

SYMPHISEOTOMIA

73/5 EMC

5
FERNANDO DE MIRANDA MONTERROSO

779

SYMPHISEOTOMIA



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirúrgica do Porto



PORTO

TYPOGRAPHIA GUTENBERG

43, Rua dos Caldeireiros, 43

1894

73/5 EME

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

WENCESLAU DE SOUZA PEREIRA DE LIMA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Professores proprietarios

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral semiologia e historia medica	Ilidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia.	Nuno Freire Dias Salgueiro.

Professores jubilados

Secção medica	José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	Visconde de Oliveira.

Professores substitutos

Secção medica	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
	Vago.
Secção cirurgica	Ricardo d'Almeida Jorge.
	Candido Augusto Correia de Pinho.

Demonstrador de Anatomia

Secção cirurgica	Roberto Belarmino do Rosario Frias.
----------------------------	-------------------------------------

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

(Regulamento da Escola de 23 d'abril de 1840, art. 155.)

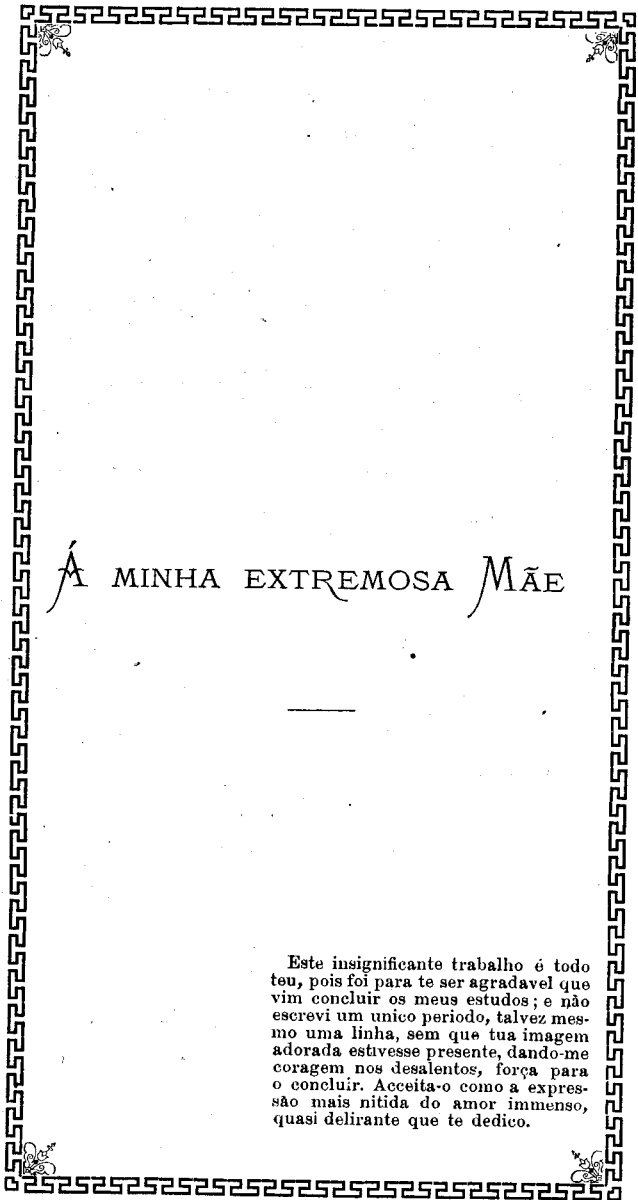


A' memoria de meu Pae

e de

minha mana Adelaide



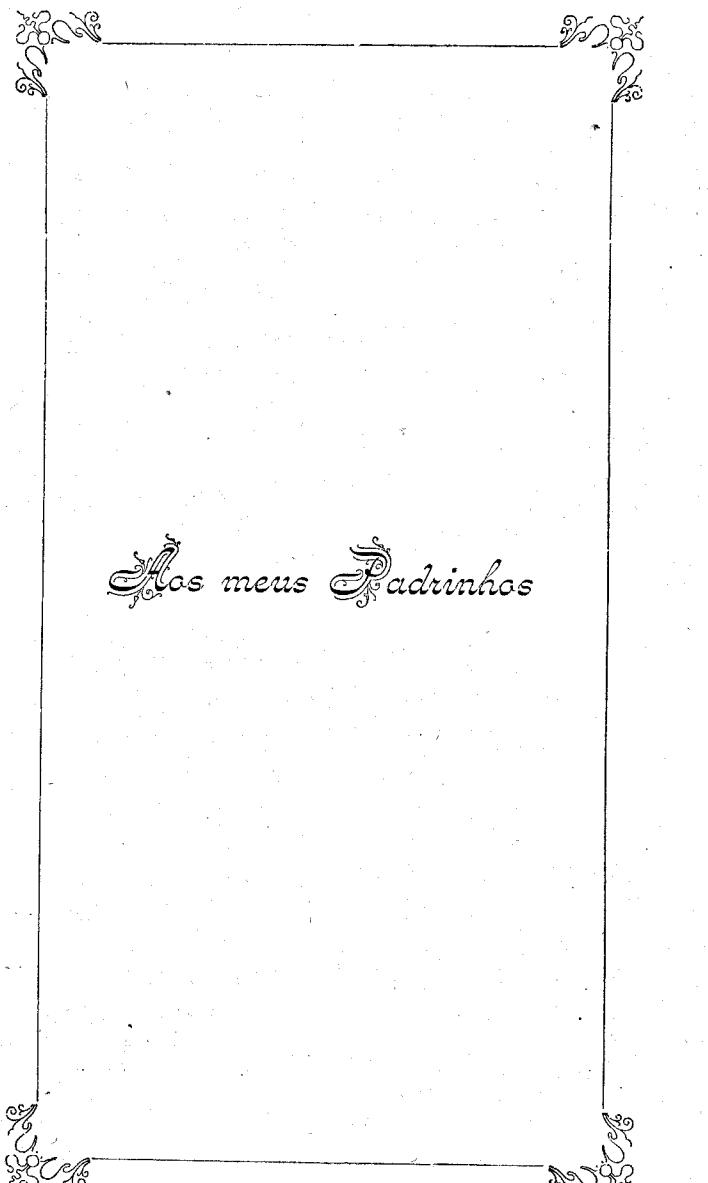


À MINHA EXTREMOSA MÃE

Este insignificante trabalho é todo teu, pois foi para te ser agradável que vim concluir os meus estudos; e não escrevi um unico periodo, talvez mesmo uma linha, sem que tua imagem adorada estivesse presente, dando-me coragem nos desalentos, força para o concluir. Aceita-o como a expressão mais nitida do amor immenso, quasi delirante que te dedico.

A meus Irmãos

Destes-me, em particular, n'esta ultima doença tantas provas da vossa dedicação, que este offerecimento e protesto do meu amor e gratidão não apaga mesmo a mais pequena parcella da divida que então contrahi.



Às meus Padrinhos

Aos meus parentes

E

Amigos

Aos meus condiscipulos

Ao

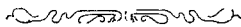
ILLUSTRE CORPO DOCENTE

DA

Escola Medico-Cirurgica

DO

PORTO



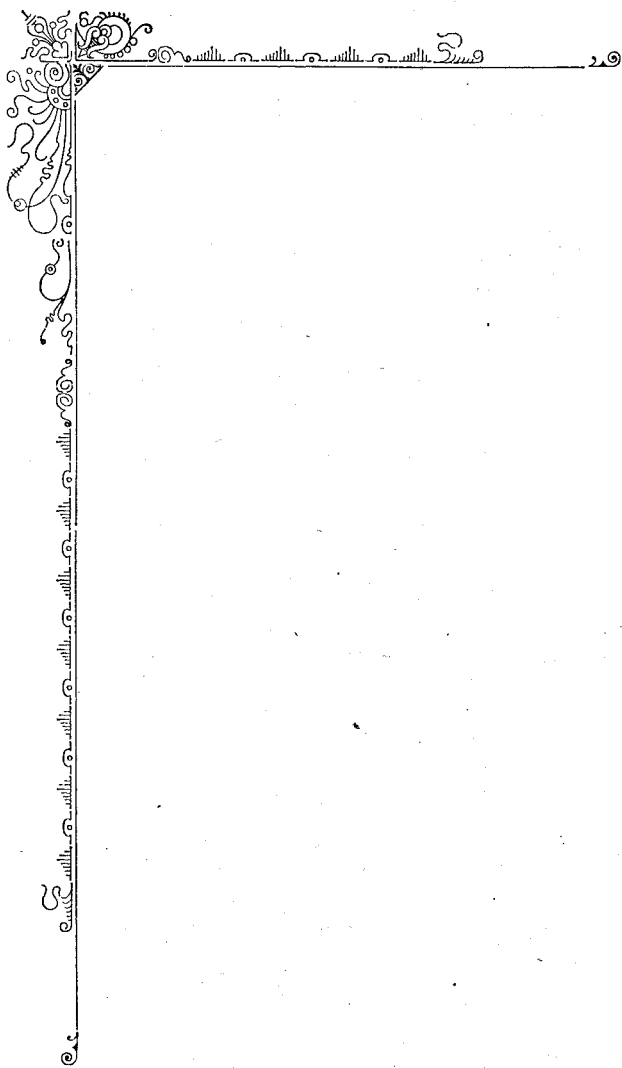


Do

MEU DIGNO PRESIDENTE

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. João Pereira Dias Rebelo



INTRODUÇÃO

Se eu quizesse traçar aqui a historia completa da symphiseotomia com as alternativas d'enthusiasmo e descrença que tem despertado; se quizesse relembrar as disputas interminaveis, muitas vezes intempestivas e inuteis e quasi sempre apaixonadas, a que tem dado logar; se quizesse, emfim, referir-me a tudo o que a seu respeito se tem escripto, a todas as operações praticadas, teria de dar a esta these proporções incompativeis com a sua indole. Já Murat dizia em 1821: «sobre esta operação tem-se publicado algumas centenas de dissertações»; desde essa epocha, e em particular desde os principios de 1892, tanto se tem dissertado, tanto se tem dito e escrevido, que é quasi impossivel apresentar um resumo que associe a verdade á clareza.

Todos os dias estão apparecendo novas in-

dicações, cada operador apresenta uma inovação no modo de a praticar, e por isso a tarefa de quem quer saber o melhor *quando e como* da sua execução, pelo que lê nos diversos tratados, é das mais arduas, das mais difíceis. Sem aspirações a vencer taes difficuldades, limitar-me-hei a schematisar a sua historia, tirando depois, em face dos factos, as conclusões que me parecem mais racionais e proveitosas para a vida pratica.

Quando encaramos em globo a historia da symphiseotomia, o que desde logo nos impressiona é a sua generalisação precoce, invadindo tão rapidamente o campo da obstetrica que, Baudelocque dizia — «a arte de partos parece estar reduzida á technica necessaria para bem a executar». No seculo actual, começa, desde o seu principio, a manifestar-se na Europa um movimento opposto; na França, Allemanha, Inglaterra, Belgica e Holanda dá-se uma reacção adversa á nova operação, que a leva ao desprezo e esquecimento; na Italia, a adhesão constante da maioria dos parteiros, leva-a á perfeição, á sua reabilitação hodierna.

Está assim nitidamente traçado o plano que tenho a seguir na exposição d'este trabalho.

Será dividido em 2 partes; a 1.^a constará de dous capitulos; n'um exporei a historia da symphiseotomia abandonada; no outro a da symphiseotomia reabilitada; mas como a reabilitação d'esta operação prende intimamente com a historia da symphiseotomia italiana, estudarei esta no mesmo capitulo; na 2.^a parte referir me-hei muito succintamente, em capitulos especiaes, primeiro, á experimentação cadaverica, que é, por assim dizer, a baze mais scientifica d'esta operação *que tem por fim dar*

á bacia, pela secção da symphise publica, uma amplitude previamente calculada; e em seguida, ás indicações, complicações e manual operativo, terminando por estabelecer o confronto d'esta com as mais operações obstetricas.

Sinto-me pequeno, extremamente pequeno ao lembrar-me que vou defender a minha these inaugural sobre uma operação que por sua importancia está preocupando todos os parteiros das diversas nacionalidades.

Apaixonado por tudo quanto é cirurgia, cegamente abracei este assumpto, sem me lembrar da minha insufficiencia nem das suas difficuldades; agora conheço bem as lacunas de que será revestido, mas como não posso retroceder só me resta implorar do Ex.^{mo} Jury muita benevolencia para o despretencioso copista que Lhe será eternamente grato.

PRIMEIRA PARTE

CAPITULO I

Historia da symphiseotomia preantiseptica (sua invenção, generalisação e descredito)

E' nos ensinamentos sempre precisos e convincentes da natureza que vamos achar o nucleo d'essa corrente de ideias que deu em ultima analyse a pratica d'esta operação. De facto, o conhecimento tão antigo quanto certo do afastamento dos ossos da pelve, em particular dos pubis, nos ultimos tempos da gravidez e no momento do parto, foi a mais poderosa alavanca de que se serviu Sigault, como elle proprio confessa, para chegar a esse resultado feliz.

Não pareça, pois, extranho que, ao encetar este pequeno trabalho, eu me refira a Hypocrates, pois foi elle o primeiro que observou essas mudanças pelvicas: assim, no seu tratado «De natura pueris» diz que para o fim da gravidez os ossos se separam para a direita ou esquerda e que, no momento do trabalho, debaixo da influencia das dores, os lombos e ancas se afastam.

Estas ideias que durante tantos annos calaram no espirito dos homens de sciencia, depois de discussões acaloradas, eram, nos principios do seculo XVI, completamente abandonadas como filhas d'uma falsa observação.

A luz da verdade não tarda a apparecer de novo com o brilho que sempre a acompanha. Ambrosio Paré, que tão bem representa a cirurgia da sua epocha, depois de ter sustentado que os pubis de fôrma alguma se podiam separar e entreabrir durante o trabalho do parto, assistindo no 1.º de fevereiro de 1579 á autopsia que Jacques d'Amboise fez n'uma enforcada, 15 dias post partum, e vendo os pubis separados de meio dedo, conheceram o erro em que tinha labutado e tornou-se adepto fervoroso da opinião contraria, e verdadeira.

De seus discipulos destaca-se Severin Pineau, que não só enthusiasmicamente propala as ideias do mestre, mas até com aquellas vistas de espirito que são o apanagio dos grandes genios, propõe n'uma obra, publicada em 1597, a secção da symphise publica para augmentar a amplitude da bacia. Mas S. Pineau, em vez de fundamentar esta opinião nova e ousada em experiencias cadavericas ou physiologicas, limita-se a salvaguardal-a com a auctoridade de Galeno que tinha escripto «as partes continentes, sendo menos nobres que as partes conteídas, podem não só serem dilatadas, mas mesmo seccionadas em seu favor».

Enunciada assim timidamente a possibilidade da operação, S. Pineau, não obstante ter bem previsto a sua utilidade, não chegou mesmo a pratical-a no cadaver, e assim não viu a sua ideia corôada de bom exito.

Não teve, pois, consequencias praticas; e o mesmo podemos dizer de dous factos interessantes que, com um seculo de intervallo, se apresentam em circumstancias muito identicas — o primeiro deu-se com Delacourvée em 1655, o segundo com J. Plenck em

1766. Delacourvée conta nos seus «Paradoxos sobre a nutrição do feto no utero» que, indo com fim instructivo a casa d'uma mulher, que depois de quatro dias de trabalho, morreu sem ter parido, teve a ideia de seccionar a symphise publica para extrahir o feto. Esta symphiseotomia pela primeira vez praticada no cadaver, simplesmente levou o auctor a concluir que as mortes resultaram do não afastamento osseo n'uma bacia apertada.

Sendo impossivel a J. Plenck extrahir pela operação cesariana um feto muito encravado na bacia d'uma mulher morta durante o trabalho, recorreu á synchondrotomia e obteve um successo prompto e facil. Plenck, mais tarde, narrando o facto, acrescenta lastimosamente «se eu tivesse n'este momento reflectido no que d'ahi se podia deduzir para uma mulher viva, podia ter sido o inventor d'esta descoberta de Sigault».

Por esta occasião era quasi sem contestação admittida por todos a theoria do afastamento dos ossos da bacia. Luiz, nas suas «Memorias d'Academia de cirurgia», publicadas em 1768, tinha-se occupado d'esse assumpto com toda a clareza e precisão, mostrando o interesse que se lhe tinha ligado e que se lhe devia ligar.

Foi n'este mesmo anno que Jean René Sigault, ainda estudante da Escola de Paris, vivamente impressionado pelos resultados desastrosos da operação cesariana, e inspirando-se n'estes conhecimentos precitados, apresenta, no primeiro de dezembro, á Academia de cirurgia uma memoria extensa, em que, remoçando a ideia de S. Pineau, mostra as vantagens da secção da symphise, sobre a velha operação cesariana. Ainda que logico e bem architectado, o seu projecto foi acolhido com desprezo (para não dizer com escarneo) pela grande maioria da Academia. Isso não nos admira, se attendermos á pouca auctoridade do proponente e á ousadia do seu apprehendimento.

Aspera e desdenhosamente criticadas na França, as

ideias de Sigault, echoando na Holanda, são ahi recebidas alegremente por Camper, que, desde ha muito, labutava na mesma direcção. Camper augura-lhes um futuro auspicioso, e, por suas experiencias em animaes, mostra que a symphise publica dividida, une-se em 15 dias.

Sigault não abandona o seu assumpto predilecto; addiciona-lhe alguns poucos trabalhos anatomo-pathologicos e escolhe o para objecto da sua these defendida perante a Escola d'Angers, a 22 de março de 1773.

Expõe ahi o seu processo operatorio, fixa o afastamento publico em uma pollegada e meia, e lança por terra as objecções que se possam levantar relativamente á ossificação da symphise, á insufficiencia do afastamento e á não consolidação posterior.

Apoiado pela Academia de medicina, Sigault vê o seu projecto, tomado a serio, dar logar, mesmo antes de se executar no vivo, a discussões calorosas, um tanto apreciaveis debaixo do ponto de vista illucidativo.

Bandelocque que durante toda a sua vida havia de ser o mais terrivel e encarniçado inimigo da nova operação, começa logo em 1776, na sua these d'admissão ao Collegio de cirurgia, por se lhe mostrar manifestamente adverso. Nega experimentalmente a possibilidade d'um feto volumoso atravessar uma bacia muito apertada, e conclue que esse afastamento, alem d'insufficiente, pode ser perigoso.

Alphonse Leroy advoga publicamente e com auctoridade de mestre a utilidade da symphiseotomia, tornando-se uma verdadeira antithese de Bandelocque e o braço direito de Sigault.

Sigault esperava com anciedade occasião propicia para praticar no vivo a operação que theoreticamente apostolava e mostrar assim ao mundo perplexo a verdade do que defendeu, o seu proveito real.

Essa occasião apparece nas melhores condições de realisar esse *desideratum* da forma a mais decisiva, a mais attrahente, pois a operada, a mulher Souchot,

apresenta estygmias evidentes de rachitismo, uma bacia de 6 a 7 centímetros no diametro A P, e os 4 partos antecedentes realizados artificialmente por outros meios, tinham tido para os fetos consequencias desastrosas. Foi na madrugada do 1.º d'outubro de 1777, que Sigault, um pouco impressionado, executou no vivo a primeira symphiseotomia, tendo por assistente um guarda que, tremulo, fazia vacillar a luz que sustentava, e por unico ajudante o seu amigo Leroy que, feita a operação, acabou habilmente o trabalho do parto.

A Faculdade de medicina reunida na tarde d'esse dia em sessão chamada *prima mensis* nomeou, a pedido do distincto operador, uma commissão para examinar a symphise seccionada, seguir dia a dia a cicatrisação, e avaliar os seus effeitos. Logo após a operação, sem se esperar mesmo pelo seu resultado final, começa atilada, e por vezes injuriosa, a discussão em que tomam parte anatomicos, parteiros e até o proprio publico; e este sem preconceitos, mas tambem sem illustração technica, a aclamava redemptora da obstetrica.

E' o *Jornal de Paris* que começa a dar os primeiros gritos d'alarme; Lheritierahi tenta provar, pelo raciocinio, experiencia e auctoridade que a operação, alem de inutil, é perigosa, mostrando o seu successo simplesmente não ser mortal.

Etienne prognostica a Souchet uma morte proxima; mas a operada, bem contra a sua prophecia, levanta-se 46 dias depois da operação, e d'ahi a 17 apresenta-se com o filho na sala, onde a Faculdade de medicina estava reunida em sessão solemne. Os membros da distincta aggregração louvam a corajosa mãe pela sua dedicação e ouvem a confissão singela e verdadeira que ella faz do seu estado quasi de perfeita saude.

A commissão, como conclusão do seu mandato, apresenta um relatorio em que diz resultar da operação um unico inconveniente, a incontinençia d'urina, agora em via de cura, pois que a dor constante ao nivel da

região sacro-iliaca, já se tinha manifestado nos partos anteriores. Esse relatório termina assim «a operação que não é dolorosa nem difficil é preferivel á cesariana sobretudo, quando o feto pode sahir pelas vias naturaes».

Sigault expõe em seguida o seu methodo operatorio e os resultados obtidos, e pede, como recompensa de 9 annos de trabalho, uma pensão para a operada e filho. A Faculdade attendeu a esta supplica, soccorrendo-a, e mais tarde o rei e um anonymo seguiram generosamente esse exemplo de philantropia.

A Faculdade de medicina, em parte influenciada por deveres d'escola, faz a apothecose do Operador, ordenando, para bem geral, a publicação e distribuição da «communicação de Sigault e do relatório da commissão», e ao mesmo tempo como testemunho de seu reconhecimento e admiração, manda cunhar medalhas comemorativas de tão alevantado quanto util acontecimento.

Foi isto o bastante para emmudecer os detractores da nova operação; mas esse silencio foi transitorio, porque novas operações lhes deram assumpto de sobejo para mostrar quão precoce tinha sido esse enthusiasmo.

Logo a segunda operação praticada em fevereiro de 1878, por G. Siebold, em Wurtzbourg, vem comprovar a verdade d'esta asserção. O operador achando a symphise ossificada faz a separação dos pubis por meio d'uma serra ordinaria, e, tendo de comprimir violentamente a cabeça do feto, extrae-o morto. Siebold sente o pezar de não ter praticado antes a operação cesariana, que teria salvado o feto, e torna-se um dos inimigos mais tenazes da nova symphiseotomia.

Cada operação praticada era objecto de critica rudesciente, muitas vezes merecida, pois que inexperientes e arroçados até á imprudencia a executavam, mesmo na provincia, em condições desastrosas, mal conhecendo as suas indicações e o manual operatorio. Compromettiam, assim, seriamente a causa justa que tão fanaticamente defendiam. N'esse mesmo anno, Bon-

nard tenta, na aldea de St. Martin-Cavron, praticar-a; mas, assustado pela hemorragia, recua, e põe em execução a operação cesariana, dando por resultado a salvação do feto e a morte da mãe. Isto dá mais um apoio aos cesarianistas que veem na morte da mãe o resultado da tentativa incipiente, como se a operação cesariana nunca tivesse produzido nem fosse capaz de produzir a morte d'uma unica mulher.

Para dar uma ideia, e bem expressiva, do quanto pode o entusiasmo cego e desordenado, vou citar um facto que n'essa epocha deu nome; quero-me referir a incisão dos tegumentos prepubicos feita por D. de Menmeur a titulo de symphiseotomia. E' facil prever-se qual seria o espanto que tal simulacro operatorio despertara, quando Menmeur annuncia aos quatro ventos que tres dias depois da operação a doente andava a pé sem grandes difficuldades.

A lucta entre cesarianistas e symphiseotomistas, alimentada d'um lado pela Academia de cirurgia e do outro pela de medicina, exacerbava-se cada vez mais, e em vez de se manter no campo scientifico, descahe na opposição *systematica* das duas operações julgadas rivaes.

Arnold Bamps chega a dizer n'um tratado publicado n'esse anno que «pelo afastamento dos pubis os diametros pelvicos nem sempre augmentam, mas até, por vezes, diminuem»; Piet, escrevendo sobre a symphiseotomia, conclue ser sempre perigosa ou inutil, e Luiz censura acremente a primeira operação de Sigault.

Sigault e Leroy conservam-se firmes no seu posto; aquelle mostra ser a operação irresponsavel dos erros operatorios, e nos seus «Discursos, sobre as vantagens da secção da symphise», revolta-se contra a mortifera operação cesariana; Leroy publica uma larga Memoria, em que defende abertamente a symphiseotomia sem modestia nem imparcialidade, concluindo, alem do mais, que esta operação está indicada quando o diametro ante-

posterior da bacia está incluído entre 9 e 5 centímetros e meio.

N'este anno de 1878 foram praticados em França, Belgica e Allemanha, ao todo, 41 operações; além das 3 referidas vou citar unicamente mais uma, que foi a ultima de Sigault. A mulher Vespres foi o theatro d'essa intervenção demorada e laboriosa, que deu em resultado a morte da pobre rachitica e a extracção d'um feto morto. Este insuccesso, devido em grande parte ao grande aperto da pelve (A. P. 4 cent. e meio), foi attribuido por Sigault a uma disposição morbifica anterior ao parto. Esta operação despertou uma forte celeuma, tornando-se o nome da mulher Vespres tão celebre como o da mulher Souchot. Um dos que mais se salienta n'esta disputa, agora nitidamente pessoal, foi Lauverjat que vitupera abertamente Sigault, terminando por lhe exigir, em nome da humanidade, um profundo silencio. Esse pedido cumpriu-se; pois desde esta data Sigault, decahido na opinião publica, nunca mais ousou praticar a symphiseotomia.

Nos annos seguintes, até ao fim do seculo XVIII, nota-se bem claramente uma diminuição progressiva na cifra obituarial das operadas. Os resultados são muito mais favoraveis, porque, desapparecido o enthusiasmo instinctivo do principio, os operadores não a praticavam tantas vezes, procediam mais cautelosamente na escolha das operadas.

Na impossibilidade de me referir a todas as operações praticadas n'este periodo, lembrarei simplesmente os trabalhos mais importantes que vieram á publicidade.

Leroy em 1779 communica á Faculdade de medicina os resultados esplendidos de duas operações, que julga darem-lhe jus á importancia e soberania operatoria. Leroy não se contenta com o modesto papel de collaborador de Sigault na primeira symphiseotomia, revindica para si, vaidosamente, quasi todo o merito

da cura de Souchot e põe, em mais que ostentação, o valor dos seus primitivos trabalhos.

Por lhe criticarmos o orgulho, e sobre tudo a deslealdade, não deixamos de reconhecer o apoio valioso por elle prestado á nova operação, que tão cêdo se começou a desacreditar. Innegavelmente Leroy foi um operador distinctissimo, pois que, sendo o que praticou a symphiseotomia em mais larga escala, só teve a lastimar uma morte materna.

Em 1787 Baudelocque publica o celebre «Tratado de partos», que foi durante muitos annos o manancial fertilissimo, onde os vindouros beberam as ideias, por onde se regulavam na pratica obstetrica. N'este tratado, Baudelocque occupa-se largamente da symphiseotomia. Citarei algumas das suas conclusões, não porque ellas correspondam á verdade, mas por terem reinado por muito tempo na arte de partos com foros de cidade. De suas experiencias cadavericas, conclue que, levado o afastamento pubico a 6 ou 7 centímetros, as symphises sacro-iliacas se abrem a ponto d'admittirem a extremidade digital, descolando-se ao mesmo tempo o periosseo, e rompendo-se os ligamentos anteriores d'essas articulações. Apresenta uma estatistica de 41 casos, na 2.^a edição do seu tratado, sendo a cifra obituarial bastante elevada $\frac{34}{100}$ para as mães, e $\frac{68}{100}$ para os fetos; d'esta estatistica deduz Baudelocque que, se em alguns casos a mãe escapou, foi, ou porque se não fez a operação, ou porque se fez inutilmente.

Desgranges estuda com muito criterio e desapaixadamente a questão; critica algumas operações feitas sem necessidade até essa data (1786); mas, em vez de ver na symphiseotomia e operação cesariana opposição absoluta, entende que ambas teem indicações na cirurgia obstetrica: a primeira nos apertos de bacia em que o diametro A. P. é de 8 a 6 cent. e $\frac{1}{2}$, a segunda quando a viciação pelvica é mais consideravel.

Lauverjat (1788) afasta-se da norma traçada por

Desgranges e mostra-se radicalmente adverso, á symphiseotomia, que no seu modo de pensar, só serve para comprometter a vida ou a saúde da mãe. De resto, Lauverjat vê, nos raros casos de sobrevivencia da operada, a prova mais radical da inutilidade da intervenção.

Thouret mostra-se-lhe favoravel até certa medida, e Giraud, partidario da operação cesariana, em face do resultado de suas experiencias em cadaveres de puerperas, muda de opinião abraçando a symphiseotomia. Pode considerar-se este facto como uma excepção do fim do seculo XVIII em que vemos a descrença alastrando a passos agigantados, consequencia fatal de muito erro operatorio.

Com o advento do seculo XIX as discussões tornam-se mais tranquillias e scientificas, e as operações mais raras, como que esporadicas. Sem me demorar na descripção das operações que se praticaram em França nos principios e meados d'este seculo, vou citar unicamente as opiniões dos auctores que mais distinctos se tornaram.

Gardien (1810) depois d'um estudo aturado chegou a conclusões muito visinhas da verdade; diz que para cada 27 millim. d'afastamento pubico ha um augmento de 4 millim. no diametro A. P.. Gardien entende que este diametro pode, sem inconveniente, experimentar assim um augmento de 13 millim., devendo-se accrescentar a esta cifra mais 1 millim. correspondente á diminuição de diametro biparietal do feto, em virtude d'uma das bossas parietaes se engasgar no espaço deixado entre os pubis separados. Por outro lado rebate logicamente as objecções, levantadas contra a symphiseotomia, mostrando, que os accidentes registrados ou são communs a todos os partos laboriosos (incontinencia d'urinas e suppuração) ou devidos ao operador (lesões da urethra, vagina, bexiga e symphises sacro-iliacas).

Maygrier (1817) é justo e logico, reservando a operação cesariana para os apertos extremos, e a sym-

phiseotomia para os de 8,1 a 6,4 cent.; é prudente aconselhando recorrer, antes de praticar esta ultima, a tentativas d'extracção manual ou por meio do forceps.

Murat publica no «Diccionario das sciencias medicas», em 1821, um bello artigo em que se pronuncia, nos devidos termos, favoravelmente á operação de Sigault, assegurando-lhe altas vantagens quando fôr possível traçar nitida e precisamente as suas indicações e contra-indicações.

N'um artigo do «Diccionario de medicina de 1829», Desormeaux só a admite em casos muito restrictos, e em 1844 collaborando ahi com Dubois diz «que a operação se tornará cada vez mais rara se não fôr completamente abandonada».

Velpeau no seu «Tratado completo da arte de partos» (1834) consagra ao estudo d'esta operação um capitulo interessante. Não obstante reconhecer muita gravidade na execução da symphiseotomia, parece-lhe indicada, quando o forceps é insufficiente e o mais pequeno diametro da bacia é superior a 67 milim. Quando a symphise está ossificada, Velpeau incondicionalmente prefere a operação cesariana.

Hatin por esta occasião, sem condemnar completamente a symphiseotomia, entende que a operação cesariana deve ser empregada em muito maior escala.

Infelizmente, agora que estavam acalmadas as paixões, e lançados por terra os preconceitos; agora, que se admittia e com razão a sua utilidade em condições muito melhor delimitadas, os homens de sciencia, justos na sua apreciação theorica, recusam praticar a symphiseotomia.

O parto prematuro artificial e a cephalotripsia operações aperfeiçoadas nos seus processos d'execução, vão dia a dia ganhando o campo da obstetrica, sobretudo em detrimento da symphiseotomia.

Jaquemier, no seu «Manual de partos», prefere o parto prematuro provocado a outra qualquer interven-

ção, se surprehende a necessidade operatoria no decurso d'uma gravidez; e na gravidez de termo só julga praticavel a symphiseotomia, quando o diametro A. P. é superior a 75 millim.

Chailly-Honoré sem rodeios pronuncia-se adverso á operação da symphise, dizendo que não hesitaria a sacrificar o feto nos casos em que não podesse ter praticado o parto prematuro. Assim em França até fins do anno de 1891, a symphiseotomia passa a ter um interesse meramente historico; Cazeaux, Lenoir, Sée, Tarnier, Joulin e Charpentier não lhe concedem outras honras, não obstante na Italia, a Escola de Napoles, estar a esta data, colhendo esplendidos resultados da pratica d'esta operação.

Em outros tratados nem esse interesse historico se lhe concede, pagando assim os seus auctores, com o esquecimento, o labutar ingente dos parteiros predecessores.

Em França descobrem-se para a vespera da reabilitação da symphiseotomia duas opiniões que lhe não são adversas, a de Bouchacourt e a de Auvard.

Bouchacourt, n'um artigo do «Diccionario encyclopedico das sciencias medicas», referindo-se aos successos numerosos obtidos pela Escola napolitana, diz: «que, se elles não bastam para desde já levar os espiritos a uma opinião mais favoravel, poderão talvez depois d'um novo e serio estudo da questão estabelecer uma outra corrente d'opiniões e dar logar a uma mais favoravel apreciação. . . só o tempo o permittirá decidir».

Auvard entende e com muita razão «que os resultados a que chegou Morisani devem animar os parteiros a tentar de novo esta operação»; mas Auvard, pouco animado, fica-se no campo da theoria.

Excluindo a Italia, notava-se nos outros paizes da Europa o mesmo esquecimento, o mesmo abandono.

NA ALLEMANHA Siebold, o segundo a praticar-a, é um dos primeiros que a despreza, preferindo-lhe a operação cesariana.

A symphiseotomia não chegou a crear na Alemanha adhesões intensas e sustentadas; foi muito pouco praticada, e se mais algumas vezes foi proposta, os dignos conferentes a rejeitaram por unanimidade—tal foi o resultado das duas propostas de Michaelis em 1834 e 1836.

Naegelé e Grentzer mostram-se completamente adversos á nova operação, entendendo o primeiro que deve ser riscada da lista das operações obstetricas visto produzir pelo menos a morte d'um terço de mães e de dous terços dos fetos.

Naegelé oppõe á symphiseotomia as seguintes objecções—1.^a as experiencias mostram que o augmento dos diametros das bacias depois da symphiseotomia é muito pouco consideravel;—2.^a não se pode prever o grau d'afastamento pubico, visto poder-se deparar com uma symphise sacro-iliaca ossificada ou com uma ossificação da symphise publica.

Braun, um dos mestres da obstetrica Allemã é da mesma opinião. Scanzoni reserva-a para os casos em que, estando a mãe morta e o feto vivo, se julgue ser superior á operação cesariana. Schroeder, se a menciona, é para mostrar que se não obtem um alargamento notavel da bacia, e quaes os enormes perigos e consequencias funestas de que a mãe pode ser alvo.

Winckel exprime-se assim, referindo-se á symphiseotomia: «o que promette não cumpre; o que d'ella decorre, não se esperava (lacerações das partes molles e carie da parede anterior da bacia); é pois justo que fique para sempre no esquecimento».

Os parteiros Allemaes, como se vê, ficaram fieis á tradição que lhes tinha legado Siebold, lançando contra a symphiseotomia o seu famoso anathema que terminava assim: «felix quem faciunt aliena pericula cautum».

Na INGLATERRA só Aitken a estuda com cuidado; propoz a bi-pubiotomia como substituidora da operação de Sigault, inventou uma serra flexivel de cadeia para os casos d'ossificação da symphise, e para evitar as le-

sões do collo da bexiga, mandou construir um bisturi de lamina articulada.

Aitken, influenciado um pouco pelas ideias reinantes na Inglaterra, exagera os perigos da symphiseotomia e admite poucas probabilidades no bom exito operatorio. Os demais parteiros a condemnam d'uma maneira absoluta; acceitam com enthusiasmo a embryotomia, pertencendo-lhes a honra de terem feito generalisar esta operação a que d'esde ha muito eram afeiçoados.

NA BELGICA foi acceite no principio com favor. Herbiniaux, alludindo a Baudelocque, dizia «que a Academia de cirurgia tinha coroadado n'elle a ignorancia e a má fé». Cambon pratica em 1778 uma symphiseotomia em Mons com resultado satisfatorio para a mãe e para o feto, e fez algum tempo depois duas outras com successo. No seculo actual Hubert (de Louvain) chega a conclusões muito racionais e bastante favoraveis á symphiseotomia, mas esses ensinamentos, bellos na theoria, ficam sem resultados praticos.

NA HOLANDA Camper acolheu enthusiasmicamente a operação de Sigault; mas a symphiseotomia, rarissimas vezes ahi praticada, em breve cahiu no abandono.

—CONCLUSÕES — Para terminar esta primeira parte da historia da symphiseotomia, vou, ainda que de relance, dirigir uma vista retrospectiva sobre as causas que fizeram decahir, até ao esquecimento, esta operação que tanto enthusiasmo, tantas discussões acaloradas, tinha despertado. Do que deixo dicto, já se deduz, sem grande elaboração cerebral, quaes ellas foram; se as resumo agora, é simplesmente para melhor as frisar, attento o interesse que para nós teem, hoje, que vemos a symphiseotomia completamente rehabilitada. Seguindo a ordem chronologica dos factos deparado logo com Sigault, que, colligindo as ideias do passado, tomando por guia a natureza, a propõe ainda simples estudante, e sem se fundamentar no unico criterio racional em taes casos, o criterio experimental, sem mesmo ser cirurgião, a pratica arrojadamente.

Ainda que isto pareça desnudado d'importancia em face do successo obtido, teve-a, porque esse quasi que atrevimento deu motivo ao desdem que lhe votaram os parteiros e cirurgiões consummados, a todo o momento appellando para o argumento «ad ignorantiam» e esses argumentos callavam no espirito de muitos. De mais, Sigault, e com elle os seus partidarios, propunha-a como substituidora, em absoluto, da operação cesariana, e esse conceito erroneo, reflectiu-se evidentemente na sorte da symphiseotomia, pois levou os seus adeptos a praticarem-n'a em bacias tão apertadas que, para salvarem o feto, quando isso era possível, tinham de produzir na bacia desordens incompativeis com a vida da mãe ou pelo menos com sua a saúde futura. Póde dizer-se afoitamente com Jacquemier que «es verdadeiros auctores do desfavor, que pezou tão longo tempo sobre a symphiseotomia, são bem mais os seus partidarios que os seus adversarios; pois que estes, registrando os factos até certo ponto a favoreceriam». Eu bem sei que os factos iam, um pouco, desvirtuados pela paixão e preconceitos; mas os homens verdadeiramente scientificos, descontando esses exaggeros, reduziam as indicações da operação a mais justos limites. O tempo encarregou-se de demonstrar esta verdade que affirmo. Se o proprio Sigault se desviou do caminho traçado, não é para admirar que a symphiseotomia fosse praticada em flagrante contra-indicação, pelos seus sequazes, por via de regra novos e amigos de renome. Baudelocque, referindo-se aos symphiseotomistas, diz que «eram pela maior parte muito pouco instruidos para adquirirem o conhecimento dos factos mais proprios para dissiparem seus erros ou inspirarem-lhe ao menos a desconfiança que parecia deter Sigault nos ultimos annos da sua vida». Hoje sabe-se que a symphiseotomia, como processo operatorio, não deve produzir a morte da mãe, e já muito bem dizia Asdrubal «os operadores que fixaram as suas indicações em limites precisos fixaram em seguida felizes resultados.»

A infecção entrou também em alta escala para produzir o descrédito da nova operação, aumentando consideravelmente a cifra obituarial. Não nos espanta que a symphiseotomia desse resultados desastrosos, n'uma epocha, em que a mais pequena solução de continuidade era porta franca d'innúmeros micro-organismos, productores d'essas suppuracões interminaveis, d'essa erysipela ameaçadora, d'essa septicemia por vezes fulminante, d'essa gangrena e podridão d'hospital tantas vezes assassinas. De facto, então, os mais rudimentares principios de desinfecção eram desconhecidos. Se vemos Lescure em 1803 na sua these, extracto das ideias de seu mestre Leroy, insistir sobre os cuidados preliminares (banhos e injeccões de vinho quente na vagina) e sobre a necessidade de manter o ventre livre e limpos os órgãos genitales externos, é certo que esse ligeiro vislumbre da verdade, sem base scientifica, era descurado na pratica. Mais tarde, em meados d'este seculo, quando se tinham aperfeiçoado os methodos de mensuração diametrica, e, pela experimentação cadaverica, melhor se conhecia a amplitude pelvica depois da secção publica, os auctores, tristemente elucidados pela clinica, reduzem as indicações da symphiseotomia a limites mais proveitosos e racionais; mas, cousa notavel, a operação mantem-se no campo theorico para em seguida ser abandonada. E' que em medicina também ha *velocidade adquirida*, sobretudo quando se está a derrubar um monumento scientifico que á grande fama associou desastres, e a symphiseotomia estava n'este caso. Por outro lado, como diz o prof. Eschia Pietro, a regra, accete em França e Inglaterra, de sacrificar o feto sempre á mãe, influiu consideravelmente no destino da symphiseotomia. Não discuto a justiça d'essa norma; nem sei mesmo o que diria se me perguntassem qual das duas vidas é mais preciosa; talvez esquivamente respondesse que ambas são preciosissimas, sendo preciso poupal-as por todas as formas e feittos, e praticamente, d'esta minha hesi-

tação nenhum prejuizo podia advir, hoje, que esse confronto deixou de se impor ao parteiro. Considerada secundaria a vida do novo ser, vê-se facilmente como o parto prematuro artificial, a embryotomia e a cephalotripsia de Baudelocque fizeram rapido incremento, pois que então eram incomparavelmente menos perigosas para a mãe que a symphiseotomia.

De mais, como diz Bouchacourt no artigo precitado, «a introdução na pratica obstetrica do forceps de tracções continuas, cujo principal merito pertence a Chassagny, com as ultimas modificações de Joulin e Laroyenne, desempenharam um papel preponderante na conducta dos operadores»; depois Thenance, Assalini, Stoltz e Tarnier aperfeçoando-o na sua construção e precisando o seu modo d'applicação, generalisaram o seu emprego com prejuizo manifesto da symphiseotomia.

Em pleno periodo antiseptico, bem contra a minha expectativa, vejo até fins de 1891 o despreso continuar. E' que a symphiseotomia tinha por contra o ser uma operação historica, abandonada e a prudencia manda não retomar erros passados, sem que, um estudo muito aturado, nos mostre, á evidencia, a causa d'esses erros, e o meio de os remediar.

Nós vemos a antiseptia e a asepsia manifestar em todos os ramos da cirurgia o seu papel bemfazejo; o peritoneo «*nolli me tangere*» dos antigos, cahia submisso debaixo da alçada do cirurgião, a operação de Pôorro, dava resultados soffríveis, e a cesariana, aperfeçoada, apresentava uma estatistica que contrastava nitidamente com as anteriores; pois bem os resultados felizes da operação cesariana, eram, até certo ponto, um argumento, não digo da inutilidade da symphiseotomia, mas, pelo menos, contrario á necessidade de ser retomada na pratica. Só assim, se pôde explicar que, em pleno reinado da antiseptia, esta operação jazesse, fóra da Italia, na paz do esquecimento.

CAPITULO II

Historia da symphiseotomia rehabilitada

A Italia torna-se distincta no meio das mais nações da Europa, guardando, no dizer de Mangiagalli, «o fogo sagrado d'uma ideia util á humanidade».

Acolhida por Nessi (1779) como uma «dadia celestial», a symphiseotomia acha aqui um clima hospitaleiro, onde é constantemente praticada e aperfeçoada, até que surgem dous trabalhadores incansaveis. (Novi e Morisani) que, favorecidos pela antisepsia, conseguem apresentar uma estatistica seductora. Os seus trabalhos fazem echo no estrangeiro; a França, berço da symphiseotomia, retoma-a, com ardente enthusiasmo, e as outras nações cultas não tardam a acceital-a com favor. E' pois justo que comece pela symphiseotomia italiana a historia da sua rehabilitação contemporanea.

HISTORIA DA SYMPHISEOTOMIA NA ITALIA. Ao passo que na França a operação de Sigault foi alvo de discussões banaes e injuriosas, desde os primeiros momentos da sua existencia; na Italia, os parteiros d'essa epocha (Nessi, Personé, Morandi, Protalongo, Asdrubali e Nannoni) com espirito mais calmo e sem preconceitos, começaram a estabelecer, em bases seguras, os limites dentro dos quaes a operação pôde beneficiar o mechanismo do parto.

Lavagnino praticou em 1781, pela primeira vez na Italia, a symphiseotomia com resultados pouco animadores; mas isso não desanimou quem pela experimentação cadaverica e physiologica, se tinha intimamente convencido da necessidade d'essa intervenção, e sabia,

pela clinica, que a operação cesariana era imminente-mente mortífera.

A operação de Dominico Ferrara teve logar em 1787, dez annos depois da de Sigault, e não em 1774, como affirma Cattolica e depois Novi. E' inutil defender a prioridade de Sigault, pois é ella um facto bem assente depois dos trabalhos de Corradi e da estatística de Morisani, que esqueceu o orgulho patriótico para francamente dizer a verdade.

A symphiseotomia, ainda que por excepção, encontra dentro da Italia, em Turim, dous inimigos declarados — Valleé e Rossi. Nos casos em que a versão é impotente para levar o parto a effeito, Valleé pratica a embriyotomia, regeitando por completo a operação de Sigault que, na sua opinião, tem sido preconisada, não em prol do allivio da humanidade, mas da ambição e gloria dos operadores. Rossi, além de inutil, reputa-a sempre perigosa para a mãe ou para o feto, ou para ambos conjunctamente.

Assalini (1811), praticando com exito completo esta operação, torna-se um dos seus mais fervorosos adeptos. Diz que, se a tivesse executado em todos os casos que a reclamavam, escusava de ter assistido á morte de tanto feto, ao soffrimento de tanta parturiente. O seu enthusiasmo vae a ponto de querer que «uma lei obrigasse todos os parteiros a pratical-a sempre que, com um feto de termo, a bacia, no seu mais pequeno diametro, tivesse menos de 3 pollegadas. (81 millimetro); porque abaixo d'este limite, julgar que se pode extrahir pelo forceps o feto, é desconhecer os limites da arte».

Dentro da propria Italia, vae-se restringindo pouco a pouco o campo da pratica da symphiseotomia até se limitar á Escola de Napoles, onde, durante annos, fica enquistada, tendo á sua frente Galbiati, Jacolucci e Morisani.

Galbiati, impressionado pela enorme mortalidade materna produzida pela operação cesariana, tomando

por bussola a experimentação cadaverica e a observação clinica, alarga consideravelmente o campo das indicações da symphiseotomia. Leva o seu arrojo a pratical-a 15 vezes em bacias apertadas de 67 a 51 millimetros; mas, como era de prever, os resultados não apoiaram o seu atrevimento, pois só deixou vivos 4 fetos e 8 mães. Ainda que a infecção concorresse para augmentar o numero d'obitos, é certo que a autopsia revelou lesões manifestas nas symphises sacro-iliacas.

Em vista de tal catastrophe, o operador muda de rumo, e, acceita a antiga proposição d'Aitken, entendendo que em alguns casos se pode associar a pubiotomia á symphiseotomia, de forma a abrir uma porta uni ou bivalva na parede anterior da bacia, o que, no seu pensar favorece imminantemente a sahida do feto. A felicidade operatoria não o acompanha egualmente n'esta sua nova tentativa, não chegando a crear adeptos este methodo pelvitomico.

Enrico Jacolucci (1869), querendo da mesma forma evitar em certos casos a operação cesariana, propõe a associação da symphiseotomia já com o parto prematuro artificial, já com a embryotomia. Admitte que, quando o diametro conjugado verdadeiro é superior a 67 millimetros, a symphiseotomia consente muitas vezes que o trabalho se realise espontaneamente. Jacolucci estabelece as relações que existem entre o parto prematuro artificial e a symphiseotomia, e prefere a ultima, porque espera a epocha fixa pela natureza, na qual a vitalidade dos fetos é mais garantida, que a de fetos de 7 a 8 mezes.

Apparece agora á nossa contemplação um vulto gigantesco, um homem dos que mais se salientou na historia da symphiseotomia, o sabio trabalhador e operador distinctissimo que em tudo e por tudo é digno da nossa admiração e respeito. De facto, ao nome de Morisani anda appensa a historia de toda a symphiseotomia moderna, é o foco em volta do qual gira este movimento universal em prol da generalisação d'esta

operação. Morisani começa a distinguir-se em 1863, publicando um esplendido trabalho sobre os apertos da bacia e sobre as indicações que a bacia apresenta no momento do parto.

Spinelli, referindo-se á obra de Morisani, declara que a questão ahi é tratada magistralmente, podendo-se affirmar que, entre os trabalhos apparecidos na corrente d'este seculo, ha poucos onde a operação seja tão bem estudada nas suas relações clinicas e experimentaes, e julgada com um criterio tão rigorosamente scientifico.

Vou apresentar quasi que na integra as conclusões a que Morisani então chegou, não só por representarem as opiniões do mestre e da sua escola, mas tambem para melhor se poder estabelecer o confronto com as suas ideias actuaes que resumirei no fim da parte historica da minha these. Morisani affirmava:

1.º A symphiseotomia é uma operação, que deve ficar na pratica obstetrica. 2.º A secção da symphise dá um augmento de 1 cent. e $\frac{1}{2}$ em todas as linhas sacro-pubicas; este augmento não é devido a projecção para diante dos ossos iliacos, mas á obliquidade da parte anterior dos pubis com relação ao sacro. 3.º Os diametros obliquos e transversaes ganham em comprimento mais que o antero-posterior. 4.º A symphiseotomia é indicada, quando o diametro A. P. é de 75 milli.; mas pode ser tambem praticada (com resultados menos vantajosos, é verdade) quando tiver 67 milli.; o limite superior varia, mas pode avaliar-se em regra geral 88 milli.. 5.º As estatisticas apresentadas pelos adversarios da operação, em lugar de a desacreditarem teem tido o poder de fazer apreciar as suas vantagens, se se tem cuidado de limitar o seu emprego. 6.º Quando se faz a comparação entre a embryotomia e a symphiseotomia, tudo concorre a dar superioridade a esta ultima. 7.º Nos casos d'apertos pelvicos, comprehendidos nos limites traçados mais acima, é necessario recorrer, sem de-

mora, á secção dos pubis, depois d'uma expectação racional e uma a duas tentativas de forceps. 8.º O grau d'aperto pode ser medido com uma tal certeza que é possível estabelecer a indicação precisa da symphiseotomia.

Desde 1863 até 1879 em que praticou a sua primeira symphiseotomia, Morisani, mantendo-se no campo experimental e historico, pela palavra e pela escripta revela, por varias vezes, a pujança do seu talento na defeza d'esta operação tão injustamente desprezada.

Para mais fazer sobresahir a força de vontade e de convicção, que possuíam os defensores da symphiseotomia d'esta epocha, basta dizer-se que, até na Escola napolitana, alguns dos seus representantes se lhe mostravam pouco favoráveis.

Assim Pastorello admitte que a symphiseotomia, em theoria, pode ser muito acceptavel, mas que, na pratica, é por via de regra desastrosa, attenta a difficuldade de medir os diametros da bacia, a incerteza d'obter um resultado favoravel, e a gravidade operatoria em si.

Quasi que ás mesmas conclusões chegaram: Cattolica, Lovati, Raffaele e Finigio. Mayer, das suas experiencias cadavericas, conclue que, se se quer evitar as lesões das symphises sacro-iliacas, não se deve levar o afastamento pubico alem de 54 milli., e, sendo as bacias apertadas de 67 milli., ainda deve ser mais limitado esse afastamento, pois produz-se uma lesão tanto mais grave quanto o aperto da bacia é mais consideravel.

Ainda bem mais restricta é a opinião de Piecinini que dizia em 1870 «nunca se deve praticar a symphiseotomia em bacias cujo diametro antero-posterior seja inferior a 80 milli.»

Corradi estuda minuciosamente a parte historica da symphiseotomia, e a sua publicação, que appareceu em 1874, mostra bem o escrupulo que presidiu a esse trabalho.

Novi é, depois de Morisani, um dos que, na Italia, mais se distingue, como historiador, e operador habi-lissimo. Em 1876, poz em pratica pela primeira vez o ideal de Jacolucci, a associação da symphiseotomia á embryotomia.

Morisani em 1881 faz no «Congresso internacional de Londres» uma conferencia memoravel, que foi por assim dizer o arrebol da aurora, que 10 annos mais tarde havia d'illuminar o mundo obstetrico. Em face da estatistica mostra, aos representantes das diversas nações, a superioridade da velha operação de Sigault sobre as outras operações obstetricas.

Em 1886 apresenta ao «Congresso nacional d'obstetrica e gynecologia», celebrado em Roma, 3 estatisticas que comprehendem quasi todas as operações praticadas até março d'esse anno. Por falta d'espaco vou simplesmente citar os resultados finaes:

1.^a ESTATISTICA DE 1777 A 1858

Operações	Mães		Fetos		
	curadas	mortas	vivos	mortos	incertos
.	52	28	33	45	3
80	80		81		

Mortalidade materna (36,25 %); fetal (51,25 %)

2.^a ESTATISTICA DE 1866 A 1880

Operações	Mães		Fetos	
	curadas	mortas	vivos	mortos
.	40	10	41	9
50	50		50	

Mortalidade materna (20 ‰); fetal (18 ‰)

3.^a ESTATISTICA DE 1881 A 1886

Operações	Mães		Fetos	
	curadas	mortas	vivos	mortos
.	10	8	13	5
18	18		18	

Mortalidade materna (44, 44 ‰); fetal (27, 77 ‰)

Antes de passar mais alem, seja-me licito exprimir o meu espanto em face da discordancia completa que vejo entre a 2.^a e a 3.^a estatistica, espanto tanto mais fundado quanto é certo que esta ultima estatistica se refere a um periodo de tempo em que a antisepsia dominava o campo da cirurgia. Talvez, como quer Morisani, a complexidade das manobras e operações que em alguns casos precederam a symphiseotomia e a intervenção muito tardia n'outros, expliquem, até certo ponto, o augmento da mortalidade d'esta 3.^a estatistica.

Em 1888 Morisani faz uma nova communicação á «Sociedade d'obstetrica e de gynecologia italiana», defendendo mais uma vez, com fundamento, as vantagens da symphiseotomia.

Era tempo e bem tempo dos parteiros das mais nações se dignarem estudar de novo esta momentosa questão, pois deviam-se lembrar que se estava em pleno reinado d'antisepsia, e não deviam querer que a operação de Sigault fosse a unica das operações sangrentas não susceptivel de ser beneficiada por este grande progresso da cirurgia moderna.

Nem eu mesmo posso explicar uma indifferença tão demorada, quando a clinica mostrava, a quem quizesse ver, os bellos resultados da Escola napolitana. A prudencia só é justificada quando mantida dentro de

justos limites, uma vez excedidos estes, deixa de ser um acto scientifico para ser irracional e mesmo criminoso.

Pinard, um dos chefes da obstetrica franceza, que se tinha tornado, n'este campo, dos mais dignos d'admiração do mundo scientifico, espirito lucidissimo, sempre aberto a tudo quanto era elevado, não podia ficar impassivel e deixar á Italia, não como dizia Kleinwachter a «triste gloria de ser a unica a cultivar esta operação falha de senso», mas sim, a gloria immorredoi-ra de não deixar no esquecimento uma operação benéfica e imprescindivel. Pinard faz a 7 de dezembro de 1891 na clinica de partos de Baudelocque uma lição que ficará classica para as gerações vindouras, em que dizia: «é cousa maduramente pensada e deliberada a necessidade de retomar a symphiseotomia». Esforça-se por provar e prova de facto, que pela symphiseotomia se pode obter, sem lesões graves, um augmento consideravel dos diametros da bacia, que a operação é facil e simples no seu apparato instrumental, e, finalmente, que as suas consequencias são mais uma razão a recommendar a sua pratica.

Rehabilitação da symphiseotomia. Pode considerar-se, como diz Pinard, o anno de 1892 como o anno da rehabilitação definitiva da velha operação de Sigault, e nós podemos accrescentar que a citada lição de 7 de dezembro marca bem, na França, o começo d'este novo periodo da sua historia. A symphiseotomia generalisa-se rapidamente: ganha, a 29 d'abril, a Allemanha; a 26 de julho, Portugal; a 4 d'agosto, a Austria; a 4 de setembro, a Russia; a 30 de setembro a America, e a 22 de novembro, a Inglaterra.

Em janeiro Spinelli, chegando a Napoles, depois da viagem no decurso da qual, diz Varnier, «conquistou o meu mestre as ideias do seu», publica nos «Annali di obst. e ginec.» um artigo dirigido a Pinard em que

refere as ultimas 24 operações praticadas pela Escola napolitana.

Apoiado por esta estatística que só dava para cifra obituarial a morte d'um feto, Spinelli conclue: 1.º Que um feto de termo e bem desenvolvido pode atravessar, graças á symphiseotomia, uma bacia, cujo diametro A. P. seja pelo menos 65 milli; 2.º Que a symphiseotomia é uma operação innocente, uma vez que se não exceda este limite e se opere antisepticamente.

Em fevereiro Morisani faz, em Napoles, na presença de Charpentier, uma conferencia em que expõe o mechanismo do augmento da bacia depois da secção publica, fixa as indicações d'esta operação, compara-a com as que se lhe podiam substituir e registra as causas que tornaram antigamente este acto operatorio tão grave. Charpentier ainda em 1890 dizia «a symphiseotomia, muito inferior á operação cesariana e á cephalotripsia, só por extrema excepção, deve ser posta em pratica»; agora de volta a Paris, depois de ter ouvido os representantes da arte obstetrica de Napoles, depois de ver e examinar algumas das suas operadas e ter constatado os seus resultados, «advoga, como novo S. Paulo», a causa da symphiseotomia. N'uma comunicação á Academia de medicina, Charpentier sustenta que a symphiseotomia, quasi seguramente, salva a mãe e o feto, evitando assim ao parteiro a cruel necessidade de sacrificar um feto ou esperar lentamente a sua morte com grande prejuizo da mãe.

Nos «Annali di obst. e ginec.» d'abril, F. Caruso registra duas operações, descreve a sua technica operatoria, que acha superior á de Pinard e resume, n'um quadro, 22 operações praticadas em Napoles depois da ultima estatística de Morisani. Caruso, fundamentando-se n'essa estatística chega ás seguintes conclusões: 1.º Depois do emprego rigoroso do methodo antiseptico, não morreu uma unica symphiseotomizada; 2.º A symphiseotomia está indicada quando o diametro A. P. é comprehendido entre 67 e 81 milli.; 3.º A symphiseo-

tomia não entra em concorrência com a operação cesariana, que é indicada nos apertos mais consideráveis, mas sim com a embryotomia em que todos os fetos são fatalmente sacrificados, não havendo duvida que se deve dar a preferéncia á symphiseotomia; 4.º Nos apertos pélvicos, acima de 81 milli., uma applicação de forceps ao estreito superior pode dar em certos casos bons resultados, mas, se depois d'algumas tracções moderadas e circumspectas o forceps se mostrar impotente, é necessario fazer a symphiseotomia.

Na sessão de 5 a 7 d'abril da Sociedade obstetrica de França, a questão da symphiseotomia foi largamente tratada e calorosamente discutida.

Como mais adiante me tenho de referir ás communicações de Lepage, Tellier, Budin, Pinard, Varnier e Fochier, direi aqui sómente que Queirel, referindo-se ao exito perfeito d'uma sua operação, exclama: «à notre avis on s'effraie encore trop de la nécessité de faire la symphyseotomie», e que Lepage chega á seguinte conclusão: «a symphiseotomia é uma operação d'urgéncia que pode ser praticada com exito fora das Maternidades».

Em julho fez-se em Portugal a primeira symphiseotomia com infelicidade manifesta; esta observação foi logo em seguida publicada na «these inaugural que G. J. Rivara defendeu perante a Escola de Lisboa.

O «Centralblatt fur gynäkologie» relatava no mez de julho duas operações praticadas, com um resultado satisfactorio, na clinica gynecologica de Dresde, por Leopold. Eis a confissão do distincto parteiro de Dresde bem favoravel á operação de Sigault: «Quantas mais operações cesarianas pratiquei n'estes ultimos tempos, menos satisfeito fiquei da operação, não obstante os seus bons resultados; a creação de duas vias totalmente contra a natureza (abdomen e utero) pareceu-me sempre um remedio infeliz nos casos d'indicação relativa, por isso dirigi, d'esde ha muito, a minha attenção para a utilisção judiciosa das vias naturaes».

Animado pelos resultados esplendidos de Morisani e Pinard, põe em pratica a symphiseotomia e acha-a d'uma facilima execução e muito differente, emquanto á gravidade, da operação cesariana, que reserva para os apertos superiores a 6 cent. do diametro A. P.. Leopold julga inutil a secção do ligamento infra-pubico; logo veremos que não tem razão de ser esta modificação do manual operatorio.

No «1.º Congresso internacional de gynec. e obst. realizado em Bruxellas de 14 a 17 de setembro», Porak tira as conclusões seguintes depois de relatar duas operações praticadas com successo para a mãe e feto: 1.ª A symphiseotomia alem de ser, como a operação cesariana, uma operação conservadora do feto, não faz, como esta ultima, correr á mãe tantos perigos. 2.ª O campo da embryotomia acha-se, d'uma maneira quasi geral, circumscripto ao caso em que o feto está morto. 3.ª O ligamento triangular é poderoso e inextensivel, não permittindo, emquanto é conservado, senão um muito fraco afastamento. 4.ª Quando se faz a abducção das coxas, sobretudo d'uma maneira brusca, depois da secção do ligamento triangular, pode com um pequeno afastamento dos pubis produzir-se a diastase d'uma das articulações sacro-iliacas.

Harris (da Philadelphia) publica no «American Journal of obstetrics» um artigo onde prova que, desde 1858 a 1863, não se praticou uma unica symphiseotomia, sendo por isso justo, contra a opinião de Bouchacourt, o titulo «The revival of the symphysiotomy in Italy» que deu a um trabalho publicado em 1883.

No «Bulletin medical» de 23 d'outubro o Dr. Wallich, retomando um erro passado, affirma que a operação cesariana deve ser completamente abandonada.

Nos «Annales de gynec. et d'obst.» de dezembro, apparece uma communicação clinico-estatistica de Pinard referente ás symphiseotomias praticadas n'esse anno (1892). Na clinica de Baudelocque praticaram-se 13,

havendo só a lastimar a morte de 3 fetos (um por fraqueza congénita, outro por fractura d'um parietal e o 3.º por fractura do frontal). D'aqui se deduz, diz Pinard, quão cauteloso deve ser o parteiro na applicação do forceps, e em não deixar do lado da symphise publica nada contra que a cabeça do feto tenha a lutar. N'esse anno, segundo os calculos de Pinard, fizeram-se no estrangeiro 50 operações da symphise. No mesmo numero dos «Annales» Farabent, com aquelle espirito verdadeiramente investigador e com o escrupulo e sciencia que todos lhe reconhecem, mostra os inconvenientes d'applicação de forceps ao estreito superior apertado, atacando d'uma maneira magistral a opinião de Leopold, relativamente á não secção do ligamento triangular, na pratica da symphiseotomia. Farabeuf esforça-se por demonstrar que, o que hoje vemos realisar á symphiseotomia nas bacias sem ankylose sacro-iliaca, amanhã a operação, qué, com justiça, tem o seu nome (ischio-pubiotomia de Farabeuf), o realisar á na bacia obliqua ovalar de Naegele. Farabeuf demonstra, de facto, experimentalmente que, com uma ankylose sacro-iliaca, a symphiseotomia perde mais da metade das suas vantagens, e que a sua operação, deixando duas charneiras moveis, dilata o lado ankylosado, dando assim á bacia uma amplitude sufficiente. Simplesmente de passagem direi que o anno de 1893 veio mostrar, pela clinica, a verdade da affirmativa de Farabeuf, e a necessidade desta operação ser contada no numero das operações obstetricas proveitosas.

O anno de 1893 não é menos fertil em operações, e em trabalhos historico-experimentaes sobre a symphiseotomia.

Os «Annales de gynec. et d'obst.» de janeiro transcrevem uma communicação de Desiderius v. Velitz, em que o auctor se pronuncia favoravelmente pela ideia de Leopold sobre a secção parcial da symphise. Registra uma operação feliz e refere assim o manual operatorio empregado: «a symphise foi seccionada de

cima para baixo e de traz para diante sómente nos seus $\frac{3}{4}$ superiores, o que deu um afastamento publico d'um cent. a um cent. e meio. Então, por meio de pressões exercidas sobre o fundo do utero, tentou-se fazer penetrar a cabeça na bacia, mas, tendo falhado esta manobra, e o estado do infante exigindo uma terminação do parto, rapida, applicou-se o forceps de Breus. Depois d'uma ligeira tracção a parte respeitada da symphise cedeu, produzindo-se um afastamento de 4 cent.». Este facto mostra bem claramente que a conservação de parte da symphise é prejudicial e dá um afastamento insufficiente dos pubis. A communicacção seguinte de Zweifel vem corroborar mais esta opinião.

Zweifel quiz poupar o ligamento triangular e a metade inferior da symphise, mas sendo-lhe impossivel a extracção pelo forceps Tarnier, teve de completar a symphiseotomia. Zweifel inclina-se muito favoravelmente para a operação de Sigault, não obstante, como elle proprio diz, ter obtido com a operação cesariana resultados tão notaveis que, não apresentando a mulher accidentes febris, e o feto estando vivo, permite esperar, quasi que com certeza, a salvacção dos dois.

Nos «Annales de gynec. et d'obst.» d'abril. Varnier publica um importante artigo intitulado «Bilan de la symphyseotomie renaissant au 31 de mars 1893», que vou passar a resumir. Varnier, levado pelo amor patrio e talvez um pouco por amor proprio, começa por frizar bem o impulso valiosissimo prestado pelos «Annales de gynec. et d'obst.» á causa da symphiseotomia. Em seguida refere-se á ultima estatistica que Morisani publicou em janeiro de 1892, comprehendendo as 36 operações praticadas na Italia, desde 1887 até ao fim de 1891, e addiciona-lhe 6 operações ahi realizadas em 1892. A estes 42 casos italianos somma 82 internacionaes só para o anno de 92, e 3 primeiros mezes de 93, o que dá uma cifra total de 124.

Resultados obtidos:	Mães....	Curadas	112
		Mortas.....	12
	Fetos....	Vivos	92
		Mortos	32

Mortalidade materna. Dos 12 casos fataes, 8 vezes a morte foi devida manifestamente a causas que nada temem que ver com a operação: pneumonia (1), paralyisia do coração (1), perfuração uterina (1), embolia consecutiva a phlegmacia (1), septicemia puerperal d'origem uterina (4).

Restam, pois só 4 casos dos quaes um é muito imperfeitamente conhecido para se poder tirar qualquer conclusão, e dois outros não podem ser tomados em consideração, desde o momento que só nos referimos á symphiseotomia antiseptica. Conclue Varnier: «Seul, jusqu'à ce jour, le décès de l'opérée de Tellier peut entrer en ligne de compte. Du fait de l'opération antiseptiquement pratiquée sur des femmes non préalablement infectée: 1 décès sur 117 cas». Varnier diz 117 e não 124 porque exclue estes 3 ultimos casos e os 4 em que a morte foi devida a septicemia uterina.

Mortalidade fetal. Devem, sem discussão, ser eliminados 5 casos, em que o feto estava morto antes da operação, ficando assim 119 operações praticadas com fetos vivos. Dos 27 restantes succumbiram, sem que de fôrma alguma a symphiseotomia possa ser incriminada: (1) extrahido vivo, mas inviavel (parto prematuro artificial) (Varnier); (1) extrahido vivo, morto pouco depois por vicio de conformação incompativel com a vida (Morisani); (1) extrahido vivo, mas inviavel (parto prematuro provocado, syphilis?) Budin); (1) extrahido vivo, morreu ao 17.º dia de pneumomia (Ribemont); (1) basiotripsiado (bacia obliqua ovalar de Naegele) (Bouffe); (1) basiotripsiado (fibroma pelvico) (Maygrier); (1) tendo o cordão lacerado (Potocki). Varnier mostra que, nos outros 20 casos, 11 vezes a morte resultou dos prejuizos produzidos pelo forceps

ou versão, previamente empregados, e 7 por se ter feito, voluntaria ou involuntariamente, uma secção incompleta da symphise.

Varnier depois d'estas considerações exclama: «Res-tent les 2 cas de Morisani et de Jewelt. Lises les obser-vations et voyez si la symphyseotomie peut faire dis-paraitre les dangers inhérents à une extraction par les pieds au travers d'un orifice incompletement dilaté, ou retablir une situation desesperée».

No «5.º congresso da Sociedade allemã de gyneco-logia», realisado em Breslau de 25 a 27 de maio, Zweifel (de Leipzig) occupa-se largamente da historia da symphiseotomia, e expõe em seguida a sua pratica pessoal desde 27 de setembro de 92 a 23 de março de 93, que comprehende 10 operações, dando só para o passivo da symphiseotomia uma morte fetal. Zweifel, depois de variados considerandos, conclue: 1.º Esta operação pode ser applicada com successo a todos os casos de bacias viciadas para as quaes até ao presente se tem recorrido á embryotomia. A symphiseotomia toma o lugar da operação cesariana de *indicação relativa*, acima de 65 millímetros do conjugado verdadeiro, estando as articulações sacro-iliacas moveis e sendo o feto de medio volume. 2.º Abaixo de 65 mil-límetros, quando o feto está vivo, conserva os seus di-reitos; quando o feto está morto, o parto deve ser terminado pelas vias naturaes, até 45 millímetros, com auxilio do cephalotribe de Busch ou do basiotribe de Simpson-Tarnier. 3.ª A applicação do forceps sobre a cabeça elevada, pôde sempre ser tentada, não devendo as tentativas d'extracção ser inconsideravelmente pro-longadas, nem começadas sem o designio firme de re-correr á symphiseotomia, desde que a necessidade o demonstre. 4.ª A versão deve ser reservada para os apertos do 1.º grau, 85 a 95 do conjugado verdadeiro. 5.ª Depois da pratica da operação é necessario esperar, quando é possível, o parto espontaneo, ou, pelo menos, o engastamento espontaneo. 6.ª A hemorrhagia, vindo

dos corpos cavernosos do clitoris deve ser tratada exclusivamente pelo tampão de gaze esterelizada. A gaze tampão é retirada ao fim de 12 horas. 7.^a A sutura ossea por meio de catgut esterelizado e secco é recommendavel para se obter a reunião perfeita primitiva. «Entendo, para terminar, que quando podermos com toda a segurança evitar a infecção, a symphiseotomia será sempre seguida de resultados felizes».

Quem ha pouco mais d'um anno poderia suppor que o distincto professor de Leipzig chegava agora a estas conclusões, quando é certo, que elle então sustentava que «a symphiseotomia pertencia ao passado não tendo senão um interesse historico, e que as suas consequencias eram comparaveis ás d'uma victoria de Pyrrhus.»

A grande maioria dos congressistas mostra-se pouco favoravel ás ideias de Zweifel. Leopold, guiado pela sua pratica pessoal, não julga necessario generalisar o emprego da symphiseotomia que acha indicada nas bacias, cujo diametro conjugado verdadeiro é inferior a 8 cent. e superior a 6. Leopold espera pela dilatação completa do collo para fazer a symphiseotomia, quando isso é possivel.

Chrobak e Frommel intendem que é necessario esperar antes de recommendar a symphiseotomia na pratica.

Fehling diz: «a symphiseotomia deve só substituir a operação cesariana *de indicação relativa* e ainda assim, nunca nas primiparas».

Schauta só acha a symphiseotomia superior á operação cesariana, quando não se realisam as condições de asepsia.

Depois de muitos outros auctores terem emitido as suas opiniões, pouco mais ou menos, da indole das que acabo de mencionar, Zweifel, vivamente impressionado por ter ouvido exprimir taes juizos a respeito da symphiseotomia, sobretudo o de Leopold, toma a palavra, defende habilmente as suas affirmativas, lan-

cando por terra as objecções apresentadas e termina por dizer que «taes ideias não recommendam o congresso Allemão».

Em novembro, o dr. Neugebauer publica em Leipzig, a 1.^a parte d'uma revista geral intitulada «Ueber die Rehabilitation der Schamfugentrennung oder Symphyseotomie durch die geburtshülfliche Schule in Neapel», onde se occupa da historia da symphiseotomia e apresenta a estatistica de todas as operações praticadas até ao fim de julho de 1893, ao todo, 437. Para o periodo que vae de 1777 a 1886 accrescenta ás estatisticas de Morisani algumas observações extrahidas da these de P. Desforgues (Paris 1892).

Para o 2.^o periodo dá um total de 214 operações pela addição de 82 observações á estatistica de Varnier, «Bilan de la symphyseotomie renaissant». Varnier para mostrar a precisão da sua estatistica diz que, visto a estatistica de Neugebauer trazer repetidos alguns casos, e englobar um caso de basiotripsia e outro d'ischio-pubiotomia, só ha a ajuntar ás suas 124 observações 49, das quaes só uma tinha sido publicada á data do seu trabalho.

Addicionando a estas 49 operações 36 correspondentes ao periodo que vae do fim de março até ao fim junho reúnem-se 85 casos que dão de mortalidade materna (15) e fetal (12). Dos 15 casos fataes para as mães, em 3, a morte foi devida a complicações que nada teem que ver com a operação; em 11 á infecção contrahida antes ou durante a operação; e finalmente n'um á hemorragia.

Varnier conclue assim a referencia que faz á estatistica de Neugebauer: «ha, pois, mais um caso a ajuntar á observação de Tellier o que dá $\frac{2}{191}$ de mortalidade materna pelo facto da symphiseotomia antiseptica praticada em mulheres não infectadas». Attenta a importancia d'estes dous casos em que a morte resultou da hemorragia, mais adiante os citarei detidamente.

Como já vae longa esta parte historica vou resumir em poucas palavras o que de mais importante se deu no anno corrente, tanto mais que esses factos estão bem gravados no espirito de todos.

Pinard publica, em fevereiro, nos «Annales de gynec. et d'obst.» os resultados das symphiseotomias praticadas durante o anno de 1893 na clinica de Baudelocque. Durante esse anno, praticaram-se ahi 13 operações, dando para o passivo da symphiseotomia só a morte d'uma mulher. Esta mulher entrou para a enfermaria, é preciso frizar bem este ponto, com a bolsa das aguas rota havia 66 horas e depois de ter sido examinada por um medico e uma parteira. Pinard diz que, não obstante a desinfeccção, post partum, do utero e vagina ter sido tão completa quanto possível, a operada morreu ao 9.º dia d'uma septicemia com staphylococcus. Pinard em seguida enuncia os preceitos a que obedece: 1.º Abandono do parto prematuro provocado em todos os casos em que a symphiseotomia permite a passagem d'uma cabeça de feto, a termo. 2.º Abandono de toda a applicação de forceps por resistencia ossea, quer esta resistencia tenha por sede o estreito superior, a escavação ou o estreito inferior. 3.º Abandono absoluto da embryotomia sobre o feto vivo. 4.º Engrandecimento momentaneo da bacia (por symphiseotomia pubiotomia, ischio-pubiotomia e coccytomyia) em todos os casos, em que ha resistencia ossea não vencida pelas contracções, estando a cabeça bem orientada e mostrando o calculo que a secção da bacia permittirá a passagem da cabeça. 5.º Amputação utero-ovarica nos casos d'estreiteza absoluta da bacia. Pinard termina por dizer que, quando lhe demonstrarem, não pelo raciocinio, nem por fragmentos d'estatística, mas por uma estatística integral, que, empregando outro methodo, se obtem melhores resultados, então abandonará, mas só então, aquelle que tem preconisado até hoje, para adoptar o que lhe demonstrarem ser melhor.

Por curiosidade vou referir um methodo novo que Phenomenoff e Kotchetskoff inventaram para poupar á symphiseotomizada uma nova operação na prenhez seguinte. O seu processo consiste, d'uma maneira geral, em fazer deslizar para o espaço deixado entre a metade inferior dos pubis afastados um frágmento osseo triangular ou losangico roubado á metade superior dos pubis. Por este meio (*autoplastia por deslramento*) dizem poder-se dar á circumferencia pelvica um augmento de 4 cent.. Esta innovação ainda que bem architectada é, alem d'insufficiente e quasi que impraticavel, evidentemente compromettedora da consolidação pelvica.

No ultimo «Congresso internacional das sciencias medicas», realisado em Roma de 25 de março a 5 d'abril, a questão de que me estou occupando, foi amplamente ventilada e calorosamente defendida pelos principaes symphiseotomistas d'hoje. Na impossibilidade de dar aqui uma ideia aproximada do que ali se passou, vou apresentar as conclusões de Morisani e Pinard que me parece deverem ser tomadas como decisões d'esse celebre Congresso.

Eis as conclusões de Morisani: 1.^a Graças á symphiseotomia, um feto de termo, bem desenvolvido, pode atravessar uma bacia apertada entre os limites 67 e 88 millim.. 2.^a A symphiseotomia, quando o feto está morto ou compromettido na sua vitalidade, é uma má operação. 3.^a Em geral, a operação deve fazer-se no termo da prenhez, quando o trabalho começou e a dilatação é adiantada. 4.^a N'uma bacia de 81 millim. e mais, é util, antes de seccionar a articulação, fazer uma tentativa prudente e discreta d'extração pelo forceps. 5.^a O forceps, depois de realisada a secção da symphise, é util n'um grande numero de casos, mas não indispensavel. 6.^a E' necessario discutir seriamente a questão de saber, se, nos casos indicados, é melhor praticar o parto prematuro nas 1.^{as} semanas do 9.^o mez, ou esperar pelo fim da prenhez, e praticar então

a symphiseotomia. 7.^a A associação da symphiseotomia ao parto prematuro provocado não deve ser aceite no estado actual da sciencia; pode recorrer-se á symphiseotomia associada á embryotomia em alguns casos de feto morto. 8.^a Os pretendidos resultados desastrosos da symphiseotomia só teem sido observados, quando foi praticada abaixo dos limites da sua indicação.

Pinard chega ás seguintes conclusões geraes: 1.^a A symphiseotomia aséptica não é perigosa. 2.^a Só deve ser tentada nos casos em que o calculo demonstre que um afastamento pubico de 7 centímetros permitirá a passagem d'uma cabeça de feto de termo, no caso contrario deve recorrer-se á operação de Porro. 3.^a A embryotomia, sobre o feto vivo, deve ser para sempre proscripta. 4.^a A symphiseotomia, praticada nas condições acima indicadas, deve fazer abandonar o parto prematuro artificial, e toda a operação que tenha por fim fazer lutar a cabeça fetal contra a resistencia ossea da bacia, não vencida pelas contracções uterinas.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO I

Experimentação cadaverica; mechanismo do augmento dos diametros da bacia e mensuração d'esse augmento; pelvigraphia

Experimentação cadaverica. Sendo, como disse, a experimentação cadaverica a base mais scientifica da symphiseotomia, era justo suppôr-se que, indo-se compulsar a historia, se depararia nos escriptos dos numerosos auctores que se têm occupado d'esta operação ao menos com um paragrapho, onde este assumpto fosse cuidadosamente tratado.

A expectativa não corresponde á realidade: é minimo o numero dos que se dedicam a taes trabalhos, contentando-se a maioria em registrar os resultados de seus antecessores, como se elles tivessem obrigação de vêr tudo e bem. Não se julgue que estas palavras, um tanto criticas, possam envolver tambem a minha humilde pessoa, pois, se não apresento o resultado consciencioso d'experiencias proprias é porque, de facto, ainda que sem a minima esperanza de ser mais do que um

escrevente forçado, desde que resolvi defender these sobre este assumpto, não tive á minha disposição um unico cadaver de puerpera, e só em taes casos pôde ter valor a experimentação cadaverica. Com effeito devemos-nos collocar sempre nas condições mais semelhantes ás que se encontram na pratica, e como, por via de regra, são os vicios de conformação da bacia que indicam a operação, seria em bacias apertadas de mulheres, mortas nos primeiros tempos do puerperio, que essas experiencias deviam ser realizadas. Fazer o contrario; querer tirar conclusões de experiencias feitas em cadaveres de mulheres longe do periodo puerperal, é querer tirar conclusões disparatadas e contradictorias, e a historia da symphiseotomia cita abundantes factos bem comprovativos d'esta minha asserção.

Sei muito bem que nem todas essas contradicções devem ser tomadas á conta das más condições experimentaes, porque sou o primeiro a reconhecer que, sobre um assumpto, onde tudo é anomalo, não se pôde chegar a uma regra absoluta geral. Todos os que teem estudado os effeitos d'esta operação nos casos de deformidade pelvica teem notado que a extensão do afastamento possivel, sem accidente, está longe de ser o mesmo em todas as mulheres. Chailly-Honoré dizia ter observado, que tal gráu de afastamento, que n'uma mulher se effectua innocentemente, produz n'uma outra uma forte diastase ou mesmo uma laceração das symphises sacro-iliacas.

Percebe-se que assim seja; com effeito, a desigualdade da curvatura dos iliacos, a differença do amollecimento e resistencia das symphises sacro-iliacas, sem fallar das variedades de viciação do estreito superior, explicam até certo ponto a diversidade das medidas propostas.

Os meus trabalhos no cadaver resumem-se a muito pouco. Pratiquei algumas vezes a operação em cadaveres de mulheres, fallecidas fóra do periodo puerperal,

e o que posso afirmar é que, quanto mais a pratiquei, mais me convenci da facilidade de sua execução. J. F. Maygrier dizia que a lamina do instrumento, com que dividia a symphise, ficava sempre presa; pois, eu trabalhando em bem más condições só pude observar o facto, quando tinha o cuidado de manter muito aproximados os membros inferiores; pondo o cadaver em posição gynecologica deu-se sempre um afastamento espontaneo de 1 a 1 cent. e $\frac{1}{2}$. Passando em revista o que dizem a este respeito os tratadistas, colligi, que esse afastamento espontaneo é de 3 a 4 cent. em cadaveres de puerperas com as coxas moderadamente desviadas e em flexão. Para saber a que altura do afastamento pubico se começam a produzir alterações nas articulações pelvicas posteriores e nos tecidos molles pubicos, fui augmentando a distancia inter-pubica e verifiquei que, chegando de 3 a 4 cent., se dava a ruptura do delgado ligamento anterior d'uma das symphises sacro-iliacas; e que com 5 cent. a 5 cent. e $\frac{1}{2}$ se produziam manifestamente rasgaduras das partes molles anteriores. E' bem differente o resultado obtido com experiencias realisadas em condições apropriadas. Morisani diz que o afastamento pôde attingir 6 e mesmo 7 cent. sem lesões apreciaveis das symphises sacro-iliacas; só, na verdade, estas estão um pouco afastadas e as suas laminas fibrosas superficiaes um pouco distendidas, mas os tecidos que formam as articulações ficam perfeitamente intactos. Para terminar vou-me referir ao resultado d'uma das muitas experiencias que Pinard fez com Varnier e Farabeuf.

Na bacia d'uma mulher morta d'uma nephrite, 9 dias depois d'um parto de termo, notaram que, com um afastamento pubico de 6 cent., só se tinha dado um pequeno descollamento dos ligamentos sacro-iliacos anteriores, conservando-se todos os tecidos e os proprios ligamentos descollados, sem rasgadura alguma. Sem querer alongar mais o numero de citações parece-me poder afirmar que 6 a 7 cent. é o limite do

afastamento que se deve fixar na pratica da operação, porque, como diz Tarnier, «as experiencias feitas no cadaver dão um resultado que differe pouco do que se obtem no vivo».

Mechanismo do augmento dos diametros da bacia. Quando depois de termos realisado a secção da symphise afastamos os pubis, os ossos iliacos giram para fóra desde a parte posterior da cartilagem articular (ponto fixo) até a semi-cartilagem publica, e tanto mais quanto a parte considerada é visinha d'essa semicartilagem; a parte dos ossos coxae posterior a esse ponto fixo gira para dentro — póde, pois, comparar-se o osso ilíaco a uma alavanca curva, cujo ponto de rotação está bem fixo pelos fortes ligamentos sacro-ilíacos posteriores. Como facilmente se vê, este movimento giratorio ou antes oscillatorio só se póde realisar á custa d'uma distensão dos ligamentos anteriores das articulações posteriores. Este movimento a que eu chamo oscillatorio deixa de o ser, quando, exagerando-se muito o afastamento pubico, a extremidade do osso coxal se encosta ao sacro, passando para esse ponto de contacto o centro do movimento então chamado com razão giratorio; mas este limite nunca deve ser attingido na pratica. Ao passo que se dá este movimento para fóra da-se tambem uma projecção do pubis para diante attenta a curvatura do osso ilíaco. São estes dois movimentos que explicam o augmento dos diametros pelvicos depois da symphiseotomia.

Vejamos agora a ***cifra d'esse augmento***. Desde Leroy todos os auctores são unanimes em admittir, que para cada centimetro de afastamento pubico o diametro antero-posterior augmenta 2 a 2 milli. e $\frac{1}{2}$. E' certo que, como diz Morisani, este diametro deixa de existir, uma vez realisada a secção da symphise, dando-se assim o acrescimo segundo as duas linhas que unem o promontorio aos pubis separados, mas não é menos certo que aquelle diametro continua a existir virtualmente e

a augmentar aproximadamente segundo o calculo de Leroy. Farabeuf demonstra que o augmento do diametro antero-posterior não é uniformemente proporcional ao afastamento pubico. Por exemplo: «se um afastamento pubico de 3 cent. alonga o diametro AP de 8 mill., 3 centímetros a mais de afastamento, dão um alongamento de 12 mill. e não de 8 mill. como os primeiros 3 cent.» Todos os auctores concordam hoje, que este diametro augmenta de 13 a 15 mill. para os 6 cent. de afastamento pubico, e todos concordam tambem que, pelo facto do engasgamento da bossa parietal no espaço vasio inter-pubico, o diametro bi-parietal do feto diminue 6 a 8 mill. para o effeito util, sendo assim necessario addicionar esta parcella ao augmento referido.

Obtem-se pois para o diametro AP, com um afastamento de 6 cent., um acrescimo de 20 a 23 mill. em media. Os diametros transversaes augmentam aproximadamente $\frac{1}{2}$ da distancia publica e os obliquos $\frac{1}{4}$.

Estudo pelvigraphico dos resultados da symphiseotomia. Com este titulo quero-me referir a um processo defendido sobretudo pelo D. Jamin discipulo de Fochier, que consiste: em photographar com redução de metade das suas dimensões uma bacia viciada, depois de ter marcado com giz o contorno do estreito superior e ter collocado o plano d'este estreito no plano vertical, e em seguida, separar os pubis por secção da symphise e photographar de novo.

Os defensores d'este novo processo experimental entendem que d'esta forma se pôde sâber com precisão qual a circumferencia da cabeça que, segundo as diversas formas de bacia, melhor se pôde adaptar a esta forma nova do estreito superior, e qual a posição em que se deve collocar esta circumferencia.

Fochier estuda por esta forma os 3 typos de pelviciações admittidos por Michaëlis (bacia achatada, bacia geralmente apertada e bacia achatada geralmente

apertada) e chega ás seguintes conclusões: 1.^a «Os auctores teem-se occupado sobretudo de avaliar o augmento do conjugado verdadeiro ou de medir a circumferencia que pôde ser inscripta entre o promontorio e os angulos dos pubis afastados. Esta maneira de proceder não dá a verdadeira medida da utilidade da symphiseotomia, e não é capaz de suggerir nenhum preceito relativamente á posição a dar á cabeça; uma vez a operação realisada, quando muito, levará a engasgar a cabeça por sua circumferencia sub-occipitobregmatica —o que é sempre defeituoso e muitas vezes mau, se o promontorio é projectado para diante»; 2.^a «O estudo comparado do augmento dos diametros pelvicos nos diversos typos de apertos de bacia; a situação d'estes diametros relativamente ao promontorio, a forma nova do estreito superior depois da secção da symphise, deve fazer collocar a cabeça, vindo primeira ou ultima, em posição transversal e em attitude intermediaria (parcialmente deflectida) ou em flexão moderada.»

CAPITULO II

Indicações

E' logico estudar, em seguida á experimentação cadaverica, as indicações da operação, visto estas fundamentarem-se, até certo ponto n'aquella, e o seu estudo assim associado constituir a propria essencia da symphiseotomia, pois, como ainda não ha muito tempo dizia Pinard, e com razão, «o acto operatorio que de-

baixo do ponto de vista obstetrico, merece o nome de symphiseotomia não tem por fim e por resultado a secção dos pubis, mas sim um afastamento necessario de X centimetros.»

A via mais facil a seguir na explanação d'este estudo seria, sem duvida, a historica: ir registrando as opiniões dos mestres, a par e passo, que, com os tempos, vão sendo formuladas; mas essa enumeração, que havia de ser vastissima, teria o inconveniente de ser esteril, e levar-me a um verdadeiro cahos, a um labyrintho inextricavel, d'onde seria difficil tirar uma conclusão proveitosa. Para evitar essa anarchia vou traçar os limites da operação, regulando-me só pelos trabalhos clino-experimentaes dos melhores mestres de hoje.

Como o assumpto é muito complexo, achei conveniente simplificar-o, estudando aqui só os casos em que o feto é vivo e de termo, e a bacia apertada por vicio de conformação, reservando para paragraphos especiaes as questões relativas ao feto morto, ao parto prematuro e aos apertos de bacia por tumores pelvicos.

Assim encarada a questão tratemos de marcar os limites da operação, começando pelo superior.

D'uma maneira geral e clinica, parece-me poder afirmar, que o forceps deve ser a pedra de toque na fixação do limite superior da symphiseotomia, começando assim esta a ser indicada quando aquelle se mostra impotente.

Sou levado a esta conclusão pelo conhecimento que tenho da difficuldade que ha em fixar-o d'outra forma. Com effeito, não querendo fazer uma applicação previa de forceps, temos de nos regular pelo confronto dos diametros da bacia com os diametros da cabeça fetal. Dou, de barato, que seja facil e precisa a mensuração dos diametros pelvicos, tanto mais que *temos de jogar, na maioria dos casos, com o conjugado verdadeiro*; mas o segundo factor, a mensuração dos diametros da cabeça fetal é sempre uma incognita, emquanto a ca-

beça estiver acima do estreito superior e se não deixar engasgar por manobras externas

Se não tivéssemos d'entrar em linha de conta com as variantes dos diâmetros da cabeça fetal, nem com a sua possível redução, isto é, se o feto não devesse fornecer indicações para a symphiseotomia, então, era facilissimo dizer-se, pelo grau d'apêto pelvico, qual era esse limite superior.

Vejo que quasi todos os parteiros, antigos e modernos, dizem que o diâmetro bi-parietal d'um feto de termo tem em media, 90 a 95 mill., e que o seu grau de redução é, em media tambem, de $\frac{1}{2}$ a 1 cent. D'isto conclue-se muito naturalmente que a symphiseotomia pôde ser indicada quando o diâmetro conjugado verdadeiro fôr de 80 a 90 mill., e que o é com certeza quando fôr inferior a 80. Parece-me, mesmo, não se poder tirar outra conclusão.

Ora se para este meu calculo rejeito os casos extremos e me contento com medias, e ainda assim vejo que entre 80 e 90 mill. é possível o parto espontaneo ou por meio do forceps, hei-de ir lançar mão da symphiseotomia que os francezes chamam «d'emblée» e que eu posso chamar «á sorte» ou fazer dentro d'aquelles limites uma applicação previa de forceps? Acho, como disse, aquella pratica mais racional e mais recommendavel.

Este meu calculo concorda quasi completamente com o que indicou Morisani no ultimo Congresso de Roma.

Eis como se exprimia Morisani «O limite superior geralmente fixado em 85 mili. deve ser elastico; com effeito, não se pode nem se deve pôr em duvida que, com um diâmetro promonto-pubico de 90 a 95 mill., a symphiseotomia seja indicada, se a cabeça do feto com as manobras *opportunas* não chega a engasgar-se no estreito superior» e acrescenta «por outro lado, com um diâmetro promonto-pubico de 84 a 85 mill., pode o parto fazer-se espontaneamente ou por meio do

forceps se a cabeça do feto é pequena ou muito reductivel.»

Bem entendido, eu refiro-me a uma applicação moderada, regular e exploradora, e não á applicação chamada de força, porque essa deve estar para sempre banida de campo da obstetrica, visto que, n'essas condições o forceps «não é mais do que um cephalotribo disfarçado, com a differença de ser mais perigoso para os órgãos maternos.»

Farabeuf demonstrou por meio do calculo e pelas experiencias feitas no seu laboratorio, que o estreito superior apertado, muitas vezes decupla a força de tracção do forceps no momento em que, attingidos os limites de compressibilidade da cabeça e extensibilidade da bacia, a parte mais volumosa do forceps não tem mais que alguns millimetros a percorrer para atravessar o estreito.

Isto mostra-nos quão prudentes e moderadas devem ser as tracções, mas não revoga a minha opinião, pois que, pelos calculos que estabeleci, não exigi do forceps que excedesse os limites da reductibilidade inoffensiva da cabeça do feto.

Já depois de ter escripto estas poucas linhas, li com um pouco mais de vagar a communicação que Varnier fez á Sociedade obstetrica de França sobre a «applicação do forceps ao estreito superior apertado, em particular nas suas relações com a symphiseotomia», e manda a verdade dizer que fiquei meio intrigado.

Varnier formula na sua communicação as duas seguintes perguntas: «Deve continuar-se a preceder a symphiseotomia d'uma applicação de forceps, como agente demonstrador da inutilidade ou da necessidade d'aquella? Deve, ao contrario, o forceps ceder-lhe desde logo o passo e não ser applicado senão depois d'ella?». Varnier responde: « Nous pensons que c'est á ce dernier rôle qu'il doit se borner » e allega em de-
feza d'esta proposição:

1.º—«Para avaliar se a applicação do forceps, que

nós tentamos, vae ou não comprometter a vida do feto, não nos podemos apoiar *firmemente* nem na intensidade ou duração das tracções, nem no grau d'aperto, nem no que podemos saber do volume do feto». Depois acrescenta «e assim não sabemos nunca o que fará o forceps; não somos senhores de limitar a sua acção malfazeja; tiramos um numero na loteria. E' obstetrica empirica, não é obstetrica racional».

3.º—«A theoria, quero dizer, a experimentação temnos, de resto, ensinado que no estreito superior não podemos pedir ao forceps, n'uma bacia apertada, não aberta, outra cousa alem d'esta força reductora que o torna tão terrivel, pois que, qualquer que seja o seu modo d'applicação, longe de corrigir a attitude asynclitica da cabeça não engasgada, a exagera fatalmente, fazendo por consequencia tudo que é necessario para impedir a realisação do mechanismo que tinha a pretensão de executar.»

Varnier prevendo a objecção de que, procedendo-se assim, se multiplicava o numero das symphiseotomias consideravelmente, lembra que na clinica de Baudelocque, onde se realisam 1800 partos por anno, Pinard não fez, no anno de 1892, senão 13, e Pinard diz arrepende-se de não ter feito mais, porque, de 10 vezes em que applicou o forceps ao estreito superior, 4 fetos morreram de fracturas do craneo.

Varnier apresenta em seguida outras estatisticas, pouco favoraveis ao forceps, referentes a uma epocha em que se não pensava ainda na symphiseotomia, e uma d'ellas registra casos em que se tinha feito uma applicação *obliqua*.

Vejamos se, em face d'este artigo, sem duvida um dos mais bellos de Varnier, o que eu tinha escripto deve ser rasgado por inutil ou passar á archeologia. Parece-me que não. Em primeiro lugar entendo que se deve fazer uma distincção absoluta, capital entre a applicação do forceps como meio explorador e a applicação do forceps como operação obstetrica isolada, pois

que a primeira traz inherente a si a ideia de moderação e a segunda a ideia d'exitto, e Varnier no final da sua demonstração confunde as duas, quando traz a lume estatísticas em que o forceps era empregado como precursor da embryotomia.

Varnier, para demonstrar que, sem a applicação previa do forceps, os casos de symphiseotomia se não multiplicam, lembra a estatística de Pinard relativa ao anno de 1892. Admiro-me que Varnier, inimigo figadal, como Pinard, d'estatísticas fragmentadas e parciaes, faça essa allusão; não verá que para tal estatística ser provativa lhe faltam tantos dados scientificos? Ou cuidará que por nos vir dizer que essa clinica abunda em apertos pelvicos, que nós, os leitores, ficamos satisfeitos com a explicação?

Não era esse o caminho que se me afigura racional para chegar á demonstração d'essa proposição. Se Varnier nos indicasse meios, não theoricos mas praticos e reaes, de que podessemos lançar mão, para d'uma maneira precisa e impecavel podermos fixar, independentemente do forceps, o limite superior da symphiseotomia, então, era eu o primeiro a curvar-me reverente perante a sua opinião de mestre; mas até á descoberta d'esse processo novo, acho, praticamente, o forceps o unico meio apropriado.

Concordo, com Varnier que, applicando o forceps, não nos possamos apoiar firmemente nem na intensidade ou duração das tracções, nem no grau d'aperto, nem no que podemos saber do volume do feto para conhecermos se vamos ou não prejudicar a vida do novo ser; concordo até que façamos obstetrica empirica; mas quero tambem que o distincto publicista concorde que são muito menos firmes os meios em que se pode apoiar, para saber se faz util ou inutilmente a symphiseotomia, quem a pratica «d'emblée» perto do limite superior da sua indicação; e quero, *ipso facto*, que concorde quadrar bem a essa pessoa o nome d'empirico.

Obrando assim sigo a opinião de Morisani que ainda ha pouco sustentou no ultimo congresso de Roma que «n'uma bacia de 81 milli. e mais, é util, antes de seccionar a symphise publica, fazer nma tentativa prudente e discreta d'extracção pelo forceps».

A pratica da versão previa, deve ser completamente posta de lado, porque esta operação, alem dos seus perigos, como o demonstram as estatisticas do seu mais apaixonado defensor (Leopold), não dá tempo, contrariamente ao forceps, a que se recorra á symphiseotomia, a não ser em casos extraordinarios. A versão deve ser reservada, como ultimamente dizia Morisani, para os ligeiros apertos de bacias asymericas.

Na fixação do limite inferior já não nos podemos servir de nenhum meio pratico auxiliador, temos de nos guiar unicamente pelo que nos diz a experimentação cadaverica.

Sendo certo que com um afastamento pubico de 6 cent. o diametro antero-posterior ganha 20 a 23 milli., e admittindo por outro lado que, com um pouco de redução, o diametro bi-parietal d'um feto de termo seja de 90 milli., é facil de concluir, com os auctores, que nos apertos de 67 mill. do diametro A P o parto é difficil, ainda que possivel, e que é facil nos de 7 cent..

Relativamente ás viciações pelvicas, a symphiseotomia está contra-indicada, como mesmo á priori se vê, nos casos d'ankylose d'uma ou das duas articulações sacro-iliacas.

Na sessão de 5 a 7 d'abril (1893) da Sociedade obstetrica de França dizia o Dr. G. Lepage: «A symphiseotomia não deve ser só reservada para as mulheres com viciações da bacia, ou para aquellas fetos apresentam dimensões consideraveis, com relação ás dimensões d'uma bacia normal. A symphiseotomia póde ser indicada em certos casos em que um tumor uterino ou juxta-uterino se vem engasgar abaixo do feto, obstruindo em parte a escavação pelvica sem poder ser repellido para cima». Lepage, para funda-

mentar esta opinião, que não era nova, refere-se ao exito completo que obteve, praticando a symphiseotomia associada ao parto prematuro, n'uma mulher portadora d'um tumor uterino enorme e de consistencia firme, e que descia na escavação.

O prof. Rein (de Rüff) recentemente praticou a symphiseotomia, n'um caso de prenhez complicada de tres fibromas, com esplendido resultado. Rein, discutindo a opportunidade de tal ou tal operação, diz que regeita a craniotomia como acto operatorio inadmissivel no estado actual da sciencia. Ensaiou applicar o forceps mas, como as tracções ficassem infructuosas, resolveu-se a praticar a symphiseotomia e renunciar á operação cesariana por causa do engasgamento profundo da cabeça, por a ruptura das membranas ja remontar a 2 dias, e por a mulher ter sido sujeita a numerosos exames.

Para terminar este estudo vou citar um caso que frisa bem o escrupulo que deve haver no calculo demonstrador da utilidade e possibilidade do emprego da symphiseotomia, e que nos mostra igualmente o erro em que labutam os que querem fazer d'esta operação uma panacêa geral. Eis o caso a que me refiro:

No «Progres medical» de 15 d'abril de 1893 Maygrier publica a observação d'uma mulher em trabalho na qual praticou a symphiseotomia por causa d'um tumor adherente ao ramo ischio-pubico esquerdo, obturando em parte a escavação.

Este tumor, de consistencia dura e elastica, tinha quasi que o volume d'um punho, não permittindo a introduccão de mais de «dois dedos» entre elle e as paredes da bacia. Segundo Maygrier a operação cesariana estava contra-indicada por o trabalho já ter começado ha muito, e «a basiotripsia podia apresentar grandes difficuldades n'uma escavação tão estreita». Fez a symphiseotomia sem que se apresentasse qualquer particularidade notavel, mas, não obstante «diversas applicações de forceps», a cabeça não pode ser ex-

trahida, sendo necessario recorrer-se á basiotripsia. A mulher morreu aos 21 dias d'operada por uma embolia pulmonar.

CAPITULO III

Manual opetatorio

Não é meu intento demorar-me a descrever detalhadamente os variadissimos processos que teem sido empregados na pratica d'esta operação. Os operadores, ou desejosos de nomeada, ou porque, seguindo um processo seu especial, se deram bem com elle, são incansaveis na demonstração das grandes vantagens e superioridade do seu proceder, sem se lembrarem que estão a complicar o que é de tão facil execução.

Sem querer tornar mais confusa a questão, seja-me licito terminar este capitulo pela exposição do processo que empregaria no caso de ter de praticar a operação, servindo-me do que mais aproveitavel achei nos muitos processos que passo a resumir.

Todos estes processos podem considerar-se dominados por tres unicos methodos: a ceu aberto, subcutaneo e de transição ou mixto.

1.º—*Methodo a ceu aberto*. N'este methodo, como é de facil intuição, deixa-se a descoberto, pela incisão dos tegumentos, toda a symphise que é em seguida seccionada de variadas maneiras. Este methodo, o mais antigo, tambem é o mais moderno, e pode ser chamado *francez*, pois foi o que Sigault empregou na primeira symphiseotomizada, e é o que vemos ha pouco

tempo ser resuscitado por Pinard; de resto, foi o que sempre se empregou em França. Começarei pelo processo primitivo ou de Sigault a exposição do «*modus faciendi*» dos diversos operadores que praticaram o methodo a ceu aberto, *tendo sempre em vista evitar repetições*. Eis como Sigault descreve a sua primeira operação. «Depois de ter mandado deitar a mulher, as coxas levantadas e ligeiramente afastadas, fiz a incisão da pelle e do tecido adiposo desde um pouco acima do pubis até a commissura dos grandes labios, o que foi doloroso; feita a incisão, a symphise, parte insensivel, encontrando-se a descoberto, separei os musculos pyramidaes e dividi a linha branca, e introduzi por esta abertura o index da mão esquerda ao longo da parte interna da symphise; continuei a secção do ligamento e cartilagem, que se encontra muito espessa no ultimo termo da gravidez».

Leroy para não permittir tão franco acesso ao ar, recommenda fazer a operação em dous tempos e seccionar a fibro-cartilagem com muita lentidão. Manda, no primeiro tempo, fazer na pelle uma incisão de 2 a 3 centimetros de comprimento e seccionar o terço superior da cartilagem, e no segundo, prolongar a incisão tegumentar até ao clitoris e terminar a secção interpubica.

Ansiaux recommenda, antes de se fazer a incisão, barbear os pubis, sondar a bexiga e puxar para cima a pelle o mais que se possa. Depois de ter reconhecido a symphise, secciona-a bem como os ligamentos supra e infrapublicos por meio d'um bisturi de ponta obtusa.

J. T. Maygrier (1817) entende que, collocada a mulher no decubito dorsal e desviada a urethra da direcção do instrumento cortante, se deve fazer nma incisão desde a parte mais elevada da symphise até a commissura da vulva.

Recommenda, como Plenck, que a secção se faça de deante para traz parallelamente a symphise para que

a ponta do instrumento, ainda que romba, não vá lesar a bexiga. «Quando a secção da symphise oppõe resistência, não se deve violentar, pois pôde ceder rapidamente e ir-se ferir os órgãos pelvicos. Esta secção não deve ser completa; deixa-se uma parte da fibro-cartilagem que a tracção dos ajudantes deve vencer.»

Capuron acha preferivel a secção de diante para traz (Plenck e Maygrier), e acrescenta: «querendo-se fazer a secção de cima para baixo, é necessario cobrir com a unha do indicador a ponta do bisturi para obstar ás lesões da bexiga e urethra, que um ajudante mantem desviada para o lado direito.»

Hatin, receando que a inserção das aponevroses abdominaes aos pubis dificulte o seu afastamento, acha prudente fazer-se na linha branca uma incisão tão comprida como a prepubica, dizendo em seguida, «a incisão deve ser prolongada para baixo, parallelamente ao ramo esquerdo da arcada, o sufficiente para se poder dividir o ramo do clitoris d'esse lado, pois que, não sendo cortado, a sua laceração posterior difficulta a hemostase.»

Hatin admite o processo de divisão da symphise de cima para baixo, frisando bem o grande cuidado que deve haver ao seccionar o ligamento triangular.

Para terminar com a exposição das modificações feitas ao *processo primitivo*, deixo a orientação historica que levava, passo de salto sobre os dous outros methodos que, succedendo-se, começaram a dominar na Italia, e vou descrever tres processos empregados em pleno periodo da asepsia e antisepsia: o de Pinard, o de Caruso e o de Zweifel.

Dispostos e desinfectados todos os instrumentos chirurgicos e obstetricos, inclusivé osteotomos, desinfectada a região operatoria, Pinard colloca-se á direita da mulher, e faz adeante dos pubis, segundo a linha mediana sterno-clitoridiana, uma incisão de 8 a 10 centímetros, desviando-se um pouco para o lado quando chega perto do clitoris. Separa os musculos rectos e pyrami-

daes havendo-os, e introduz o dedo na cavidade prevesical, para proteger a bexiga e sentir a saliencia que a fibro-cartilagem faz ordinariamente na parte posterior. Secciona a symphise de cima para baixo e de deante para traz, reservando para o fim o ligamento infra-pubico que tenta primeiro forçar com o dedo. Se isso lhe é impossivel, applica-lhe a ponta do bisturi, não parando sem poder passar o dedo entre os pubis; Pinard julga conveniente, antes de qualquer tentativa obstetrica, operar uma prudente abducção das coxas para nos assegurarmos que a secção é completa. Em seguida faz o *penso provisório* por meio de gase aseptica.

O processo de Caruso é quasi a mesma cousa; distingue-se em ser a incisão tegumentar mais pequena (7 a 8 cent.) e a secção do ligamento triangular feita de baixo para cima e de traz para diante.

Vou referir-me ao processo de Leopold que consiste em poupar o ligamento triangular, processo que Zweifel muito recentemente abandonou, convencido, por experiencia propria, da sua inutilidade e dos seus perigos. Leopold acha a secção do ligamento inutil, e diz mesmo que, em alguns casos, não é necessario seccionar a symphise em toda a sua altura, pois que, pela secção da metade ou $\frac{3}{4}$ da symphise, as extremidades pubicas se afastam já de 3 centimetros. Leopold accrescenta: «Como a operação se pratica muito frequentemente em bacias rachiticas, nas quaes o aperto tem a séde á entrada, sendo as dimensões da escavação quasi normaes, a secção da parte superior da symphise basta, no maior numero de casos, para deixar sahir a cabeça fetal.»

A experiencia e a clinica demonstram que a secção do ligamento triangular é necessaria e indispensavel para obter o augmento da capacidade pelvica que é de direito esperar da symphiseotomia. A experiencia cada-verica mostra ser o ligamento inextensivel, muito poderoso e que, ficando intacto, não permite ás superficies articulares separarem-se senão d'um angulo insi-

gnificante, e a clinica por seu lado prova que o afastamento pubico é minimo, e que a cabeça fica acima do estreito superior. «Se em taes casos o parto se realisou, foi porque esse ligamento se despedaçou.» E' esta a opinião que Morisani emittiu no ultimo Congresso de Roma, e Morisani tem direito d'apellar para a sua experiencia. De resto, que vantagens dá a integridade do ligamento triangular, se as estatisticas demonstram que a cicatrização da articulação, completamente seccionada, se obtem em geral, ao fim de 5 semanas, sem ficar nenhuma perturbação apreciavel? Termino esta questão por citar o que diz Farabeuf a tal respeito. Farabeuf, referindo-se ao forceps, exprime-se assim: «se me detenho n'este assumpto é só para combater aquelles que, semi-symphiseotomistas por timidez, confiam ao forceps e á cabeça inclusa o terrivel cuidado de terminar, por arrancamento, a separação dos pubis. Attenta a potencia nociva e assustadora do forceps, n'uma bacía apertada, não me espanto que os semi-symphiseotomistas cheguem a obter finalmente um afastamento sufficiente, e mesmo consideravel dos pubis. Eu pergunto se isso é prudente, se é racional. Semi-symphiseotomistas, o temor d'um mal faz-vos cahir n'outro peor. Tendes mêdo de fazer derramar algumas gottas de sangue materno e expondes o feto a morrer pelo trabalho de que o encarregaes.» Farabeuf condemna a symphiseotomia parcial tanto mais que é facil aos timoratos desapegar, com a rugina, o ligamento subpubico.

2.º — *Methodo sub-cutaneo*. O methodo sub-cutaneo, inspirado n'uma ideia legitima, a de isolar a ferida publica do contacto do ar, foi innegavelmente um grande progresso para a epocha em que se pôz em pratica. Hoje, que conhecemos a asepsia e a antisepsia, essa justificação desapareceu, e com justiça este methodo está abandonado; tambem é só como curiosidade historica que aqui o cito. N'este methodo a secção da symphise realisa-se por meio d'um bisturi apropriado,

introduzido por uma pequena abertura cutanea, ficando intactos os tegumentos prepubicos. Guiando-me pelo que diz Lacour na sua these (1844), foi Aitken quem primeiro aconselhou este methodo. O que é certo é que Aitken não poz em pratica este, mas sim o a céu aberto. A primeira operação executada por este methodo teve logar na Andaluzia; o operador, A. Delgado, sob a direcção de F. Canivel, fez a punctura cutanea logo acima do clitoris e seccionou a symphise de baixo para cima e de traz para diante. No processo de Imbert, descripto na these de Faure Biguet (1834), a mulher é collocada com a pelve levantada, como para a talha sub-pubica; o operador, entre as coxas, separa os grandes labios com o indicador e pollegar da mão esquerda e distende a mucose vestibular, introduzindo por ahi o instrumento, que vae seccionar a fibro-cartilagem de traz para diante. Carbonai propoz em 1811 ao «Congresso de Florença» um processo que differe d'este, em ser o ponto d'entrada do tenotomo feito transversalmente, 35 milli. acima do pubis, e em ser a secção da symphise de baixo para cima, mandando por outro lado, como Imbert, que seja de traz para diante. Piccinini, colloca a mulher n'um plano inclinado, por entender, que, correspondendo a bacia á parte mais levantada, o feto cessa de pezar sobre os pubis, favorecendo, assim, consideravelmente, as manobras operatorias. Emprega um tenotomo encurvado e resistente, que introduz por cima do clitoris, e faz a secção da symphise de diante para traz e de cima para baixo. Na 4.^a reunião da Sociedade italiana d'obstetrica e de gynecologia, realisada em Napoles, Mancusi referiu-se a um processo por elle empregado que pôde considerar-se pertencente a este methodo. Mancusi fez uma pequena abertura no bordo superior da symphise e uma contra-abertura entre o clitoris e o orificio da urethra. Introduziu pela primeira, com auxilio da agulha de Scarpa, uma serra de cadeia que completou a secção da symphise, deixando intactos os

tegumentos. Mancusi, para provar o valor d'este seu processo, diz, ter notado nos ossos iliacos «não tendencia ao afastamento, mas sim á união, o que o auctorisou a recorrer a uma simples ligadura do corpo, como meio d'immobilisação».

3.º — *Methodo mixto ou de transição*. Este methodo podia ser chamado tambem *italiano*, pois foi na Italia que nasceu, progrediu e onde é hoje ainda o dominante. Descreverei simplesmente 2 processos: o de Novi e o de Morisani que, de resto, são bem semelhantes. Novi, collocado entre as coxas da doente, faz com um bisturi convexo, na linha mediana, uma incisão longitudinal, partindo de 1 cent. acima do pubis, e d'uma extensão de 3 cent., dividindo assim todas as partes molles até á symphise. Procurando, então, com o dedo indicador da mão esquerda, sobre o bordo superior do pubis, a pequena depressão que corresponde á união dos dois ossos, põe-n'a a descoberto com um bisturi concavo de botão. Isto feito e o bordo superior da symphise achando-se desembaraçado, introduz o bisturi a este nivel e fal-o deslizar ao longo da face posterior da symphise. Girando então com o cabo de maneira que a concavidade cortante do instrumento corresponda ao bordo inferior da symphise, leva o instrumento de baixo para cima, seccionando os ligamentos e a cartilagem articular.

Um estalido especial, a falta de resistencia e o afastamento que apresentam os ossos do pubis indicam que a operação terminou.

Morisani começa a incisão cutanea 2 centímetros acima do pubis, e emprega para fazer a secção da fibrocartilagem a falceta do Galbiati. No restante o seu processo é analogo ao de Novi. Como um dia se quebrasse a falceta, no momento em que começava a secção da symphise, Morisani recorreu ao methodo a ceu aberto, e achou-o d'uma facil execução.

Spinelli inventou, para seccionar a symphise, um aparelho muito complicado, composto d'uma haste

d'aço, onde se pôdem fixar 3 escarpellos com laminas de comprimento differente. Está appensa a uma das faces do escarpello uma escala e um cursor para limitar o comprimento da lamina aproveitavel; cada lamina é munida de cada lado d'um guia para proteger os outros tecidos.

Conclusão. Pôde dizer-se d'uma maneira geral que o melhor methodo operatorio é aquelle que allia a simplicidade á segurança. Pensando um pouco vemos que, dos 3 methodos em questão, o a céu aberto é o que realisa melhor este *desideratum*. Com effeito, é o mais simples relativamente á instrumentação, pois não exige em rigor mais que um simples bisturi, e ninguém disputa que o seja tambem pelo que diz respeito ao trabalho manual, pois que realisar a secção da fibro-cartilagem, depois de a pôr a descoberto, é o que ha de mais banal, pelo menos, é o que me mostra a experimentação cadaverica. Para a praticar irreprehensivelmente no cadaver, não é preciso ir ver trabalhar os grandes mestres, basta ler com attenção a descripção do manual operatorio e ter um perfeito conhecimento da anatomia da região; e do cadaver para o vivo sómente accrescem a impressão moral do operador e a hemorrhagia.

Admitte-se facilmente que essa impressão concorresse para Sigault, como elle proprio confessa, ferir o meato urinário da sua primeira operada, pois punha em pratica uma operação arrojada e inteiramente nova; mas hoje que a symphiseotomia é uma operação obsterica bem estabelecida, por assim dizer corrente, o gynecologo, animado pelos bellos resultados actuaes, nada tem a atemorisal-o. A hemorrhagia é muito mais facil de sustar n'este methodo do que nos outros, sobretudo quando se tenha de recorrer á laqueação, pois é claro que é impossivel laquear vasos que se não veem, como acontece nos outros methodos. O methodo a céu aberto é egualmente o mais seguro e de consequencias mais favoraveis.

Vejamos se isto é verdade. Quando se poupa toda ou quasi toda a pelle prepubica, só se pôde ter em vista *diminuir as probabilidades da infecção, e manter mais facilmente o affrontamento dos ossos separados*. Admittamos, condescendentemente, que a questão do affrontamento osseo podesse, talvez, ter algum valor, se não tivessemos á nossa disposição suturas eapparelhos contentivos que os taes methodos não dispensam tambem; mas tendo-os, e sendo egualmente necessario manter artificialmente, em todos os methodos, unidos os ossos iliacos, esse argumento não tem razão de ser. Poderemos dizer o mesmo do segundo argumento?

Se é certo, como creio, tudo o que sabemos hoje de microbiologia, a infecção por lesão operatoria traduz um descuido do cirurgião e nada mais, e assim, lançado por terra está o argumento segundo o ideal em que é formulado. Pergunto eu agora:— não será esse argumento até certo ponto contraproducente? Não me atrevo a responder, ainda que a affirmativa está no meu espirito; limito-me a fazer algumas considerações. Sendo a infecção o resultado d'um descuido, parece-me poder affirmar que é menos escrupuloso na asepsia e antisepsia aquelle que se julga mais salvaguardado d'essa infecção. Eu bem sei que não devia ser assim, mas cada um que examine a sua consciencia e verá que ella o accusa de nem sempre ter empregado o mesmo rigor antiseptico nas pequenas soluções de continuidade e nas operações d'alta cirurgia. Suppondo mesmo que isto não é assim, e que, pelo contrario no methodo a eu aberto, sendo a solução de continuidade mais extensa, ha mais um pouco de probabilidades d'infecção, seguir-se-ha d'ahi ser este methodo mais grave para a mulher, debaixo d'este ponto de vista? A resposta parece ser affirmativa mas não é preciso meditar muito para ver que essa affirmativa está envolta d'uma falta de reflexão, pois que a clinica diz-nos todos os dias que a suppuração é tanto mais perigosa

quanto o escoamento do pus é dificultado, e nós sabemos a differença que vae a este respeito d'uma ferida aberta, que de mais a mais cabe immediatamente debaixo da nossa alçada therapeutica, a uma ferida disposta em fundo de sacco. E' a clinica que se encarrega de responder á pergunta que me fez hesitar, mostrando que aquelle pequeno augmento de probabilidades d'infectão, a dar-se no methodo a ceu aberto, não contrabalança os perigos d'accumulação possivel de pus, a que a mulher fica exposta nos outros methodos.

Eis, muito em resumo, como praticaria a symphiseotomia, suppondo ter á minha disposição tudo que realisa o meu ideal, digo, o dos auctores, e em particular, o de Pinard. Reconhecida a necessidade operatoria, tratava antes de mais nada d'obter o consentimento da mulher, o que não é difficil, pois trata-se da salvação do producto da sua concepção e uma mãe que, por via de regra, leva o amor filial até á abnegação e sacrificio não se recusará a uma operação que, se não fôra incommoda era banal ou pelo menos o deve ser. Convidava para meus ajudantes 3 cirurgiões, que ao mesmo tempo verificavam a necessidade e oportunidade operatoria. Escolhia, como disse, o methodo a ceu aberto, e com esta orientação começava a dispôr as pessoas e cousas na melhor ordem. Alem dos instrumentos necessarios a toda a symphiseotomia a que me referirei no decurso da descripção da operação, punha ao meu alcance a serra de cadeia e a agulha conductora, para prevenir o caso de deparar com uma symphise ossificada. Encarregava um ajudante de passar á lampada os ferros não cortantes, de dispor-os a todos em vasos apropriados, com agua fervente, para mais tarde m'os apresentar, bem como os objectos do penso, segundo as necessidades.

Um segundo ajudante occupar-se-hia de manter,

asepticas as esponjas previamente desinfectadas. Enquanto um 3.º ajudante procedia á chloroformisação, nós desinfectavamos perfeitamente as mãos e antebraços. Collocada a doente ou transversalmente no proprio leito, ou melhor, n'uma mesa d'operações que, sem ser muito baixa, me deixa-se dominar bem com a vista o campo operatorio, procedia á toilette, sendo mantidas as coxas flectidas e afastadas pelos outros dois ajudantes. Essa toilette consiste, como é sabido, em ensaboar e barbear os órgãos genitales externos e o hypogastro, e em seguida friccionar essa região com uma escova alternativamente mergulhada em agua, alcohol e ether.

Desinfectava a vagina com uma solução a $\frac{1}{5000}$ de sublimado, esvasiava a bexiga e extrahia do recto as materias fecaes, que podesse conter. A prudencia aconselhava-mê, para melhor cahir na linha mediana, traçar com o lapis dermatographico, guiado por um fio, a linha sterno-clitoridiana e para evitar lesar a urethra, encarregava o ajudante da minha esquerda de mantel-a, por meio da sonda metallica, desviada para esse lado. Collocado, então, adiante da mulher, fazia, com um bisturi ordinario, convexo, sobre o traço graphico da pelle, uma incisão, desde um cent. e meio acima do bordo superior do pubis até perto do clitoris, que evitaria ferir, desviando-me para a direita ao chegar um pouco acima d'elle. O ajudante da minha direita esponjaria a ferida; applicava as pinças hemostaticas precisas e cortava todo o tecido cellular, até pôr a descoberto a fibro-cartilagem.

Com a sonda cannelada separava os musculos pyramidaes e rectos para poder por ahi introduzir o dedo indicador da mão esquerda, que começava a reconhecer a pequena depressão que na parte superior deixa a junção dos dois pubis e a saliencia posterior da fibro-cartilagem.

Com estas indicações, e guiado por uma certa mobilidade que quasi sempre os pubis teem no ultimo

tempo da gravidez, precisava bem a posição e a direcção da linha symphisiana. Para proteger a bexiga, deslisava o dedo pela face posterior da symphise até atingir o bordo inferior do ligamento triangular e então, com um bisturi de botão curvo, resistente e delgado, começava a secção da fibro-cartilagem de cima para baixo, e de deante para traz. Executava essa secção muito morosamente e sem grande força, deixando-me por assim dizer, guiar pelo ferro, que vae seguindo o caminho da menor resistencia. Chegado ao ligamento triangular, redobrava de cuidado; cortava-o fibra a fibra, sempre orientado pelo indicador da mão esquerda, e, seguindo a opinião de Gueniot, para melhor realisar essa secção, fazia salientar o ligamento por uma mais forte abducção das coxas. Mandava continuar essa abducção lentamente, até poder tirar o dedo indicador não pelo orificio d'entrada, mas sim atravez do espaço inter-pubico, certificando-me d'esta forma que não deixava, para o feto vencer, resistencia prejudicial. Enchia e cobria a ferida operatoria de gaze aseptica, depois de fazer as laqueações necessarias.

Entregava a um ajudante habilitado o serviço do parto propriamente dicto e fazia em seguida o penso definitivo (tal é o assumpto do capitulo IV).

CAPITULO IV

Conducta do parteiro depois da operação

Os primeiros symphiseotomistas praticavam sempre a versão quaesquer que fossem as condições em que se apresentasse a mãe ou o feto. Tomarei por

norma d'este proceder a descripção que Leroy faz referindo-se á primeira operação de Sigault. Leroy exprime-se assim: «tirados do utero os pés por Sigault, libertei os braços; estando a cabeça ainda acima do estreito superior, levei a mão direita sobre a face, que correspondia á symphise iliaca esquerda, e fazendo afastar o mais possivel as coxas, engasgei a maior porção do parietal direito no afastamento, cujos tegumentos arquearam. Fiz corresponder a bossa parietal esquerda á parte lateral direita da base do sacro, levantei o corpo do feto e abaixei-lhe o mento, conseguindo assim fazer a cabeça atravessar o estreito superior. Extrahido o feto e abaixadas as coxas, os pubis ficaram afastados menos de 18 milli.; fiz em seguida a dequitação». Vê se facilmente que este exclusivismo não tinha razão de ser porque, afora pequenas diferenças, trata-se d'um parto como outro qualquer, variando assim a nossa conducta, para ser logica, com as variadas circumstancias occasionaes. Compenetrado d'esta verdade, dizia Ansiaux: «seccionada a symphise, produz-se um afastamento espontaneo, que se augmenta pouco a pouco, separando docemente as coxas, ou fazendo lenta e gradualmente uma compressão sobre as cristas iliacas. Algumas vezes vem uma dôr forte que faz sahir a cabeça, alojando-se uma das suas bossas parietaes no afastamento; em taes casos deve-se abandonar o parto á natureza, ou applicar o forceps. Estando o feto em má posição recorre-se á versão podalica».

Pouco tempo depois, J. F. Maygrier aconselhava deixar-se o parto á natureza, se as contracções são boas, e, no caso contrario, applicar o forceps. Estando a cabeça movel acima do estreito superior achia preferivel a versão.

Estava por estes dois auctores traçado, d'uma maneira geral, o proceder dos symphiseotomistas futuros. Hoje está-se dando, em particular na França, uma cor-

rente d'ideias favoravel ao emprego constante e immediato do forceps depois da symphiseotomia.

E' facto que muitas vezes se torna necessaria a applicação do forceps. Zweifel conclue da sua pratica pessoal que a razão d'isto está em a sutura sagittal se manter transversalmente até chegar ao pavimento muscular da bacia, onde pára. A rotação da pequena fontanella para diante é mais demorada e mais difficil, e d'esta forma «a symphiseotomia experimentalmente apoia a opinião dos que dizem que a rotação da cabeça não se faz onde se diz habitualmente, isto é, durante a passagem do estreito inferior da bacia ossea, mas mais profundamente sobre os musculos do diaphragma pelvico». Essa demora tambem se explica, em parte, por a dilatação não estar completa; mas não é necessario esperar muito para ver a dilatação caminhar rapidamente. Percebe-se bem que assim seja; basta lembrar-nos que, se o collo se não tinha dilatado, era devido ao proprio facto do aperto pelvico obstar a isso.

Sem querer, pois, negar a necessidade frequente do forceps, admitto com Morisani, que a sua applicação não é indispensavel. Se se pratica a symphiseotomia sómente quando é indicada, a proporção entre a cabeça fetal e a bacia estabelece-se muito bem, de tal forma que, se as contracções conservam a sua regularidade e energia, o trabalho realisa-se naturalmente e sendo em taes circumstancias, as pulsações fetaes regulares, é conveniente deixar o parto á natureza. Mas se um longo trabalho fatigou o utero ou se, pela acção do chloroformio, a energia contractil diminue, isto é, se as contracções se tornam mais lentas, menos fortes e mais separadas, então, em vez de deixar a mulher esgotar-se em vão esforços e a ferida em más condições, urge lançar mão do forceps. Quando a apresentação é d'espadua ou de pelve deve recorrer-se á versão, tendo sempre presente na memoria que a versão é uma operação d'excepção.

Podê dizer-se d'uma madeira geral que o parteiro deve fazer artificialmente a *dequitudura*, se ao fim d'um quarto d' hora não se fizer espontaneamente. Deve-se proceder assim, visto a mulher estar sujeita a maiores hemorragias pelo facto da chloroformisação, que é conveniente manter até ao fim da sutura publica.

Penso definitivo. Sem me demorar na descrição do que no penso antiseptico obedece às leis geraes, vou sómente lembrar duas questões levantadas a respeito da sutura e drenagem da ferida operatoria.

Variam as opiniões sobre o modo de fazer a *sutura*; enquanto que a maioria dos operadores se contenta com suturar as partes molles, incluídos ou não os tecidos fibrosos adherentes á face anterior dos pubis, Leopold, seguindo o conselho de Turreta de Messina, acha a sutura ossea, senão indispensavel, pelo menos muito proveitosa.

E' muito natural perguntar-se para que serve a sutura ossea, se em todos os tempos as symphiseotomizadas se restabeleceram perfeitamente sem esta inovação que, além de dificultar a operação, a torna mais demorada?

Se se demonstrasse que a sutura ossea realisava melhor a cicatrização por primeira intenção, sobretudo havendo lacerações vaginaes; e se com este processo a hemorragia fosse mais rapidamente suspensa e a consolidação mais firmemente assegurada (o que, de resto, não é preciso) ainda se admitte que a sutura ossea tivesse defensores. Mas como a clinica não nos demonstra esses beneficios e é persistente em mostrar os inconvenientes que resultam da demora da chloroformisação, não vejo necessidade de complicar a operação, pois que a simplicidade operatoria é sempre um factor que influe no bom resultado d'uma operação.

Ainda não ha muito tempo que Varnier, referindo-se á *drenagem*, dizia «on ne voit pas bien la nécessité pour l'accoucheur de revenir au drainage abandonné pour le cirurgien».

Desculpe-me o distinctissimo parteiro por lhe dizer em primeiro logar que o cirurgião não abandonou a drenagem, e que só a abandonará, nas operações graves, no dia em que possa ter a certeza mathematica da asepsia da ferida; até esse dia, ha de consideral-a como companheira inseparavel da antisepsia, como sua irmã gêmea; até então, repito, não haverá ninguem que, por exemplo na cirurgia abdominal, se sujeite a assistir aos accidentes desastrosos da accumulação de pus, que é o que ha de mais grave em cirurgia. E de mais, que inconveniente pode haver com a drenagem? pois, se nós somos capazes de manter aseptica durante a operação uma ferida exposta, não seremos capazes de manter, a coberto d'agentes infectuosos, uma ferida que não communica com o exterior? Evidentemente a drenagem é precisa e proveitosa. Zweifel drena com gaze iodoformada a cavidade prevesical por espaço de 12 horas; parece-me com Varnier que esse tempo é insufficiente, mas não vejo nenhum perigo em demorar 24 horas essa gaze ou um tubo, se se julgar este preferivel.

Como *meio contentivo* podem-se empregar, na pratica hospitalar, leitos especiaes, gotteiras de Bonnet ouapparelhos engessados; na pratica civil é conveniente empregar meios simples, logo que sejam sufficientes, e a clinica tem demonstrado ser bastante uma ligadura de tronco bem ajustada em volta da bacia ou uma faixa resistente, tendo-se o cuidado de manter as coxas bem unidas por uma gravata de Mayor, applicada aos joelhos ou por uma simples ligadura algodoada.

CAPITULO V

Complicações da symphiseotomia

I Hemorrhagia. E' sem duvida nenhuma, esta a complicação mais séria da operação, a unica que pôde produzir a morte materna, quando a symphiseotomia se praticou antisepticamente n'uma mulher não infectada.

Nada me parece mais proprio para mostrar a sua importancia, do que apresentar as duas unicas observações em que, durante o periodo antiseptico, a morte foi, segundo todas as probabilidades, devida a este accidente. Em face d'estas observações se verá se a hemorrhagia foi inevitavelmente a causadora da morte, ou se a impericia dos operadores concorreu, em maior ou menor escala, para esse resultado desastroso.

Sendo esta ultima conclusão acceitavel, a symphiseotomia antiseptica é uma operação innocente:

Segundo Tellier a morte da sua operada foi devida:

a) *Hemorrhagia.* Depois das ultimas fibras do ligamento triangular terem cedido á tracção, deu-se um afastamento de 4 a 5 centimetros, e a laceração da extremidade inferior da incisão. N'este momento, produziu-se uma hemorrhagia muito abundante. Applicou rapidamente algumas pinças hemostaticas nos pontos que se viam sangrar, mas a hemorrhagia continuou *en nappe*. Fez a compressão com gaze iodoformada e com esponjas, durante um quarto d'hora, mas o escoamento persistiu, ainda que um pouco menos abundante. Então viu, applicada contra o ramo descendente do pubis direito, uma arteria do volume da radial, pelo menos, dar sangue por saccadas. Debalde

tentou por varias vezes apanhal-a com uma pinça hemostatica. A hemorrhagia *en nappe* reapareceu, sem ceder completamente ao thermocauterio. Isto demorou tres quartos d'hora, havendo ao todo perda d'uns 600 grammas de sangue. Applicou o forceps Lévret quasi regularmente, dando depois de varias tracções o effeito desejado, mas n'esta occasião deu-se a laceração do perineo até ao sphincter anal e a da parte superior da vulva, com uma hemorrhagia notavel. «O afastamento augmentou sensivelmente, não obstante os esforços dos ajudantes e, provavelmente, excedeu 10 centimetros». Confirmou-se que esta laceração anterior da vulva continuava sobre a direita da urethra e da bexiga com uma largura approximadamente d'uma moeda de 2 francos.

A hemostase foi ainda laboriosa. Calcula terem-se escoado, desde a applicação do forceps até ao fim da dequitação, 400 a 500 gr. de sangue.

b) *Duração da operação.* A operação foi longa, devido isto, em grande parte, ás difficuldades da hemostase, e á necessidade de reparar as lacerações do perineo, da vulva e da bexiga. Ainda que se deixasse d'administrar o chloroformio, no momento em que se começaram as suturas, não é menos verdade que a anesthesia durou uma hora e um quarto, e se gastaram 100 gr. de chloroformio. Tellier lastima-se e accusa-se de não ter empregado a anesthesia mixta. Eu acho mais para lastimar que se empregasse 100 gr. de chlorof., quando é certo que tenho assistido a operações d'outro genero, já se vê, o que pouco importa, mas da mesma duração, nunca sendo preciso gastar-se mais de 25 a 30 gr.

c) *Choque traumatico.* Tellier entende que para a producção d'este accidente, consequencia da hemorrhagia, da duração da operação e talvez da laceração da bexiga, concorresse o estar a doente no momento da intervenção muito fatigada pelas fortes dôres de dois dias de trabalho.—Conclue: não é sempre verdade dizer-se que

a symphiseotomia é uma operação em que a hemorragia é desprezível. Sou testemunha d'uma outra operação praticada por Fochier em que o escoamento de sangue teria podido ser perigoso em *mãos menos experimentadas*.

Examinemos um pouco detidamente com Varnier esta operação tão singular.

Ha a elucidar dous pontos: a origem da hemorragia e o que a tornou tão consideravel, a causa do afastamento inverosimil que se produziu, e que arrastou as lesões vulvo-urethro-vesicaes; pois que tudo o mais (duração da operação, anesthesia e choque) é o resultado d'estes dous grandes accidentes que uma technica operatoria bem regulada deve fazer evitar (Varnier).

Começo por lastimar que a dissecação da região não mostrasse que arteria era essa, *que tinha o volume da radial, pelo menos*; se estava no campo operatorio ou se a certa distancia, e n'este caso a que distancia. Em face d'uma autopsia, muda a tal respeito é justo que, quem conhece a distribuição arterial d'essa região e as modificações que lhe imprime a gravidez, conteste, com Varnier, que tal arteria fosse accessivel ao bisturi do operador.

Mas uma vez produzido este accidente que fazer? De duas uma, ou é a hemorragia arterial que é consideravel e, então, antes de mais nada, suspende-se por compressão digital primeiro, e em seguida por laqueação, e não se deixa estar uma arteria, do volume da radial a sangrar durante $\frac{3}{4}$ d'hora; ou, como diz Tellier, é a hemorragia *en nappe*, que domina e, então, como esta só é perigosa pela duração e cessa depois da extracção do feto pela união dos pubis, melhor fôra em lugar de perder $\frac{3}{4}$ de hora a realizar a hemostase, terminar a extracção do feto o mais depressa possivel.

Vejamos a que considerações nos leva o segundo ponto. Tellier diz que apprendeu com Pinard a praticar a symphiseotomia—pois não o parece. Se tivesse

seguido a technica de Pinard não teria levado o afastamento pubico a uma cifra «provavelmente superior a 10 cent.,» mas ficaria a 6 ou 7, e se tivesse visto que, com este afastamento, a symphiseotomia era insufficiente, então não a praticava. Se fosse fiel discipulo de Pinard teria recorrido ao forceps Tarnier, e não ao de Levret, munido de laços que puxam muito para diante, e fazia uma applicação transversal e não obliqua.

Farabeuf, por calculos e ensaios sobre a bacia, a que se refere esta observação, mostrou, com uma cabeça de gesso modelada segundo as mensurações fetaes, a possibilidade do parto sem tal afastamento, não obstante essa cabeça de gesso ter a desvantagem de ser irreductivel.

2) — A operação de Treub (de Leyden), citada na estatistica de Naugebauer, teve logar a 30 de novembro de 1892. Eis como Treub descreve a sua operação: — Depois de realisar a secção da symphise, segundo o manual de Pinard, produziu-se uma forte hemorragia venosa e parenchymatosa, quando o dedo foi introduzido atraz da symphise. Destacou parcialmente o ligamento triangular do bordo inferior da symphise para o poder contornar com o dedo; mas, como durante esta tentativa se declarasse uma hemorragia bastante séria, tanto venosa como parenchymatosa, resolveu-se a fazer a secção da symphise de cima para baixo e de diante para traz.

Depois de ter penetrado um pouco na cartilagem o ferro emperrou, deparando com osso por toda a parte. Não pôde ver, por a hemorragia lh'o impedir, se estava em bom ou mau sitio. Lançou mão da serra de cadeia, terminando por dividir o ligamento triangular por meio da bisturi, o que deu um afastamento de 4 centímetros, e ao mesmo tempo o escoamento sanguineo tornou-se mais forte. Applicou um tampão de gaze iodoformada á ferida e o forceps de Levret obliquamente á cabeça do feto. Extrahido o feto, o escoamento sanguineo appareceu de novo, vindo agora da lacera-

ção da parede anterior da vagina que communicava, à esquerda, com a ferida operatoria. Um tampão de gaze suspendeu a hemorragia. Ao fim d'uma meia hora depois dos maiores esforços chegou-se a espremer a placenta do utero. Em seguida á expulsão sobreveio uma hemorragia uterina tão violenta, que foi necessario fazer-se um tampão intra-uterino. A hemorragia deteve-se, mas a doente, anemiada em alto gráu e esgotada, tinha o pulso pequeno. Depois de se tirar o tampão da ferida sobreveio uma nova hemorragia da laceração superficial, situada ao lado direito do clitoris. Meia hora depois, a operada morria. A autopsia mostrou que a symphise não estava ossificada mas só era estreita (1 milli. e $\frac{1}{2}$), e que a secção pela serra de cadeia se deu sobre o pubis direito

Como se vê, pela leitura d'esta observação, até á dequitação deu-se uma hemorragia venosa que, quanto alarmante, como de resto costuma ser, cedeu ao tampão. Se as cousas se tivessem limatado a isto, como diz Varnier, a não ser que Treub, estivesse em frente d'uma hemophilica, a perda do sangue era largamente compativel com a vida, mas Treub, em vez de fazer immediatamente a dequitação artificial para apressar a terminação da operação, gasta meia hora em fazer a dequitação por expressão. Esta demora é a melhor prova de que n'este momento nada se observava d'inquietador. Depois d'esta dequitação difficil, sobreveio, por inercia uterina, uma hemorragia a que chama pela primeira vez «violenta» e depois da qual veio «anemia e pequenez do pulso».

Em face d'estas duas observações, cada um que as lêr desapaixonadamente ha-de se convencer que não é falsa a norma—a symphiseotomia antiseptica é uma operação benigna.

A hemorragia é, como diz a maioria dos symphiseotomistas, abundante mas facil de sustar pelo tampão. Prevê-se bem á priori que a hemorragia deva ser abundante, basta lembrar-nos de que pelo facto da

gestação se passam nos órgãos genitales da mulher modificações profundas, tanto nos vasos como nos outros tecidos, o que dá em resultado um augmento de calibre dos vasos.

II *Lacerações da parede anterior da vagina.* Estas lacerações são facilmente evitaveis desde o momento em que se ponham em pratica um certo numero de preceitos geraes que passo a relatar. Nota-se que estas lesões se produzem de preferencia nas primiparas; é por isso que Pinard recommenda em taes casos dilatar, quando é possível, a bacia molle (vagina e vulva) por meio do ballão Champetier de Ribes, antes de praticar a secção da bacia ossea.

Eis o conselho de Varnier: — Varnier diz que os parteiros, arrastados pelo habito, depois de terem engasgado a cabeça em posição transversal e a terem puxado para o fundo da bacia, trazem com o forceps o occiput para diante, sem reflectirem que com 5 a 6 centimetros d'afastamento pubico, o estreito inferior e a bacia tomam uma forma absolutamente differente da normal. Não são ovoides no sentido antero-posterior mas sim no transversal; querer em taes casos pôr a cabeça em posição antero-posterior, é quasi querer produzir lacerações das partes molles. Se nos recordarmos que para o estreito inferior das bacias rachiticas não ha necessidade do engrandecimento tão preciso ao superior, nada é mais simples do que, uma vez a cabeça engasgada e a rotação feita, ou talvez mesmo antes da rotação, fixar a bacia reduzindo a zero a fenda publica, dando assim ás partes molles o seu sustentaculo osseo. Desengasgada a cabeça por deflexão deixa-se reabrir a bacia para o engasgamento e descida das espaldas, e fecha-se de novo para a extracção final.

Morisani apoia este modo de proceder de Varnier, e no ultimo congresso de Roma diz que estas lacerações são muito raras, só observando uma na sua clinica pessoal. De resto, as lacerações curam facilmente,

como mostra a clinica, quer se empregue a sutura ossea, quer se realice a costura das partes molles por meio do catgut.

Não me refiro ás rupturas da bexiga ou da urethra porque são filhas sempre da inhabilidade do operador (Morisani).

III Ossificação da symphise. Pelo facto do bisturi não poder realisar a secção da symphise, não se deve concluir que está ossificada. A maior parte das vezes essa difficuldade depende da mulher estar um pouco de lado ou da symphise ser obliqua, ou ainda dos dois pubis fazerem de cada lado saliências irregulares, de tal forma que um bisturi pouco espesso passa onde um mais espesso se detem. A ossificação da symphise foi encontrada logo na segunda operação que se praticou (Siebold).

Em todos os tempos tem sido necessario recorrer, de vez em quando, á serra de cadeia, sem que se tivesse visto o afastamento pubico revelar a ossificação das symphises sacro-iliacas. Não é, pois, justificada a renuncia de Bonnard de Hesdin (trat. de Baudelocque) a fazer a symphiseotomia por julgar que, pelo facto da ossificação do pubis, se podia deduzir a ossificação das symphises posteriores. A serra de cadeia realisa bem a secção e sem difficuldade.

IV. Alterações das symphises sacro-iliacas. Ainda não ha muito tempo Varnier perguntava: — «Sim ou não, a symphiseotomia pensada, calculada e bem dirigida arrasta, como tantas vezes se tem dicto, desordens immediatas ou consecutivas do lado das symphises sacro-iliacas? A experiencia clinica, confirmando em todos os pontos a experimentação cada-verica, responde: — não». Já vimos que indo o afastamento pubico até 6 e mesmo 7 cent. não se observa no cadaver senão um pequeno descollamento do ligamento anterior d'estas articulações, e a clinica mostra que esse descollamento não é prejudicial para a boa e rapida consolidação da bacia. A prudencia aconselha

que, chegado o afastamento pubico a 6 centímetros, se deve proceder morosamente à extracção do feto, tendo os ajudantes o cuidado de fixar a bacia por meio de pressões concentricas (Varnier).

V. *Consolidação da bacia e alterações da marcha.* Só por um pouco d'amor historico posso apontar como complicações da operação a falta de consolidação e as perturbações da marcha. Se ainda hoje alguém apresenta isto como objecção á symphiseotomia, é porque se orienta pelo que lhe diz a imaginação e fecha os olhos ao que lhe mostra a clinica.

Pinard é o primeiro a convidar os incredulos a irem examinar o que se passa nas suas enfermarias para verem que a consolidação se dá, em media, no fim de 4 a 6 semanas, e que a marcha em nada é prejudicada.

—Em todos os tempos tem servido d'argumento contra a symphiseotomia o facto confirmado pelos parteiros, de muitas vezes, em mulheres symphiseotomizadas, se dar, na gravidez seguinte, um parto espontaneo. Pensando-se um pouco, vê-se que esse argumento não tem razão de ser, desde o momento em que se admitta que os diametros fetaes influem na indicação da symphiseotomia. Aquelle argumento tendente a provar a inutilidade da symphiseotomia, seria lançado por terra, mesmo para o caso de só se considerar indicador da operação o aperto pelvico, se se demonstrasse, como se deduz dos trabalhos de Zweifel, que, depois da symphiseotomia, os diametros pelvicos ficam permanentemente augmentados.

CAPITULO VI

Relação da symphiseotomia com as outras operações obstetricas***I Symphiseotomia e operação cesariana.***

Já dei na parte historica uma pequena ideia da lucta que durante tanto tempo se debateu entre symphiseotomistas e admiradores da operação cesariana; abstenho-me agora aqui d'accentuar o comico e irracional d'esse debate. Não nos admira que essa guerra se mantivesse implacavel, emquanto o exclusivismo foi a bussola reguladora dos gladiadores dos dois partidos; mas, desde que a analyse scientifica e desapaixonada mostrou que, de facto, as duas operações não eram rivaes, que uma não excluia a outra, que ambas tinham as suas indicações, devendo assim prevalescer na pratica obstetrica, essa lucta, por esteril, desfez-se no pó das velharias.

Hoje não se pode estabelecer o confronto das duas operações, pois que as indicações d'uma começam quando a outra, a symphiseotomia, deixa de ser indicada pelo facto de ser insufficiente. N'uma gravidez de termo, com o feto vivo, a operação cesariana começa a ser indicada quando o conjugado verdadeiro é inferior a 67 millimetros.

Se me tivesse d'occupar da operação cesariana, teria immenso prazer em poder affirmar que a operação cesariana entrou, com a antisepsia, n'uma vida nova, e que os seus resultados são favoraveis, sobretudo, quando os comparamos com os obtidos ha não muito longa data. Comquanto as estatisticas de Leopold e Zweifel mostrem nitidamente os progressos da operação cesariana, é certo que os resultados da symphi-

seotomia são mais bellos, e os dous illustres gynecologos são os primeiros a confessar que a symphiseotomia é preferivel á operação cesariana d'indicação relativa. Tendo-se de recorrer á via abdominal, acho preferivel a operação de Porro, sobretudo por evitar os inconvenientes que a operação cesariana, propriamente dicta, acarreta a uma prenhez futura, pois é bem certo que as adherencias da sutura do utero ao peritoneo da parede abdominal só são evitaveis em theoria.

II. Symphiseotomia e parto prematuro artificial. Ao approximarmos o estudo d'estas duas operações, no caso do feto estar vivo, temos em vista duas objectivas differentes:—*a)* determinar qual das duas é preferivel empregadas isoladamente; *b)* ver se da sua associação resulta algum beneficio para a arte dos partos.

a)—Não vae longe a epocha em que o parto prematuro era accete unanimemente por todos os parteiros, quando se surprehendia, no decurso d'uma gravidez, um vicio de bacia, que, no termo da prenhez, exigisse a intervenção da symphiseotomia, embryotomia ou operação cesariana. O proprio Morisani, que era quasi o unico a pugnar pelo predominio geral da symphiseotomia, declarava-se-lhe abertamente inclinado dizendo:—«O parteiro que, consultado por uma mulher ao 7.º ou 8.º mez de gravidez, lhe aconselhasse esperar o termo para praticar a symphiseotomia, faria má obstetrica—é o parto prematuro que se deve praticar, se queremos escutar as suggestões da sciencia e da consciencia».

No ultimo congresso da gynecologia e obstetrica, realisado em Roma, Morisani vem penitenciar-se allegando ter formulado esta regra n'um tempo em que a symphiseotomia só tinha a contar adversarios ou antes indifferentes.

De facto aquella opinião, sobretudo enunciada assim d'uma maneira geral, era inadmissivel, em face das estatisticas. Morisani modificou-a d'esta forma:—A)

Nas mulheres, cujas bacias exigem o parto prematuro ao fim do 7.º mez ou durante o 8.º, é melhor esperar pelo termo e praticar a symphiseotomia. B) N'aquellas cuja bacia permite a expulsão d'um feto, não de termo, na 1.ª ou 2.ª semana do 9.º mez, é permitido e util escolher o parto prematuro artificial, mas este caso exige uma séria discussão, accrescenta Morisani nas suas conclusões. Das estatísticas que tenho presentes, que por brevidade não transcrevo, deduzem-se duas considerações importantes: — 1) que o parto prematuro é tanto mais mortífero para o feto que tenta salvar, quanto mais longe do termo se emprega; 2) que os fetos nascem quasi todos vivos, mas quasi metade inviáveis.

A estatística mostra-nos que só os que nascem nos fins de 8 mez ou principios do 9 é que teem bastantes probabilidades de viver, sobretudo, sendo rodeados de cuidados acuidos e intelligentes. E' esta a razão porque Morisani pôz a questão nos termos acima mencionados.

Pinard exprime-se assim quando ultimamente se refere ao parto prematuro: «Abandonei o parto provocado porque muitas vezes fiz nascer fetos não viáveis, porque em outras circumstancias intervinha muito tarde, e porque enfim, (*ponto sobre que chamo a vossa attenção,*) os trabalhos mais recentes dos nevro-pathologistas demonstram que um feto, nascido antes do termo, difficilmente é mais que um outro candidato ás diplegias cerebraes».

b) — Jacolucci, vendo que a operação cesariana sacrificava quasi sempre a mãe, sem ser partidário do parto prematuro artificial, julga que, uma vez associado á symphiseotomia, o parto prematuro é preferivel áquella intervenção, nas mulheres de bacias consideravelmente apertadas. Segundo o seu modo de pensar, por meio da symphiseotomia, a bacia de 54 milli. passa a 71, consentindo assim a passagem da cabeça d'um feto de 7 mezes, cujo diametro bi-parietal é de 67 milli.

Jacolucci accrescenta em seguida — «bem sei que servirá d'objectção o ficar a mulher exposta aos perigos de duas intervenções reunidas; mas ainda assim poderão ser comparaveis aos da operação cesariana?»

Jacolucci tinha uma certa razão pois que no seu tempo (1869) a operação cesariana produzia uma mortalidade materna extraordinaria, mas hoje as cousas mudam muito de figura. A operação cesariana aperfeiçoada no manual operatorio, e imminantemente favorecida pela antiseptia, deixou de ser uma operação aterradora, e por outro lado, a associação das duas tem serios inconvenientes, pois, como diz Morisani, os perigos das manobras operatorias augmentam com o grau d'aperto, sendo certo alem d'isso que nas bacias fortemente apertadas se notam, muitas vezes irregularidades de forma. De mais, ninguém ignora quanto é difficil, n'estas circumstancias, reconhecer a alteração real da capacidade pelvica, o volume do feto, a epocha da gravidez e os limites nos quaes a symphiseotomia é verdadeiramente efficaz. Já vimos tambem quão mortifero é para o feto o parto prematuro. E' por isso que com Morisani, a não ser nos casos de parto prematuro espontaneo, julgamos que a symphiseotomia, associada ao parto prematuro artificial, não deve ser accete nas condições actuaes da pratica.

III Symphiseotomia e embryotomia. No estudo comparado d'estas duas operações é de necessidade distinguir 3 casos: — feto vivo, morto, e moribundo.

1) **Feto vivo.** Estas duas operações satisfazem ambas o mesmo *desideratum*, permittindo o parto, quando ha desproporção entre os diâmetros fetaes e os da bacia, e igualmente ambas o deixam de realizar se a bacia é muito apertada, sendo certo que, debaixo d'este ponto de vista, a embryotomia vae bem mais longe.

Mas estas duas operações distanciam-se quasi que ao infinito, quando se faz entrar em linha de conta a vida do feto, pois que está na propria essencia da em-

bryotomia ser feticida e na da symphiseotomia o ser conservadora. Por outro lado os resultados maternos devem ser igualmente favoráveis, desde o momento em que a operada já não seja victima d'uma infecção: E' por isso que eu, nem mesmo estimulado pela historia, accentuo mais a superioridade da symphiseotomia. Essa superioridade impõe-se de tal forma que estou convencido que não ha hoje quem, sobre um feto vivo, se arroje a praticar a embryotomia, pois este assassinato cobarde, só justificado pela ignorancia, ser-lhe-hia um eterno pesadelo.

2) FETO MORTO. Seguindo o caminho traçado, quando nos referimos ao parto prematuro artificial, estabeleceremos primeiro o confronto da symphiseotomia com a embryotomia, e depois veremos as consequencias practicas que podem resultar da sua associação.—a) Começo por transcrever parte d'uma carta, dirigida por Queirel a Pinard, que vem publicada nos «Annales de gynécologie et d'obst.» de fev. do anno passado. Queirel, depois de dizer que todo o mundo está d'acordo em admittir a symphiseotomia, quando o feto está vivo, pergunta:—«Mas succederá o mesmo quando o feto está morto? este methodo operatorio para alliviar a mulher, será então justificado?... Eu sou um dos que a morte do feto não detem, no caso de ser preciso recorrer á embryotomia. Esta ultima operação é difficil; nem sempre ha segurança de ficar no ovo (creio que é uma das vossas expressões) e ainda que tenhaes fallado, em qualquer parte, de 50 embryotomias sem uma unica morte, as estatisticas são raras vezes tão bellas como essas; conheço-as desastrosas.

Acho a craniotomia, a cephalotripsia, a basiotripsia tão innocentes e commodas para a mãe, como perigosa me parece a embryotomia nas apresentações d'espada. Provavelmente é por causa das condições deploraveis em que se opera.

Assim, por exemplo, tendes uma apresentação de tronco, com um feto volumoso, e melhor, com uma

bacia apertada; a mulher está em trabalho desde ha muito tempo; a versão foi tentada sem successo, o utero está contrahido; que fazer?

Atê ao presente, teria respondido a embryotomia, com suas boas e más alternativas. Hoje inclinar-me-hia para a symphiseotomia. Que censura me poderiam fazer? Expôr a mãe, quando o feto está morto? Ora a mãe não corre senão um perigo:—a infecção, qualquer que seja a forma porque a allivemos. Julgaes que não terá tantas probabilidades d'infecção pelas manobras que exige a embryotomia? Penso que terá muito menos na ferida que se pratica no pubis que pela introdução repetida da mão e dos instrumentos. No primeiro caso, uma ferida abre a porta á infecção; mas ella está debaixo dos vossos olhos, vós a vigiareis, vós a guardareis, vós a protegereis; no outro, os vossos intrumentos podem comprometter a integridade do tecido uterino, por perfuração ou simplesmente por contusão. São raros, nas versões simples, os casos de rupturas d'uteros retrahidos? Os ganchos não fazem, ao deslizar, escoriações e mesmo feridas dos órgãos internos? Nunca houve phenomenos de compressão sobre as saliencias osseas da bacia, nunca houve fistulas? Tudo isso será evitado, decidindo-nos a praticar a secção publica».

Pinard não acceita a opinião de Queirel formulada d'uma maneira tão absoluta; entende que a symphiseotomia perde os seus direitos em todos os casos que a fileira pelvica apresenta dimensões sufficientes para deixar passar facilmente a mão e os instrumentos do operador. Em taes casos empregando-se a embryotomia, não se produzem lesões maternas. «Ainda que as feridas produzidas pela symphiseotomia sejam pouco extensas, e curem facilmente, é necessario evital-as; vós não respeitaes a integridade do organismo materno; vós ides d'encontro ao nosso ideal, praticando n'estes casos a symphiseotomia. Assim não admittirei nunca esta maneira de proceder».

Morisani e com elle todos os outros parteiros admittem que a symphiseotomia no feto morto é uma operação má.

b)—A associação da symphiseotomia á embryotomia; primeiro ideada por Gressi, em 1852, aconselhada depois por Jacolucci e praticada por Novi e Carbonelli, tem a sua justificação nos apertos extremos da bacia. Que fazer, com effeito, quando a bacia é de tal fôrma apertada que só muito difficilmente e com perigo se pôde introduzir a mão com os instrumentos reductores do feto?

Evidentemente só temos duas vias a seguir; ou augmentar a amplitude pelvica pela symphiseotomia ou praticar a operação cesariana. Mais uma vez, seguindo a opinião do grande mestre italiano, prefiro o primeiro caminho quando previamente se possa demonstrar que a operação da symphise dá uma arêa sufficiente á pratica da embryotomia.

3) FETO MORIBUNDO. E' sem duvida muito melindrosa a posição do operador quando, em taes casos, se tem de pronunciar a favor da symphiseotomia ou da embryotomia. Morisani diz no ultimo congresso de Roma: — «a symphiseotomia, quando o feto está comprometido gravemente na sua vitalidade, é uma operação má» e accrescenta «prefiro a embryotomia quando os meios d'investigação me levarem a suppôr que o feto não pode viver».

Conheço á saciedade que é um crime de lesa sciencia emittir opinião propria quem só bebeu na litteratura medica os poucos conhecimentos que tem sobre este assumpto; ainda assim não posso resistir a pratical-o. Não me conformo com o que diz Morisani; acho que — *nos casos d'apertos de bacia, ainda que o feto esteja gravemente comprometido na sua vitalidade, a symphiseotomia é preferivel á embryotomia.* E' esta a proposição que terei occasião de defender.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—A nevrogia é d'origem ectodermica.

Physiologia.—Todas as theorias apresentadas para explicar a passagem do ovulo para a trompa são insufficientes.

Anatomia pathologica.—O criterio anatomo-pathologico é tão seguro como o experimental na demonstração da natureza tuberculosa d'uma lesão.

Materia medica.—O emprego dos medicamentos-fermentos só tem a sua justificação em casos muito excepcionaes.

Pathologia externa.—Clinicamente admitto a divisão da urethra do homem em duas regiões—anterior e posterior.

Pathologia interna.—Todas as vezes que haja hyperchlorhydria gastrica, opto pelo emprego do acido chlorhydrico.

Operações.—A resecção parcial do ovario seguida de salpingorrhaphia deve ser contada no numero das operações proveitosas.

Partos.—Nos casos d'apertos de bacia, ainda que o feto esteja gravemente compromettido na sua vitalidade, a symphiseotomia é preferivel á embryotomia.

Medicina legal e hygiene.—A declaração official das molestias infectuosas, já decretada para Lisboa e Porto, deve estender-se a todo o reino.

Pathologia geral.—A inflamação nem sempre é d'origem microbiana.

Vista.

Dias Leite.

Pode imprimir-se.

Nenceslau de Lima.