção muito leve, e com muito cuidado senão, havemos de damnificar a mulher pela applicação de muita força, ou pela extracção rapida do feto, e assim perder ambas a mãe e a criança.

Na versão de Braxton-Hicks, as membranas do sacco das aguas deve ser furado ao lado da placenta e o mais distante possível da margem placentar. Então, com a mão dentro da vagina e dois dedos extentidos para dentro do utero, passando por dentro do sacco pela rötura feita, e passando ao lado da cabeça do fêto podemos buscar um pé, usando a outra mão no exterior da barriga para ajudar a versão, fazendo com ella a pressão ou a manipulação necessaria. Quando se acha um pé, pega-se n'elle com os dois dedos, conduzindo-o para baixo e dentro da vagina, ao mesmo tempo usando a mão exterior para elevar a cabeça na direcção do fundo do utero. Neste processo, a musculatura do utero e do muro abdominal devem ser bem relaxada, por conseguinte o uso de anesthesia pode ser necessario. Se fôr assim, devemos ter muito cuidado, devido ao facto que estas mulheres enfraquecidas e mais ou menos exangues supportam mal os remedios anesthesicos. Feita a versão, então podemos governar a hemorrhagia absolutamente, as nadegas do fêto fazendo pressão sobre a placenta, a hemorrhagia é, por emquanto, impossivel.

Então devemos tomar medidas para restaurar o equilibrio da circulação sanguinea da mulher. Podemos alcançar este fim pela introdução do soro normal intravenosamente ou hypodermaticamente, usando bom juizo a respeito da quantidade em cada caso. Falhando este procedimento, então devemos pensar em transfusão do sangue, nos casos extremamente criticos.

Infelizmente no processo da versão pelo methodo de Braxton-Hicks, temos grande fatalidade ás crianças,

Para obviar este grande perigo Mäurer introduziu, e Dühresen accentuou o methodo segundo, isto é, *metreuryxis*. O methodo consiste simplesmente no uso dum balão de borracha em lugar das nadegas do feto, como tampão no segmento inferior do utero e sobre o cervix. Mäurer, no anno 1887, escreveu sobre este assumpto, dando o processo tecnico da operação, mas é devido ao trabalho de Dühresen que este methodo tem sido generalizado.

E' applicavel em todos os grãos de dilatação da cervix, antes que o orificio se ache aberto sufficientemente para dar passagem ao feto. Pode ser usado para adiantar o parto, ou depois de experimentar a versão sem successo.

Com este procedimento podemos dilatar a cervix sufficientemente para evacuar o utero, immediatamente, ou com dilatação bastante para fazer a versão de Braxton-Hicks, e assim proceder conformando-se com as circumstancias e complicações prevałecentes.

O colpeurynter (ou metreurynter) marca o adiantamento no tratamento da placenta previa, quasi egual á da introducção da versão de Braxton-Hicks. A *metreuryxis* é praticada nos casos em que a condição de ambos, a mãe e o feto, é boa. Com este procedimento, quando a mulher tem perdido só um pouco de sangue e o feto está nas condições de viver, podemos demorar um pouco, correndo o risco d'uma hemorragia adicional, em favor da criança.

Ha no mercado aparelhos e modificações, mas o

balão original, o colpeurynter de Carl Braun é tão bom como as modificações mais recentes.

Todas as preparações devem ser feitas de antemão. O balão e seringa para enchel-a, devem ser bem esterilizados, fervendo 20 minutos em agua pura. Então o ar será evacuado do colpeurynter, tambem da seringa e o aparelho todo imergido n'uma solução de lysol, 0,5, por cento. O balão é dobrado ao comprido para occupar espaço o menor possivel e segurado com o forceps uterino.

Podemos, então, furar as membranas como se fosse para versão, e operando rapidamente, com dois dedos dentro da cervix, o balão de borracha pode ser collocado dentro do utero *em cima da placenta*, tendo cuidado de que a margem da placenta não fique dobrada em baixo do colpeurynter.

A placenta assim dobrada, provocaria uma hemorragia nova.

A injeção da solução de lysol para dentro do balão de colpeurynter deve ser feita devagar e com muito cuidado.

A quantidade deve ser de 400 a 600 centímetros cubicos, conforme as condições de cada caso.

Depois de collocar o colpeurynter assim, devemos com o dedo examinar bem para saber se as margens da placenta estão dobradas ou não, antes de tirar a mão da vagina.

Com o colpeurynter em posição em cima da placenta, podemos accionar o tubo de borracha, fazendo

tracção leve, usando somente força bastante para bloquear a hemorragia. De 4 em 4, ou de 5 em 5 minutos devemos relaxar a tracção no tubo para permittir uma bôa circulação de sangue na cervix, senão, havemos de achar a cervix tornando-se anemica, e nesta condição anemica, é facil rasgar ou molestar a cervix.

Geralmente as dores do parto começam dentro d'uma hora, e emquanto ellas são irregulares, têm força bastante para dilatar a cervix. Passando assim uma hora ou pouco mais, as dores tornam-se mais regulares. Durante a dôr, devemos relaxar a tracção começando de novo, logo que passe a dôr. Devemos sempre evitar a tracção forte no tubo do colpeurynter. Com tracção forte, podemos causar directamente a rotura da cervix, ou do segmento uterino inferior, ou, escapando d'isso, podemos causar contracções uterinas tão fortes que o utero haveria de soffrer a rotura por si mesmo.

Em verdade, não devemos permittir as dores tornarem-se fortes de mais, na placenta previa. Podemos evitar esta condição séria, cessando a tracção no tubo, ou, se fôr necessario, podemos deixar uma porção da solução escapar do colpeurynter. Na placenta previa não devemos usar pituitrina antes da sahida do feto da cavidade uterina.

N'este methodo de tratamento, é da primeira importancia que reconheçamos o momento exacto em que o colpeurynter passa para fóra do canal da cervix. Negligenciando de notar isto e continuando a nossa trac-

ção no tubo, havemos de trazer o balão do colpeurynter para baixo até o perineo, assim fornecendo oportunidade para uma hemorragia séria dentro da cavidade da vagina e no segmento uterino inferior, entre o colpeurynter e a cabeça do feto, tal hemorragia sendo, assim, completamente escondida. Nestas circunstâncias a hemorragia é muito perigosa, devido ao facto que não temos recursos para bloqueal-a depois da dilatação da cervix. Às vezes a cabeça do feto desce, tomando o lugar do colpeurynter, e assim se bloqueia a hemorragia effectivamente.

Quando a cabeça tiver passado a cervix, devemos, immediatamente, proceder o parto, continuando o nosso trabalho sem cessar, devido aos factos seguintes: (1) a vida da criança está em perigo imminente, e (2) a placenta pode separar-se completamente do utero dando lugar a uma hemorragia fatal dentro da cavidade do utero, especialmente se a mulher estiver muito anêmica, em consequencia das hemorragias antecedentes. Com a saída do colpeurynter da cervix dilatada então o medico deve estar prompto para completar o parto immediatamente, ou fazer versão intrauterina, conforme á indicação das condições manifestas.

No procedimento da versão, ou da applicação do colpeurynter, devemos sempre notar bem a condição do coração do feto, se o cordão umbilical estiver na parte da placenta onde estamos fazendo compressão pelo colpeurynter ou pelas nadegas do feto, algum gráo de asphyxia será inevitavel. Esta complicação pode ser muito

grave, em vista do facto que ficamos sem recursos para extrahir o feto antes da dilatação da cervix.

Com o colpeurynter, ou fazendo versão, utilizando as nadegas do feto como tampão, podemos governar completamente a hemorragia, e assim teremos tempo para estimular a mulher e restaurar o equilibrio da circulação pela solução salina normal. Com a hemorragia bloqueada, não ha necessidade de proceder com pressa. Devemos utilizar o tempo combatendo o choque e restaurando as forças e o vigor da mulher; arranjando todos os instrumentos e aparelhos, etc., necessários para o parto no momento opportuno, quando a acção rapida estiver indicada.

A tentação é do lado da extracção rapida do feto, antes que a cervix estiver bem dilatada, e é exactamente aqui que achamos perigo grande e grave. A laceração desta cervix, tão extraordinariamente vascularizada e enfraquecida é um accidente formidavel,—um dos mais formidaveis com que o medico-parteiro tem de se encontrar. Os seios utero-placentaes são tão superficiaes, que uma laceração com profundeza de 3 ou 4 millimetros pode ser bastante para ferir um seio destes. No segmento uterino inferior, o poder de contracção e retracção é sempre fraco, e na condição da placenta previa é quasi nullo, por conseguinte a hemostase postpartem é fraca, e assim podemos ter uma hemorragia fatal, vindo duma laceração mui pequena.

Tratamento da ultima phase do parto,—a extracção da placenta. Nesta phase, estamos face a face com

grande perigo, a cada momento. Muitos medicos sabios e habéis tem conduzido as suas enfermas com bom successo pela primeira phase do parto e tambem pela segunda, só para perdel-as nesta ultima. E' absolutamente necessario prender bem o sangue e com todo movimento evitar a hemorrhagia, ahi jaz o segredo do nosso bom successo. Logo que a criança tenha nascido, livre da mãe, então o operador deve entregal-a ao ajudante competente e prestar toda a sua attenção á mãe. Uma hemorrhagia, ainda que seja aparentemente leve e de pouca consequencia, exige que o operador faça a extracção da placenta sem demora.

Devido ao facto que as condições no segmento uterino inferior são todos anormaes, a contracção e a retracção são imperfeitas. Além d'isso a propria estructura destes tecidos é complicada com condições pathologicas, de modo que a extracção da placenta não pode ser feita depressa.

As adherencias ás vezes são muitas, e algumas d'ellas tão duras e firmes que não se póde separal-as com os dedos do operador.

Mas, quando a placenta se acha completamente extrahida, geralmente o utero, por meio das contracções naturaes, ainda que sejam estas mais ou menos fracas, tem força bastante para bloquear a hemorrhagia.

Mas, devemos, com muito cuidado, verificar bem e se houver ainda um fluxo de sangue do utero, tomar immediatamente o recurso de collocar um bom tampão de gaze esterilizada desde o fundo do utero até a boca da

vagina, isto é, bloqueando com o tampão firme o canal utero-vaginal inteiro. Durante meio minuto ou tanto, quando o ajudante esteja apromptando a gaze, devemos segurar o utero na posição do antifixão, e bem seguro, ou applicar o tubo abdominal de Momburg.

Qualquer laceração da cervix pôde ser concertada depois de collocar o tampão intrauterino e antes de collocar o tampão vaginal. O tampão vaginal podemos tirar no dia proximo seguinte, e o intrauterino no dia terceiro, isto é, 48 horas depois de collocal-o.

O tratamento da anemia, na placenta previa, é importante. Si é profunda, devemos começar o tratamento antes do parto, continuando durante o processo do parto, e depois, até que a mulher esteja fóra do perigo.

Podemos dar 2 litros ou mais, da solução salina normal hypodermicamente, e, depois do parto, mais 2 litros dentro do recto, com bom successo.

Não devemos esquecermo-nos da transfusão de sangue nos casos criticos desta complicação formidavel.

Outros methodos de tratamento. Accouchement forcé; a dilatação rapida da cervix; rasgando, ou cortando a cervix se fôr necessario, e immediatamente completar o parto; estes todos são mencionados só para condemnal-os. Elles não têm lugar algum na clinica obstetrica moderna. Com estes methodos antigos, achamos a mortalidade materna attingindo ás cifras enormes de 18 por cento até 44 por cento e a fatalidade infantil de 48 até 63 por cento.

Dilatação devagar, e com muito cuidado, é o melhor modo de proceder.

A *Secção Cesariana*, antigamente condemnada pela maioria das autoridades obstetricas, n'estes ultimos annos tem entrado no seu proprio logar nos tratamentos diversos e dignos na sciencia obstetrica moderna.

E' especialmente favorecida pelos cirurgiões e gynecologistas norte-americanos. Nestes ultimos annos, esta operação tem começado a gozar de uma popularidade digna do seu valor em nosso arsenal cirurgico no tratamento da placenta previa. Williams e Edgar approvam francamente a operação e é recommendada por Sellheim, Krönig, Pankov, Dudley, Fry, Dounoghue, Zinke, Kerr, Laphorn, Smith, Bar, e Recasens,—*naturalmente nos casos bem escolhidos*. Quando a placenta previa é da forma centralis ou isthmialis, com a placenta suspendida sobre o os interno como um festão, é, de certo, o methodo preferivel. Podemos dizer que, nos casos de placenta previa centralis, ou partialis, quando o termo da gravidez é quasi completo, com o feto vivo, a mãe em boas condições, a cervix fechada e dura, manifestando a probabilidade da grande difficuldade num procedimento qualquer de dilatação—condições communs nas primiparas,—devemos pensar sinceramente na operação de secção cesariana. Condições absolutamente necessarias, tambem, são a facilidade d'um bom hospital de maternidade,—ou facilidades eguaes n'uma casa particular,—e especi-

almente um cirurgião bem habilitado nas operações abdominaes. Fôra destas condições, não devemos considerar a secção cesariana. Nas mãos d'um operador habil e com facilidades favoraveis para operar, a mortalidade materna tem sido reduzida até mais ou menos 4 por cento, e a mortalidade infantil, da enorme cifra antiga de mais ou menos 63 por cento, com esta operação, tem sido reduzida até 5 por cento.

Na reunião annual da Sociedade Gynecologica norte americana no anno de 1909, e na reunião annual da Associação Medica Americana do anno de 1914, este assumpto era plenamente discutido, a conclusão sendo que nos casos indicados, e com condições asepticas favoraveis, temos n'esta operação um processo de grande valor na sciencia clinica obstetrica moderna.

Si a mulher fôr multipara e o orgão uterino evidentemente pathologico, então, a hysterectomy pôde ser indicada.

Nas exigencias da clinica geral, considerando as condições sanitarias geralmente más em que achamos estas mulheres nas casas particulares, o melhor methodo de procedimento que podemos recommendar é a versão de Braxton-Hicks, e falhando isto, então, o uso do metreurynter, deixando a operação radical da secção cesariana nas mãos dos cirurgiões sabios e habeis, os quaes têm as condições favoraveis para executar este plano de procedimento radical no seu tratamento dos casos criticos da complicação formidavel da placenta previa,