

1108

n.º 9

1904

APONTAMENTOS
SOBRE
SYMPHYSEOTOMIA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

POR

Armando Augusto Pereira Dias



BRAGA
IMPRESA COMMERCIAL

Rua Nova de Sousa, 117

1904

118/9 EHC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

JOSÉ ALFREDO MENDES DE MAGALHÃES

CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	Luiz de Freitas Viegas.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeuticamente externa	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria	Clemente J. dos Santos Pinto.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido A. Corrêa de Pinho.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeuticamente interna	José Dias d'Almeida Junior.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13. ^a Cadeira—Hygiene publica e privada	João Lopes da Silva M. Junior.
14. ^a Cadeira—Histologia e physiologia geral	José A. Mendes de Magalhães.
15. ^a Cadeira—Anatomia topographica	Carlos Alberto de Lima.

LENTES JUBILADOS

Secção medica	José d'Andrade Gramaxo.
Secção Cirurgica	Pedro Augusto Dias.
	Dr. Agostinho A. do Souto.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	Vaga.
	Vaga.
Secção cirurgica	Antonio J. de Souza Junior.
	Vaga.

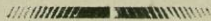
LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Vaga.
----------------------------	-------

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

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

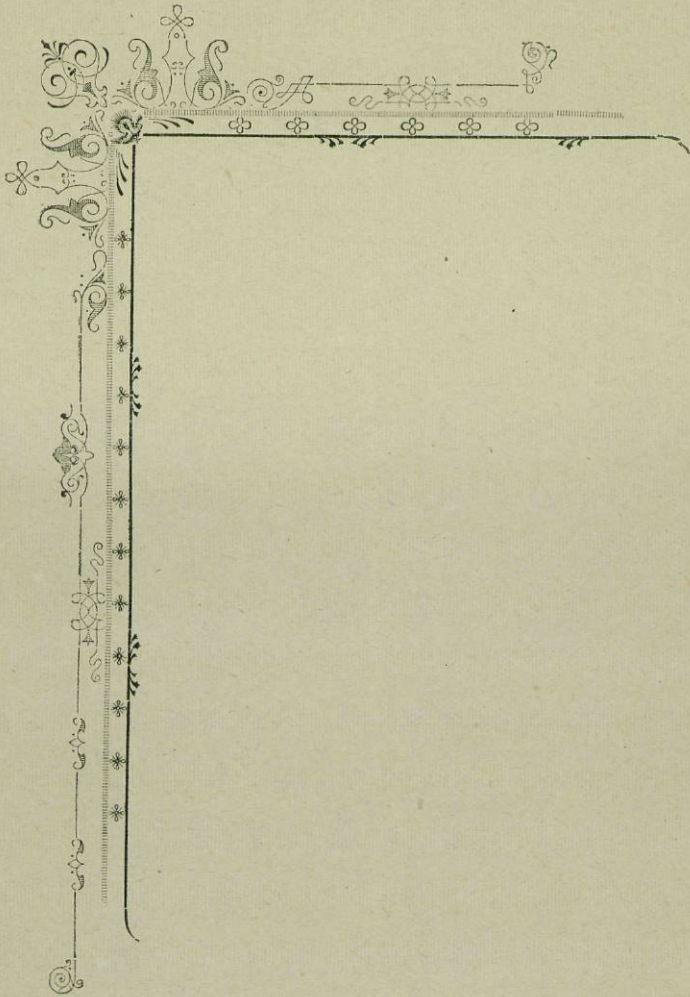
A meus paes



AO MEU PRESIDENTE

© Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Candido Augusto Corrêa de Pinho



Introdução

Entre os varios assumptos tratados durante o meu anno lectivo de 1903-1904, impressionou-me bastante, o bom resultado obtido nos casos em que foi necessario empregar a symphyseotomia.

As minhas observações são bastante resumidas, com-tudo procurarei o mais possivel fazer por não omittir os pontos capitaes.

Este meu modesto e simples trabalho não passa afinal d'um relatorio, augmentado d'alguns dos conhecimentos que pude alcançar nos livros proprios.

Como tal o apresento, visto as minhas limitadas idéas não me permittirem um trabalho de mais valia.

Procurei tornar-me o mais claro possível no que escrevi e atrevi-me a emitir a minha opinião, abusando assim dos meus modestos recursos n'este assumpto.

Cumpre-me agora aqui uma tarefa para mim bastante lisongeira e agradável.

Não quero terminar o meu curso, sem dirigir a todos os meus Mestres e districtos Professores d'esta Escola, o testemunho do meu reconhecimento, pela maneira benevola com que sempre me trataram, especializando o meu distincto presidente de these, o habil operador e Professor da cadeira de partos, o Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr. Dr. Candido Augusto Corrêa de Pinho, a quem dirijo a expressão sincera do meu agradecimento pela bondade inexcedivel com que sempre me attendeu e preciosos conselhos que me prodigalisou para a confecção do meu presente trabalho.

Divido o assumpto da minha these em tres capitulos.

No primeiro tratarei d'uma maneira summaria de me referir á therapeutica geral e actual, nos casos em que ha angustia pelvica, no segundo farei uma critica ligeira a esta therapeutica, na terceira parte apresento a descripção dos dous casos por mim observados na Enfermaria de partos, durante o anno lectivo de 1903-1904,

Para mim, para o meu modesto trabalho, peço a benevola complacencia do illustre jury que ha de julgar as minhas incorrecções commettidas no meu primeiro passo tremulante no caminho glorioso e nobre da sciencia medica e cirurgica.

Porto, maio de 1904.

**Generalidades sobre as
operações obstetricas em caso
de anenstia pelvica**

As principaes operações que rapidamente passarei em revista são as seguintes :

- 1.^o—*Parto prematuro artificial.*
- 2.^o—*Applicação do forceps.*
- 3.^o—*Symphyseotomia.*
- 4.^o—*Operação cesariana conservadora e operação do Porro.*
- 5.^o—*Embryotomia.*

Parto prematuro artificial

O parto prematuro artificial é um parto provocado por meio de certos actos operatorios, antes do termo da gravidez, sendo o feto viável.

Este parto tem a sua indicação no caso de bacias muito apertadas e quando existam doenças produzidas ou agravadas pela gravidez, ameaçando a existencia da mulher ou a do feto.

E' indicado tambem quando sendo a bacia normal, o feto é demasiado volumoso e tambem em algumas deformações da bacia provocadas por tumores neoplasicos.

As doenças ou complicações que se desenvolvem sob a influencia da gravidez e que pôdem necessitar a interrupção da gravidez são as seguintes :

- 1.º Vomitos incoerciveis
- 2.º Anemia grave
- 3.º Albuminuria
- 4.º Eclampsia
- 5.º Hydropsia da amnios
- 6.º Hemorragias graves
- 7.º Accidentes cardiacos
- 8.º Accidentes pulmonares
- 9.º Tumores abdominaes.

A morte do feto é tambem uma indicação do parto prematuro, quando é habitual em determinada epocha da gravidez e que um tratamento especifico ao pae e mãe não tem salvo a vida a fetos anteriores.

As contra indicações da operação são as seguintes :

- 1.º A morte do feto.
- 2.º Um aperto grande da bacia.
- 3.º Estado grave da mãe.

O parto pôde-se provocar de varios modos :

1.º Administração de medicamentos que produzem contracções uterinas como : arruda, sabina, absintho, cravagem de centeio, etc. . .

2.º Manobras que produzem as contracções uterinas ; banhos quentes repetidos, sinapismos, vesicatorios, ventosas sobre as mamas, fricções e massagem do corpo do utero, electricidade galvanica e faradica, etc. . .

3.º Meios actuando exteriormente sobre o collo do utero : tampão vaginal d'algodão, bexigas cheias d'agua ou ar, douches vaginaes sobre o collo, etc. . .

4.º Meios actuando pela dilatação do collo : esponja, laminaria, balão de Barnes, de Chassagny, affastador de Tarnier,

5.º Processos que actuam provocando as contracções uterinas pelo descollamento das membranas e pela presença d'um corpo estranho como sejam a sonda de Krause e o balão excitador de Tarnier.

6.º Processos que actuam simultaneamente como excitantes do trabalho e dilatadores das partes molles, ex. : o balão de Champetier de Ribes.

7.º A prefuração das membranas.

O prognostico do parto prematuro é favoravel para a vida da mulher, desde que se tenham bem observado as regras da asepsia.

Para o feto é mais reservado, variando confôrme a epocha da gravidez em que se provoca o parto.

As indicações do parto provocado nas bacias apertadas, vão-se restringindo depois que se tem multiplicado as

intervenções por meio da cesariana e da symphyseotomia que permitem deixar chegar a gravidez ao seu termo completo.

Emprega-se uma ou outra d'estas operações conforme o diametro da bacia é de menos 7 centimetros para a cesariana e de mais de 7, para a symphyseotomia.

Aplicações do forceps

O forceps é destinado a prender a cabeça do feto na feira pelvigenital e a trazel-o para fóra.

O parteiro quando intervem com o forceps, deve fazer tanto quanto possivel seja para reproduzir os movimentos que executariam as colheres, se a evolução da cabeça se fizesse espontaneamente.

As condições necessarias para uma applicação do forceps, são umas absolutas e outras relativas.

As condições absolutas são :

- 1.º Que tenha sido feito o diagnostico da apresentação e posição.
- 2.º Que as membranas estejam rôtas.
- 3.º Que a dilatação do orificio uterino seja completa ou que seja completamente dilatavel.

As condições relativas são :

- 1.º Que o feto se apresente pela extremidade cephalica e só excepcionalmente sobre a cabeça ultima e apresentação de nadegas, desdobrada ou não.
- 2.º Que o feto esteja vivo.
- 3.º Nos casos de angustia pelvica é indispensavel, para que a tentativa seja justificada, que não haja desproporção consideravel entre as dimensões da cabeça fetal e da bacia.
- 4.º Que a cabeça esteja na excavação.

O forceps é indicado quando ha necessidade de o empregar seja por causa da mãe ou do feto ; o parto não se

dá, a vida do feto está em perigo, é preciso extrair-o com a ajuda do forceps.

Póde o trabalho ser normal mas póde sobrevir um incidente qualquer que necessite a terminação rapida do parto, por exemplo ; um ataque de eclampsia, uma ruptura uterina, uma hemorragia grave, uma cardiaca em asy-tolia, uma portadora d'hernia, uma tuberculosa, etc.

Da parte do feto tambem ha indicações ao forceps, assim quando o feto soffre é urgente intervir.

Vejamos o que devemos fazer quando ha alguma cousa de anormal no mechanismo do parto. Esta anormalidade póde vir do feto, da fieira pelvigenital, do utero, dos musculos que contribuem para o trabalho.

Analysemos cada um d'estes casos.

O feto progride com difficuldade devido ao seu excesso de volume, a ter a cabeça ossificada ou alguma deformação. O feto é pequeno e póde não soffrer a acção das contracções o que retarda o trabalho. A cabeça póde estar em má posição ou acompanhada d'um membro.

A fieira pelvi genital póde retardar e até impedir o parto ; tudo que torne apertado a excavação como seja um tumor, um defeito osseo, póde necessitar uma applicação do forceps. Outras vezes ha o obstaculo no perineo, como acontece nas primiparas em que as partes molles não se distendem e a retropulsão do coceyx não se dá.

O musculo uterino fatiga-se e torna-se inerte, as contracções não são sufficientes para expellir o feto.

Os musculos abdominaes muito distendidos pódem não produzir esforço util ; existe grande desvio entre os rectos.

Estas são as principaes indicações do forceps.

Pinard diz que o forceps é indicado quando a cabeça a nú na excavação, fica durante duas horas pelo menos sem progredir.

As contra-indicações do forceps são a morte do feto, a falta de proporção entre os diametros da cabeça e os da bacia, quando a bacia é obliqua ovalar e que o acciput está dirigido do lado apertado.

Symphyseotomia

Symphyseotomia é a secção dos ligamentos e cartilagem interpubicas seguida d'um afastamento momentaneo das partes anteriores dos iliacos produzindo devido ao jogo das articulações sacro iliacas, um augmento da bacia ossea.

Esta operação foi imaginada por Sigault que a praticou pela primeira vez em Paris em 30 de Setembro de 1777 com bom resultado tanto para a mãe como para o filho. Sigault tinha defendido these sobre esta operação em 1773. O seu trabalho foi mal aceite pela Academia de cirurgia e bem pela Faculdade de medicina que decretou como recompensa mandar se gravar uma medalha.

A symphyseotomia cahiu em seguida, em virtude do insuccesso que teve.

O seu maior adversario foi Baudelocque. Outros operadores foram contra e a operação cahiu completamente, empregando-se em seu lugar a cesariana.

Acolhida em Italia por Morisani e outros, foi-se aperfeiçoando com os progressos da antiseptia tendo este operador publicado trabalhos relativos a ella desde 1863 até 1886.

Em 1891 vindo a Paris um antigo alumno de Morisani, chamou a attenção de Pinard e Varnier para os re-

sultados obtidos em Napoles em que em 24 intervenções, tiveram 24 mulheres curadas e 23 creanças vivas.

Pinard abalado pela mortalidade das creanças ás quaes se tinha provocado o nascimento prematuro, começou a fazer experiencias sobre o augmento da bacia pela symphyseotomia.

Concorreu tambem para este estudo o seu desgosto em praticar a basiotripsia n'uma creança viva; os insuccessos do forceps e os successos de Morisani. Tendo estudado a operação praticou-a pela primeira vez em Fevereiro de 1892 começando ella d'aqui em deante a vulgarisar-se na Europa e America, apresentando em 31 de Março de 1893, Varnier 82 observações da operação.

Fochier e Farabeuf ficaram sendo partidarios declarados da symphyseotomia.

Farabeuf mostrando o perigo do forceps applicado no estreito superior diz que se deve fazer a symphyseotomia e depois esta applicação pois que assim não ha o perigo de esmagar os parietaes.

Hoje está esta operação bem estudada e é acceite em toda a parte a não ser na Allemanha onde preferem a cesariana.

Dispirando-me de me referir á anatomia da região e á technica da operação que pouco mais ou menos é a que descreverei quando apresentar as minhas observações; vou expôr o que dizem os auctores com referencia á modificação que a divisão da symphyse dá aos diferentes diametros da bacia.

Em primeiro logar desaparece o diametro antero-posterior mediano que é substituido por duas linhas obliquas dirigidas do promontorio para cada pubis sendo estas linhas maiores que o diametro promonto pubico minimo. A cada centimetro de desvio corresponde um augmento de diametro de cerca 0,002^m. Temos mais que os pubis affastando-se, abaixam-se no plano obliquo descendente do estreito.

O mais importante a respeito do augmento da bacia é que no espaço inter-pubico se aloja durante a descida, um segmento da esphera cephalica tanto mais espesso, quanto o desvio é maior e o raio da cabeça mais peque-

no. E' a bossa parietal portanto que aproveita este intervallo para ali se introduzir e descer. Quanto mais uma bacia é achatada, mais o pubis se affasta do sacro em se desviando do seu homonymo.

O quadro seguinte de Farabeuf mostra o beneficio total obtido por cada bacia de 5, 6, 7, 8, 9, e 10 centimetros em que se praticam desvios dos pubis de 5, 6 e 7 centimetros.

Estes calculos estão feitos um pouco abaixo do seu valor :

Afastamento inter-pubico	Augmento óbtido por cada bacia de					
	5 cent.	6 cent.	7 cent.	8 cent.	9 cent.	10 cent.
5 centimetros	23 mill.	21 mill.	19 mill.	17 mill.	16 mill.	14 mill.
6 centimetros	29 mill.	26 mill.	23 mill.	21 mill.	19 mill.	18 mill.
7 centimetros	34 mill.	31 mill.	28 mill.	25 mill.	23 mill.	21 mill.

D'aqui resulta que a symphyseotomia feita n'uma bacia de 0,07, permite, com um desvio de perto 0,07, a passagem d'uma cabeça supposta irreductivel e cujo diametro biparietal medisse 9 centimetros e meio. Nas bacias cujo diametro ant. posterior seja inferior a 0,07, o seu augmento não permittiria a passagem d'um feto de cabeça dura a não ser que tivesse um biparietal inferior a 9 centimetros e meio. Nas bacias tendo mais de 0,07 de diametro promonto pubico minimo, a symphyseotomia permite a passagem d'uma cabeça tendo mais de 9 centimetros e meio.

No prognostico do parto nas bacias apertadas temos de considerar não só as dimensões da bacia, esqueleto e partes molles, mas tambem dos principaes diametros e grau de reductibilidade da cabeça. Todos os diametros participam do augmento. Os obliquos augmentam mais que os antero-posteriores; os transversos ainda mais, cerca da metade do afastamento dos pubis. O diametro bi-ischia-

tico, o seu augmento é quasi egual ao affastamento interpubico.

Como seja o diametro transverso o que augmenta mais, conclue Fochier que é necessario collocar a cabeça em posição transversal e em flexão moderada.

Complicações da symphysectomia

1.º Hemorrhagias—Produzem-se quer quando se secciona o ligamento arcuatum e se affastam os pubis, quer quando se extrahê a creança. Mesmo abundantes são fáceis de parar por compressão e praticando a extracção o mais depressa possível.

2.º Thrombos—São devidos ao deslisamento das partes molles excessivamente distendidas na extracção rápida do feto atravez um collo mal dilatado e vias genitæes mal sustentadas adeante.

3.º Feridas communicantes.—São as da vagina e commissura anterior da vulva que communicam com a ferida publica. São raras.

4.º Lesões da uretra.—Lacerações e arrancamentos resultam de feridas vulvares e vaginaes. Póde ser só distendida o que dá em resultado uma incontinençia d'urina temporaria devida á distensão anormal do esphincter vesical.

5.º Lesões da bexiga.—São raras.

Póde soffrer uma distensão no momento do affastamento, esta distensão dá se na parte visinha da uretra.

A face anterior da bexiga, póde apresentar uma solução de continuidade raramente devida ao bisturi do operador. Parece que algumas vezes a bexiga recalçada pela cabeça, vem seccionar se na aresta saliente formada pela parte inferior dos dous pubis.

6.º Lepage e Fochier fallam do choque operatorio e da escara do sacro que dizem talvez ser devido a lesões nervosas ou alterações do tecido cellular.

PROGNOSTICO—O prognostico é favoravel tanto para a mãe como para o filho.

As estatísticas dos bons operadores taes como Pinard, Zweifel, Kustner e P. Bar são as seguintes :

	Mortes		Mortalidade por 100	
	Mães	filhos	Materna	Fetal
Pinard — 89 casos	10	12	11,23	13,48
Zweifel — 31 «	0	2	0	6,45
Kustner — 7 «	0	0	0	0
P. Bar — 22 «	0	0	0	0
Total... 149 «	10	14	6,71	9,39

Estes algarismos mostram que se a symphyseotomia foi feita em boas circumstancias, a mortalidade pôde ser nulla.

Indicações da symphyseotomia

Esta operação pratica se em bacias que tenham 7 centímetros pelo menos, de diametro promonto pubico minimo ; o feto deve estar vivo e viavel. O parto tem de proceder conforme o caso que se apresenta.

Se tem seguido a mulher nos ultimos tempos da gravidez ou durante o trabalho, se a tem examinado, sabe que ha aperto, que existe desproporção entre o volume da cabeça e as dimensões da bacia. Temos a considerar dous casos :

A dilatação é completa, a cabeça não progride, as membranas estão rotas ; espera-se, verificando os progressos da cabeça, se ao fim de uma a quatro horas não ha progressão é preciso intervir pela symphyseotomia e não pelo forceps que applicado no estreito superior passa a ser uma embryotomia.

A indicação da intervenção é delicada quando o trabalho não se faz regular.

A dilatação faz-se lentamente, a cabeça não podendo contribuir por causa de ficar parada em virtude do aperto, os bordos do orificio uterino estão espessos, as membranas estão rotas, o cordão acha-se comprimido ha escoamento de meconio, os ruidos do coração são irregulares.

Póde-se n'este caso recorrer ao balão de Champetier de Ribes ou ao dilatador Tarnier e á dilatação manual mas estes manejos pódem nada fazer. Pinard e Zweifel fazem a symphyseotomia com bom resultado.

Se o parteiro é chamado para terminar a extracção do feto ainda vivo, assegura-se de que a sua vitalidade não está comprometida e procede da maneira mais adquada.

As contra indicações da symphyseotomia são a morte do feto, aperto excessivo da bacia e a infecção do utero.

Operação cesariana

Ha circumstancias em que é impossivel extrahir o feto vivo pelas vias naturaes e ás vezes mesmo morto e já mutilado; faz-se então a cesariana.

Esta operação praticada pela primeira vez por Jacquemier em 1491 teve successo vario sendo quasi abandonada durante algum tempo.

Até 1876, a mortalidade na cesariana era grande, quando Porro começa então a praticar com successo não só a incisão mas a ablação do utero.

A hysterotomia abdominal praticada para extrahir o feto comprehende varios processos.

- 1.º Operação cesariana conservadora
- 2.º Operação de Porro
- 3.º Hysterotomia abdominal total e hysterotomia abdominal sub-total ou supravaginal.

Prognostico da cesariana

Segundo P. Bar, a mortalidade para as mães é de 6,41 por 100 e para os filhos é de 5,59.

A mãe está sujeita ao choque operatorio, á hemorrhagia, e á peritonite logo a seguir á operação, e mais tarde pôde haver ; falta de reunião da parede abdominal, abscessos fistulosos, eventração, adherencias da parede uterina á parede abdominal, ruptura do utero.

Prognostico da operação de Porro

A mortalidade é o duplo ou mais do que na cesariana conservadora.

As indicações da cesariana e da operação de Porro são absolutas e relativas.

As absolutas são dadas quando não se pôde extrahir o feto, quer vivo, quer morto ou mutilado, pelas vias naturais, o que se dá em certos apertos extremos de bacia viciada por falta de desenvolvimento, pelo rachitismo, por osteomalacia, por obstrucção de tumores osseos ou não. Estas indicações pôdem ser tão absolutas que então mesmo que a creança esteja morta, não podemos terminar o parto senão pela via abdominal.

As indicações da operação de Porro são as seguintes, cancro do collo, fibromas do segmento inferior do utero; estado geral da mulher tornado grave por hemorrhagias anteriores, por um trabalho prolongado, por intervenções inefficazes. E' indicada igualmente nos casos de infecção provavel do utero, obstrucção parcial ou total do canal utero-vaginal por tumores, cancro do utero e em particular o do collo, osteomalacia, inercia uterina completa, e nos casos em que anteriormente já tem sido feita uma cesariana, praticando se então a operação de Porro antes do principio do trabalho para evitar a ruptura da parede uterina ao nivel da cicatriz ás vezes tão fina como uma folha de papel.

As indicações relativas, dizem que são difficeis de precisar em virtude de ter vindo a symphyseotomia modificar os dados do problema, que consiste em fazer passar um feto vivo e viavel atravez uma feira pelvica apertada.

E' verdade que a operação cesariana praticada a tem-

po, desde o principio do trabalho, é seguida de bons resultados quando é feita com todos os requisitos comtudo os perigos operatorios immediatos são mais graves que na symphyseotomia.

A mais pequena falta contra a asepsia é da maior gravidade.

P. Bar diz que em todos os casos em que o trabalho esteja pouco adiantado e em que a extracção pareça ser prejudicada pelas partes molles como nas primiparas ou pelo collo que póde ser longo ou dilatar-se lentamente ; em taes casos deve recorrer-se á cesariana.

As bacias de menos de 7 centímetros necessitam da cesariana.

Nos casos duvidosos em que a extracção pelas vias naturaes pareça não poder realisar-se, está perfeitamente indicada a operação cesariana.

Ligeira critica aos processos operatorios descriptos na 1.^a parte.

Parto prematuro artificial

Poucas vezes seremos obrigados a recorrer ao parto prematuro artificial pois que só em ultimo caso deve ser empregado. Assim em parturientes que se apresentem com vomitos incoerciveis ou com albuminuria, empregaremos meios therapeuticos hoje considerados como dando o melhor resultado no tratamento d'estas doencas e que sendo applicados como devem ser, quasi sempre permitem levar a termo uma gravidez que estaria condemnada a ser interrompida se não fóssem os bons resultados obtidos com o emprego d'estes meios de todos bem conhecidos.

Entendo que nas bacias muito apertadas, não se deve provocar o parto, antes pelo contrario devemos deixal-o seguir até ao seu termo e no momento conveniente faremos uma operação cesariana a qual nós suppomos, deve salvar mãe e filho.

Ora tendo nós este meio para este caso não vejo qual

a razão porque as bacias muito apertadas, demandem a applicação do parto prematuro artificial.

Applicação do forceps

As indicações do forceps parecem-me que devem ser um pouco restringidas no que diz respeito ao seu emprego entre as primiparas e á sua applicação no estreito superior.

Assim pensando, entendo que não devemos intervir com o forceps para adiantar o parto nas primiparas, mesmo ainda que o parto seja demorado. Sabemos que nas primiparas as partes molles levam ás vezes algumas horas a ditatar-se mas nem por isso o feto ou a mãe correm algum perigo. Só se da parte do feto existissem alguns signaes indicando que a sua vitalidade perigava, é que eu me consideraria no direito de empregar o forceps.

Pelo que diz respeito á applicação do forceps no estreito superior, estou convencido de que tal applicação nunca deve fazer-se a não ser que se lhe queira dar outro nome como diz o nosso Ex.^{mo} Professor o Snr. Dr. Candido de Pinho que considera esta applicação como uma embryotomia disfarçada.

E na verdade assim deve ser considerada.

E' difficil de admittir que por onde não póde passar a cabeça do feto, passe esta cabeça ainda augmentada com o forceps. Está claro que esta passagem não poderá ser effectuada senão á custa d'um grande esforço e este esforço hade necessariamente produzir lesões taes na cabeça do feto, que o façam succumbir.

Nem mesmo a applicação do forceps se póde fazer d'uma maneira regular. Quem applica o forceps no estreito superior vae sempre ao accaso e está á espera d'um resultado final em que tem pouca confiança.

As mais das vezes o resultado final é a morte do feto não só pela enorme compressão exercida sobre a cabeça mas tambem por fracturas multiplas e hemorragias meningeaes que se dão a seguir á mais pequena fissura.

A symphyseotomia veio impedir que se continuassem a fazer taes applicações de forceps que hoje não devem ter nenhuma razão de ser. Quem hoje nas bacias apertadas, applique o forceps no estreito superior parece-me que deve ser considerado como que fazendo uma embryotomia e não uma operação conservadora.

Dado o caso que nos encontremos em face d'uma parturiente em que vamos verificar a existencia d'um ligeiro aperto de bacia, ou uma desproporção entre a cabeça do feto e a bacia; o nosso dever é esperar a ver se o parto se dá normalmente tendo o cuidado de durante todo o tempo de espera, observar o estado de viabilidade do feto para intervir no momento opportuno e essa intervenção tem de ser feita não pelo forceps mas sim por meio de uma symphyseotomia. Só depois de se ter feito a symphyseotomia é que estamos auctorisados a completar a extracção do feto por meio do forceps, extracção que agora não tem os inconvenientes que tinha anteriormente, visto que estão augmentados os diametros da bacia.

Esta intervenção, por meio da symphyseotomia, nos casos de aperto moderado da bacia, ou desproporção entre a bacia e a cabeça; é de regra sempre que estejamos em presença de parturientes que se apresentem em qualquer d'estes casos. A intervenção deve ser feita a tempo, isto é, não devemos esperar tanto, que vamos prejudicar a viabilidade do feto com a nossa demora e deve ser começada pela symphyseotomia porque assim vamos seguros do resultado e sabemos o que estamos a fazer, o que não aconteceria se empregassemos primeiro o forceps. Vem aqui a proposito citar um caso por mim observado n'um dia em que estive de serviço na enfermaria de partos, e que apesar de demandar uma intervenção por meio da symphyseotomia, esta não se fez em virtude da resolução do nosso Ex.^{mo} Professor que quiz assim dar uma lição a quem pensava que o parto se daria normalmente e que qualquer intervenção seria desnecessaria.

Tratava-se d'uma parturiente a termo em que havia um aperto moderado da bacia e ao mesmo tempo desproporção entre os diametros da bacia e da cabeça.

A bolsa d'aguas estava tensa, a dilatação era quasi

completa, o utero estava em contracção constante, as dôres eram pouco fortes. Estas observações tendo sido feitas ao meio dia pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Candido de Pinho ; fui fazel-as de novo ás seis horas da tarde encontrando tudo no mesmo estado. Os ruidos do coração fetal eram normaes.

Pensando eu que seria necessario intervir, preveni o nosso Ex.^{mo} Professor o qual tendo vindo observar o estado da parturiente, quiz contemporisar para que todos vissemos qual seria o resultado d'uma contemporisação n'este caso. Tendo-se esperado para o dia seguinte, rompeu-se a bolsa d'agua com os dedos ás 11 horas da manhã sahindo o liquido amniotico misturado de meconio. Os ruidos do coração do feto eram pouco perceptíveis, o trabalho do parto nada tinha progredido nem mesmo depois que se rompeu a bolsa d'aguas.

Foi então resolvida a intervenção por meio do forceps, não se optando pela symphyseotomia em vista das poucas probabilidades que haviam sobre a viabilidade do feto.

Feita a extracção que foi bastante custosa, viu se que a creança estava quasi morta pois vinha em estado de asphyxia, sentindo-se sómente pulsar o coração d'uma fórma muito leve, não se conseguindo chamar á vida a creança apesar de todos os esforços empregados. A applicação do forceps tinha sido irregular como não podia deixar de ser sendo as lesões por elle causadas, sufficientes para concorrer para diminuir a vitalidade do feto que já estava bastante comprometida. Em casos como este, parece-me que ainda a symphyseotomia terá rasão de applicar-se mesmo apesar de se verificar que já ha um princípio de asphyxia da parte do feto.

Este caso só por si mostra bem o perigo da applicação do forceps no estreito superior e mostra-nos igualmente a necessidade de intervir em casos identicos por meio da symphyseotomia para podermos salvar uma creança que estaria condemnada a morrer se não tivessemos este recurso para d'elle lançarmos mão no tempo competente.

Symphyseotomia e operação cesariana

Entro agora verdadeiramente no assumpto da minha these que por necessidade e para melhor comprehensão do assumpto teve de divagar sobre pontos que estão em intima relação com a verdadeira parte do meu trabalho.

Em virtude da intima ligação que ainda hoje existe entre a symphyseotomia e a cesariana, referir-me-hei n'este capitulo a ambas estas operações, procurando estabelecer entre ellas uma balisa que nitidamente as separe. Se alcançar isto terei feito quanto desejo, concorrendo ainda que pouco para o retardado avanço da symphyseotomia que desde 1892, data da sua renascença em França, até hoje tão pouco tem progredido principalmente em Allemanha onde os principaes parteiros a prescrevem em absoluto preferindo a cesariana.

Qual a razão d'esta preferencia não a posso bem attingir.

Será por estarem mais familiarisados com a cesariana; será por espirito patriótico? Talvez esta segunda hypothese seja a mais acceitavel, pois todos sabemos a grande opposição dos allemães aos methodos francezes.

Que lucra a sciencia com taes desavenças? Parece-me que tem tudo a perder e nada lucrará emquanto existir este antagonismo excessivo.

E' verdade que demanda grande pericia e habilidade da parte do operador, o praticar uma symphyseotomia e do bom operador depende o optimo resultado sempre obtido com esta operação, resultado collido aqui pelos nossos habéis operadores parteiros os Ex.^{mos} Snrs. Drs. Caudido de Pinho e Maia Mendes.

Mas demanda a mesma pericia a cesariana ássim como qualquer outra operação; o seu resultado depende de quem a pratica.

Supponho aqui que a parturiente demanda o soccorro do parteiro a tempo, logo no principio do trabalho. Com certeza que não se vae praticar uma operação cesariana ou uma symphyseotomia n'uma doente que se apresente em trabalho desde tres dias, com grande tensão uterina, pul-

sações do feto pouco pereceptíveis, a bolsa d'aguas rôta ha bastante tempo e escoamento de meconio ; em summa, o feto é impossivel que seja viavel ; então teria de recorrer á embryotomia que n'este caso estaria indicada.

Pela minha parte considero a symphyseotomia como uma operação sem gravidade, isenta de complicações, necessitando sómente grande pericia do operador e o maior cuidado da parte dos ajudantes.

Sendo feita a tempo deve-se necessariamente salvar a mãe e o filho. E' claro que praticada em condições desvantajosas para o feto o prognostico para este é mais reservado.

Já o mesmo não posso dizer da cesariana, uma operação gravissima, cheia de complicações e que deve ser sómente empregada no ultimo caso.

A symphyseotomia deve praticar-se em bacias de 0,07, para cima d'aqui para baixo recorre-se á cesariana.

As indicações da operação de Porro estão bem indicadas na 1.^a parte do meu trabalho.

Passarei agora a descrever os casos em que se recorreu á symphyseotomia e a que assisti durante o anno lectivo de 1903-1904, sem me referir á embryotomia, por nada notar digno de reparo.

Duas intervenções por meio da symphyseotomia no anno lectivo de 1903-1904 observadas por mim

1.º caso

Rosa Alves, de 26 annos, creada, natural de Paredes. Entrou para o Hospital da Misericordia no dia 7 de novembro de 1903 ás 11 horas da manhã, dando entrada na enfermaria de partos. As primeiras dôres tinham começado no dia 5.

Procedendo-se á verificação do estado em que se encontrava esta parturiente, verificou-se que a posição do feto era de pelvi completa, a bacia moderadamente apertada, estando a dilatação do collo pouco adiantada do tamanho d'uma moeda de 200 réis. Em vista d'este diagnostico feito pelo Ex.^{mo} Sr. Dr. Candido de Pinho illustre professor de partos, resolveu-se fazer a versão por manobras externas, a qual foi realisada com toda a proficiencia e habilidade pelo nosso mestre sem a menor difficuldade, fazendo-se em seguida a applicação do cinto eutocico para manter a nova apresentação.

A's 7 horas da tarde verificou-se de novo o estado da paciente reconhecendo-se que o trabalho do parto não progredira decidindo-se então fazer immediatamente uma intervenção por meio da symphyseotomia.

Começou-se por chloroformisar a paciente e fazer a toilette vaginal e regiões visinhas.

Feita esta toilette, esvaziou-se a bexiga ficando tudo em estado de se dar principio á operação para o que se começou por fazer a secção dos tecidos até ao pubis com o bisturi e o auxilio de dous affastadores ; immediatamente se deu uma grande hemorragia que contudo em nada veio difficultar o seguimento da operação pois que applicando-se algumas pelotas de algodão e comprimindo-as durante uns dez minutos de prompto parou esta hemorragia dos seios prepubicos. Continuando então a operação, fez-se o corte do ligamento suspensor do clitoris, assim como o d'algumas fibras que se dirigiam para os grandes labios, ficando a descoberto um espaço constituido pelo ligamento arquatam superiormente e a aponevrose media inferiormente. Foi feito em seguida o corte das inserções dos musculos pyramidaes e immediatamente se procedeu á applicação do symphyseotomo de Cantani, começando o corte pela parte superior da cartilagem interpubica, estando dois ajudantes, que primeiramente se tinham collocado, um de cada lado da paciente, exercendo pressão sobre os illiacos, afim de evitar o mais possivel o seu afastamento rapido. Effectuado o corte da cartilagem, fez-se o afastamento osseo que foi de pouco mais de 3 centimetros, descendo immediatamente a cabeça do feto á excavação, seguindo-se depois o parto que correu sem necessidade d'outra intervenção, fazendo-se a dequitadura no fim d'um quarto d'hora.

Tratou se então da toilette para o que se deu uma irrigação d'agua quente filtrada e fervida, seguida d'applicação d'um tampão vaginal de gase simples.

A sutura da ferida foi pensada com iodoformio e por cima gase e uma camada espessa de algodão mantida bem apertada por uma larga faixa de baeta.

Aos joelhos atou-se uma tira de gase para impedir o afastamento das coxas.

O tratamento consecutivo á operação, consistiu em irrigações diárias feitas na própria cama, para o que se introduzia por baixo da operada uma aparadeira própria para taes casos.

A cicatrização da ferida seguiu o seu curso regular tendo-se tirado os pontões no fim de 8 dias. No fim de 20 dias appareceu um abcesso pequeno devido sem duvida a algum fio, abcesso que foi aberto, cicatrizando rapidamente.

Esta operada levantou-se pela primeira vez no dia 30 de Novembro andando com alguma difficuldade a qual foi desapparecendo pouco a pouco, sahindo completamente boa no dia 28 de Dezembro, tendo permanecido portanto no hospital 51 dias.

Mãe e filho encontram-se actualmente em perfeito estado de saude, sentindo-se a mãe tão normal como estava antes da operação.

2.º caso

Constança Judith, de 22 annos, casada ha um anno, jornaleira, natural do Porto.

Entrou para o Hospital da Misericordia para a enfermaria de partos, no dia 29 de Novembro de 1903, ás 10 horas da noute.

Referiu que tendo mandado chamar uma parteira quando sentiu as primeiras dôres e notando ao mesmo tempo que o abdomen se tumefazia anormalmente, ella a aconselhou a dar entrada no hospital.

Pelo interrogatorio que fiz, vim a saber que desde os quatro mezes de gravidez, lhe inchavam as pernas assim como as palpebras, de vez em quando, certificando-me que já antes da gravidez tinham havido pequenos symptomas Brightismo, sendo este um pouco aggravado com a gravidez.

Entrou para o hospital a termo com poucas dôres e pequenas.

Urina frequentes vezes e pouco contendo a urina cerca de tres grammas d'allumina por litro.

Pelo exame a que procedi, verifiquei que havia enorme edema dos membros inferiores, dos grandes e pequenos labios e das paredes do abdomen. Feito o toque verificou-se estar o trabalho de parto em começo, estando o orificio uterino do tamanho d'uma moeda de cem réis. O feto apresentava-se em posição O I E A, dando a auscultação do fôco do coração 135 pulsações por minuto.

Novo exame a que se procedeu no dia 30, ao meio dia, deu a conhecer que o trabalho progredira um pouco, estando o orificio uterino do tamanho d'uma moeda de cinco tostões.

Havendo inercia uterina completa e verificando-se que havia um aperto moderado da bacia assim como uma discordancia entre a cabeça do feto e a bacia estando aquella movel acima do estreito superior o que indicava não poder entrar na excavação, foi resolvida uma intervenção que se marcou para este mesmo dia ás 2 horas da tarde, a qual se levou a effeito em principio.

Começou-se por fazer a chloroformisação da parturiente, verificando em seguida que o diametro promonto pubico era de dez centimetros e meio o que realmente indicava um ligeiro aperto de bacia que junto com o maior volume da cabeça mais augmentava a discordancia entre os dous respectivos diametros.

O orificio uterino estava então n'este momento, do tamanho d'uma moeda de dez tostões, as membranas conservavam-se intactas estando os bordos do orificio do utero bastante rigidos e espessos.

A temperatura da parturiente n'este momento era de 36,6. Em vista d'este estado foi resolvido esperar-se mais algum tempo marcando-se a intervenção para o dia seguinte de manhã, dia 1.º de Dezembro.

Estando tudo preparado para a intervenção, começou-se por chloroformisar a paciente e fazendo-se o toque n'esta occasião, notou-se que o orificio uterino estava um pouco mais dilatado que no dia anterior, augmentando-se um pouco esta dilatação, forçando-se os bordos do orificio com os dedos.

Tendo sido resolvido intervir por meio d'uma symphyseotomia como sendo uma operação menos grave do que

a cesariana, demais a mais n'uma parturiente que se apresentava no estado já descripto, tratou-se immediatamente de dar principio á indicada operação começando-se pelos preliminares proprios do caso de que se tratava. Foi feita a *toilette* vaginal e regiões externas visinhas taes como, coxas, perineo, hypogastro, etc...

Introduziu se em seguida uma sonda para esvasiar a bexiga, ficando a paciente em estado de se começar com a operação resolvida, começando-se desde logo por fazer a secção de todas as partes molles até á cartilagem que une os pubis o que constitue o primeiro tempo da operação. Esta divisão dos tecidos foi feita com o bisturi e o auxilio de dous afastadores.

O ligamento suspensor do clitoris, foi cortado em seguida assim como o foram algumas fibras que se dirigiam para os grandes labios.

Apresentou-se nos á vista um espaço constituido por dous labios, sendo o superior formado pelo ligamento arquatium e o inferior pela aponevrose media do perineo.

Cortaram-se egualmente as inserções dos musculos pyramidaes, fazendo-se então a applicação do symphyseotomo de Cantani, fazendo o córte de cima para baixo. Os dous ajudantes que estavam encarregados de segurar as coxas da paciente faziam ao mesmo tempo pressão sobre os osses illiacos, enquanto se fazia o córte da cartilagem publica, afim de evitar que os mesmos se afastassem rapidamente.

Effectuado completamente o córte, tratou-se de afastar os pubis, afastamento que se fez de quatro centimetros, havendo durante este tempo uma hemorragia dos seios venosos infra pubicos, hemorragia um pouco abundante mas que comtudo foi rapidamente atacada e vencida com uma simples compressão exercida com pelotas de algodão e gase.

No momento do afastamento dos illiacos, houve um pequeno movimento um pouco brusco, o qual não pôde ser impedido pelos ajudantes e muito menos pelo nosso Mestre e distincto operador o Ex.^{mo} Snr. Dr. Candido de Pinho.

Sentiu-se perfeitamente um ruido surdo que nos fez comprehender ter-se dado uma qualquer ruptura a qual

realmente foi depois reconhecida e tinha a sua séde na parte superior da vulva. Esta ruptura não interessou felizmente a uretra tendo esta ficado comprehendida no retalho maior que era o do lado esquerdo.

Esta ruptura foi depois utilizada para ser estabelecida uma drenagem entre a symphyse e o exterior. O afastamento de quatro centímetros dos illiacos não ampliou sufficientemente a bacia, pois que nem assim a cabeça do feto progrediu para a excavação, devido isto tambem em parte á falta de contracções uterinas e como não se podia augmentar o afastamento dos ossos sem grave risco, em virtude da ruptura iniciada, resolveu o nosso illustre professor fazer uma applicação de forceps immediata.

Esta applicação foi feita com todo o cuidado e habilidade, sendo introduzido em primeiro logar o ramo esquerdo, em vista da posição do feto.

O forceps foi applicado ainda no estreito superior, sahindo a creança facilmente e perfeitamente bem. Esta operação tinha começado á uma hora e quando se extrahiu a creança eram duas e um quarto.

Tirada a creança procedeu-se á sutura da ferida a qual foi feita completa e n'um só plano sendo esta sutura feita com crina.

A seguir deu-se a dequitação expontaneamente no fim de meia-hora pouco mais ou menos.

Estando a operação terminada cuidou-se em fazer a toilette da operada, fazendo-se uma irrigação vaginal abundante de agua filtrada e fervida que se conservava á temperatura de quarenta e cinco graus.

Na ruptura da vulva introduziu-se um dreno de gase applicando-se por cima um tampão de gase simples.

A' sutura fez-se o penso commum o qual consistiu em pulverisar com iodoformio, applicando [por cima gase e uma boa camada de algodão sendo este penso mantido no seu logar por meio d'uma larga faixa de baeta bastante apertada.

Com o fim de impedir qualquer movimento das coxas, pôz-se em volta dos joelhos uma tira de gase.

Em seguida mettu-se a doente na cama em decubito dorsal.

Em virtude do grande edema de que estavam atacados os órgãos genitais externos, não foi possível n'esta occasião introduzir uma sonda para permanecer na bexiga, foi impossível encontrar o meato em vista do edema.

Esta introdução da sonda foi contudo feita mais tarde passados alguns dias, tendo o edema já diminuído.

A temperatura da parturiente conservou-se sempre normal tanto antes como depois da operação.

O tratamento consecutivo á operação, consistiu em irrigações diárias e mechas de gase na ruptura, cicatrizando a ferida operatoria no tempo normal tendo sido os pontos tirados no fim de oito dias.

O tratamento fez-se na cama mettendo-se por baixo da doente uma aparadeira apropriada a taes casos e desapeitando-se n'esta occasião os joelhos.

No logar da ruptura ficou um tracto o qual suppurou até ao fim de Dezembro, applicando-se durante este tempo injeções de tintura de iodo.

A operada levantou-se pela primeira vez no dia cinco de Janeiro andando com alguma difficuldade em virtude d'uma dôr que sentia na symphyse.

A 14 de Janeiro voltou o tracto a suppurar, applicando se de novo as injeções de tintura de iodo que foram continuadas até principios do mez de Março.

N'este tempo já então a operada andava regularmente sahindo do hospital completamente curada, no dia 29 de Março de 1904 tendo estado no hospital durante quatro mezes.

Quantidade de albumina
na urina consecutivamen-
te á operação

<i>Dias dos mezes Dezembro a março</i>	<i>Quantidade de albumina por litro</i>
1	4,5
2	4,6
3	2,5
4	2
5	0,8
6	0,8
7	0,5
8	0,5
9	»
10	»
etc.	etc.

A albumina na urina augmentou a seguir á operação pois que sendo ella antes de effectuada na quantidade de tres grammas por litro, passou a 4^{ca},5 e 4^{ca},6 nos dias seguintes, passando depois a diminuir para ficar em 0^{ca},5 por litro continuando sempre até á data em que a operada deixou o hospital.

Exame da urina

Este exame sendo praticado quatro dias depois do que a parturiente foi operada, deu o seguinte resultado:

Amostra—5697
Urina —1620

<i>Caracteres geraes</i>	<i>Elementos anormais</i>
Volume—500 ^{cc}	Albumina—2 grammas
Côr—verm. amarelhada	Glu-ose—não tem
Aspecto—levemente turvo	Pig. biliares—não tem
Deposito—abundante	Irdican —abundante
Cheiro—normal	Urobilina—normal
Reacção—fracamente acida	
Densidade—1,0 15	

Exame microscopico

Numero os globulos purulentos ; alguns globulos rubros, granulações d'uratos alcalinos de soda, raros crystaes de phosphato ammoniaco magnesiaco, cellulas vericaes e das vias urinarias superiores.



PROPOSIÇÕES

Anatomia—Nem sempre existem valvulas na veia grande azygos, ao nivel da sua embocadura, nem o seu numero é constante.

Histologia—A histologia verificou que as terminações dos filetes nervosos na retina eram multiplos o que já estava demonstrado pela physiologia.

Anatomia topographica—A contração do musculo temporal, marca o limite da região do mesmo nome.

Physiologia—Os movimentos das celhas vibrates dos epithelios, são comparaveis aos dos espermatozoides.

Materia Medica—O melhor agente therapeutico na tuberculose é a alimentação em que predominem os phosphatos.

Pathologia geral—A auto-intoxicação, explica a pathogenia dos vomitos incoerciveis da gravidez.

Anatomia pathologica—A inflamação é um modo de defeza do organismo.

Operações—Para nos resolvermos a uma operação, nem sempre devemos attender o paciente ou familia.

Pathologia externa—Muitas vezes nas feridas, o melhor antiseptico é abstermo-nos d'elles.

Pathologia interna—Na appendicite não é a leucocytose que nos póde indicar a sua maior ou menor gravidade.

Partos—Em regra, nos partos de vertice, não é preciso o parteiro apressar-se para abreviar a pausa que se segue á sahida da cabeça, embora tal pausa pareça demorada.

Medicina legal—Ha casos em que se não encontra lezão alguma nos afogados.

Hygiene—A ventilação das casas é a sua melhor hygiene.

Visto
Pinho,
Presidente.

Póde imprimir-se
O Director,
Moraes Caldas.

