

A HEBOTOMIA

139/4 ENC

Alfredo de Oliveira de Souza Peixoto

A HEBOTOMIA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

Typographia a vapor da Empresa Guedes
242, Rua Formosa, 248

—
1909

139/4 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

SECRETARIO

THIAGO AUGUSTO D'ALMEIDA

CORPO DOCENTE

Lentes cathedratricos

1.ª Cadeira — Anatomia descriptiva geral	Luiz de Freitas Viegas.
2.ª Cadeira — Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3.ª Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica	Thiago Augusto d'Almeida.
4.ª Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa	Carlos Alberto de Lima.
5.ª Cadeira — Medicina operatoria	Antonio Joaquim de Sousa Junior.
6.ª Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido Augusto Corrêa de Pinho.
7.ª Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna	José Dias d'Almeida Junior.
8.ª Cadeira — Clinica medica	Vaga.
9.ª Cadeira — Clinica cirurgica	Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
10.ª Cadeira — Anatomia pathologica	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11.ª Cadeira — Medicina legal	Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos.
12.ª Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13.ª Cadeira — Hygiene	João Lopes da Silva Martins Junior.
14.ª Cadeira — Histologia e physiologia geral	José Alfredo Mendes de Magalhães.
15.ª Cadeira — Anatomia topographica	Joaquim Alberto Pires de Lima.

Lentes jubilados

Secção medica	{ José d'Andrade Gramaxo.
	{ Illydio Ayres Pereira do Valle.
	{ Antonio d'Azevedo Maia.
Secção cirurgica	{ Pedro Augusto Dias.
	{ Dr. Agostinho Antonio do Souto.
	{ Antonio Joaquim de Moraes Caldas.

Lentes substitutos

Secção medica	{ Vaga.
	{ Vaga.
Secção cirurgica	{ João Monteiro de Meyra.
	{ José d'Oliveira Lima.

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Alvaro Teixeira Bastos.
----------------------------	-------------------------

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

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

A MEUS PAES

A' memoria de meu irmão Luiz

À meus irmãos

ALZIRA e ARMINDO

AO MEU PRESIDENTE DE THESE

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SR.

Dr. Thiago Augusto d'Almeida

PREFACIO

Sempre que uma bacia de mulher grávida se encontra reduzida nos seus diâmetros physiologicos, por motivo de viciações ou obstrucções, impõe-se ao parteiro a necessidade de recorrer em tempo opportuno a um meio que lhe permita alliviar a doente, com a indicação de ser favoravel á vida de mãe e filho e, secundariamente, á vida da mãe, quando haja de optar-se entre as duas.

Por muito tempo, a embryotomia e depois a operação cesarea foram os unicos meios de tratamento usados para obviar a esta especie de dystocia.

Mais tarde, Mauriceau e Portal applicaram-lhe

a versão podalica; Levret e Smellie empregaram o forceps; Macaulay e Denmon aconselharam o parto prematuro; Sigault, ao terminar o século XVIII, conseguiu o alargamento da bacia, praticando a secção da symphyse; finalmente, em epoca menos distante, Farabeuf preconizou o córte do ramo ischio-pubico e Gigli a talha lateral do pubis.

D'estas tres pelvotomias, uma, a symphyseotomia, renasceu ha vinte annos, após um largo periodo de esquecimento, sequente ao enthusiasmo que de principio a acolhêra; outra, a ischio-pubiotomia, não conseguiu entrar na pratica; outra, a hebotomia de Gigli, a de mais proxima invenção,

deu já as suas provas, e o seu estudo faz objecto d'esta ligeira e despretenciosa monographia.

Pareceu ao auctor que, embora não contasse na sua limitada pratica casos de hebotomia, não seria de todo despiciendo este trabalho, que procura reflectir o estado actual da questão, compendiando o que de mais recente se tem escripto sobre a technica, sobre as complicações, sobre as indicações e sobre o prognostico da operação de Gigli, não esquecendo o pouco, o muito pouco mesmo, que sobre este assumpto se tem feito em Portugal.

E se com elle se limitou a ser relator fiel de trabalhos alheios, sem trazer para o dominio da scien-

cia qualquer noção original, consola-o aquillo do douto Antonio d'Almeida, depondo nas mãos do Principe Regente o seu *Tratado completo de Medicina Operatoria*:

«He verdade, que esta Obra não terá novas descobertas, com as quaes se possam adiantar os conhecimentos humanos no ramo da Medicina Operatoria, tão avantajados no presente seculo; porém, as minhas debeis forças serão utilmente empregadas, se, desenvolvendo o que ha de melhor nesta materia, o fizer conhecer aos meus compatriotas.»

HISTORIA

Definição — Denominações diversas

A *hebotomia* é uma operação que consiste em serrar o pubis, ao lado da symphyse, para alargar a bacia.

Designada a principio incorrectamente por *pubiotomia*, palavra composta d'uma raiz grega e outra latina, foi Van de Velde ¹ quem lhe chamou *hebotomia*, termo correcto de baixo do ponto de vista etymologico, porque o compõem elementos sómente gregos, que significam *côrte do pubis*.

Gigli insurge-se vehementemente contra estas denominações ² e, arrogando-se o direito exclusivo de designar uma operação que fez reviver e á qual deu technica propria, escolhe para ella o nome de *secção lateral*.

¹ Van Cauvenberghe, *Élargissement du bassin par la pubiotomie*, in «L'Obstetrique», janeiro, 1905.

² *Ibidem*.

Todavia a proposta de Van de Velde vingou e recebeu acolhimento tão favorável, que a sua palavra entrou definitivamente no domínio da nomenclatura obstétrica, ao lado de outras synonymas, entre as quaes se contam a de *operação de Gigli* e a de *hybosteotomia*, que Rossier lhe deu ultimamente ¹.

Antes de Stoltz

Desde os primeiros tempos da symphyseotomia, praticada pela primeira vez em Paris por J.-R. Sigault, a 30 de setembro de 1777, a ideia da secção lateral do pubis andava como que no ar: pensava-se se não seria mais vantajoso ceder-lhe o lugar da symphyseotomia.

A primeira tentativa nasceu do acaso. Siebold, operando em fevereiro de 1778 uma mulher a quem não pôde cortar a symphyse, por erro de technica ou por ossificação da cartilagem, serrou o arco anterior da bacia ².

Sete annos mais tarde, em 1785, Aitken, de Edimburgo, para poder em todos os casos substituir a incisão cesarea pela secção pelvica, cortava as bacias em dois pontos com uma serra articulada, conhecida pelo nome de *jeffrey*.

¹ Citado por Guéniot, *Un cas de pubiotomie*, in «L'Obstetrique», fevereiro, 1908.

² Paul Bar et P. Guéniot, *Hebotomie*, in «La pratique de l'art des accouchements».

Esta serra passava por traz do pubis, fazendo a secção sobre a parte interna do buraco obturador, interessando assim os ramos horizontal e descendente do osso: era uma ischio-pubiotomia bilateral ¹. Galbiati e Cianflone, na Italia, seguindo as pisadas de Aitken, ousaram praticar, no vivo, a sua dupla ischio-pubiotomia, mas o audacioso ensaio naufragou.

A ideia da secção ossea foi então posta de parte, para voltar á luz do combate no começo do seculo XIX, chamada pela voz auctorizada de Champion, de Bar-le-Duc, que propôz a pubiotomia de preferencia á symphyseotomia ².

Em 1821, escrevia Murat: « Alguns praticos, entre os quaes Champion, julgam que, em vez de dividir a symphyse publica, seria preferivel serrar ao lado d'esta articulação; assim evita-se, como diz Desgranges, a urethra, a sahida da bexiga, as muitas tacturas para encontrar a cartilagem interposta ao pubis ³. »

Champion vira uma das vantagens da operação, Champion reconhecêra a simplicidade e a facilidade da execução, mas Champion não a tornára praticavel, não lhe dera

¹ *Ibidem.*

² *Ibidem.*

³ Murat, *Symphyseotomie*, in « Dictionnaire des sciences médicales ».

sequer fôrma cirurgica e só havia operado em cadaveres, na presença de estudantes.

De Stoltz a Gigli

Coube a Stoltz a honra de effectivar, melhor ou peor, a concepção de Champion, pois se não lhe prestou as adequadas condições de viabilidade, fixou todavia a primeira technica pratica da secção ossea do pubis. De lamentar é que dos ensinamentos do mestre de Strasburgo só reste o que se lê na these do seu discipulo Lacour, intitulada *Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré*, These de Paris, 1884.

Lacour descreve assim a operação: «Faz-se deslizar ao longo da face posterior do pubis, razando o osso, uma agulha comprida e ligeiramente curva que passou por uma pequena abertura previamente executada no monte de Venus, no ponto correspondente á crista pubica, á direita ou á esquerda da symphyse, para sahir a ponta ao lado do clitoris, entre um dos corpos cavernosos e o ramo descendente do pubis. Conduzida a serra de cadeia pela agulha e segurando-a entre as mãos, exercem-se movimentos de vae-e-vem, bastando poucos para serrar o osso.»

Tal foi a technica operatoria creada. A pubiotomia de Stoltz era uma osteotomia sub-cutanea.

Duas razões, porém, se oppozeram á diffusão da obra do mestre de Lacour: a grande mortalidade de todas as

operações sangrentas e a imperfeição do instrumento; pois, como graciosamente observa o professor Bovis ¹, não era certamente á serra de cadeia que podia applicar-se o celebre: «Je plie et ne romps point.»

A proposição cirurgica, que Lacour julgava dever ser acceita universalmente, ficou letra morta. Reduzida, praticamente, aos ensaios cadavericos de Stoltz, ninguem se abalançou a realisar-a no vivo.

Desde Gigli

Os diversos e multiplos insuccessos da symphyseotomia e a polemica violentissima travada entre symphyseotomistas e cesaristas bateram por toda a parte a operação de Sigault, que, até fins do seculo XIX, só encontrou guarida amavel na Italia.

Em 1891, Spinelli, ex-assistente de Morisani, que tanto soube perseverar na pratica da symphyseotomia na escola de Napoles, vae a Paris e leva Pinard, deante dos resultados conseguidos na cidade italiana (em 24 operações, 24 mães salvas e 23 creanças vivas), a realisar a operação em fevereiro de 1892.

E' o renascimento da symphyseotomia que se faz. Mas

¹ Pierre Voguet, *De la section latérale du pubis ou operation de Gigli*, These de Paris, 1906.

fôra das fileiras dos novos legionarios da operação de Sigault, colloca-se Leonardo Gigli, de Florença, que, sendo em 1893 assistente interno da clinica do professor H. Fritsch, em Breslau, se impressionou dolorosamente com as graves e multiplas consequencias morbidas que comsigo trazia a symphyseotomia.

Gigli attribue os maus resultados observados á ferida articular e pensa que, atacando o osso, outras serão as consequencias. Ao mesmo tempo tem a boa fortuna de imaginar um novo e original instrumento de diérese ossea, a serra filiforme, que tem o seu nome e que hoje entrou no uso corrente.

Gigli descreveu a sua operação n'uma primeira publicação que apresentou em 1894 e que é baseada em simples experiencias cadavericas ¹.

Com o cunho pessoal que assim lhe imprimiu, Gigli fez reviver a secção do pubis, dando-lhe todas as condições necessarias para a tornar simples, facil e pratica.

A partir d'este momento, a pubiotomia apaixonou os espiritos e se é apenas em 1902 que Gigli leva a effeito pela primeira vez a operação que imaginou, outros, antes d'elle, a tinham já praticado, como foram Bonardi, de Lugano, Calderini, de Bolonha e Van de Velde, de Harlem ², que a

¹ Pierre Vognet, in «l. cit.».

² Van Cauvenberghe, in «l. cit.».

executaram respectivamente em 7 de maio de 1897, em 6 de julho de 1899 e em 24 de agosto de 1901.

A nova operação espalhou-se rapidamente, apostolisada sobretudo por Van de Velde e em pouco tempo contou numerosos proselytos. Em 27 de maio de 1905, Gigli publicou uma estatística de 90 casos de hebotomia ¹, a que depois accrescentou mais dez, distribuidos por trinta e dois operadores diferentes, entre os quaes Leopold, de Dresde, que n'ella entra com maior numero de operações.

E. B. Montgomery, n'uma monographia apresentada ao congresso de medicina de Lisboa ², em abril de 1906, junta á primitiva estatística de Gigli 44 casos, realisados por 15 operadores, um dos quaes é o professor Alfredo da Costa, de sorte que são já 134 as operações executadas por 47 cirurgiões, sendo possível que algumas hajam escapado, porquanto em *L'Obstetrique*, de Paris, de março de 1904, cita-se Arendt como tendo realisado a hebotomia, sem que o seu nome figure nas estatísticas respeitativas. O numero de casos na estatística de Rossier, elaborada em 1907, sobe já a 253.

¹ L. Gigli, *La section latérale du pubis appréciée d'après les résultats fournis par 90 interventions*, in « Presse médicale », n.º 42, maio, 1905.

² E. B. Montgomery, *Lateral section of the pubis (Gigli) in persistent mento-posterior positions*, in « XV^e Congrès internationale de médecine ».

ANATOMIA DA REGIÃO

A região pubica, de fôrma quadrangular, limitada superiormente, pelo ramo horisontal do pubis; inferiormente, pelo seu ramo descendente; dentro, por uma vertical que passe pela symphyse e fóra por outra que passe pela parte mais interna do buraco obturador, offerece ao exame quatro bordos e duas faces. Os primeiros distinguem-se em superior, inferior, interno e externo e as ultimas em anterior e posterior.

No bordo superior da região inserem-se expansões aponevroticas dos musculos abdominaes, a arcada crural e o grande recto anterior. Todos estes elementos fibro-tendinosos, que entram na constituição das paredes do abdomen, são poupados, se a serra penetra rente ao bordo, por isso que, para a sua passagem, basta uma estreita abertura de alguns millimetros.

O bordo inferior apresenta um órgão de certa importan-

cia, — o corpo cavernoso do clitoris. O corpo cavernoso do clitoris, com 4 a 5 centímetros de comprimento, insere-se ao labio anterior do ramo descendente do pubis até ao *tuberculo sub-pubico*, tuberculo que lhe marca a extremidade inferior e cuja existencia tem sido negada por certos auctores, especialmente por Tandler. Uma incisão que divida este bordo immediatamente por baixo do tuberculo deixa intacto o corpo cavernoso.

O bordo interno, constituido por uma superficie ellipsoide, com a largura maxima de 1 centimetro e revestido em toda a extensão por cartilagem, fórma um lado da symphyse.

O bordo externo póde representar-se por uma linha tangente ao limite interno do buraco ischio-pubico.

A face anterior, além d'uma camada muscular, cuja parte principal pertence aos medio e pequeno adductores, não é recoberta por qualquer orgão importante. N'ella vêem acabar as fibras tendinosas que são as inserções dos musculos grande recto anterior do abdomen, recto interno da coxa, medio e pequeno adductores e pectineo. Estas diversas inserções soldam-se ao periosseo e adherem umas ás outras de maneira a não formarem tendões nitidamente destacados. Em qualquer ponto que se seccione o corpo do pubis, mórmente se se chega a poupar, como recommenda Van de Velde ¹, a camada fibro-periossea, os musculos conser-

¹ Pierre Voguet, in «l. cit.».

vam inserções mais que sufficientes para lhes assegurar o funcionamento e contribuem até, pela sua acção, para approximar os labios da secção ossea.

A face posterior está em relação com a bexiga, que a camada adiposa prevesical separa do corpo do pubis, e com os ligamentos pubo-vesicaes que se inserem á symphyse e que são importantes, não só como sustentaculo da bexiga, mas tambem pelas connexões intimas com o plexo venoso prevesical. Basta, porém, um afastamento ligeiro da linha média para evitar a perigosa visinhança. A vagina não tem relação directa com a face posterior da região, embora o seu bordo lateral se ache na projecção do corpo pubico.

As arterias das duas faces do pubis anastomosam-se sob a fórma de plexos e o periosseo contém muitos vasos provenientes da epigastrica e da obturadora depois da sua passagem no canal obturador.

PROCESSOS OPERATORIOS

A technica de Gigli está longe de ter sido sempre seguida pelos operadores. Varias modificações se lhe teem introduzido e novos processos operatorios foram preconizados, podendo systematisar-se todos em tres grupos: hebotomias a descoberto, hebotomias parcialmente sub-cutaneas e hebotomias inteiramente sub-cutaneas, segundo a secção ossea se faz depois de divididos os tecidos tanto quanto é necessario para vêr claro na ferida, ou por baixo dos tegumentos deixados parcialmente intactos, ou por baixo d'elles absolutamente intactos.

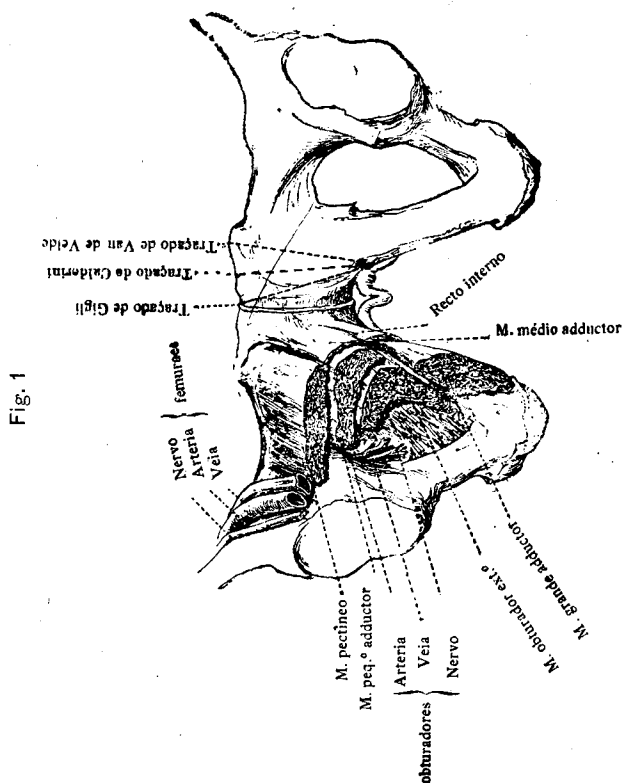
Conservando estas tres divisões basilares, descreveremos successivamente os variados processos operatorios a que teem recorrido os mais notaveis cirurgiões.

Hebotomias a descoberto

Technica de Gigli ¹. — Preparados os instrumentos e objectos precisos para a operação — bisturis, sonda cannelada, pinças hemostaticas, agulha, catgut, etc., — lavam-se com cuidado os órgãos genitales externos e a vagina da parturiente, barbeia-se e desinfecta-se rigorosamente a pelle da região publica, põe-se a mulher na posição obstetrica e collocam-se ajudantes para lhe sustentarem as pernas. Depois de bem adormecida, faz-se uma incisão da pelle e do tecido cellular sub-cutaneo a partir da linha média, ao nivel do bordo superior da symphyse, que se prolonga á direita ou á esquerda, para baixo e para fóra, n'uma extensão de 8 a 10 centimetros e com uma ligeira concavidade externa, até ao tuberculo sub-pubico, isto é, até 3 centimetros do vertice da arcada publica. Posta bem a nú a face anterior do pubis, introduz-se por traz do seu bordo superior, na visinhança da symphyse, a ponta da agulha, que se faz caminhar de modo a razar o mais possivel a face posterior do osso, guiada pelos indicador e medio da mão esquerda, que se collocaram previamente na vagina, até alcançar a extremidade inferior da incisão, por onde deve sahir. Prende-se então a serra á agulha, que depois se retira para fóra da ferida e começa-se

¹ L. Gigli, *Taglio lateralizzato del pube; suoi vantaggi; sua tecnica*, in «Annali di Ostetricia e Ginecologia», outubro, 1894.

a serragem, não perpendicularmente ao osso, mas um pouco obliquamente, para que a reparação se faça com mais ra-



pidez e maior solidez. A serragem executa-se com extrema facilidade.

Dividida que seja a cintura pelvica, extrae-se o feto, depois do que, approximando os dois lados da bacia, se pra-

ticam as suturas profunda e superficial das partes molles e se applica uma ligadura contentiva.

A technica de Gigli foi seguida por differentes operadores, no numero dos quaes se contam Pestalozza, Saladino e Ferroni ¹.

Technica de Calderini ². — Calderini faz uma incisão cutanea de 5 a 6 centímetros, parallela ao sulco genito-cru-ral, sensivelmente vertical, que começa no monte de Venus, a 1 centimetro para dentro da espinha do pubis e, des-cendo um pouco obliquamente para baixo e para dentro, termina ao nivel do grande labio correspondente.

Depois da divisão das partes molles, Calderini, em lo-gar de introduzir a agulha pelo bordo superior do pubis, fal-a passar por baixo, indo a ponta do instrumento sahir pela extremidade superior da incisão.

Technica de Van de Velde ³. — Van de Velde faz uma incisão ainda mais externa, que principia no tuberculo su-

¹ Pierre Voguet, in «l. cit.».

² Dottore P.-L. Calderini, *Il secondo caso di pubiotomia col filo-sega Gigli*, in «Annali di Ostetricia e Ginecologia», n.º 6, 1900.

³ Van de Velde, *Die Hebotomie*, in «Centralb. für Gynäk.», n.º 37, 1902 e *Hebotomie met bleibender Erweiterung des Beckens*, in «Wien. Klin. Wochenschrift», n.º 29, 1902 — Citado por Pierre Vo-guet, in «l. cit.».

pra-pubico ou espinha do pubis e que se dirige obliquamente para baixo e para dentro, para acabar no tuberculo sub-pubico. Seccionadas as partes molles sub-cutaneas, mergulha o dedo no fundo da ferida, afasta, ajudado pela sonda, os tecidos até attingir o bordo inferior do pubis e, servindo-se então d'uma agulha fenestrada, cuja curvatura é apropriada á fórma e á altura do osso, introduz-a por baixo d'este e fal-a sahir pelo bordo superior, n'um ponto correspondente á extremidade mais elevada da incisão cutanea, sem o auxilio de dedos introduzidos na vagina, por tanto lhe parecer uma inutilidade.

Terminada a extracção do feto, junta ás suturas profundas suturas periosseas, para obter uma reparação mais rapida da fractura ossea.

Hebotomias parcialmente sub-cutaneas

Technica de Döderlein ¹. — Depois de Stoltz, a ideia de se executar a hebotomia por via sub-cutanea tinha desapparecido. Levantou-a Döderlein, que pratica, por cima da espinha do pubis e de modo que esta fique a meio d'ella, uma incisão transversal, parallela ao ramo horisontal do pubis e d'uma extensão de 2 centimetros, isto é, bastante grande para permittir a passagem do index. Introdu-

¹ Pierre Voguet, in «l. cit.».

zido este por traz do pubis, dissocia o tecido cellular retro-pubico, depois do que, entre o dedo, como guia e o osso, faz passar uma agulha curva, cuja extremidade vem fazer saliencia ao nivel do sulco labio-crural, 3 centimetros abaixo da arcada pubica. N'este sitio, sae a agulha por uma incisão, de dois dedos travessos, parallela ao grande labio. Fixa a serra filiforme á agulha e realisa uma secção, simplesmente ossea, que, indo do tuberculo supra-pubico ao tuberculo sub-pubico, é a de Van de Velde. Após a divisão do osso, retira d'uma vez a serra pela abertura inferior, na qual colloca um dreno, extrahido o feto e immobilisa a bacia com uma cintura solida.

Döderlein frisa que é facil reconhecer o momento exacto em que acaba a secção pela sensação de salto que o operador experimenta quando a serra passa do tecido osseo ao tecido molle.

Technica de De Bovis ¹. — Ao nivel do bordo superior do pubis, entre o seu angulo e a espinha, faz-se uma incisão horisontal de 2 centimetros, que se profunda até ao plano aponevrotico, formado pelas ultimas fibras da aponevrose do grande obliquo e pela inserção do grande recto anterior do abdomen. Através das fibras d'este ultimo musculo, e por uma abertura rasgada a bisturi ou á sonda can-

¹ *Ibidem.*

nelada, introduz-se o conductor de Gigli, cujo bico vem apontar abaixo do ramo descendente do pubis, n'um ponto que é o de Döderlein. Cortadas as partes molles sobre a extremidade do instrumento, prende-se-lhe a serra, que seccionará o osso como no methodo de Calderini.

Technica de Seligmann ¹. — Seligmann faz as aberturas de Döderlein. Depois de repellir com o dedo todas as partes molles, inclusivè o clitoris, cujo corpo cavernoso é descollado, introduz pela abertura superior uma sonda protectora particular, que tem uma gotteira para a serra.

Technica de Henkel ². — E' uma technica sub-periossea. Feita a incisão supra-pubica de Döderlein, a unica que se realisa, desnuda-se cuidadosamente o bordo superior do pubis, descolla-se ao longo d'elle, com cinzel de certa largura, o periosseo da face posterior do osso, até que o index possa insinuar-se entre ella e o periosseo e completa-se o descollamento com o dedo. Quando a extremidade do index chegou ao bordo inferior do pubis, encontra o portafio que foi introduzido ao longo da face anterior do osso e leva a serra para traz e para cima.

¹ Cyrille Jeannin et V. Cathala, *Du pronostic et des indications de l'hébotomie*.

² *Ibidem*.

Technica de Tandler ¹. — Tandler opéra egualmente por via sub-periossea. Faz uma incisão inferior, paralela ao ramo descendente do pubis, secciona o corpo cavernoso e a arteria entre duas laqueações, descolla o periosseo de baixo para cima na face posterior do pubis e introduz verticalmente o conductor.

Hebotomias inteiramente sub-cutaneas

Technicas de Walcher, Bumm e Stœkel ². — Estes operadores põem de parte toda a incisão para sómente picar ao nivel do grande labio com uma agulha de grande curvatura, cuja ponta, guiada por um dedo collocado na vagina, fazem caminhar de baixo para cima, estreitamente applicada á face posterior do pubis e sahir ao nivel do bordo superior do osso. Fixam-lhe então o fio-serra, que secciona o pubis como nos outros processos.

¹ Tandler, *Anatomie et technique de la pubiotomie*, in «Centralb. für Gynäk.», n.º 3, 1906.

² Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit».

COMPLICAÇÕES OPERATORIAS

A complicar a operação, podem sobrevir accidentes que se dividem em immediatos e remotos.

Complicações immediatas. — Esta classe, abrangendo os accidentes que podem observar-se no decurso da pubiotomia e nos dias que immediatamente se lhe seguem, comprehende: *hemorrhagias, thrombos, lacerações vulvo-vaginaes, lesões urinarias e accidentes infecciosos.*

a) Posta de parte a hemorrhagia peculiar á operação, que não tem importancia sufficiente para ser considerada como um accidente d'ella e que cede facil, rapida e definitivamente, são raras quaesquer outras. Se Tandler ¹ pôde

¹ Tandler, in «l. cit».

notar hemorragias de intensidade média em 14 casos d'entre 19, para Krømer ¹ taes perdas só se dão na proporção de 3 0/0. Demais, só muito excepcionalmente é que podem ser mortaes. Rosthorn ² cita uma observação em que foi impotente toda a tentativa de hemostase, parecendo-lhe que se tratava d'uma laceração do plexo vesical lateral, que durante a puerperalidade pôde attingir dimensões consideráveis.

A hemorragia provém mais do corpo cavernoso do clitoris, do plexo vesical, do bolbo vestibular, das veias do levantador do anus e tambem das dilacerações da bexiga e da vagina, do que da secção ossea, pois só o fragmento externo do pubis sangra e esse mesmo muito pouco.

b) Da mesma origem que as hemorragias, parecendo a Tandler que na maior parte das vezes procedem d'uma laceração do corpo cavernoso, são os thrombos, que aquelle operador observou em 7 casos d'entre 19 e Hocheisen ³ em 4 d'entre 16. Geralmente do volume medio d'um ovo, podem ultrapassal-o muito, e Seltheim pôde vêr um thrombo que se estendia até á face anterior da coxa. Occasionam

¹ Krømer, *Résultats de la pubiotomie à la clinique gynécologique de la Charité de Berlin*, in «Centralb. für Gynäk.», n.º 31, 1908.

² Rosthorn, in «Discussion sur la pubiotomie au XII^e Congrès des gynécologues allemands», Dresde, 1907.

³ Hocheisen, *Considérations sur 16 cas de pubiotomie*, in «Archiv. für Gynäk.», 1906.

dôres e edemas facéis da vulva, mas a sua complicação mais séria é a suppuração. Seltheim ¹ aponta ainda os accidentes phlebiticos como ligados etiologicamente a thromboses anteriores.

c) Tão variaveis de séde, como de extensão, são as lacerações vulvo-vaginaes. Insignificantes por vezes, offerece-se-lhes toda a altura da vagina; vulvares n'uns casos, podendo d'ahi avançar sobre o perineo e até sobre o anus, n'outros, e bem mais habitualmente, são vulvo-vaginaes ou sómente vaginaes, dando-se, então, de preferencia, do lado operado.

Bastante frequentes, Gigli ² achou-as 10 vezes em 100 casos; Tandler, 3 vezes em 19 casos; Krømer ³, 22 em 53 e Hocheisen, 7 em 16. D'estas 7 ultimas lacerações, 4 communicavam com a ferida ossea, circumstancia que constitue o perigo mais para temer da complicação, por equivaler á abertura d'um foco de fractura n'uma região inaseptivel.

Depois de implicitamente citado, por uma grande causa, o principal dos accidentes das rasgaduras, a infecção generalisada, cumpre-nos referir ainda mais dois, como sejam o

¹ Citado por Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

² Gigli, *Della prima centuria del taglio lateralizzata del pube*, in «Atti del Soc. ital. di Ostetric. e Gynecol.», vol. XI.

³ Krømer, in «l. cit.».

edema vulvar e a formação de abcessos latero-vaginaes e retro-pubicos.

Duas ordens de motivos determinam as lesões de que nos estamos occupando. Uns, extranhos á hebotomia, são: a primiparidade, elemento tanto para ponderar, que Zangemeister ¹ apresenta as lacerações na proporção de 31 % entre as primiparas e na de 7,5 % entre as multiparas; a estenose da bacia molle da parturiente; a má qualidade das partes molles; o volume muito consideravel do feto e a extracção muito rapida da creança. A importancia d'este ultimo factor resalta bem da comparação do que se passa no parto acabado d'um modo espontaneo com o succedido no que termina por intervenção. Das 22 lesões de Krømer, 3, e insignificantes, pertenceram a partos concluidos naturalmente, enquanto que as 19 restantes deram-se n'outros finalizados artificialmente. A segunda ordem de motivos determinantes das rasgaduras diz respeito á maneira como se realisa a operação e entre elles convem citar o afastamento muito brusco e muito pronunciado dos dois fragmentos osseos.

d) Se bem que as lesões urinarias verdadeiramente importantes sejam as lacerações da bexiga, não devem deixar por isso de ser mencionados outros accidentes que sur-

¹ Zangemeister, in «Discussion sur la pubiotomie au XII^e Congrès, etc.», Dresde, 1907.

gem, a saber: incontinencia de urina, sem lesão anatomica (como a que Bar ¹ observou, absoluta durante dez dias e rapidamente melhorada depois); emissão de urinas sangrentas; hematomas da bexiga, sem rasgadura; lesões da urethra (tão raras, de resto, que só sabemos, por Blumreich ², d'um caso em que aquelle órgão foi dilacerado); e finalmente cystites, pouco frequentes e ligeiras.

A importancia das lacerações da bexiga cresce se á sua gravidade juntarmos a sua frequencia. Com effeito, em 200 hebotomias de auctores differentes, reunidas por Jeannin e Cathala ³, notam-se 27 lacerações vesicaes, o que estabelece uma proporção de 13 0/0.

A laceração vesical pôde ser devida a uma causa instrumental ou produzir-se mechanicamente. E' assim que pôde tratar-se d'uma perfuração do reservatorio urinario pela agulha hebotomica. E' assim que pôde dar-se pelo afastamento dos dois topos osseos, durante o qual a bexiga não só se acha repuxada pelos ligamentos pubo-vesicaes, como tambem perde o apoio que lhe offerece habitualmente a parte anterior da bacia; em outras condições, a rasgadura vesical relaciona-se com uma laceração extensa da vagina

¹ Citado por Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

² Blumreich, in «Discussion sur la pubiotomie à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin», 1906.

³ Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

e ainda para Walcher ¹ é possível que a bexiga se corte no bordo osseo, quando da extracção do feto.

A frequencia e a gravidade relativas das duas especies de lacerações tem sido diversamente interpretadas. Em 19 lacerações vesicaes agrupadas por Jeannin e Cathala, sete são apresentadas como instrumentaes e doze como mechanicas. A conclusão, comtudo, a que estes numeros houvessem de levar, é contrariada pelo facto de quasi todas as lesões da bexiga se referirem a hebotomias inteiramente sub-cutaneas, isto é, áquellas em que a agulha penetra nos tecidos maternos sem guia, o que pôde levar á conclusão opposta, que foi a de Döderlein, no congresso de Dresde, em 1907. Pelo que importa á gravidade das duas ordens de feridas vesicaes, a maior parte dos auctores, na esteira de Stœckel ² e Bumm ³, pretendem que as lacerações instrumentaes curam sem complicação de maior, ao passo que as mechanicas são de um prognostico severo. As primeiras, porém, apparecendo, como o attesta Döderlein ⁴, na hebo-

¹ Walcher, in «Discussion sur la pubiotomie au XII^e Congrès, etc.», Dresde, 1907.

² Stœckel, *Symphysiotomie oder Pubiotomie?*, in «Centralb. für Gynäk.», 1906.—Citado por Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

³ Bumm, *Discussion à la Société d'obstetrique de Berlin, 1906*, in «Centralb. für Gynäk.», 1906.

⁴ Döderlein, in «Discussion sur la pubiotomie au XII^e Congrès, etc.», Dresde, 1907.

tomia sub-cutanea, teem, muitas vezes, o perigoso inconveniente de passarem despercebidas, até que venham denuncial-as os accidentes consecutivos. D'estes, um dos mais frequentes é a infiltração da urina. A infecção pôde ser muito séria. Hocheisen notou peritonite aguda n'um caso; Hammerschlag ¹ septicemia que matou a mulher em quarenta horas e Reifferscheid ² viu uma doente que morreu, por embolia pulmonar, ao 5.^o dia. D'outra feita, é uma fistula vesico-vaginal que se nos depara affirmando a lesão da bexiga.

e) De natureza muito variada são os accidentes infecciosos, cujas principaes causas já atraz ficaram apontadas. Podem consistir n'uma infecção da ferida operatoria, infecção, no emtanto, pouco para inquietar, como o mostram os 94 casos de cura entre os 100 reunidos por Gigli, nos quaes 90 vezes a cicatrização se fez por primeira intenção. N'outras conjuncturas, manifestam-se suppuração de thrombos, peritonites, septicemia generalisada e accidentes phlebiticos, que exigem particular referencia pela superior percentagem relativa nas mal pubiotomisadas, tão superior que n'ellas Blumreich ³ computa-os 50 vezes mais frequentes que de

¹ Citado por Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

² Reifferscheid, *Nouveaux cas de pubiotomie*, in «Centralb. für Gynäk.», 1906.

³ Blumreich, in «l. cit.».

ordinario. A explicação estará, como já anteriormente se disse que o admittia Seltheim, nas lesões dos plexos venosos prevesicaes e na formação ulterior de thrombos? Seja como fôr, o que é exacto é que taes accidentes podem determinar a morte por extensão da thrombose ás veias espermatica e renal, como succedeu na observação citada ao tratarmos das lesões urinarias e n'outra de Bussle ¹.

Jeannin e Cathala ², apreciando os accidentes infecciosos á face de estatisticas diversas de pubiotomias, avaliam-n'os em 40 a 60 0/0. Accrescentam logo, todavia, que um numero apreciavel das observações contadas se referem a parturientes que já estavam infectadas antes da intervenção.

Complicações remotas. — Os accidentes que esta classe comprehende são relativamente raros e distinguem-se em: *perturbações funcçionaes*, *desvios* e *prolapsos genitales*, *incontinencia de urina*, *sciatica persistente* e *hernias inguinaes*.

a) Não conhecemos caso algum em que a secção ossea tenha sido seguida de desordem notavel. Além de bem involgares, as perturbações funcçionaes são muito pouco pronunciadas ou quasi nullas e nunca impedem a acção dos

¹ Citado por Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

² Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

membros inferiores, que continuam a desempenhar o seu papel locomotor sem experimentar a minima dôr e com a mesma facilidade que anteriormente.

Todas as observações feitas, algum tempo depois da operação, assignalam, ao nivel da secção ossea, a presença d'um callo, rapidamente creado. Nos dias que succedem á intervenção, os dois fragmentos pubicos, geralmente afastados e asymetricos, de modo que o externo fica para deante e para baixo do interno, vão-se approximando progressivamente e, na terceira semana, a distancia é, sensivelmente, de 1 centimetro. O callo, que está formado desde o oitavo ou decimo dia, revela-se sempre indolor, não faz saliencia para a bacia e, contrariamente á crença de Gigli e Voguet ¹, que o suppunham osseo, é, segundo a maioria dos parteiros, fibroso, tal como o proclama a demonstração anatomica de Oberndorfer ². N'uma mulher morta 14 mezes depois da operação, este auctor não viu nenhum traço de ossificação ao nivel da parte seccionada. Entre os bordos osseos, tapetados por uma tenue camada de cartilagem, o que havia era uma cicatriz fibrosa, extremamente resistente. Oberndorfer adverte que, na averiguação da natureza do callo, é necessario estar de sobreaviso com a radiographia,

¹ Pierre Voguet, in «l. cit.».

² Oberndorfer, *De la guerison de la plaie dans l'hybstéotomie*, in «Centralb. für Gynäk.», 1908.

porque uma ligeira proliferação dos bordos osseos, absolutamente superficial, recobrando a cicatriz fibrosa, origina erronea interpretação. Demais, se é considerada como regra a natureza fibrosa do callo, o callo osseo pôde tambem constatar-se.

b) Os deslocamentos genitales tem sido indicados por poucos operadores. Hocheisen asseverou um pouco de prolapso da vagina e de desvio uterino em 5 hebotomias entre 16; Krømer encontrou os mesmos accidentes em 13 entre 34 e Franque ¹ um ligeiro prolapso da face anterior da vagina duas vezes em 19 casos. Dão uma percentagem séria as estatisticas apresentadas. Mas como explicar que depois d'aquelles auctores, tantissimos clinicos não tenham observado tal genero de complicação? Já agora é licito perguntar-se quantos d'aquelles deslocamentos não existiriam independentemente de qualquer secção pelvica, além de que muitos d'elles eram pouco accentuados.

c) A incontinençia de urina permanente foi vista por Krømer 5 vezes em 34 pubiotomizadas. Em dois casos, havia paralysis completa do esphincter vesical.

d) As sciaticas são muito raras. Maximilian Neu ², em

¹ Von Franque, in «Discussion sur la pubiotomie au XII^e Congrès, etc.», Dresde, 1907.

² Maximilian Neu, *Troubles après l'hébotomie*, in «Monatsschrift für Geb. und Gynäk.», abril, 1908.

1908, pôde apenas agrupar quatro casos. Estão ligadas, pela abertura da bacia, ao traumatismo do aparelho ligamentoso d'uma das articulações sacro-iliacas.

e) Muito raras, excepcionaes mesmo, são também as hernias inguinaes que se produzem pela deterioração do anel respectivo e pelo desvio osseo. A sua formação depende, pois, d'uma maior distancia da incisão da linha média, d'um certo afastamento e da ausencia de soldadura publica.

ESCOLHA D'UM PROCESSO OPERATORIO

Dos elementos que em cirurgia fazem adoptar este ou aquelle processo, dois, a facilidade e a rapidez, não contam em hebotomias para nos determinarmos por qualquer, porque todos são muito simples e egualmente rapidos.

O que vae servir-nos de criterio para a decisão é o conhecimento do resultado de todos elles e, então, sabidas as complicações, só nos resta conhecer a frequencia relativa de cada uma de per si e da sua relativa gravidade. Tal estudo, porém, fazêmol-o globalmente nos dois grandes methodos, a descoberto e sub-cutaneo e, fixada que seja assim a preferencia por um, n'esse destringaremos o processo mais util.

A *hemorrhagia*, para uns auctores, conta-se mais no decurso e em seguida á hebotomia sub-cutanea, do que na hebotomia a descoberto; para outros, dá-se o contrario. O que é seguramente certo é que as hemorrhagias vesicaes se

observam mais na primeira do que na segunda. E em ultima analyse, pelo que interessa a accidentes hemorrhagicos, a pubiotomia a descoberto, que permite reconhecer *de visu* o ponto sangrento e tratá-lo racionalmente, mostra-se superior ao outro grupo de processos hebotomicos.

Os *thrombos* não só apparecem, segundo as estatisticas, muito mais vezes depois da hebotomia sub-cutanea, o que bem se concebe pela impossibilidade de descobrir um pequeno derrame sanguineo profundo através das partes superficiaes, como ainda se infectam mais promptamente por serem menos facilmente drenados.

A'cerca das *lacerações vulvo-vaginaes*, ainda as estatisticas pleiteiam a favor do methodo a descoberto, apresentando-as mais numerosas no outro methodo. E se são mais numerosas nas hebotomias sub-cutaneas, são outrosim mais graves, pela maior anfractuosidade da ferida e pela muito maior difficuldade da evacuação dos productos septicos, mercê da superficialidade da drenagem.

Das *lesões urinarias*, as de menor monta notam-se por igual nos dois methodos. As lacerações da bexiga, porém, são muito mais frequentes, como já ficou escripto, na operação sub-cutanea, o que constitue, na opinião de todos os clinicos, o maior inconveniente de tal modo de hebotomisar.

Os *accidentes infecciosos* eram, e continuam a ser, um dos argumentos de que se serviam os partidarios do methodo sub-cutaneo, allegando que a ferida apresentava assim uma menor superficie á invasão dos bacillos da suppuração. Mas

as estatísticas, chamadas mais uma vez a depôr, uma vez mais se lhes não mostraram favoráveis, testemunhando que os accidentes referidos se observavam tanto n'um como n'outro dos methodos rivaes. Gigli ¹ avalia-os em 40 0/0, qualquer que seja o processo empregado; Hocheisen ², na hebotomia por via sub-cutanea, em 50 0/0 e Krømer, na mesma hebotomia, n'um pouco mais da metade dos casos. De resto, a reunião por primeira intenção dos 90 casos entre os 100 de Gigli patenteia que a contaminação da ferida, que é o que na pubiotomia aberta póde fazer subir o numero dos accidentes infecciosos, é um phenomeno muito raro.

No tocante a *perturbações funcçionaes*, embora, como já foi dito, não se tenham succedido á operação desastres importantes, parece, todavia, que o triumpho pertence ao methodo sub-cutaneo. E dizemos ainda — parece, — porque se a persistencia d'uma ponte resistente de partes molles, solidas e elasticas, por cima da secção ossea, faz o desvio publico menor e menos brusco, se torna a approximação respectiva mais facil, quasi mechanica, se favorece, conforme assevera Ferrari ³, a actividade reparadora ossea-periossea, se, n'uma

¹ Gigli, *Della prima centuria del taglio lateralizzata del pube*, in «l. cit.»,

² Hocheisen, in «l. cit.».

³ Ferrari, in «Annali di Ostetricia», 1908.

palavra, a integridade da cintura pelvica está assim mais garantida, por outro lado, o engrandecimento da bacia, obtido de tal maneira, quantas vezes será insufficiente? E esta insufficiencia não será a causa da maior percentagem das lesões vaginaes no methodo sub-cutaneo e não produzirá uma compressão muito forte da cabeça fetal?

Os *prolapsos genitales*, por raros em qualquer dos dois methodos, ficam de fóra no apuramento, acontecendo outro tanto á *sciatica persistente*.

A *incontinencia de urina* permanente é mais vulgar em seguida á hebotomia sub-cutanea.

As *hernias inguinaes*, pelo contrario, não se produzem com este methodo. São, porém, extremamente raras, como já sabemos.

Depois do que acaba de ser exposto, suppomos que, logicamente, temos de optar pela hebotomia a descoberto. E' o que faremos. Resta examinar qual d'entre os seus processos é o que merece ser escolhido.

O processo de Gigli tem a incisão muito perto da symphyse publica, o que traz comsigo maiores probabilidades de lacerações da vagina e da bexiga, maiores riscos de ferida dos ligamentos pubo-vesicaes e de hemorragias, por lesão do plexo de Santorini. Além d'isto, a pequenez do fragmento symphyseo-pubico talvez lhe acarrete, por defeito de vitalidade, diminuição de tendencia a soldar-se rapidamente ao fragmento opposto.

O processo de Van de Velde tem a incisão perto do

buraco oval e, como consequencia, a ameaça de ferida dos vasos obturadores, que póde dar hemorrhagia perigosa. A sua linha é ainda a que mais predispõe á formação de hernias, por lesão dos pilares inguinaes.

O processo de Calderini tem a sua incisão sufficientemente distante da symphyse e do buraco obturador, pelo que não offerece os inconvenientes dos dois processos anteriores. E' o processo que se nos afigura mais vantajoso e o que julgamos dever aconselhar.

INDICAÇÕES

As indicações da hebotomia confundem-se com as do engrandecimento da bacia em geral, para que nos occupemos de pontos bem determinados.

Egualmente teem sido objecto de innumeradas discussões, por todos os auctores que hão tratado do augmento pelvico por pelvitomia, as indicações comparadas dos differentes methodos preconizados na lucha contra o aperto da bacia — parto prematuro provocado, versão, forceps no estreito superior, embryotomia e operação cesarea, — pelo que só nos deteremos um pouco sobre qual dos dois methodos, hebotomia ou operação cesarea, merece preferencia para obviar á dystocia por estreitamento pelvico.

As duas operações podem ser comparadas a proposito de cada variedade de bacia viciada. Mas se exceptuarmos as bacias cyphoticas, em que a hebotomia deve dar resul-

tados magníficos, só ficam as bacias rachíticas a fazer-nos hesitar entre os dois methodos, porque a falta de elementos de determinação em todas as outras obriga-nos a lançar mão da operação cesarea, para supprimir a intervenção final, salvo nos casos em que apparecem perigos para a abertura do peritoneu.

Quanto ao modo de proceder em face de uma bacia rachitica, a doutrina classica é a seguinte:

Se as condições idealmente requeridas para a cesarea existem, isto é, se o trabalho não principiou ou está ainda no começo, se a dilatação é nulla ou pouco accentuada, se as membranas estão intactas, se a mulher se sente bem e soffreu poucos ou nenhuns toques, pratica-se a operação cesarea, quando o diametro promonto-pubico minimo é inferior a 7 centimetros; se é superior, recorre-se á pelvitomia, depois de aguardar a dilatação completa. Se o trabalho dura ha algumas horas, se a bolsa das aguas está rôta, se ha causas de contaminação da mulher, a cesarea deve ser posta de parte e recorrer-se á pelvitomia, se a parturiente não está infectada e se a creança o exige. No caso contrario, as duas operações são substituidas pela embryotomia ou pela cesarea mutiladora.

Esta doutrina, porém, tem de acceitar-se integralmente ou será susceptivel de modificações?

Consideremos em primeiro logar os 7 centimetros de diametro promonto-pubico minimo como limite inferior para a pelvitomia, quando existam as condições ideaes da cesarea.

A tendencia dos parteiros é de cada vez mais para esta operação, que, eliminando completamente o acto obstetrico, dá á creança todas as garantias e que, com uma mortalidade talvez não superior á da hebotomia, não expõe a mulher a mais complicações. Sendo assim, a operação de Gigli só estará indicada, no caso de que se trata, quando possa esperar-se mais ou menos que o parto termine menos ou mais naturalmente. A questão residirá, portanto, em saber em que limites de estreiteza pelvica é possível a descida espontanea do feto, depois da pubiotomia. Ora aquella cifra 7 de diametro promonto-pubico minimo será a que realmente, para isso, deva ser fixada? Respondam os documentos.

Bar ¹ encontrou uma percentagem de 62,07 % de partos terminados espontaneamente nas bacias de diametro util de 81 a 90 millimetros, percentagem que desce a 14,28 % nas bacias cujo diametro util é de 71 a 80 millimetros.

Kroëinig ² registrou uma proporção de 86,5 % de partos terminados espontaneamente nas bacias de diametro util de 85 a 95 millimetros, proporção que sobe a 94 %, quando

¹ Paul Bar, *Leçons de pathologie obstétricale*, 1.^a parte, lição 5.^a

² Citado por Zweifel, *Technique, indications et suites des pelviotomies*, Rapport au XII^e Congrès des gynécologues allemands, Dresde, 1907.

se entra em linha de conta com os casos em que o forceps serviu de auxilio.

Zweifel ¹, em 340 primiparas cujas bacias tinham de diametro util 85 millimetros, achou 84 0/0 de partos finalizados naturalmente e 90,6 0/0 contando-se a ajuda do forceps. Em 689 multiparas do mesmo diametro util, encontrou Zweifel 85,7 0/0 de partos acabados espontaneamente, percentagem que remonta a 90 0/0 com as applicações de forceps. As proporções dadas, redul-as Zweifel, em 428 primiparas de diametro util de 8 centimetros, á de 81,7 0/0 de partos terminados naturalmente, á de 88,3 0/0 de partos terminados com o soccorro do forceps e, em 792 multiparas do mesmo diametro util de 8 centimetros, baixa-as á percentagem de 83,7 0/0 de partos ultimados espontaneamente e á de 85,3 0/0 de partos auxiliados pelo forceps.

De maneira differente foram agrupadas as bacias e bastante differem uns dos outros os numeros recolhidos. As médias, no emtanto, dizem que: com 85 millimetros de diametro promonto-pubico minimo e acima, o parto espontaneo ou ajudado pelo forceps é a regra; com 80 millimetros, é bastante frequente e abaixo d'esta cifra, o mesmo parto é raro.

D'accôrdo com o que precede e modificando o que os classicos preceituam relativamente á cesarea, quando da

¹ Zweifel, *ibidem*.

existencia das suas indicações ideaes, Cyrille Jeannin e V. Cathala ¹ pensam poder assentar-se que:

A cesarea deve ser preferida em todos os casos em que o diametro promonto-pubico minimo é inferior a 80 millimetros;

A hebotomia deve aceitar-se em todos os casos em que aquelle diametro é de 85 millimetros e superior;

Quando o diametro util oscilla entre 80 e 85 millimetros, para optar por uma ou outra operação, devem ponderar-se elementos independentes do grau de aperto e que são: a primiparidade, o grande volume do feto, a bacia de typo uniformemente apertado e a atresia das partes molles, favoraveis á cesarea; a multiparidade, o pequeno ou medio volume do feto, a bacia de typo achatado e o bom estado das partes molles, favoraveis á hebotomia.

Vejamos agora a legitimidade da doutrina classica no caso em que proscree em absoluto a cesarea e em que indica, restrictivamente, a pelvitomia, isto é, no caso em que não existem as condições ideaes da primeira.

A quasi totalidade dos clinicos tem-se conformado com tal proscricção. Todavia, ou por julgarem a pelvitomia tão perigosa para a mãe e muito mais para o feto do que a cesarea, ou por se acharem em frente de qualquer contra-indicação do engrandecimento da bacia — estenose pelvica

¹ Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.»,

•

muito pronunciada, tumor, collo não dilatado e não dilatável, etc., — alguns parteiros teem realisado a hysterotomia contra a formal condemnação classica. Não deviam tê-lo feito? Deve, aqui tambem, dar-se logar á secção cesarea e alterar-se o campo das indicações da pubiotomia? Incumbem-se outra vez de responder os factos publicados, deante dos quaes Cyrille Jeannin e Cathala ¹ crêem poder concluir que:

Cumpre alargar-se o quadro das indicações da cesarea conservadora no que respeita á duração do trabalho, á ruptura das membranas e, ainda mesmo, a certas tentativas prudentes de intervenção por via genital;

Não é demais praticar a hebotomia nas mulheres que pareçam pouco infectadas, para se reservar a cesarea mutiladora para os casos em que a infecção, mais séria, faça vêr na presença do utero no abdomen um perigo immediato de peritonite ou de septicemia generalisada.

¹ Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

PROGNOSTICO

Se o verdadeiro concerto de elogios levantado á simplicidade, á segurança e á rapidez da secção lateral do pubis é alguma coisa exaggerado, tem, comtudo, a justificar-o o mappa, devéras impressionante, dos seus excellentes resultados vitaes. São os patenteados adeante nas estatisticas, mas com as correcções que é preciso fazer-lhes, visto que, além do mais, n'ellas se incluem todos os casos de morte: quer os que se imputam á operação, quer os devidos a causas manifestamente independentes do acto operatorio.

Deve observar-se tambem que algumas d'essas estatisticas enumeram casos já contados n'outras. E' assim que nos 114 da relação de Pierre Voguet entram os 100 da de Gigli.

O quadro I reune, por ordem da publicação, as estatisticas de diferentes auctores, com a respectiva mortalidade materna.

QUADRO I

Auctores	Data da apresentação	Numero de operações	Mortalidade materna	Porcentagem centesimal
Gigli	1905	100	6	6
Voguet	1906	114	7	6,14
Aubert	1906	118	6	5,12
Döderlein	1906	16	0	0
Kannegiesser	1906	21	0	0
Alfredo da Costa	1906	3	0	0
Saccadura	1906	1	0	0
Reifferscheid	1906	202	12	5,94
Hocheisen	1906	16	0	0
Bokelmann	1906	—	—	6 a 7
Seligmann	1907	20	1	5
Rossier	1907	253	15	6
Rosthorn	1907	9	1	11
Van Herff	1907	5	0	0
Bumm	1907	44	0	0
Fromme	1907	15	1	6,6
Franz	1907	11	1	9
Bürger	1907	21	0	0
Reifferscheid	1907	27	1	3,5
Stöckel	1907	44	0	0
Von Franque	1907	19	1	5,2
Döderlein	1907	294	17	5,9
Krømer	1908	53	1	1,8
Alfredo da Costa	1909	2	0	0

Poder-se-hia dizer que a mortalidade da mãe na hebotomia oscillava entre 5 a 7 0/0, se estes numeros houvessem de ser tomados á letra. Rectificados, todavia, como carecem de ser, aquella mortalidade apparece muito differente. Pierre Voguet calculou-a, á face da sua lista, em 1,75 0/0 e Cyrille Jeannin e V. Cathala ¹ avaliam-n'a n'uma percentagem de 2 a 4 0/0.

Antes de tudo, compete eliminar das estatisticas os casos em que as parturientes morreram de doenças que não tinham connexão nenhuma com a operação. Das seis mortes do rol de Gigli, por exemplo, ha a descontar uma (Saladino ²) que foi consequencia de febre typhoide, contrahida dezoito dias depois da talha. Outra (Berry-Hart ³) que se deu em razão da chloroformisação e tres dias depois d'ella. E ainda se levantam reservas quanto a um dos dois unicos insuccessos fataes attribuidos á pelvitomia (os celebres desastres de Baumm ⁴, que se seguiram com um dia de intervallo), porque, se houve em tal caso infecção, houve

¹ Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

² Saladino, in «Boll. della Soc. toscana di ostet. e gynecol.», novembro-dezembro, 1902.

³ Berry-Hart, in «Journ. of obstet. and Gynecol. of the Brit. Empire», 1903 — Citado por Pierre Voguet, in «l. cit.».

⁴ Baumm, *Beitrag zur pubiotomie nach Gigli*, in «Monatssch. f. Geburtsch und Gynecol.», maio, 1903 — Citado por Pierre Voguet, in «l. cit.».

egualmente grave hemorragia *post-partum*, que muito bem podia ter sido o que victimou a operada.

Suprimidas as mortes por causas alheias, urge attender á consideração de que mais diversa seria a cifra mortuaria, se em vez de referir-se a todos os casos publicados, como a obtida, representasse apenas a proporção média das estatísticas mais recentes, que affirmam melhora de prognostico.

E se a par do numero, nos quizermos inteirar da natureza da causa da morte, encontramos, como pôde deprender-se do que atraz deixamos dito, quasi exclusivamente a infecção.

Passemos agora á mortalidade infantil, para a qual se nos offerece o quadro II.

Consigna esta tabella uma mortalidade infantil média de 7 ‰. Sujeitando-a, porém, ás rectificações necessarias, o prognostico melhora singularmente. Os auctores que a esse trabalho procederam, como Gigli e Rossier ¹, reduzem a 4 ‰ a percentagem achada.

Realmente, faz-se mister, aqui, como na apreciação da mortalidade materna, pôr de parte os casos de morte do feto de causas extranhas ao methodo operatorio, entre as quaes figura a demora na intervenção. Von Franque ² de-

¹ Citado por Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

² Von Franque, in «l. cit.».

clara que se nas suas 19 hebotomias perdeu quatro creanças, a culpa cabe toda ao periodo adeantado em que foi praticada a operação.

QUADRO II

Auctores	Data da apren- tação	Numero de operações	Mortali- dade infantil	Percenta- gem centesimal
Gigli	1906	100	4	4
Reifferschëid . . .	1906	22	0	0
Döderlein	1906	16	1	6,2
Hocheisen	1906	16	2	12,4
Alfredo da Costa . .	1906	3	0	0
Saccadura	1906	1	0	0
Seligmann	1906	20	1	5
Kannegiesser . . .	1906	21	4	19
Aubert	1906	118	3	2,56
Rossier	1907	204	8	4
Döderlein	1907	225	15	6,6
Von Franque . . .	1907	19	4	21
Bürger	1907	21	2	9,5
Fromme	1907	15	1	6,6
Krømer	1908	53	4	8,6
Alfredo da Costa . .	1909	2	0	0

E' verdade que simultaneamente á correcção subtractiva expressa, outra, augmentativa, tem que fazer-se, consis-

tindo em collocar no logar que lhe pertence a parte da mortalidade dos primeiros dias dependente de qualquer lesão — hemorragia meningeia, *verbi gratia* — ligada á insufficiencia do engrandecimento da bacia. A segunda correcção, porém, é designada por um algarismo inferior ao da primeira.

PUBIOTOMIA E SYMPHYSEOTOMIA VANTAGENS DA PUBIOTOMIA

Creada a pubiotomia para ser contraposta á symphyseotomia que Gigli taxou de operação incorrecta em principio e muitas vezes perigosa na pratica, impõe-se o paralelo dos dois methodos, tão pouco dissimilhantes relativamente ao fim a que se propõem e ás indicações que preenchem.

Debaixo de seis pontos de vista differentes os podemos comparar:

- 1.º Quanto á facilidade e á rapidez da technica;
- 2.º Quanto ao engrandecimento da bacia;
- 3.º Quanto á natureza da ferida operatoria;
- 4.º Quanto á região anatomica onde se opéra;
- 5.º Quanto ás complicações;
- 6.º Quanto ao prognostico.

Confronto dos dois methodos pelo que toca á facilidade e á rapidez da technica. — A symphyseotomia é mais delicada, demandando, por isso, mais precauções, mais habilidade e maior precisão. Se a incisão das partes molles é tão simples n'uma, como n'outra operação, na symphyseotomia deve fazer-se exactamente em cima da linha sagittal, sob pena da intervenção se tornar mais custosa. A pesquisa da entrelinha articular pôde reclamar certo tempo de que a pubiotomia não necessita e a secção cartilaginea requer certa prudencia para cahir bem no sitio proprio.

Confronto dos dois methodos pelo que toca ao engrandecimento da bacia. — Confrontadas no fim a que visam, a pubiotomia e a symphyseotomia equivalem-se, quer se pondere o engrandecimento immediato, quer o engrandecimento permanente da bacia.

Se Hocheisen e Bumm são pela symphyseotomia quanto ao engrandecimento immediato, para Krømer e Zweifel elle é o mesmo nas duas operações. Reproduzamos, seguindo a ordem chronologica, as conclusões de diversos auctores ácerca de tal engrandecimento na pubiotomia ou da sua comparação com o alargamento similar na symphyseotomia.

Infero Voguet ¹ das investigações cadavericas feitas em

¹ Pierre Voguet, in «1. cit.».

1905 por Van Cauvenberghe ¹, de Gand e dos seus proprios trabalhos em quinze bacias, que a secção ossea determina entre os dois fragmentos pubicos um afastamento espontaneo medio de 1 centimetro, afastamento que pôde ser levado experimentalmente a 6 centimetros; que com uma separação de 1 centimetro, o diametro promonto-pubico minimo augmenta em média 3 a 4 millimetros, augmento que attinge 1 centimetro quando a separação é de 3 a 4 centimetros, 1^{cm},6 quando a separação é de 5 centimetros, e 2 centimetros quando é de 6 centimetros; que todos os diametros crescem com o afastamento e é assim que para um desvio de 3 a 4 centimetros, o diametro transverso engrandece-se de 1^{cm},4, o obliquo do lado operado de 2^{cm},2 e o obliquo opposto de 1^{cm},3.

Rosenfeld ², em 1906, deduz que o engrandecimento da bacia não pôde divergir muito entre os dois methodos em litigio; que na bacia de typo achatado, a hebotomia amplia igualmente os dois diametros obliquos; que na bacia uniformemente estreitada, o obliquo do lado não operado augmenta mais que o outro, se bem que a metade pubiotomizada seja a que mais se alarga; que, portanto, é

¹ Van Cauvenberghe, in «l. cit.».

² Rosenfeld, *Ueber die Art der Beckenerweiterung bei der Pubiotomie*, in «Centralb. für Gynäk.», n.º 3, 1906 — Citado por Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

conveniente serrar da parte que corresponde ao diametro bi-parietal do feto, opinião de que participam numerosos auctores, entre os quaes particularmente se nomeiam Van de Velde ¹ e Döderlein ².

A idénticas illações tinha já chegado Tandler ³, para quem, comtudo, o alargamento pelvico se dá, habitualmente, do lado seccionado, emquanto que para Rosenfeld se dá dos dois lados. Haveria então uma differença muito accentuada entre a talha symphysaria e a talha publica, que consistiria em o engrandecimento se effectuar d'uma maneira asymetrica na ultima.

Stœckel ⁴, em 1906, depois do seu estudo comparativo da symphyseotomia e da pubiotomia sub-cutanea, opina pela secção de Gigli para as estenoses ligeiras, para aquellas em que o diametro promonto-pubico minimo não seja inferior a 8 centimetros e pela secção de Sigault para as estenoses graves, por isso que com a hebotomia não se consegue uma distancia ossea superior a 25 ou 30 millimetros.

¹ Van de Voldo, *Nouvelles remarques sur l'hébotomie*, in «Wiener Klin. Wochensh.», n.º 29, 1907.

² Döderlein, in «l. cit.».

³ Tandler, *Zur Anatomie des Lateralschnittes*, in «Centralb. für Gynäk.», n.º 28, 1905 — Citado por Cyrille Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

⁴ Stœckel, in «l. cit.».

Hocheisen ¹, em. 1906, viu pela radiographia que o apartamento inter-pubico, alcançando em média 4 centímetros, seria tanto maior quanto mais o corte se aproximasse da linha média, isto é, quanto menos a pubiotomia se distanciasse da symphyseotomia.

Da mesma forma julga Bumm ², que, no mesmo anno, concede á symphyseotomia um melhor preenchimento de finalidade.

Krömer ³ regista que a hebotomia é capaz d'uma ampliação igual á da symphyseotomia, desde que ao seu serviço se ponha um certo esforço.

Zweifel ⁴ assenta em que a distensão immediata da bacia é identica nas duas operações. Mas, segundo elle, a metade opposta á secção, na pubiotomia, é a que mais se dilata, opinião que tambem seguem Brenner ⁵ e Walstein ⁶.

¹ Hocheisen, *Discussion sur la pubiotomie à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, in «Centralb. für Gynäk.», 1906.

² Bumm, in «l. cit.».

³ Krömer, *De l'élargissement du bassin par l'hébotomie*, in «Centralb. für Gynäk.», n.º 8, 1906.

⁴ Zweifel, in «Discussion sur la pubiotomie au XII^e Congrès, etc.», Dresde, 1907.

⁵ Citado por Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

⁶ *Ibidem*.

Elischer ¹, em 1907, constata, em mulheres mortas em estado puerperal e posteriormente a hebotomias, um desvio de 2 a 4 centímetros; um accrescimo de 1 decimetro para o diametro conjugado verdadeiro, accrescimo que se torna um pouco maior quando a pelve é uniformemente apertada; outro de 14, 15, 16 ou 23 millímetros para o diametro transverso e, para os diametros obliquos, em geral, uma pequena modificação.

Provado como fica que o avançado ácerca do engrandecimento immediato é só o que a pratica ministra, volte-mo-nos para o engrandecimento permanente.

E' sobretudo d'este elemento que os symphyseotomistas se soccorrem para preterir a hebotomia, dizendo que o alargamento da sua operação subsiste e o d'esta não. Dil-o, principalmente, Zweifel ², de quem se lê que «a maior vantagem da symphyseotomia reside n'uma cicatriz molle e *extensivel* que faculta ás mulheres parirem mais tarde espontaneamente.» Jeannin e Cathala ³, porém, impugnam-lhe d'este modo a proposição:

1.º O parto espontaneo depois da symphyseotomia

¹ Elischer, in «Discussion sur la pubiotomie au XII^e Congrès, etc.», Dresde, 1907.

² Zweifel, in «Discussion sur la pubiotomie au XII^e Congrès, etc.», Dresde, 1907.

³ Jeannin et V. Cathala, in «1. cit. ».

está longe de ser constante e se a talha symphysaria dá muitas vezes um engrandecimento permanente da bacia, não o dá sempre, ou nem sempre o dá sufficiente.

2.º Em theoria, o engrandecimento permanente é tão possível com uma, como com outra secção, visto que a ferida publica, talqualmente a ferida symphysaria, se repara por um callo fibroso.

3.º A ratificar a theoria, conhecem-se já muitos partos espontaneos em mulheres anteriormente pubiotomizadas. Reifferscheid ¹ cita uma operaria que pariu espontaneamente uma creança de 3:000 grammas com 75 millimetros de diametro conjugado verdadeiro, quando no parto precedente, que requereu a pubiotomia, o conjugado verdadeiro não passava de 70 millimetros. Van de Velde ² refere tres partos naturaes depois de hebotomias, em que as creanças pesavam mais 100, 160 e 300 grammas, respectivamente, do que as dos partos antecedentes. Scheib ³ e diversos mais operadores teem publicado muitos casos semelhantes.

¹ Reifferscheid, *Le premier cas d'accouchement utérin chez une femme ayant subi la pubiotomie à l'accouchement précédent*, in «Centralb. für Gynäk.», n.º 18, 1908.

² Van de Velde, *Nouvelles remarques sur l'hébotomie*, in «l. cit.»,

³ Citado por Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

Confronto dos dois methodos pelo que toca á natureza da ferida operatoria. — Eis-nos chegados áquillo que synthetisa a superioridade da hebotomia — o ser a sua ferida uma ferida ossea. Com effeito, todos os cirurgiões teem assignalado e insistido no perigo especial das feridas articulares, mormente nas regiões de asepsia difficil ou impossivel. Pois o perigo, consoante o fez salientar Fochier ¹, requinta na symphyseotomia em razão do estado puerperal. Foi a natureza articular da ferida que levou Gigli a crear o seu córte, em opposição ao de Sigault, como já foi indicado no segundo capítulo d'esta obra.

Confronto dos dois methodos pelo que toca á região anatomica onde se opéra. — Na symphyseotomia, o campo operatorio é essencialmente perigoso por causa da visinhança immediata não só da urethra e da bexiga, do plexo venoso prevesical e do clitoris, mas tambem dos ligamentos pubo-vesicaes. Na hebotomia, trabalha-se com mais segurança, porque se está mais longe da urethra, do plexo venoso prevesical e dos ligamentos pubo-vesicaes. Se para Zweifel ² e Döderlein ³, o corpo cavernoso do clitoris será

¹ Citado por Jeannin et V. Cathala, in «l. cit.».

² Zweifel, in «Discussion sur la pubiotomie au XII^e Congrès, etc.», Dresde, 1907.

³ Döderlein, in «l. cit.»

sempre interessado pela secção publica, o que, aliás, não tem importancia, para De Bovis ¹ tal órgão pôde evitar-se convenientemente, conforme houve occasião de dizer-se.

Confronto dos dois methodos pelo que toca a complicações. — Para o estabelecer, vamos considerar cada um dos accidentes operatorios e pela ordem em que foram enunciados no capitulo que se lhes consagrou.

Na symphyseotomia, a *hemorrhagia*, que deriva do plexo de Santorini e da laceração da urethra, pôde produzir-se nos dias seguintes, é frequente, intensa muitas vezes, como nas intervenções de Baumm ², Fochier ³, Krasowski ⁴, Geuer ⁵, Büssemaker ⁶, etc., e causa a morte em alguns casos. Causou-a nos de Tellier ⁷ e Treub ⁸, em que, apesar do tamponamento e da compressão, as mulheres

¹ De Bovis, *De l'ostéotomie pubienne par la méthode de Gigli*, in «Semaine médicale», dezembro, 1904 — Citado por Pierre Voguet, in «l. cit.».

² Baumm, *Beitrag zur symphyseotomie*, in «Centralb. für Gynäk.», abril, 1893 — Citado por Voguet, in «l. cit.».

³ In «Annali di Ost. e Gin.», abril, 1893.

⁴ In «Centralb. für Gynäk.», fevereiro, 1893.

⁵ «Ibidem», outubro, 1895.

⁶ «Ibidem», setembro, 1894.

⁷ In «Annali di Ost. e Gin.», abril, 1893.

⁸ «Ibidem», novembro, 1893.

morreram meia hora depois da operação. Causou-a, fulminantemente, no caso de G. Braun ¹. Na hebotomia, o obstaculo sanguineo é raro, desaparece facilmente e quasi nunca se mostra mortal.

Os *thrombos* observam-se pouco em ambas as talhas.

As *lacerações vulvo-vaginaes* contam-se em maior numero, relativamente, na symphyseotomia, não só no desvio osseo, como na extracção do feto. A parede anterior da vagina está mais sujeita a fender-se, porque são cortantes os dois bordos pubicos, enquanto que na hebotomia só o é o fragmento externo.

As *lesões urinarias* são frequentes, d'uma maneira geral, na symphyseotomia. E'-o assaz a incontinencia de urina. Jorand ², em 42 casos, denuncia dez vezes lesões da urethra e relata onze vezes lacerações da bexiga, cujo grande perigo reside no repuxamento dos ligamentos pubo-vesicaes. Na pubiotomia, são raros, ao contrario, os successos de que estamos fazendo balanço, raridade que passa a excepção cabal nas lesões da urethra.

Os *accidentes infecciosos* constituem na symphyseotomia, onde attingem a proporção de 60 0/0, um perigo que não é o da hebotomia, onde a sua percentagem orça por 50 0/0. E assim devia ser, já pela maior frequencia, maior extensão

¹ In «Centralb. für Gynäk.», agosto, 1893.

² Jorand, These de Paris, 1896.

e maior gravidade das rasgaduras das partes molles na primeira, já pela condição articular da sua ferida.

Na symphyseotomia, as parturientes resentem-se durante muito tempo, e algumas durante toda a vida, da operação. A umas leva-lhes a cura dois, tres e mesmo mais mezes. Certas d'entre ellas ficam impotentes, parcial ou completamente. Freund ¹ narra o caso d'uma operada que, trabalhando antes no campo, não pôde voltar a fazê-lo, precisando depois, para leves trabalhos domesticos, d'um cinto, sem o qual, até isso lhe era defezo. Binaut ² historia outro em que a locomoção se tornou totalmente impossivel. Na pubiotomia, a reparação última-se com lisonjeira presteza e simplicidade e nunca *perturbações funcçionaes*, com impotencia, repetimos, se produziram.

São bastante frequentes os *prolapsos genitales*: quêda da vagina, quêda, mesmo inteira, do utero por via das feridas dos ligamentos pubo-vesicaes, na symphyseotomia, ao passo que na secção publica o que a este respeito se annuncia é de extrema rareza.

A *incontinencia de urina* perseverante nota-se bastante amiude na symphyseotomia e muito espaçadamente na pubiotomia.

As *sciaticas persistentes*, accusadas em numerosas sym-

¹ In «Annali di Ost. e Gin.», agosto, 1892.

² Binaut, in «Mercredi médical», abril, 1895.

physeotomias, com a difficuldade de movimentos que causam, são na hebotomia muito raras, como as *hernias inguinaes*, que nunca, afinal, se encontram na symphyseotomia.

O que se colhe, resumindo, do cotejamento agora terminado, é que se já os accidentes immediatos, com as suas hemorragias, com as suas lesões urinarias, são bem mais para temer na talha articular do que na talha ossea, os accidentes remotos, então, firmam, definitivamente, a segunda como um progresso incontestavel sobre a primeira.

Confronto dos dois methodos pelo que toca ao prognostico. — Bar ¹ attribue á talha symphysaria uma mortalidade materna de 7,45 0/0. O desfavor que d'aqui lhe resulta, recordando a percentagem de 2 a 4 0/0 que Jeannin e Cathala computam para a mesma mortalidade na hebotomia, é a corroboração do que conduz a admittir a melhoria de complicações realisada por esta ultima.

E a somma dos prejuizos lançados á conta da operação de Sigault ainda continúa seguindo com a mortalidade fetal que Bar consigna ser de 9 0/0, 5 0/0 acima do obituario infantil da operação de Gigli.

¹ Paul Bar, in «l. cit.», lição 3.^a

Posto isto, fica assente, em conclusão, a irrecusavel vantagem da hebotomia, que, effectivando um engrandecimento immediato da pelve semelhante ao da symphyseotomia e garantindo igual facilidade aos partos ultteriores, recolheu a preferencia em todos os restantes pontos tocados no confronto com a sua rival.

A OPERAÇÃO DE GIGLI EM PORTUGAL

Parece legitimo affirmar-se que a hebotomia, até ao presente, pouquissimas vezes foi praticada em Portugal, e menos vezes ainda constituiu assumpto de trabalhos litterarios para os nossos profissionaes.

Em materia de publicações que á hebotomia se refiram, as investigações a que procedemos só nos trouxeram conhecimento de duas theses e de uma ligeira referencia do professor Alfredo da Costa.

Os drs. José Gomes de Mattos Graça ¹ e José Cardo-

¹ José Gomes de Mattos Graça, *Hebotomia*, Dissertação inaugural, Lisboa, 1905.

so Tavares ¹ occuparam-se da talha publica nas dissertações com que ambos remataram o curso medico na Escola de Lisboa. O menor conhecimento, que então existia do objecto da nossa monographia, não lhes permittiu tratar a materia com o desenvolvimento que actualmente comporta.

A referencia do professor Alfredo da Costa encontra-se n'uma memoria intitulada — *Indications et technique de l'opération césarienne*, — que vem no boletim do congresso de medicina, de Lisboa, de 1906 e escripta antes do seu auctor ter levado a effeito qualquer secção ossea. N'ella, já o douto cathedratico levanta o methodo á altura d'um aperfeiçoamento da symphyseotomia e deixa ao tempo a comprovação do que a theoria faz prevêr, comprovação que, a constatar-se, acclamal-o-ha uma operação do futuro, com a qual a cesarea terá de bater-se sériamente.

Logo abaixo, n'uma nota, addicionada mais tarde, para noticiar a sua primeira hebotomia, celebra o professor Alfredo da Costa a confirmação das previsões do texto.

Casos

As nossas indagações dão-nos seis hebotomias, todas realisadas em Lisboa: cinco pelo professor Alfredo da Costa e uma pelo dr. Costa Saccadura.

¹ José Cardoso Tavares, *A hebotomia nas suas relações com a symphyseotomia e ischio-pubiotomia*, Dissert. inaugural, Lisboa, 1906.

Passamos a apresental-as, porque nos foram prestadas, e muito obsequiosamente, pelo illustre lente da Escola de Lisboa.

PRIMEIRA

Do professor Alfredo da Costa — MATERNIDADE

M. C., de 25 annos, creada, natural de Sernache do Bom-jardim. Paes vivos e saudaveis. Em pequena coxeava e tinha as pernas arqueadas. Soffreu de variola, sarampo e pneumonia. Teve na mesma maternidade um parto de termo, em que o filho, do sexo feminino e morto, houve de ser extrahido a forceps. A ultima menstruação appareceu a 25 de fevereiro de 1905 e os primeiros movimentos do feto fizeram-se sentir em principios de junho do mesmo anno.

A' entrada na maternidade, utero oval, de 27 centimetros d'altura; gravidez de sete mezes, durante a qual se não tinham manifestado accidentes ou complicações. Urinas sem albumina. Seios bons. Ventre pouco volumoso. Tensão das paredes regular. Feto não encravado, em attitude transversal, com a cabeça para a direita; fôco de auscultação na linha média, proximo do umbigo.

Gravidez de termo. Comêço de trabalho. Apresentação cephalica. Bacia de 8,5 centimetros de diametro promonto-pubico minimo.

«A mulher — escreve o operador, nas notas que amavelmente nos communicou — entrou em trabalho ás 8 horas da noite de 20-12-905. A's 2 horas da madrugada o collo estava meio dilatado. Vi-a ás 3 da tarde de 21. Tinha a dilatação completa, a bolsa rôta, o feto vivo, pulsando mal, a cabeça fetal completamente movel acima do estreito superior. As con-

tracções eram poucas e fracas, parecendo indicar um começo de inercia. Sem nenhuma tentativa do forceps ou outra, resolvi seccionar a symphyse pelo methodo de Gigli. Sob a anesthesia chloroformica, fiz sobre a symphyse uma incisão em L, com o ramo vertical sobre a linha branca e o horisontal rasando a espinha do pubis do lado esquerdo. Cada um dos ramos do L teria uns 3,5 centimetros de extensão. Em seguida, introduzindo o dedo indicador e isolados os tecidos molles do pubis, passei a agulha conductora da serra de Gigli (de cima para baixo) e perfurando o grande labio esquerdo, passei a serra. Seccionado o pubis, e retirada a serra, esperei pelo parto espontaneo, que effectivamente se deu momentos depois. A operação principiou ás 3,5 horas; ás 4 a operada estava parida, dequitada, suturada e pensada. Tudo correu sem o menor incidente hemorrhagico ou outro. Appliquei a cinta de Pinard (metallica) e, para evitar deslocações, mantive a doente por dois dias no leito onde fôra operada.»

O filho, do sexo masculino, nasceu vivo, pesava 2.950 gr. e media 48 centimetros. Os diametros da cabeça marcavam: OM, 12; OF, 11; SOB, 9,5; SOF, 10,5; SMB, 9,5; BP, 9; BT, 8; MS, 12,5. E as circumferencias: SOB, 31; SMB, 32; SOT, 33.

A placenta, circular, pesava 560 gr. O cordão, de 50 centimetros de comprimento e espessura regular, tinha inserção lateral.

Após a operação, a temperatura da enferma oscillou entre 36°,1 e 37°,4; a 4 de janeiro, foram tirados os pontos e a cinta de Pinard; a 5, a doente foi auctorisada a voltar-se na cama; a 9, levantou-se para uma cadeira; a 10, já andou desembaraçadamente; a 12, tirou-se-lhe uma radiographia e, finalmente, a 21, teve alta.

O boletim da radiographia diz, segundo assevera o dr. Cardoso Tavares, na sua já citada dissertação, que também se refere a esta hebotomia, que a 1 centimetro da symphyse, á esquerda, se encontrou um traço paralelo a ella, parecendo o vestigio d'uma secção e que toda a metade esquerda da bacia era mais ampla do que a direita.

Quanto ao filho, sae da maternidade sem que tenha surgido incidente algum e pesando 3:270 gr.

SEGUNDA

Do professor Alfredo da Costa — MATERNIDADE

M. I., de 29 annos d'idade, domestica, natural de Belem. Paes vivos. O pae, em tempos, embriagava-se. A mãe teve treze filhos e um aborto. Dos filhos, dois nasceram mortos e dois morreram mezes depois de nascer. Começou a andar aos 12 mezes e andou sempre bem. Menstruada aos 20 annos. Menstruos pouco abundantes. Aos 6 annos, teve tosse convulsa. Mais tarde, conta, soffreu d'uma doença no quadril direito, de que lhe resultou ficar com a perna d'esse lado mais curta do que a esquerda. E' primigesta. A ultima menstruação sobreveio a 10 de julho de 1905 e os movimentos activos do feto principiam em novembro do mesmo anno.

A' entrada na maternidade, gravidez de 6 $\frac{1}{2}$ mezes; utero oval, de 29 centimetros de altura. Seios pequenos; alguns tuberculos de Montgomery. Ventre de paredes pouco espessas e flaccidas; pigmentação da linha branca (fig. 2). Feto não encravado, em attitudo cephalica; fóco de auscultação á direita da linha média. Urinas sem albumina.

Estatura 1^m,21; peso 29kg.,750.

Membros curtos; ossos finos. Perna direita levemente mais curta e mais delgada do que a esquerda. Das espinhas

Fig. 2



Fig. 3



iliacas antero-superiores, a esquerda mostra-se um pouco mais levantada do que a direita.

No thorax, pela frente, saliência, muito pronunciada, das segundas costellas, saliências, menos nitidas, das terceiras e quartas e ainda engrossamento na parte correspondente á união das cartilagens com os arcos que se lhes seguem externamente. O esterno projectado para deante, até á junção do manubrio com o corpo e depois em curva apertada até mergulhar no epigastro, onde novamente se encurva para a frente. Pelas costas (figs. 3 e 4), pronunciada cyphose, com a maxima elevação á altura da oitava vertebra dorsal. As circumferencias thoracicas são: ao nível da axilla, 70 centímetros; ao nível da culminancia cyphotica, 78 e ao nível da base, 70.

Gravidez de termo. Ao meio dia de 15 de abril de 1906, a parturiente queixava-se de fortes dôres. O professor Costa chegou pouco depois á maternidade e em seguida a ter feito o toque e a ter verificado que o diametro promonto-pubico minimo era de 8,5 centímetros, opinou pela intervenção cirurgica, escolhendo a hebotomia, adquirida que foi a certeza de que não existia soldadura sacro-iliaca. Sob a anesthesia chloroformica, ás 3 e 25 minutos, foi feita uma incisão em L,

Fig. 4



distante 1 $\frac{1}{2}$ centimetro da linha média e com o ramo horizontal sobre o pubis direito. Profundado o golpe até aos musculos, o professor Costa, introduzido um dedo na ferida e liberto o pubis dos tecidos, mette a agulha de Gigli, que faz sahir pelo grande labio para lhe prender a serra, que acaba a sua obra ás 3 e 30. Rôta artificialmente a bolsa das aguas, como o parto se demorava por motivo de grande inercia uterina, o operador fez uma applicação de forceps, terminando a extracção do feto ás 3 e 45. A's 3 e 48 deu-se a dequitadura, que foi tambem artificial, sendo 3 e 55 quando terminou a operação, após o que a parturiente se transportou para a cama, onde se lhe applicou a cinta de Pinard.

O filho, do sexo masculino, nasceu vivo, tinha 2:650 gr. de peso e 47 centimetros de comprimento. Os diametros da cabeça mediam: OM, 11,5; OF, 10,5; SOB, 9,5; SOF, 10; SMB, 9; BP, 9,5; BT, 9; MS, 13. E as circumferencias: SOB, 31,5; SMB, 32; SOF, 31.

A placenta, circular, pesava 435 gr. As membranas vieram completas. A inserção do cordão, que possuía 40 centimetros de comprimento e uma espessura delicada, era central.

Pelas tabellas de temperatura da mãe e suas observações, vê-se que aquella oscillou entre 36°,4 e 37°,1; que a 26, se tirou a cinta de Pinard; que a 28, se tiraram os pontos da costura; que a 30, a doente se levantou, mas andou pouco; que a 2 de maio, andou bêm e que, a 11, teve alta.

O filho, a 21 de abril, pesava 2:520 gr. e a 22, foi entregue a uma ama, por falta de leite materno.

TERCEIRA

Do dr. Saccadura — MATERNIDADE

E. B. F., domestica, de 28 annos, natural de Lisboa. Pae fallecido de congestão cerebral. Mãe viva e saudavel. Começou a andar aos 3 annos e andou sempre bem. Menstruada aos 12 e meio. Dos 18 para os 20, soffreu de anemia, acontecendo-lhe, durante este periodo, parar a menstruação por varias vezes. Melhorou depois, tornando-se abundantes os menstros, dos quaes o ultimo foi a 28 de julho de 1905. E' primigesta. Os primeiros movimentos activos do feto datam de meados de dezembro.

Utero desviado para a direita e de 32 centimetros de altura. Gravidez de termo. Urinas com albumina. Edemas nos grandes e pequenos labios, nas pernas, nos pés e, muito ligeiros, nos braços. Ventre flaccido, pigmentado; linha branca escura. Apresentação cephalica; fóco de auscultação n'uma linha unindo o umbigo á espinha iliaca antero-superior direita.

A parturiente sentiu as primeiras dôres ás 9 da manhã de 14 de maio de 1906. A's 10 da noite, a parteira rompeu-lhe a bolsa das aguas, no intuito de apressar o parto. Como, porém, este se não realisasse, mandou-se chamar um medico, que, acompanhado de dois collegas, a sujeitou infructiferamente ao forceps, ás 3 horas da tarde do dia 15.

Aconselhada a recolher-se ao hospital, entrou na maternidade ás 2 e um quarto da manhã de 16 e, ás 11 e 45 minutos da mesma manhã, o dr. Saccadura, punccionados os grandes e os pequenos labios, praticou a hebotomia, dando duas incisões cutaneas em angulo recto na região da symphyse — uma

longitudinal de 1 $\frac{1}{2}$ centimetro, e outra transversal de 3 centimetros, sobre o pubis esquerdo. Insinuado o dedo indicador na ferida, foram os tecidos molles descollados e em seguida introduzida a agulha curva, de modo a rasar a face posterior do corpo do osso, até sahir a ponta pelo grande labio. Prendeu-se-lhe a serra filiforme e serrou-se. A operação terminou ás 12 e um quarto da tarde. Depois de se ter esperado que a operada expulsasse o feto, e não o permitindo a pouca energia do utero, exgottado, provavelmente, por o trabalho muito demorado do parto, applicou-se o forceps á 1 hora.

A creança, do sexo masculino, nasceu em estado ligeiramente asphyxico, com grande bossa sero-sanguinea na região parieto-occipital. Pesava 2:750 gr. e tinha 53 centimetros de comprimento. Os diametros da cabeça mediam: OM, 12,5; OF, 11,5; SOB, 9; SOF, 10,5; SMB, 9,5; BP, 9; BT, 8,5; MS, 13,5. E as circumferencias: SOB, 31; SMB, 30; SOF, 32.

Pelas tabellas de temperatura da mãe e suas notas, vê-se que aquella oscillou entre 36° e 37°,2; que a 26, se tiraram os pontos; que a 29, foi tirada a cinta metallica de Pinard; que a 2 de junho, a doente se levantou; que a 3, andou um pouco; que a 4, andava bem e que a 6 teve alta.

O filho, que pesava 2:980 gr., foi a 30 de maio entregue á familia, para ser amamentado por uma ama.

QUARTA

Do professor Alfredo da Costa — CLINICA CIVIL

M. C. F. A., de 40 annos de idade, domestica, natural de Lisboa. O pae falleceu cardiaco. A mãe vive e é sã. Começou

a andar aos 10 mezes e andou sempre bem. Menstruada aos 12 annos. Padeceu de fraqueza, anemia e abortou uma vez. Teve depois o primeiro parto, de termo, de que ha de fazer-se mais larga menção. A ultima menstruação sobreveio a 29 de julho de 1905. Tem tido ligeiros accidentes gravido-cardiacos e albuminuria — 2 gr. em média diaria.

Durante a gravidez, que no momento do parto (19-5-906) é de termo, albumina e indican na urina. Esqueleto forte e normal, excepto na bacia. Pelle trigueira e baça, com adipo no ventre. Seios flaccidos. Ventre muito volumoso e o utero attingindo o epigastro. Apresentação cephalica; fóco de auscultação fetal alto e á direita.

Transcreve-se do professor Alfredo da Costa :

«Conheci esta doente, ha um anno e meio, quando teve o primeiro parto. Quando n'essa occasião fui chamado já o trabalho estava adeantado, o collo dilatado, a bolsa rôta de muitas horas e o feto morto. Como as dôres não fossem muito fortes e me parecesse que a cabeça estava encravada, esperei, sem intervenção, 24 horas. Ao cabo d'estas, porém, fiz a applicação do forceps e só então vi que a cabeça, ainda movel acima do estreito superior, não cabia na bacia. No emtanto, como o feto estava morto, empregando o forceps como reductor (visto não ter á mão um embryotomo e ser a morada da doente muito longe da minha) consegui com muito esforço extrahir o feto amoldado, a beneficio de uma certa maceração e com algumas lesões perineas aliás de pequena monta. Dado o momento do trabalho em que pela primeira vez observára a doente, não lhe pude medir a bacia. Recommendei-lhe logo, porém, que, se de novo engravidasse se submettesse a um exame mensurador.

Durante a actual gravidez a doente procurou-me effectiva-

mente no decurso do seu oitavo mez e ao exame pareceu-me que a bacia era bastante ampla, visto eu não conseguir tocar o promontorio. Annunciado, porém, o trabalho vi que tal não succedia. A cabeça, que me dava a impressão de muito grande, conservava-se completamente movel acima do estreito superior até á 1 hora da noite de 19 de maio, tendo as primeiras dôres apparecido no dia 17.

Resolvida a intervenção e chloroformisada a doente só então pude fazer o toque manual e verificar que havia um aperto de bacia bastante pronunciado. Se eu não conseguira tocar o promontorio no primeiro exame, foi isto devido á enorme espessura das partes molles que me não deixaram avançar os dedos, tanto quanto era preciso. Juntava-se ainda a esta espessura uma certa diminuição do angulo sub-pubico. Claro está que, sendo o segundo exame feito na imminencia de uma intervenção, na clinica civil, á 1 hora da noite e ainda na imminencia da morte do feto, eu não pude fazer um exame pelvimetrico instrumental e apenas me limitei a verificar que a bacia era manifestamente apertada, especialmente em relação á cabeça do feto que era muito volumosa.

Resolvida a hebotomia, procedi como de costume. Tentei fazer apenas uma incisão transversal, mas a espessura da pelle era tal, que me não atrevi a penetrar a agulha sem a guiar sobre o dedo e para que este coubesse tive de accrescentar á ferida um ramo vertical de 2 centimetros fazendo portanto a incisão em L.

A passagem da agulha foi extremamente difficil, por ser esta curta para uma mulher adiposa e de tegumentos formidavelmente espessos. Conseguido, porém, isto ao cabo de algum trabalho, tudo o mais seguiu, como nas operações prece-dentes. Feito o cóрте do osso e vendo que sahia muito meconio

e que o utero se conservava inerte, appliquei o forceps e extrahi com facilidade o feto.

A' passagem das bossas parietaes a vulva esgarçou um pouco em cima, em correspondencia da ferida ossea, mas sem penetração até esta. O afastamento dos topos teve de ir a uns 4 centímetros.

A creança nasceu bem, respirando immediatamente. A operação começou á 1 e 20 minutos e todo o trabalho, incluindo a dequitação, que teve de ser artificialmente feita, terminou ás 2 horas da madrugada de 19 ¹. »

O feto, do sexo masculino, tinha 33 centímetros de comprimento e 3:830 gr. de peso.

Depois da sua expulsão, a quantidade de sangue perdido foi cerca de 300 gr. As membranas sahiram completas.

Consultada a tabella de temperatura da mãe e suas notas, vê-se que aquella oscillou entre 36°,5 e 37°,8; que a 21, os pontos suppuraram ²; que a 4 de junho, a doente se levantou e que a 7, andou bem.

¹ A' cópia que se fez do *registo circumstanciado* d'este caso para nos ser enviada, accrescentou-se que á data d'ella (15-12-08) «a creança está magnifica, com esplendida saude e a mãe não conserva o menor vestigio da intervenção operatoria.»

² «No dia seguinte ao da operação — lê-se em advertencia — a parteira entendeu dever mexer no penso e como a ferida cutanea estivesse tapada com collodio, julgou dever arrancar com a unha a camada de collodio secco, que no seu criterio era uma sujidade que precisava de ser removida. Como procedeu a esta operação com unhas menos escrupulosamente desinfectadas, d'ahi a suppuração que felizmente foi superficial e terminou completamente no dia 26.»

O filho, ao terceiro dia, foi entregue a uma ama e, ao vigesimo, pesava 5:250 gr.

QUINTA

Do professor Alfredo da Costa — MATERNIDADE

J. R. B., de 27 annos, fabricante, natural de Azaruja. Pae vivo e saudavel. Mãe morta de consequencias de um parto. Andou sempre bem. Menstruada aos 14 annos. Teve sezões em pequena e, ha um anno, corrimento, que desapareceu com injeccões. E' primigesta. A ultima menstruação sobreveio a 17 de outubro de 1906.

Utero oval, de 31 centimetros de altura e gravidez de termo. Esqueleto normal, salvo a bacia, que era d'um aperto absoluto. Edema supra-pubico e nos membros inferiores. Apresentação cephalica; fóco de auscultação á direita.

Tarde de 7 de agosto de 1907. Indicada a talha publica, por ella se optou, dando o professor Costa uma incisão cutanea em L, do lado esquerdo, a que se seguiram os outros tempos operatorios. Realisada a hebotomia ao cabo de 5 minutos e 50 segundos, as pulsações muito lentas e muitas fracas do feto motivaram a extracção a forceps. No acto da sahida da cabeça, rasgou-se a vulva, em cima, ao nivel da incisão ossea. Notou-se ainda uma insignificante erosão na forquilha.

O filho, do sexo masculino, nasceu vivo, com 2:820 gr. de peso e 48 centimetros de comprimento. Os diametros da cabeça mediam: OM, 13; OF, 12; SOB, 9; SOF, 11; SMB, 10; BP, 9; BT, 8,5; MS, 13,5. E as circumferencias: SOB, 32; SMB, 32; SOF, 34.

A placenta, discoide, pesava 470 gr. As membranas sahiram completas e a inserção do cordão era lateral.

Consultadas as tabellas de temperatura da mãe e suas notas, vê-se que aquella oscillou entre 36°,2 e 38°; que a 26 de agosto, a doente se sentou na cama; que a 27, se levantou; que a 29, andou francamente; que a 30, se queixou de uma certa fraqueza na perna esquerda, mas sem referir qualquer incommodo no logar da incisão ossea, e que, a 3 de setembro, teve alta, perfeitamente curada.

Quanto ao filho, sahiu bom, pesando 4:700 gr.

SEXTA

Do professor Alfredo da Costa — MATERNIDADE

C. J., de 20 annos, trabalhadora do campo, natural de Torres Vedras. Paes mortos de causa ignorada. Andou sempre bem. Parece-lhe que a primeira menstruação foi aos 11 annos e a ultima sobreveio em fins de junho. E' primipara. Começou a sentir os movimentos do feto em outubro.

Utero globoso, de 38 centimetros de altura e gravidez de termo. Seios desenvolvidos; mamillos pouco salientes e grande areola secundaria. Ventre de consideravel volume e numerosos vergões recentes. Apresentação cephalica; fóco de auscultação á esquerda.

Tarde de 7 de abril de 1908. O trabalho dura ha 33 horas e a cabeça do feto, que está vivo, conserva-se alta, sem encravamento. Collo dilatado tres dedos; bolsa das aguas intacta. O professor Alfredo da Costa acha para o diametro promontório-sub-pubico 11 centimetros e calcula 9,5 para o conjugado verdadeiro, que, afinal, se verifica ser menor, em virtude da altura e espessura da symphyse.

Resolvida a hebotomia, o professor Costa pratica na pelle

uma incisão em L, com $2\frac{1}{2}$ centímetros por lado, assentando o ramo vertical na linha branca e o horizontal no pubis esquerdo. Depois do afastamento dos topos osseos, avaliado em 6 centímetros, o operador rompe a bolsa das aguas e faz, com ligeirissima rasgadura do perineo anterior, a extracção do feto a forceps, ao que se seguiu a dequitação, que foi difficil.

O filho, do sexo masculino, nasceu vivo, com 3:180 gr. de peso e 53 centímetros de comprimento. Os diametros da cabeça mediam: OM, 12; OF, 11,5; SOB, 10,5; SOF, 10,5; SMB, 9,5; BP, 9; BT, 8,5; MS, 13,5. E as circumferencias: SOB, 33; SMB, 30; SOT, 34.

A placenta, cordiforme, pesava 600 gr. As membranas sahiram completas e a inserção do cordão era lateral.

A mãe, cuja temperatura, segundo as tabellas respectivas, oscillou entre $36^{\circ},2$ e $38^{\circ},3$ nos dias que decorreram desde a operação até á sua sahida do hospital, teve alta em 14 de junho. Nada nos diz sobre tão consideravel demora o boletim d'este caso.

O filho acompanhou a mãe na sahida, pesando 5:165 gr.

Apura-se dos casos descriptos que, em Portugal, o exito da hebotomia não podia ter sido melhor, vital e funcionalmente. A mortalidade materna e infantil foi nulla e em nenhum dos casos surgiram complicações de importancia.

A technica do professor Alfredo da Costa, seguida pelo dr. Saccadura, tem de original ser a sua incisão em L, aberto para fóra. O resto da operação é, na essencia, a de Gigli, com a differença de ser sub-cutanea, á semelhança da de Döderlein.

CONCLUSÕES

A hebotomia é uma osteotomia juxta-symphysica.

Tentada outr'ora por differentes operadores, o seu exito só principia com Gigli, que d'ella publicou uma technica operatoria em 1894.

Póde ser praticada a descoberto ou sub-cutaneamente e, de qualquer das maneiras, por processos varios.

Dos seus methodos technicos, o que se nos afigura mais logico é o a descoberto e, dos processos d'este, o que entendemos dever escolher é o de Calderini.

Os accidentes da operação não são muito para recear e a funcção locomotora não fica perturbada.

No principio do trabalho e sendo normaes todas as condições, a hebotomia justifica-se, *à priori*, em bacias cujo diametro promonto-pubico minimo é de 85 millimetros e superior.

Na dilatação completa e estando a mulher pouco infectada, ella é ainda um bom methodo.

As suas consequencias vitaes são muito benignas.

E' uma operação mais satisfactoria do que a symphyseotomia. Mais facil e mais rapida, realisada ao nivel d'uma região muito menos perigosa, não abrindo uma articulação, com complicações immediatas muito menos frequentes e complicações remotas muito mais raras, a hebotomia comporta um melhor prognostico.

Em Portugal, tem sido pouquissimas vezes feita, pois que, além de seis casos de Lisboa, em que os resultados foram muito animadores, de nenhuns outros nos deu conta a averiguação a que nos entregamos.

PROPOSIÇÕES

Anatomia descriptiva

A *parotida accessoria* não é mais do que um *lobo accessorio da parotida*.

Physiologia

A dôr não é um mal.

Pathologia geral

O valor exaggerado attribuido ao microbio fez com que o terreno voltasse a ter grande importancia.

Materia medica

A therapeutica é a parte da medicina mais sujeita a modificações.

Anatomia pathologica

Nem sempre se constata a hydrocephalia na meningite tuberculosa.

Pathologia externa

A cicatrização por primeira intenção não existe.

Pathologia interna

El-rei D. Duarte era um neurasthenico.

Hygiene

Mais vale prevenir do que remediar.

Operações

Todos os anesthesicos geraes teem inconvenientes.

Medicina legal

Entre as causas de criminalidade, deve citar-se a má orientação de alguma imprensa.

Partos

A gravidez constitue uma auto-intoxicação.

Visto.

Thiago d'Almeida,
Presidente.

Póde imprimir-se.

A. Brandão,
Director interino.