A SYMPHYSEOTOMIA

NAS

VICIAÇÕES PELVICAS

ESTUDOS DE OBSTETRICIA

A SYMPHYSEOTOMIA

NAS

VICIAÇÕES PELVICAS

POR

Lucio Martins da Rocha

COIMBRA
IMPRENSA DA UNIVERSIDADE
1895

19

DISSERTAÇÃO DE CONCURSO

APRESENTADA

Á

FACULDADE DE MEDICINA

DA

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A

MINHA MULHER

INTRODUCÇÃO

Na epocha que vae correndo, em que o — *multa renascentur quae jam cecidere* — surge a cada momento, por entre o enorme turbilhão de investigações scientificas que nos cerca e arrebata, não deixa de ser trabalho util e proveitoso arrancar-lhe um renascimento, condensando em algumas paginas a obra de muitos e fazendo realçar d'ellas toda a grandeza da sua doutrina.

É o que vamos fazer com a symphyseotomia, com esta brilhante e luminosa intervenção obstetrica que, esquecida quasi um seculo, está neste momento operando uma verdadeira e profunda revolução na therapeutica das viciações pelvicas.

Não ignoramos que é bem ardua e pesada a tarefa; mas na lucta que vamos emprehender, fortifica-nos e alenta-nos o sentimento puro e intimo que sempre nos inspirou o santo amor de mãe, e a extrema adoração com que olhamos as tenras creancinhas, tantas e tantas vezes sacrificadas pela versão, pelo nefando forceps, pelo abominavel embryotomo, e ainda pela sua extracção prematura do seio materno.

Salvar a mãe e o filho, tal é a sublime divisa que norteia toda a obstetricia e que guiou ainda as celebres matronas nesses tempos obscuros da arte de partejar. Pois bem: no departamento da dystocia ossea materna, é a symphyseotomia a que mais alto levanta o estandarte com o emblema da conservação das duas queridas existencias, emblema esculpido em ouro do mais fino quilate e orlado de perolas preciosas, outras tantas lagrimas de gratidão dos pequeninos seres.

Quizeramos dar a este estudo, duplamente importante e sympathico, todo o desenvolvimento a que o desejo nos impellia; impossivel, porém, nos é, attenta a exiguidade do tempo, sempre restricto para trabalhos d'esta natureza, não fallando na tranquillidade de espirito que durante alguns mezes nos roubou a doença de um ente que nos é extremamente caro.

Comprehenderá o presente trabalho quatro capitulos, precedidos de uma resenha historica.

No primeiro exporemos as experiencias cadavericas, base essencial d'este assumpto, e a confirmação clinica dos seus resultados. Aqui faremos logo salientar o valor absoluto da operação. Ás investigações de diversos auctores addicionaremos as nossas, realizadas na sala das dissecções do Gabinete de Anatomia Normal e que, em mais de um sentido, nos prestaram valiosos ensinamentos.

Confrontaremos no segundo a symphyseotomia com as diversas intervenções até aqui preconisadas e consideradas classicas. D'este confronto nascerá o valor relativo da primeira e a sua superioridade sobre as segundas.

O terceiro será consagrado ás indicações e contraindi-

cações. Veremos a que natureza de bacias e graus de aperto se estende o seu dominio.

O quarto, emfim, comprehenderá a technica operatoria com os processos mais modernos da abertura da symphyse, e meios mais efficazes e inoffensivos da extracção fetal.

E, para fechar, apresentaremos a estatistica de todos os casos que nos foi possivel recolher desde 1887 até fins de dezembro de 1894. Partimos de 1887 por ser o anno, em que se iniciaram os successos brilhantes, consequencia principal, sem duvida, da entrada franca da antisepsia em todas as maternidades.

Tal o methodo de exposição que se nos affigura mais racional.

Certamente que muitas lacunas depreciarão as poucas paginas que vamos traçar; mas os dois motivos, acima apontados, por certo despertarão a indulgencia dos que nos lerem, ao menos por dever.

E é este o nosso mais sincero desejo.

RESENHA HISTORICA

Se a historia dos conhecimentos humanos é sempre instructiva, reflectindo, em toda a nudez, o encadeamento das ideias atravez dos seculos, a historia da symphyseotomia é, além de instructiva, interessante com a sua nitida revelação de como as concepções puramente theoricas conseguem empolgar por largos annos os mais luminosos talentos, e de como tambem taes concepções caem fulminadas pela eloquencia brutal e esmagadora dos factos.

Executada pela primeira vez em 1777, vemol-a conquistar por algum tempo a sua maior gloria e em seguida caminhar para a mais completa decadencia, figurando unicamente, ha bem pouco ainda, no recanto das curiosidades historicas.

A ideia da separação dos pubis com o fim de augmentar a capacidade pelvica vae bem longe de nós.

Os arabes passavam por separar os ossos pubicos das filhas, logo após o nascimento, para que seus partos fossem felizes; e o mesmo costume alastrou pela França e Italia, figurando á testa d'este supposto humanitario serviço as tão celebres e falladas matronas, que, mercê do

sentimento de pudor e da innocuidade relativa do parto, conseguiram monopolizar a obstetricia até ao seculo XVII.

S. PINEAU, apoiando-se na celebre phrase de GALENO: — «*Non tantum dilatari sed et secari tutto possent ut internis succurratur*» — foi o primeiro que bem evidenciou a possibilidade da separação dos pubis, que mesmo propoz por meio de um instrumento cortante, sem, comtudo, ousar effectual-a.

Apezar de noções tão aproveitaveis, não obstante o conhecimento desde HIPPOCRATES das mudanças operadas nas articulações da bacia durante a gravidez, dando-se na symphyse pubica distensões mais ou menos pronunciadas, e até mesmo rupturas, o esquecimento tudo invadiu até ao ultimo quartel do seculo XVII.

Neste tempo, porém, o assumpto de novo occupou o mundo obstetrico; a Academia de Cirurgia, de Paris, discutiu-o calorosamente nas suas memoraveis sessões de 1768. A polemica foi vehementissima; e perante ella sentiu-se verdadeiramente impressionado o estudante de medicina, JOÃO RENÉ SIGAULT.

Novo ainda, mas já observador attento e bastante versado nos auctores antigos, prevê alli alguma coisa de util, de humanitario. Instigado pela curiosidade, caminha em busca de novos elementos; e, decorridos alguns mezes, apresenta á mesma Academia uma bem elaborada memoria, em cujas paginas escreve, profundamente convicto, que, tendo por mais de uma vez observado um afastamento sensivel dos pubis durante o parto, pensava que o corte da symphyse nas bacias apertadas determinaria uma ampliação sufficiente para dar livre sahida ao feto.

A douta assembleia, longe de acolher o projecto, ao menos com alguma benevolencia, lançou, pelo contrario, sobre elle o labeu da mais completa indifferença; ou, peor ainda, marcou-o com o estigma revelador de um verdadeiro desequilibrio mental.

Não admira. Ao joven estudante faltava o bordão da auctoridade; seria mesmo arrojo imperdoavel que o pygmeu ousasse levantar a voz deante dos gigantescos apostolos da sciencia. Por outro lado Sigault era medico e não cirurgião, e nesse tempo, como ha bem pouco ainda, de modo algum se admittia a ingerencia de um d'elles nas attribuições do outro.

A todas estas hostilidades, porém, alta e injustamente severas, irritantes, respondeu elle, não com o desanimo a lavrar-lhe na alma, mas com uma mais tenaz perseverança nas suas investigações. E assim aconteceu que na sua these inaugural, defendida em Angers, em 1773, escrevia com convicção inabalavel: — «*Cortae os pubis e assim obstareis a que as cabeças fetaes volumosas se encravem; cortae os pubis e d'este modo dareis ampla sahida ás cabeças encravadas*».

Desde então só esperou o momento azado para executar o seu projecto; e a 30 de setembro de 1777 fez em Paris a primeira symphyseotomia na mulher Souchot. Os resultados foram tanto mais surprehendentes, quanto é certo que esta mulher em quatro partos anteriores tinha assistido ao sacrificio dos quatro filhos.

Delegados da Faculdade de Medicina dirigiram-se no dia immediato a casa da operada; todos mergulharam o dedo na ferida, e ao verem tão feliz resultado, o enthu-

siasmo da Faculdade foi extraordinario, chegando a decretar que «*pour récompenser l'inventeur d'une découverte si utile à l'humanité on ferait graver une médaille en son honneur, comme témoignage de reconnaissance et d'admiration*».

A medalha, porém, acontece isto muita vez, tinha o seu reverso. Em tres novas operações todas as creanças succumbiram, e na quinta falléceram mãe e filho.

Após estes insuccessos e outros mais, oriundos, em grande parte, de um cego fanatismo pela nova operação, violentas e acres discussões se fizeram ouvir, separando-se os combatentes em dois grupos: — *cesarianistas* e *symphyseotomistas*. O primeiro contava os cirurgiões, os medicos o segundo.

A lucta seguiu por tal fórma que o grotesco, o insulto e a veniaga deram-se as mãos para expulsar a seriedade, o bom senso e a delicadeza. «*Qu'on s'imagine*, diz Capuron, *deux partis en présence qui se font une guerre de plume, qui se battent ou se disputent sans trop s'entendre, qui aux bonnes ou aux mauvaises raisons dont ils cherchent à faire valoir leur cause respective, ajoutent le plus souvent des injures grossières sans la rendre meilleure, qui, enfin, sont obligés de se séparer et d'abandonner l'arène sans avoir presque rien décidé, et l'on aura une idée abregée, mais exacte, de la fameuse querelle qui divisa trop longtemps les césariens et les symphysiens*».

Não obstante a enorme resistencia contra a operação sigaultiana, nada menos de trinta e quatro vezes foi ella executada até 1800, sendo dezenove na França, tres na Allemanha, uma na Inglaterra, cinco na Italia, duas na Hollanda, tres na Belgica e uma na Hespanha.

Se percorrermos agora o seculo XIX até 1892, immediatamente nos fere a vista o contraste frisante entre a Italia e as outras nações. Nestas contamos apenas vinte e uma, pertencendo dezesete á França, duas á Allemanha e outras duas á Hollanda.

O silencio foi profundo. Em França, poucos são os parteiros que, fallando d'ella, apresentam franca e desassombradamente as suas indicações e contraindicações, o seu verdadeiro merito, emfim. Em Inglaterra, encontramos unicamente HUNTER, DENMANN, AITKEN e DUNCAN; na Hollanda, BALSIUS e VAN-WY e na Belgica, só HERBINAUX; mas este, verdadeiro enthusiasta, declarando publicamente que a Academia de Cirurgia coroara em BAUDELOCQUE a ignorancia e a má fé.

Quanto aos parteiros allemães, fieis á tradição legada por SIÉBOLD (1778), continuaram lançando sobre a symphyseotomia o seu anathema: «*Felix quem faciunt alinea pericula cautum*». E os mais modernos seguiram as ideias antigas, affirmando KLEIN WAÈCHTER, em 1888, que pertencia á Italia a triste gloria de cultivar uma operação insensata, e WINKEL, em 1889, que feridas e rupturas vesicaes, lacerações das symphyses sacro-iliacas, etc., de tudo isto a symphyseotomia tinha largamente dotado a humanidade, tornando-se urgente abandonal-a de vez e para sempre.

Diversas são as causas que contribuiram para tamanho descredito e consideravel abandono.

BAUDELOCQUE, o mais encarniçado inimigo do projecto de SIGAULT, combateu-o denodadamente no seu tratado de partos, publicado em 1781; ora esta obra, considerada

classica durante meio seculo, exerceu por isso mesmo uma preponderante influencia na obstetricia. Mas, facto curioso e não raro infelizmente: o grande e talentoso parteiro abriu uma symphyse pubica com pleno successo; comtudo, teve o maximo cuidado em occultar dos collegas a sua feliz tentativa. Queremos crer que trilhou este desgraçado caminho para não vir penitenciar-se publicamente dos seus erros passados, da injustiça da sua conducta tão aggressiva.

Os proprios sectarios de Sigault não ficaram atraz na propaganda do descredito, quer pela sua ousadia, quer pela falta de pericia, quer ainda pelo seu louco fanatismo. Por toda a parte viam indicada a operação, quaesquer que fossem as circumstancias da parturiente e o grau do aperto pelvico. Assim, no quinto caso de Sigault, em que falleceram mãe e filho, a bacia contava apenas $4^{c.}$,5 no diametro promonto-pubico! E bacias houve abertas, medindo unicamente $2^{c.}$,2 no mesmo diametro!!!

Mais tarde as estatisticas, patenteando enorme mortalidade, tanto materna como fetal, embora em grande parte sequencia immediata de erros imperdoaveis, vieram incutir no animo dos parteiros os mais fundos receios.

Appareceram em seguida as escholas de Dubois, Depaul e Pajot, estabelecendo como regra o sacrificio do filho em beneficio da mãe, e, emfim, o parto prematuro artificial, satisfazendo ás mesmas exigencias que a secção da symphyse pubica; e, pairando sobre tudo isto, as discussões puramente theoricas, os largos vôos de imaginação ardente, a gymnastica cerebral na logica dos argumentos e a falta consideravel de factos valiosos, de inves-

tigações serias e de trabalhos sufficientes nos amphitheatros deante do cadaver.

Volvamos, desde já, a nossa attenção para a Italia.

Foi neste bello paiz, desherdado da sciencia obstetrica até 1728, que a symphyseotomia encontrou a mais franca, leal e sincera guarida.

Realizada pela primeira vez, em 1781, por Antonio Lavagnino, jámais se abandonou. Nessi recebeu-a como um dom do ceu e Assanili, que a fez duas vezes e assistiu a quatro outras com o mais feliz exito, disse bem publicamente que o seu maior desejo seria a publicação de uma lei, tornando-a obrigatoria, sempre que, o feto a termo, a bacia medisse menos de 8c.,1 no seu menor diametro.

Na historia da symphyseotomia em Italia sobresahiu, pelo seu vulto, a eschola napolitana, caracterisada particularmente pela completa serenidade de espirito e orientação verdadeiramente pratica do seu estudo. Sem fanatismos nem malquerenças, adversa ás discussões theoricas, estereis, procurou acima de tudo com observações e experiencias rigorosas, limitar bem o campo da sua acção, estabelecer as suas indicações e contraindicações e aperfeiçoar a sua technica operatoria.

Como illustres representantes da eschola destacaram-se Galbiati, Jacolucci, Novi, Spinelli e sobre todos Morisani, o verdadeiro propugnador da symphyseotomia, aquelle, emfim, que maiores energias consumiu para levantal-a do esquecimento e restituil-a á sua primitiva grandeza.

Ao dar á luz da publicidade, em 1863, o seu primeiro trabalho, Morisani dizia já com a profunda convicção de um crente: «Se o diametro conjugado verdadeiro oscillar

..

entre 6c.,7 e 8c.,8, e, se o feto vivo não puder extrahir-se com uma ou duas tentativas moderadas de forceps, não hesiteis: — *cortae com toda a firmeza a symphyse pubica, que não é para a mãe uma operação perigosa*».

Estas palavras encerram, como vemos, o mais alevantado enthusiasmo pelas doutrinas sigaultianas.

Desde este tempo proseguiu sem treguas na campanha da rehabilitação. Em 1879, abriu ousadamente a primeira bacia com pleno successo; e, em 1881, no Congresso Internacional de Londres, tendo deante de si um total de cincoenta casos, demonstrou por fórma brilhante e convincente o alto valor da symphyseotomia. A mesma convicção e o mesmo ardente enthusiasmo o animaram no Congresso Internacional de Obstetricia e de Gynecologia, de Roma, em 1886, ao escalpellar fria e serenamente os cento e quarenta e oito casos desde Sigault e na Sociedade Obstetrica e Gynecologica, de Napoles, á qual communicou mais dois casos da sua pratica.

De 1887 a 1892 mencionava á sua conta um total de doze operações, todas ellas acompanhadas da mais completa felicidade tanto para a mãe como para o filho.

Em fevereiro d'este ultimo anno, e na presença de Charpentier, fez uma brilhante conferencia no hospital Gesu Maria, dissertando largamente sobre o afastamento pubico compativel com a integridade dos tecidos molles e augmento correspondente dos diametros pelvicos, sobre as indicações e contraindicações da operação, e emfim sobre o seu valor relativo. «Publico-a, dizia elle, para que neste momento, em que a questão da symphyseotomia é examinada e discutida por muitas auctoridades em obstetricia,

cada um saiba as opiniões dos que jámais cessaram de a defender com fé e convicção».

A propaganda de Morisani, poderosamente auxiliado por Novi e Spinelli, apezar de ardente e sincera, parecia não despertar o echo das outras nações, adormecidas e embaladas na tetratologia classica. O marasmo e a indifferença, porém, não podiam continuar; o anathema de Baudelocque tinha os seus dias contados.

Pinard, Farabeuf e Varnier foram os primeiros despertos ao som da trombeta italiana.

Spinelli, delegado de Morisani, veio propositadamente a Paris com o fim de expôr ao primeiro a conducta do seu venerando mestre e os seus brilhantes resultados. Consultado immediatamente Farabeuf, este, mãos á obra, experimentou, mediu, desenhou, calculou, determinou, emfim, com a possivel nitidez, as condições de successo.

Deante de dados anatomicos tão positivos e animadores, e tendo a mais por seu lado a asepsia e a antisepsia, permittindo-lhe prevenir ou combater as complicações post-operatorias, Pinard passou resolutamente da theoria á pratica. Em abril de 1892 communicava já á Sociedade Obstetrica de França tres casos seus; e poucos mezes transcorridos, contava mais dez.

A symphyseotomia, desde então, resurgiu em França e, successivamente, nas diversas nações da Europa e da America. Como diz Fochier, «*le souffle généreux et ardent de Pinard est venu transformer ce foyer discret en un brasier aux lueurs fulgurantes*».

Os primeiros debates tiveram logar em março e abril de 1893 na sociedade Obstetrica de Vienna, tomando

parte Schauta, Koffer, G. e R. Braun, Werteim, etc. Todos elles argumentaram com casos seus, e a opinião geral sahiu d'este recinto bem favoravel á nova therapeutica.

Pouco depois, a mesma discussão se levantou na Sociedade Obstetrica de França. Pinard e Tarnier constituiram-se apostolos das modernas ideias; Bar e Budin destacaram-se como adversarios. Note-se, porém, que nenhum d'estes ultimos combateu em absoluto a pratica italiana, sómente se insurgiram ambos elles contra o radicalismo dos dois collegas, querendo eliminar para sempre das viciações pelvicas o forceps, a versão, a embryotomia e o parto prematuro, isto é, a tetralogia classica.

Nesta mesma sessão occorreu um facto digno de registrar-se. Tarnier entrou no debate, mas limitou-se unicamente ao confronto entre a symphyseotomia e o parto prematuro provocado, mostrando assim que perfilhava as ideias de Pinard no tocante á embryotomia, versão e forceps.

No Congresso de Gynecologia, de Breslau, em junho de 1893, o assumpto foi outra vez debatido. Os parteiros allemães, com Leopoldo á frente, apresentaram-se adversos ou muito reservados; Zweifel, porém, defendeu a operação com toda a energia propria da felicidade completa de quatorze casos por elle operados. A attitude hostil do parteiro de Dresde causou um certo espanto, pois que, pouco tempo antes, escrevera elle a proposito de dois casos seus que os parteiros deviam fazer mais symphyseotomias e menos operações cesarianas.

O Congresso Internacional de Medicina, havido em

Roma, em março e abril de 1894, tambem quiz ouvir a palavra dos mestres sobre a nova therapeutica.

O professor Adolfo Pinard apresentou á douta e numerosa assembleia um bem elaborado relatorio, onde, com os resultados da experimentação cadaverica e particularmente com os trinta e seis casos, operados na Clinica Baudelocque, fez realçar brilhantemente a superioridade da sua pratica sobre a conducta dita classica.

No mesmo sentido se manifestaram Morisani, Varnier e Zweifel. Apenas Sänger e Leopoldo divergiram, mas este ultimo já não era o grande inimigo que vimos apparecer no Congresso de Breslau. Tinha receios e por isso mostrava reservas.

A par e consecutivamente a estas pelejas de maior vulto outras se têm travado, já nas academias, já na imprensa medica.

De toda esta longa e quasi contínua refrega um facto incontestavel se desprende: — a grande maioria dos parteiros acolhe favoravelmente a operação sigaultiana. Unicamente duas escholas esgrimem sobre o valor que lhe compete. A primeira considera-a como uma operação de necessidade, de *ultima ratio* e por isso, só executavel, dada a insufficiencia do forceps ou da versão; a segunda colloca-a acima de tudo, olhando-a como preferivel á tetralogia classica e devendo executar-se antes de qualquer intervenção, que arraste comsigo a lucta da cabeça fetal contra uma resistencia ossea da bacia.

A primeira, no seio da qual contamos Bar, Budin, Leopoldo e outros, argumenta com as lacerações da vagina, bexiga, urethra, com as hemorrhagias e falta de consoli-

dação perfeita dos pubis, isto é, com um conjuncto de accidentes, já oriundos de faltas operatorias, já mesmo nascidos da sua imaginação ardente; a segunda, presidida por Farabeuf, Pinard e Varnier, escuda-se na defeza da sua justa e legitima causa, nos dados theoricos de um rigor scientifico incontestavel, e mais particularmente nos maravilhosos e surprehendentes resultados da pratica, quer da sua propria, quer do confronto d'esta com a dos adversarios.

E o que ousamos desde já affirmar sem receio de offender a verdade, é que a ultima eschola vae dia a dia ganhando terreno sobre a rival, conquistando-lhe um a um todos os esteios do seu merito tão engrandecido, e cremos mesmo que em breve a terá de vez subjugado.

A rehabilitação da symphyseotomia é hoje, pois, um facto consummado nos annaes da sciencia obstetrica. A eloquencia, sobretudo, da clinica hospitalar e privada, conseguiu já arrancal-a do obscuro recanto das curiosidades historicas e agora com ella vae subindo á meta da justa e merecida grandeza.

A sua vinda, obra de dois sabios e incansaveis apostolos da obstetricia — Morisani e Pinard —, representa, sem duvida alguma, um d'esses acontecimentos scientificos que são a maior gloria do ultimo quartel do seculo que vae findar.

«*Le retour de la symphyseotomie constitue un progrès et un grand progrès,* escreve Fochier. *Ce n'est pas seulement l'obstetrique, mais l'humanité qui doit être reconnaissante aux deux hommes qui ont contribué à cette réinstauration d'une opération conservatrice des vies humaines. Notre recon-*

naissance doit tout d'abord s'adresser à Morisani *qui, avec une clairvoyance et une ténacité admirables, a su persévérer dans la pratique de cette opération discréditée par ses revers plutôt que par son inefficacité. Elle doit aller ensuite à* Pinard, *dont le sens et l'expérience cliniques ont dirigé les premières applications de cette vieille nouveauté, dont la voix auctorisée a su, comme une trompette éclatante, porter la bonne nouvelle aux quatre coins du globe».*

A experimentação cadaverica; seus resultados e confirmação clinica. Valor absoluto da symphyseotomia

O capitulo que vamos traçar, é por certo um dos mais importantes d'este trabalho, pois representa elle a verdadeira chave do edificio do novo methodo therapeutico das viciações pelvicas.

Foi até pela carencia dos dados experimentaes, das observações recolhidas na pedra das autopsias, que os debates sobre a operação sigaultiana duraram tão longos annos, não passando quasi de moras vistas theoricas, de puras concepções imaginativas.

O afastamento dos ossos pubicos, levado muito longe, póde ter e tem realmente consequencias funestas, tanto para as articulações sacro-iliacas, como para os tecidos molles anteriores e inferiores á symphyse pubica; mas, antes de attingir um tal gráu, não haverá uma serie de afastamentos uteis e perfeitamente compativeis com a integridade de tudo isto? Sem duvida; o que resta, é conhecer o limite maximo inoffensivo.

Tal o primeiro problema que naturalmente se impõe, e

que passamos a resolver, expondo os trabalhos realizados neste sentido e as nossas proprias observações.

Leroy foi o primeiro a evidenciar-se neste campo de pesquizas scientificas. Em uma serie de experiencias, feitas em cadaveres de mulheres mortas durante o puerperio, chegou ao afastamento de 6c.,8 e mesmo ao de 8c.,1 em dois casos.

Ansiaux, convicto partidario da symphyseotomia, em quatro mulheres, mortas tambem durante o puerperio, obteve respectivamente 8c.,1, 8c.,1, 8c.,1 e 7c.,4. É verdade que em tres outras só conseguiu 4c.,1, 3c.,6 e 3c.,6, mas convém notar que nas primeiras a morte datava de poucas horas, emquanto que nas segundas de muito mais tempo, havendo já bem pronunciada rigidez dos ligamentos articulares. O proprio auctor confessou que chegaria tambem a 8c.,1, se operasse nas condições das primeiras.

Decorridos alguns mezes, apresentou á Sociedade de Medicina uma nova bacia, onde pôde attingir 8c.,1 sem a mais leve laceração ligamentosa. Á mesma Sociedade expoz Giraud outra bacia com o afastamento perfeitamente inoffensivo de 10c,8, asseverando então que em todos os casos era possivel um afastamento de 9c.,0, 9c.,5, 10c.,0 e até de 10c.,5 apenas com leves rasgaduras dos ligamentos anteriores das symphyses sacro-iliacas.

Gardien e Murat deram o limite de 8c.,1; Hatin, todavia, mostrou-se um pouco mais moderado, fixando-o entre 6c.,0 e 6c.,3.

Chailly-Honoré concluiu dos seus ensaios que não se devia ir além de 5c.,6; mas Hubert, de Louvain, affirmou, escudando-se nos seus trabalhos, que nas mulheres novas

e mortas, ha pouco, não existia perigo algum em chegar até 6 e mesmo até 8 cent.

Bouchacourt, em um brilhante e eloquente artigo sobre a «*Pubiotomia*» do *Dicc. encycl. des sc. méd.*, de 1889, artigo que muito concorreu tambem para a rehabilitação da symphyseotomia, expõe os resultados das suas demoradas investigações, realizadas com o concurso de Jaboulay e Polasson.

«Seccionada a symphyse, diz elle, os pubis afastam-se espontaneamente 6 a 8 millim. Se, depois de flectidas as coxas, as separarmos lenta e gradualmente, a divulsão pubica póde ir até 6 e mesmo 8 cent., limite superior, sem a mais leve ruptura dos tecidos molles, sobretudo se a operação é feita em mulheres novas e recentemente fallecidas».

As conclusões de Bouchacourt corroboram, como vemos, as de Hubert.

Porak e Bernheim apresentam como limite completamente inoffensivo o de 6 cent.; Morisani, Biermer e Planellas, de Barcelona, o de 7 cent.

É este ultimo numero que tambem indicam Farabeuf, Pinard e Varnier, considerando-o como limite maximo, prático e prudente.

Em 1893, Cocq, auxiliado por Hoeter, Lor, Piron e Bosselet, executou quinze experiencias. Em tres d'ellas ouviu os primeiros estalidos nas articulações sacro-iliaceas a 5 cent. de afastamento, havendo unicamente leve ruptura de algumas fibras do ligamento anterior de um dos lados; nas restantes foi até 6c,5 e em um caso até 9 cent. sem mais serias consequencias que nas primeiras.

O professor Mascarenhas, operando em uma bacia de puerpera, fallecida oito dias depois do parto, pôde attingir impunemente 7 cent.

Com o fim de formarmos uma opinião pessoal e de recolher outros ensinamentos, que só a experimentação póde dar, emprehendemos tambem cinco experiencias.

Na primeira, mulher de 44 annos, levámos o afastamento até 7 cent. sem lesão alguma. Continuando a separar os pubis, ouvimos os primeiros estalidos nas symphyses sacro-iliacas, mas mesmo a 8 cent. a ruptura, sómente dos ligamentos anteriores, apenas se desenhou.

No segundo caso, mulher de 50 annos, os primeiros estalidos sentiram-se a 5c,5 e só do lado direito. Ao afastamento de 7 cent. só um pequeno feixe de fibras ligamentosas se lacerou. A articulação esquerda permaneceu intacta.

No terceiro caso, mulher de 55 annos, a ruptura principiou a 5 cent. e do lado esquerdo, sendo, todavia, pouco pronunciada mesmo a 7 cent. A articulação direita nada deu; era tal a dureza dos seus ligamentos que parecia ankylosada.

No quarto, mulher de 60 annos, os estalidos fizeram ouvir-se tambem a 5 cent., mas d'esta vez na articulação direita. A 6 cent. poucas mais fibras se romperam; a 7 laceração pronunciada, mas não ainda completa. Na symphyse esquerda houve insignificantes alterações.

No quinto, mulher de 78 annos, as fibras ligamentosas principiaram a romper-se a 6 cent. e do lado direito, como no caso anterior. O afastamento de 7 cent. pouco mais deu. Do lado esquerdo houve apenas distensão e um certo descollamento.

Assim, sem perigo para as articulações sacro-iliacas, conseguimos levar o afastamento pubico a 7c., 5c., 5c. e 6c. Accrescentaremos mais que, embora fossemos até 8 e 9 cent., o apparelho ligamantoso posterior, bem como o ligamento inter-articular ou inter-osseo, resistiram sempre e integralmente, facto este por todos constatado e de summo alcance na futura solidez da bacia.

Do que fica exposto, resulta que a harmonia não é completa entre os diversos investigadores. Não nos admira, porém, a divergencia, se attendermos ás condições differentes que presidiram aos trabalhos experimentaes.

A edade da mulher, o tempo decorrido depois da morte, o estado de gravidez e sua epocha, a natureza e gráu do aperto pelvico, o estado são ou pathologico das articulações sacro-iliacas, o maior ou menor amollecimento dos seus ligamentos, etc., tudo isto influe poderosamente nos resultados. As observações descriptas, embora a traços rapidos, attestam-no bem claramente.

Se nas nossas quatro ultimas experiencias e em especial na segunda, terceira e quarta, o effeito obtido não foi tão satisfactorio como na primeira, a causa primordial deve encontrar-se na mais avançada edade das mulheres e no maior espaço de tempo decorrido após a morte. Na primeira os ensaios tiveram logar passadas vinte e quatro horas; nas outras só ao cabo de tres e quatro dias. O ultimo factor evidenciou-se bem no quinto caso, onde, apezar dos 78 annos de edade, conseguimos 6 cent., sendo a observação feita antes de quarenta e oito horas.

Tambem somos levados a crer que foram estes dois elementos, de que vimos fallando, e a desegual curvatura

dos ossos iliacos no terceiro caso que determinaram o afastamento asymetrico (1).

A par dos factores, acima apontados, um outro existe e de primeira ordem: — o modo de separar os pubis. Com tracções bruscas e energicas os ligamentos laceram-se mais cedo do que com tracções suaves, lentas e continuas.

Talvez mesmo algumas rasgaduras ligamentosas precoces, mencionadas por certos experimentadores, tivessem como origem, em parte pelo menos, uma abducção brusca e sacudida.

Não obstante as divergencias, atraz referidas, parecendo impossivel marcar o afastamento maximo inoffensivo, é certo, comtudo, que, na generalidade dos casos, a divulsão de 6 cent. pôde ser obtida em lesões importantes, até mesmo nas bacias de resistencia consideravel em uma das symphyses sacro-iliacas.

Ora, se tal divulsão é conseguida no cadaver, por maioria de razões o deverá ser na mulher viva, visto a morte arrastar sempre um certo gráu de rigidez dos tecidos, incompativel com uma notavel ampliação da bacia. É ver as experiencias de Ansiaux que neste ponto são clarissimas.

O que dizemos relativamente á mulher viva, melhor ainda o poderemos referir á mulher gravida ou á parturiente. Nestes estados o amollecimento e maior flaccidez

---

(1) A asymetria que appareceu nas nossas observações e que só vemos referida pelo professor Planellas, de Barcelona, quer-nos parecer que encerra uma certa importancia para o futuro das indicações e technica da symphyseotomia.

dos ligamentos dão logar a que estes mais facilmente se distendam sem se romper, recuando por esta fórma o limite do afastamento inoffensivo.

Não é isto uma mera hypothese. Porak que fez uma serie de observações em cadaveres de mulheres gravidas e puerperas, teve occasião de observar que nestas circumstancias os ligamentos resistiam muito mais á ruptura das suas fibras.

A mobilidade dos pubis, o amollecimento e maior elasticidade dos ligamentos articulares durante a gestação e nos primeiros dias do puerperio, são factos desde muito constatados. Já Hippocrates dizia que as dôres do parto se faziam sentir em todo o corpo e, sobretudo, nos lombos e nos pubis que se separavam; e depois d'elle um certo gráu de diastase da symphyse pubica tem sido notado por quasi todos os parteiros.

Gotchaux ainda não ha muito que conseguiu observal-a no serviço de Budin em puerperas recentes, e do mesmo modo Cocq no serviço de Kufferath, em Bruxellas, em quarenta mulheres gravidas.

Por todas estas considerações, e attendendo por outro lado á edade da mulher, capaz de conceber, somos levados a admittir e a sustentar que o afastamento pubico de 6 cent. é perfeitamente compativel com a integridade das articulações sacro-iliacas e que em muitos casos é possivel leval-o a 7 cent., limite pratico e prudente de Farabeuf, Pinard e Varnier.

A possibilidade vê-se facilmente nos primeiros estalidos, denunciadores da laceração ligamentosa. Apenas se ouçam, pare-se com a diastase, e não haja receio de taes

ruidos, pois que apenas um pequenissimo numero de fibras se rompeu, lesão esta que muitas vezes encontramos em diversos casos, como, por exemplo, nas entorses e sem serias consequencias.

Pelo que respeita ás partes molles antero e sub-pubicas, as suas alterações só são manifestas além de 8 cent. Até aqui a integridade é completa; a partir d'este numero, porém, vão apparecendo as rupturas dos corpos cavernosos do clitoris, da vulva, vagina, urethra e bexiga.

Não occultamos que as condições são differentes das occorridas no vivo pela passagem da cabeça fetal, mas alguns parteiros já realizaram no cadaver estas novas experiencias, e viram que a distensão uniforme do anel vulvo-vaginal pela cabeça do feto não provocava maiores accidentes que a distensão pelo simples afastamento osseo, operando, é claro, sabia e prudentemente.

Resolvido o primeiro problema, passemos ao segundo.

Já sabemos que a symphyseotomia possue um valor certo e determinado no tocante á integridade das partes molles; vejamos se o mesmo valor nos apparece quanto ao augmento da capacidade pelvica.

A separação dos ossos pubicos, levada ao limite inoffensivo, augmentará sufficientemente os diametros da bacia para dar livre passagem ao feto vivo?

Consultemos os parteiros que estudaram este assumpto e as nossas experiencias.

Leroy, já citado, verificou que com o afastamento de $2^{c.},7$ os pubis avançavam $0^{c},5$, com o de $5^{c.},4$, $1^{c.},2$, com o de $6^{c.},7$, $1^{c.},8$ e com o de $8^{c.},1$, $2^{c.},7$; isto é, para cada centimetro de desvio as linhas sacro-pubicas, ou as

distancias entre o promontorio e o topo de cada pubis dividido, cresciam, termo medio, 2^{mm},5.

Baudelocque, em uma bacia de 9 cent. de conjugado minimo ou verdadeiro, obteve com a diastase de 6^{c},8 um accrescimo de 1^{c},3 na linha sacro-pubica direita e um pouco menos na esquerda.

Desgranges, que em epochas differentes consagrou algumas horas a esta ordem de investigações, encontrou para a divulsão de 2^{c},7 um augmento de 1^{c},3, para a de 4^{c},5, 2^{c},5 e para a de 7^{c},2, 3^{c},3; isto é, 5 millim. para cada centimetro.

Ansiaux, em sete bacias com apertos diversos, mas muito pronunciados, oscillando o conjugado verdadeiro entre 5^{c},6 e 6^{c},7, conseguiu em media 2 millim. para cada centimetro de afastamento. Este accrescimo refere-se ao diametro antero-posterior ou sacro-inter-pubico, isto é, ao diametro que vae do promontorio ao centro das partes molles que occupam o logar da symphyse.

Na bacia apresentada por Giraud á Sociedade de Medicina, e cujo conjugado minimo media 8^{c},1 o augmento d'este diametro foi de 2^{mm},5 para cada centimetro de desvio.

Gardien obteve o mesmo resultado, mas notou que a bacia se amplificava antero-posteriormente tanto mais quanto mais viciada se apresentasse.

Bouchacourt, Jaboulay e Polasson dão para as linhas sacro-pubicas um accrescimo de 2 millim. por cada centimetro de afastamento; Morisani, Biermer e Planellas vão mais além, fixando-o em 2^{mm},5.

Farabeuf, o ardente defensor da symphyseotomia, con-

clue dos seus numerosissimos trabalhos que o augmento do diametro antero-posterior não é proporcional á divulsão pubica, como já o tinham notado HUBERT e PLANELLAS; pequeno para os primeiros centimetros cresce successivamente até aos ultimos. Em ensaios com bacias de apertos differentes notou tambem, como GARDIEN, que o mesmo augmento é proporcional á angustia pelvica.

COCQ, em quinze bacias por elle abertas, viu que as linhas sacro-pubicas cresciam 2 a 3 millim. para cada centimetro de afastamento.

Eis os resultados das nossas cinco experiencias:

Na primeira as linhas sacro-pubicas augmentaram 2 ½ a 3 millim. para cada centimetro. Os outros diametros não foram medidos.

2.ª experiencia

C. V. 12c.,0; Obl. 13c.,5; T. 14c.,0; Pr.-s.-p. 14c.,0 (1)

Afastamento	Augmento				Observações
	S. p. d.	S. p. e.	T.	Obl. d.	
2c.	0c.,5	0c.,5	1c.,0	0c.,5	Primeiros estalidos a 5c.,5 na articulação direita.
3c.	0c.,8	0c.,8	1c.,3	1c.,0	
4c.	1c.,2	0c.,9	1c.,6	1c.,3	Resistencia da articulação esquerda.
5c.	1c.,7	1c.,1	2c.,0	1c.,7	
6c.	2c.,0	1c.,5	2c.,4	2c.,2	
7c.	2c.,2	1c.,7	2c.,8	2c.,5	

(1) *C. V.* — Diametro conjugado verdadeiro ou minimo; *Obl.* — Diametro obliquo; *Obl. d.* e *Obl* . — Obliquo direito e obliquo es-

3.ª experiencia

C. V. 10c,5; Obl. d. 12c,3; Obl. e. 13c,0; T. 13c,0.; Pr.-s.-p. 13c,0

Afastamento	Augmento					Observações
	S. p. d.	S. p. e.	T.	Obl. d.	Obl. e.	
2c	0c,5	0c,5	0c,8	0c,4	1c,0	Primeiros estalidos a 5 cent. na articulação esquerda. Resistencia consideravel da articulação direita.
3c	1c,0	1c,0	1c,7	0c,5	1c,1	
4c	1c,1	1c,5	1c,9	0c,6	1c,9	
5c	1c,2	2c,1	2c,5	0c,7	2c,5	
6c	1c,3	2c,5	2c,7	0c,9	2c,8	
7c	1c,4	3c,1	3c,5	0c,11	3c,4	

4.ª experiencia

C. V. 9c,4; Obl. d. 11c,7; Obl. e. 11c,5; T. 12c,5; Pr.-s.-p. 12c,0

Afastamento	Augmento					Observações
	S. p. d.	S. p. e.	T.	Obl. d.	Obl. e.	
2c	0c,6	0c,6	1c,0	0c,7	0c,3	Primeiros estalidos a 5 cent. na articulação direita. Resistencia da articulação esquerda.
3c	0c,8	0c,8	1c,5	1c,3	0c,6	
4c	1c,2	0c,9	2c,0	1c,8	0c,7	
5c	1c,6	1c,1	2c,5	2c,1	1c,1	
6c	2c,1	1c,3	2c,9	2c,4	1c,3	
7c	2c,6	1c,6	3c,2	2c,5	1c,4	

querdo; *T*—Diametro transverso; *S.-p. d.*—Linha sacro-pubica direita; *S.-p. e.*—Linha sacro-pubica esquerda; *Pr.-s.-p.* ou *C. obl.*—Diametro promonto-sub-pubico ou conjugado obliquo.

5.ª experiencia

C. V. 10c.,5; Obl. d. 13c.,2; Obl. e. 13c.,5; T. 15c.,0; Pr.-s.-p. 12c.,5

Afastamento	Augmento					Observações
	S. p. d.	S. p. e.	T.	Obl. d.	Obl. e.	
2c.	0c.,5	0c.,5	0c.,8	0c.,6	0c.,6	Primeiros estalidos a 6 cent. na articulação direita. Resistencia da articulação esquerda.
3c.	0c.,9	0c.,9	1c.,2	1,c.1	1c.,0	
4c.	1c.,2	1c.,2	1c.,8	1c.,6	1c.,1	
5c.	1c.,4	1c.,4	2c.,3	1c.,8	1c.,3	
6c.	2c.,0	1c.,5	2c.,8	2c.,5	1c.,6	
7c.	2c.,4	1c.,7	3c.,4	2c.,9	1c.,8	

Examinemos estes quadros.

Em opposição ao que nos dizem Farabeuf, Giraud, Hubert e Planellas, indicam-nos elles que o augmento correspondente a cada centimetro de divulsão não é proporcional a esta. É verdade que ao ouvirem-se os primeiros estalidos em uma das articulações sacro-iliacas os diametros ou linhas sacro-pubicas do mesmo lado cresceram desde logo muito mais, como era de prever, mas, estabelecido o accrescimo, este manteve-se com pequenissimas oscillações. A mesma conservação se nota nas linhas sacro-pubicas oppostas, isto é, do lado das articulações resistentes.

Quanto á influencia do gráu do aperto as nossas experiencias não podem elucidar-nos. É certo que a bacia de 9c.,4 não deu maior amplificação, mas um só caso não

basta para tirar conclusões, pertencendo demais ao numero das que mal podem conduzir á lei de Farabeuf.

Para cada centimetro de diastase o accrescimo regulou entre 2 e 2 $^1/_2$ millim. nas linhas sacro-pubicas do lado resistente e entre 3 e 4 $^1/_2$ millim. nas linhas oppostas. Este facto antolha-se-nos de grande alcance pratico. Com effeito, por elle vemos que mesmo nos casos de desvio asymetrico, é possivel levar a separação ossea até 6 cent., contando com um augmento de 2 a 2 $^1/_2$ millim. no diametro sacro-pubico mais pequeno para cada centimetro da referida separação.

Do que fica exposto, resulta que com 6 cent. de afastamento pubico, numero inoffensivo, a capacidade pelvica cresce antero-posteriormente 12 a 18 millim. A ampliação já, na verdade, notavel, mais o será ainda nas circumstancias da sua maior necessidade, isto é, nas bacias successivamente mais apertadas, se acceitarmos a lei de Farabeuf.

O que se passa no sentido antero-posterior, dá-se ainda no transverso e obliquo. Sobre este ponto todos os parteiros têm concordado.

Jacquemier, o primeiro a insistir nestes diametros, indicou para o transverso um augmento, variando entre $^1/_3$ e $^2/_3$ do afastamento.

Desgranges e Bouchacourt observaram um accrescimo de metade e Morisani já $^1/_3$ já $^1/_2$ da divulsão.

Pinard dá para o diametro transverso 5 millim. em cada centimetro de afastamento, e Cocq 4 a 5 millim., algumas vezes 6, 7 e mesmo 9 depois da laceração de um dos ligamentos sacro-iliacos anteriores. Os diametros obliquos crescem um pouco menos.

As nossas experiencias depõem no sentido das de Coco. Para o diametro transverso o augmento, como se poderá ver nos quadros, foi de 4 a 5 millim. para cada centimetro de diastase; quanto aos obliquos o do lado resistente pouco deu, mas em compensação o do lado opposto augmentou quasi tanto como o transverso.

Á maior amplitude do estreito superior corresponde a da excavação e a do estreito inferior. Neste os diametros antero-posterior e obliquos crescem quasi parallelamente aos do estreito superior; o bi-ischiatico, porém, augmenta mais que o transverso superior, egualando quasi a divulsão.

A abertura da symphyse, seguida do afastamento dos pubis, amplifica, pois, todos os diametros da bacia, e, como consequencia, a nova therapeutica da dystocia ossea materna abrange não só as bacias rachiticas, o grupo preponderante das viciações pelvicas, mas ainda todas as outras, cujo estado permitta uma ampliação sufficiente e inoffensiva.

O que acabamos de ver não encerra todo o beneficio aproveitavel; ha tambem a entrar em linha de conta com o intervallo ou espaço inter-pubico, onde, introduzida uma das bossas parietaes do feto, o seu diametro bi-parietal diminue, de um modo relativo, é claro.

A diminuição tem sido avaliada por diversos parteiros em 6 millim.; Farabeuf, porém, demonstrou que tal numero não tem nem póde ter nada de fixo, sendo proporcionalmente tanto mais elevado quanto maior fôr a distancia entre os topos dos pubis separados.

Assim, o sabio e incansavel anatomico collocando no

estreito superior de bacias, diversamente apertadas, cabeças de feto a termo, e, produzindo em seguida a divulsão pubica, verificou que a principio apenas um segmento de pequena espessura do parietal penetrava no intervallo, mas que depois a progressão era rapida.

Eis o quadro que apresenta:

Para o afastamento de	2c.	o segmento introduzido é de			1mm.,5
»	»	4c.	»	»	5mm.
»	»	6c.	»	»	13mm.
»	»	7c.	»	»	20mm. e mais

Por isto se vê que os pequenos afastamentos dão pouco, mas o aproveitamento é já notavel a 6 cent.

É verdade que estes dados respeitam á ampliação symetrica, mas dada a asymetria, impossivel de destruir pelos meios que o mesmo professor aconselha, e de que adeante fallaremos, asymetria de resto muito rara, visto que só conhecemos um caso, ainda assim podemos contar com alguns millimetros e com quasi todo o beneficio da symetria, se a posição cephalica transversa fôr mudada em obliqua, de modo que a bossa parietal aproveite toda a abertura dos pubis.

Conhecido o valor da symphyseotomia sob o ponto de vista experimental, procuremos agora se o mesmo valor permanece no campo clinico.

Seja-nos permittido affirmar, desde já, que a clinica confirma plenamente os dados experimentaes.

Se consultarmos a estatistica, que remata este trabalho, veremos que em *cincoenta* e *dois* casos o afastamento pu-

bico attingiu um limite comprehendido entre 6 e 8 cent., e sem que as articulações sacro-iliacas soffressem o mais leve accidente, como facilmente se deprehende do restabelecimento completo das parturientes, variando entre onze e quarenta e cinco dias.

De 6 cent. contamos *dezenove*, outros *dezenove* entre 6 e 7 cent., *nove* de 7 cent. e *cinco* acima de 7; o que referido ao numero 101, total dos afastamentos conhecidos, dá uma percentagem de 51, 48 %, isto é, mais de metade. E neste numero não entram alguns casos de morte, nos quaes a autopsia não revelou alteração alguma, mesmo insignificante, no apparelho ligamentoso anterior e posterior.

Deante d'esta percentagem não nos parece licito allegar nem o pequeno numero nem tão pouco a felicidade da serie para desmerecer ou rebaixar o valor clinico confirmativo dos dados experimentaes no tocante ás referidas articulações.

Quanto aos restantes casos de divulsão desconhecida ou inferior a 6 cent., como em nenhum vemos apontado o mais leve symptoma que denuncie qualquer estado morbido dos ligamentos, somos levados a admittir que a restituição *ad integrum* se deu por completo.

Os trinta e tres casos de afastamento superior a 6 cent. corroboram ainda as considerações, atraz feitas, sobre as melhores circumstancias, em que se encontra a mulher gravida, para uma maior amplitude da bacia.

Pelo que respeita aos tecidos e orgãos antero e subpubicos, a clinica tambem confirma os resultados cadavericos.

Nos cincoenta e dois afastamentos descriptos, só duas

vezes houve ruptura da parede anterior da vagina; e advirta-se que tanto estes dois casos, como alguns outros, de que em breve fallaremos, devem imputar-se não tanto á divulsão em si, mas antes ao acto operatorio, ao *modus faciendi*, na extracção do feto, depois de cortada a symphyse.

Examinemos agora o augmento da capacidade pelvica.

A leitura, embora rapida, da estatistica diz-nos logo que tal augmento, obtido no cadaver, foi confirmado pela clinica. Assim, nas duzentas e cincoenta e quatro bacias sufficientemente abertas para a expulsão do feto contam-se diametros conjugados minimos ou verdadeiros, desde 6c.,5. Ora, se nos lembrarmos de que o accrescimo no sentido anterio-posterior oscilla entre 2 e 3 millim. por cada centimetro de afastamento e de que o diametro biparietal do feto a termo regula por 9c.,5, desde logo se torna evidente que entrou em acção o segundo beneficio, de que atraz fallamos, isto é, o encravamento da bossa parietal no intervallo ou espaço inter-pubico.

Em resumo: a symphyseotomia possue um valor incontestavel, tanto no que respeita á ampliação da cavidade pelvica, como no tocante á integridade das partes molles.

Dar-se-ha, porém, o mesmo relativamente ao acto operatorio em si? A operação é realmente grave nas suas consequencias para a mãe e para o filho?

Os dados da estatistica moderna auctorizam-nos uma resposta negativa.

Alguns parteiros, terroristas, sem duvida, mas timidos tambem e sem motivo, misturam e baralham ainda hoje os casos desde Sigault até 1887 com os d'este anno para

cá com o fim de apontar, particularmente aos novos, o quadro sombrio, sanguinolento e deshumano da nova operação. Mau processo este que só tem a recommendal-o a mais lamentavel deslealdade.

Desde Sigault até 1887, anno em que a antisepsia entrou francamente em todas as maternidades, e em que os successos felizes principiaram a abrilhantar a pratica dos parteiros no augmento momentaneo da cavidade pelvica, 148 symphyseotomias se executaram em diversas nações europeias.

A mortalidade materna de 31,08 % e fetal de 39,86 %, não podiam, com effeito, deixar de incutir os mais fundos receios na pratica de tal operação; mas porventura é licito pegar nestes elevados numeros e incorporal-os na estatistica moderna para concluir do valor exacto, real da symphyseotomia? Por certo que não. As estatisticas da era pre-antiseptica, como muito sensatamente diz Henrotay, não têm na epocha actual valor algum, a não ser para mostrar a superioridade de certos genios que conseguiram sem o precioso concurso da antisepsia resultados quasi viaveis ainda hoje.

Nas *duzentas e cincoenta e quatro* symphyseotomias, realizadas desde 1887 até janeiro d'este anno, e que nos foi permittido conhecer, encontramos *vinte* e *nove* mães mortas ou seja uma mortalidade de 11,41 %.

Este numero que já demasiadamente se destaca do que offerecem as estatisticas antigas, representa ainda a percentagem bruta, integral. Se isolarmos o que é, do que não deve ser imputavel á operação, chegamos a uma mortalidade pequenissima, insignificante.

Resumamos em um quadro as causas da morte.

Molestias independentes da symphyseotomia

Sete obitos

Obs. 67 (Torngren).
Obs. 100 (Ribemont).
Obs. 132 (Olshausen).
Obs. 140 (Kaschkaroff).
Obs. 151 (Davis).
Obs. 158 (Ekstein).
Obs. 194 (Pinard).

Septicemia pura por falta de antisepsia ou por muitas applicações de forceps anteriores á secção pubica

Sete obitos

Obs. 92 (Beugnie).
Obs. 146 (Kreider).
Obs. 148 (Wertheim).
Obs. 149 (Chrobak).
Obs. 197 (Braun).
Obs. 174 (Chauta).
Obs. 209 (Koffer).

Já infectadas antes da symphyseotomia

Dez obitos

Obs. 17 (Martino).
Obs. 53 (Ribemont).
Obs. 109 (Schwartz).
Obs. 159 (Braun).
Obs. 161 (Pinard).
Obs. 171 (Braun).
Obs. 179 (Broomall).
Obs. 239 (Bouffe).
Obs. 246 (Wallich).
Obs. 248 (Braun).

Faltas operatorias

Dois obitos

Obs. 58 (Tellier).
Obs. 61 (Fochier).

Ruptura uterina por applicações de forceps

Obs. 88 (Porak).

Phlebite uterina

Obs. 102 (Maygrier).

Tuberculose pulmonar e hemorrhagia operatoria

Obs. 49 (Mascarenhas).

O primeiro grupo é de todo evidente que nada tem com a symphyseotomia.

O segundo, encarado imparcialmente, tambem não deve imputar-se ao acto operatorio. A septicemia puerperal nitida e confirmada pela autopsia, sem o mais leve vestigio de suppuração na ferida traumatica, cremos evidenciar bem que este grupo é o representante infimo d'essa enorme mortalidade de outr'ora, levada ás maternidades pelos infinitamente pequenos.

O terceiro grupo está nas condições do segundo. As parturientes, antes de soffrer a operação, apresentavam-se já manifestamente infectadas, com temperatura elevada, cheiro fetido do liquido amniotico e dos corrimentos vaginaes, etc.; algumas tendo soffrido diversas applicações de forceps fóra e dentro das maternidades, outras com o sacco das aguas aberto desde muito tempo.

Poderá, é certo, dizer-se que estas mulheres não teriam succumbido, se a symphyseotomia não viesse com o traumatismo aggravar o seu estado. Talvez; mas para julgar a operação verdadeiramente responsavel, seria mister provar sem duvidas nem hesitações que qualquer outra intervenção não faria o mesmo; e os casos d'esta ultima natureza, já observados por muitos parteiros, nada ajudam na pedida prova.

Neste grupo temos unicamente as Obs. 109 e 246, onde a incerteza póde pairar na esphera psychica dos mais meticulosos, pelo facto da ferida operatoria entrar em franca suppuração; mas demos de barato que do fóco purulento irradiaram os elementos pathogenicos que victimaram as operadas, que a abertura da symphyse pubica

deve ser a unica accusada de tão triste resultado e lancemos á sua conta estes dois casos.

As Obs. 58 e 61, pelas circumstancias que as revestiram, estão fóra do combate. Levar o afastamento na primeira a 10 cent., tendo a bacia 9 cent. de conjugado minimo, e não fazer parar a hemorrhagia de uma arteria do volume da radial, segundo diz o auctor, é quasi seguramente um crime de lesa sciencia e consciencia. Na segunda, não obstante a bacia medir 9c.,5 no mesmo conjugado, a divulsão provocada foi muito grande, apparecendo, como era de prever, extensas lacerações da bexiga e vagina e uma abundante hemorrhagia, que victimou a pobre operada tres horas depois.

Não ha duvida de que a estes dois casos cabe bem a celebre phrase de Morisani: «*Del l'artefice son colpa et non del arte*».

A Obs. 88 tambem não deve attribuir-se á symphyseotomia; o proprio auctor é o primeiro a confessal-o. Ao entrar em Lariboisière com setenta e oito horas de trabalho e 39° de temperatura, a mulher tinha já soffrido tres applicações de forceps e depois da entrada soffreu outras tres. A autopsia mostrou a Porak uma ruptura uterina, consequencia do forceps.

A Obs. 102 é a terceira que poderá lançar-se á sua conta; comtudo, não deixaremos de lembrar e frizar bem que a parturiente entrou na Maternidade com o sacco das aguas já roto e sem ter recebido cuidados alguns antisepticos e até mesmo da mais simples e ligeira limpeza, o que talvez concorresse, pelo menos em parte, para a manifestação da phlebite.

A morte da mulher que constitue a Obs. 49 é considerada pelo professor Mascarenhas como dependente da hemorrhagia operatoria e particularmente do depauperamento geral e da presença de lesões tuberculosas latentes e antigas. A autopsia revelou a mais completa integridade do utero e annexos e dos ligamentos anteriores das symphyses sacro-iliacas; nada de suppuração; fortes adherencias pleuraes e alguns nucleos tuberculosos nos pulmões e nos ganglios peri-bronchicos. A hemorrhagia um pouco abundante foi devida ao estado extremamente varicoso das veias ante e retro-pubicas.

A symphyseotomia não é ainda neste caso a unica culpada do fatal successo, é esta mesma a opinião do talentoso professor; mas, como o traumatismo influiu em muito, não deixaremos de mencional-a.

Resumindo, temos em *duzentos e vinte e nove* casos (254 menos os 25 eliminados) *quatro* mães mortas ou seja uma mortalidade de 1,74 %.

A percentagem obituaria, pela sua pequenez, constitue a melhor e mais frisante prova do accordo entre a experimentação e a clinica, o melhor monumento em honra da nova therapeutica das viciações pelvicas, olhada pelo lado materno.

Vejamos agora o que acontece para o feto.

Nos referidos *duzentos e cincoenta e quatro* casos contamos *trinta e sete* fetos mortos ou 14,56 %. Este numero, já bem inferior ao das estatisticas antigas, encerra ainda o total dos insucessos. Se analysarmos serenamente e com toda a imparcialidade as causas da morte, a percentagem baixa de um modo consideravel.

É o que vamos ver no seguinte quadro:

Applicações multiplas de forceps antes da symphyseotomia

Dezeseis obitos

Obs. 40 (Duchamp).
Obs. 53 (Ribemont).
Obs. 64 (Merlein).
Obs. 72 (Remy).
Obs. 73 (Jewett).
Obs. 75 (Zweifel).
Obs. 88 (Porak).
Obs. 89 (Michael).
Obs. 109 (Schwartz).
Obs. 111 (Latzko).
Obs. 118 (Moussoux).
Obs. 133 (Budin).
Obs. 140 (Kaschkaroff).
Obs. 149 (Chrobak).
Obs. 198 (Fritsch).
Obs. 205 (Pinard).

Molestias independentes da operação

Dois obitos

Obs. 70 (Zweifel).
Obs. 100 (Ribemont).

Asphyxia por circulares ou secção do cordão

Dois obitos

Obs. 31 (Caruso).
Obs. 124 (Potocki).

Mortes anteriores á symphyseotomia e não diagnosticadas, excepto uma

Quatro casos

Obs. 65 (Pantolini).
Obs. 83 (Schwartz).
Obs. 92 (Beugnie).
Obs. 91 (Queirel).

Symphyseotomia incompleta ou insufficiente seguida de tracções energicas de forceps ou de embryotomia

Cinco obitos

Obs. 30 (Pinard).
Obs. 60 (Harajewicz).
Obs. 93 (Potocki).
Obs. 97 (Bouffe).
Obs. 102 (Maygrier).

Fraqueza congenita

Obs. 39 (Varnier).

Asphyxia por longo trabalho com ou sem procidencia do cordão ou do braço	Obs. 153 (Broomall).
	Obs. 199 (Fritsch).
	Obs. 232 (Wallich).
Seis obitos	
Obs. 13 (Morisani).	**Causas não designadas**
Obs. 17 (Martino).	
Obs. 21 (Caruso).	Obs. 29 (Novi).

O primeiro grupo comprehende os casos, em que a symphyseotomia foi precedida de applicações de forceps no estreito superior, seguidas de tracções mais ou menos energicas. A responsabilidade da morte d'estas dezeseis crianças deve recahir, por certo, sobre o nefasto instrumento, que determinou fracturas, cavalgamentos pronunciados dos ossos da cabeça, hemorrhagias meningeas, etc., unica causa do triste desenlace. São desgraçadas victimas dos processos ditos classicos, manifestações d'esse desejo injustificavel em querer mostrar, quasi á viva força, a necessidade urgentissima, absoluta, da secção pubica.

O segundo, terceiro e quarto grupos estão fóra de toda a discussão; as mortes foram todas independentes da symphyseotomia. No caso de Schwartz (Obs. 83), abriu-se a bacia para salvar unicamente a mãe; a cabeça do feto, separada do tronco, tinha ficado encravada no estreito superior.

Os cinco casos do quinto grupo tambem não podem figurar, fallando com toda a imparcialidade, no obituario da symphyseotomia. A responsabilidade pertence aos ope-

radores, que, não ampliando sufficientemente a cavidade pelvica, deixaram que a cabeça abrisse ella propria o caminho, reduzida no seu volume pelo forceps ou pelo embryotomo.

Só um caso houve (Obs. 102), em que a embryotomia se tornou indispensavel pelo facto do volumoso fibroma que occupava a excavação, não deixar de modo algum extrahir o feto vivo; mas ainda aqui a symphyseotomia não póde responder pelo resultado.

Na Obs. 39 a criança succumbiu á fraqueza congenita. Foi victima do parto prematuro artificial que a lançou tão cedo no meio, onde a lucta era demasiadamente grande para as suas debeis forças.

Depois d'esta eliminação justa e racional ficam os sete ultimos casos.

O da Obs. 29, embora desconheçamos a causa verdadeira da morte, apontal-o-hemos á conta da secção pubica. Quanto aos seis de asphyxia por longo trabalho, os adversarios servem-se propositadamente d'elles para mostrar onde está o perigo da nova therapeutica das viações pelvicas, allegando que o parto prematuro provocado em tempo competente, na occasião opportuna, ou o forceps applicado tambem a tempo, salvariam todos estes fetos.

Eis um argumento que não logra convencer-nos completamente. Para fazel-o seria mister provar que, provocado o parto, as procidencias não appareceriam e que as estatisticas não dizem a verdade, quando dão a mortalidade fetal de 30 % para o parto prematuro artificial e de 27 % para o forceps applicado ao estreito superior apertado.

Mas supponhamos que a expectação prolongada, confiando na symphyseotomia, foi a unica causa da morte e apontemos tambem estes seis casos no activo da operação.

Temos, em resumo, em um total de *duzentos e vinte e quatro* casos (254 menos os 30 eliminados) *sete* fetos mortos ou 3,12 %.

Este numero tão baixo, tão pequeno, comparado com o das primeiras estatisticas ou com o das outras intervenções obstetricas, rivaes da symphyseotomia, representa o segundo monumento, mais grandioso ainda que o primeiro, da moderna therapeutica da dystocia ossea materna.

Mas continuemos mais além na apreciação do valor absoluto da heroica therapeutica.

Os seus inimigos e descrentes, offuscados pelo brilhantismo da estatistica no tocante á mortalidade, trazem á arena do combate as consequencias immediatas e afastadas, e apontam as lacerações dos tecidos molles, as hemorrhagias e, sobretudo, a falta de consolidação dos ossos pubicos, ferindo a mulher na sua marcha e gestações futuras.

Felizmente que a clinica se encarrega de responder firme e serenamente a taes receios, bem pouco ou nada fundados.

Nas *duzentas e cincoenta e quatro* observações lá desponta uma ou outra vez mais abundante hemorrhagia, mas cessando desde logo com a simples compressão de um pedaço de gaze iodoformada, e por vezes mesmo só com o contacto dos pubis. Em dois casos foi, é verdade, quasi fulminante; as razões, porém, são já conhecidas. Quernos até parecer que ao extraordinario caso de Tellier, pre-

sidiu antes uma anomalia operatoria do que uma anomalia vascular.

Das lesões nas symphyses sacro-iliacas já dissemos o bastante para não insistir novamente aqui. Quanto á integridade dos orgãos visinhos da symphyse pubica a estatistica dá quatro fistulas vesico-vaginaes (Obs. 10, 20, 24 e 198), sete lacerações da parede anterior da vagina (Obs. 75, 76, 95, 98, 107, 149 e 191), uma laceração do vestibulo (Obs. 119), outra do collo uterino (Obs. 72), outra do clitoris (Obs. 199) e duas da bexiga (Obs. 58 e 61). Eliminando as duas ultimas (casos de Tellier e Fochier) pelos motivos apontados, restam quatorze.

Juntando a estas mais quatro rasgaduras da parede anterior da vagina, occorridas no serviço de Pinard, Clinica Baudelocque, chegamos ao total de dezoito; referidas ao numero dos casos dão a morbidez de 7,08 %.

Se attendermos a que todas ellas foram facilmente reparadas, claro é que este accidente de modo algum poderá justificar as serias apprehensões dos adversarios. Advirta-se ainda que muitos operadores nada dizem sobre o modo da extracção fetal, e talvez tenha ella influido nas lesões citadas. Demais, presentemente, com o emprego de certas manobras, aconselhadas por Kufferath, Gueniot, Varnier e Farabeuf para extrahir o feto, as consequencias immediatas, de que acabamos de fallar, apparecem dia a dia mais raras.

Pelo que respeita á falta de consolidação dos pubis, a estatistica mostra ainda que a cura foi completa, voltando as operadas ás suas habituaes ou ordinarias occupações,

excepção unicamente feita para dois casos do nosso conhecimento.

No primeiro (Obs. 118) a consolidação completa não chegou a dar-se; mas note-se que a mulher não supportou o apparelho gessado que Moussoux lhe applicou, ficando por isso mal unidos os topos osseos. A isto veiu ainda juntar-se a suppuração na symphyse e a formação de trajectos fistulosos e de fongosidades (1).

No segundo (Obs. 252) a reunião não existia ao cabo de mez e meio; no entretanto, um serio exame demanda este caso, particularmente sobre as condições, em que foi collocada a mulher, e sobre os meios de coaptação pubica.

É possivel que estes ultimos, como acima, não fossem sufficientes.

A experimentação animal corrobora por sua vez os resultados clinicos.

---

(1) Esta observação é interessante e elucidativa. Tres mezes depois da symphyseotomia a mulher foi operada por Demons que fez a raspagem dos trajectos fistulosos e a eliminação de uma lamella cartilaginea necrosada. Curada a ferida, sahiu do hospital, mas, decorridos alguns dias, sentiu novas difficuldades na marcha, não a impossibilitando, comtudo, de trabalhar. Em julho de 1893 um fóco purulento appareceu na symphyse. Binaud resolveu abrir de novo a symphyse; avivou com o bisturi as superficies pubicas, e reuniu os ossos por uma dupla costura perdida com fio de prata. A cura d'esta vez foi completa.

Mostra este caso, como vemos, que, dada mesmo a ausencia de reunião completa, integral, dos ossos pubicos, por quaesquer circumstancias impossivel de evitar, uma nova operação com costura ossea ou mesmo fibrosa, bem feita, restituirá á bacia toda a solidez primitiva e á mulher o restabelecimento perfeito.

Bumm, Strogonoff e Cocq, executaram a symphyseotomia em diversos animaes e em todos os casos assistiram á união perfeita e completa dos pubis por intermedio do tecido fibroso.

Este tecido de nova formação é resistente bastante para dar á bacia toda a solidez necessaria, mas não tanto tambem que não permitta o ser cortado facilmente pelo bisturi, assegurando d'este modo novas e futuras intervenções. É o que podemos ver nas mulheres gravidas, tendo soffrido a symphyseotomia no parto anterior, e nas mulheres operadas pela segunda vez.

As primeiras nenhum embaraço notaram na sua marcha; nas segundas, e nós temos conhecimento de quatro (Obs. 123, 236, 251 e 253), o operador não encontrou difficuldades em abrir a bacia.

Em resumo:

A operação de Sigault, votada ao abandono durante mais de um seculo pelos erros de uns e infundados receios de outros, resurge hoje á luz da obstetricia com um incontestavel valor absoluto, tanto sob o ponto de vista da integridade dos tecidos da bacia e do augmento da sua capacidade, como no respeitante aos resultados operatorios.

A mãe que beija carinhosamente o fructo dos seus amores, que a operação lhe restitue, póde alimentar ainda a grata esperança de uma nova restituição.

E é este tambem um dos lados altamente sympaticos e humanitarios da moderna therapeutica obstetrica, que ora se levanta triumphante e gloriosa.

A symphyseotomia nas suas relações com o parto prematuro artificial, forceps, versão e operação cesariana

No capitulo anterior cremos ter demonstrado bem á luz dos factos experimentaes e clinicos que o valor absoluto da symphyseotomia deve considerar-se hoje um successo consummado nos annaes da sciencia obstetrica.

Este conhecimento, porém, só por si não basta.

O parteiro a braços com uma angustia pelvica ficará perplexo, indeciso, entre a conducta dita classica e a nova therapeutica; e, na sua determinação, necessariamente tem de pôr em conflicto as garantias de uma e outra, quer sob o ponto de vista geral, quer pelo que respeita ao caso especial a resolver.

Indispensavel é, pois, o estudo comparativo da symphyseotomia com as intervenções suas rivaes; e é isto mesmo o que vamos fazer, iniciando o assumpto o parto prematuro artificial, primeiro parallelo naturalmente imposto.

Confronto entre a symphyseotomia e o parto prematuro artificial

O parto prematuro artificial que á primeira vista parece conciliar, tanto como a symphyseotomia, os interesses da mãe e do filho, é, comtudo, inferior a esta ultima, quanto á conservação das duas preciosas existencias.

Dil-o a theoria; affirma-o a clinica.

No estudo do primeiro, referente, é claro, ás bacias viciadas, todas as attenções têm gravitado em torno da determinação dos dois elementos: — natureza e gráu do aperto pelvico e valor dos diametros cephalicos fetaes nas diversas edades da gravidez.

Como os apertos são muitissimo mais frequentes no sentido antero-posterior, e como, por outro lado, em taes bacias o polo cephalico do feto se orienta de modo a haver correspondencia entre o seu diametro bi-parietal e o diametro promonto-pubico, d'aqui todo o interesse em avaliar estes dois diametros.

Para medir o promonto-pubico recorre-se aos differentes processos de pelvimetria e particularmente á pelvimetria digital; quanto ao bi-parietal as observações de Burns, Salomon, Dubois e Tarnier foram concordes em affirmar que possue em centimetros um numero pouco mais ou menos egual ao numero de mezes da gravidez.

Com estes dados diz-se que o parto deverá ser provocado no mez correspondente ao valor em centimetros do promonto-pubico; isto é, ao setimo mez se este diametro tem 7c,0, aos sete mezes e meio se tem 7c,5, etc.

Estas noções classicas peccam, como é facil de ver, por demasiadamente theoricas e mais ainda pela extrema difficuldade do seu exacto conhecimento.

Assim, a medida do diametro promonto-pubico ou conjugado verdadeiro é dada pelo diametro promonto-subpubico ou conjugado obliquo, subtrahindo d'este, termo medio, centimetro e meio. Ora, a differença entre os dois é muito variavel, dependendo a variabilidade da altura, espessura e inclinação da symphyse pubica, e da altura do promontorio em relação á mesma symphyse. Pinard e Farabeuf viram-n'a oscillar entre alguns millimetros e 3c,0, Cocq entre 1c,2 e 2c,6 e nós mesmo, nas cinco bacias referidas, entre 1c,5 e 2c,5. Na avaliação, pois, do diametro conjugado verdadeiro surge o primeiro embaraço.

Supponhamos, porém, que o parteiro assenta em um determinado numero; resta-lhe agora conhecer a edade exacta da gravidez para ter o diametro bi-parietal do feto.

Aqui a difficuldade é bem mais seria, porque, se os erros são frequentes nas bacias normaes, peor acontece nas bacias viciadas. Dubois, que se dedicou a este estudo com particular interesse, declarou que um erro de quinze dias era possivel na grande maioria dos casos, indo mesmo em muitos d'elles até vinte e trinta dias. E já o primeiro erro é cousa de grande monta na intervenção que apreciamos.

A esta carencia de dados seguros na avaliação do volume da cabeça do feto, que, demais, nem sempre está em harmonia com as dimensões do seu todo, accresce ainda a variabilidade do gráu de ossificação e consequentemente da reductibilidade dos seus ossos.

Perante uma base diagnostica tão falha de solidez não admira que a therapeutica se mostre vacillante.

Os parteiros, entre o provocar o parto muito prematuramente ou muito tarde, preferem commetter o primeiro erro a não cahir no segundo com o receio da operação cesariana ou da embryotomia; mas na primeira alternativa a criança, trazendo comsigo o estygma da fraqueza congenita, mal poderá vencer as influencias do novo meio.

E, quando algum, temendo esta fraqueza, ousa contemporizar por mais uns dias, lá vem, regra geral, o forceps ou a versão, que nem deixam ao filho toda a integridade da sua vida, nem á mãe toda a segurança da sua saude e da sua propria existencia.

A symphyseotomia não labora, felizmente, entre taes escolhos. Augmentando sufficientemente a capacidade pelvica, deve permittir a expulsão de crianças não só vivas, mas perfeitamente viaveis, e sem graves consequencias para a parturiente.

Theoricamente, pois, e é este o ponto de vista que temos encarado, a operação sigaultiana está acima do parto prematuro artificial na escala da conservação das duas vidas.

A pratica concorda perfeitamente com o logar marcado pela theoria. Interroguemos as estatisticas d'estes ultimos annos.

Charpentier, na ultima edição (1890) do seu — *Traité pratique des accouchements* — ao confrontar as estatisticas de todas as intervenções preconisadas nos apertos pelvicos, assignala ao parto prematuro artificial 3,9 % de mortalidade materna.

Korn, reunindo em 1888 a pratica dos mais sabios par-

teiros allemães, nada menos de quatorze, dá em *quatrocentos e cinco* casos *onze* mães mortas ou 2,7 %.

As estatisticas mais recentemente publicadas de Tarnier, Kufferath, Gaulard e Caldereni fornecem em *cento e dezeseis* casos apenas *uma* mãe morta ou 0,86 %.

Pondo em parallelo estes resultados com os que nos apresenta a symphyseotomia, vemos que, pelo lado materno, esta não se avantaja ao parto prematuro provocado; uma intervenção não vale mais que a outra.

Mas não esqueçamos a divisa — salvar a mãe e o feto; e pelo que respeita a este a differença é verdadeiramente extraordinaria.

Vejamos.

Korn, nos casos atraz citados, aponta *cento e trinta e tres* fetos mortos ou 32,75 %. Varnier na pratica de parteiros allemães e francezes encontra, em 1893, a mortalidade media de 34,56 %.

A percentagem mais baixa, hoje conhecida, é a de Tarnier com 18 %; note-se, porém, que o talentoso professor menciona unicamente as crianças mortas dentro dos primeiros nove dias, sendo certo que muitas outras succumbem além d'este tempo.

Se confrontarmos agora estes numeros ou a mortalidade de 30 %, em numeros redondos, com a mortalidade de 3,12 % que acompanha a symphyseotomia, a superioridade d'esta sobre o parto prematuro provocado não póde ser mais frisante.

Ainda mesmo que comparemos a pratica de Tarnier com a mortalidade total de 14,56 % da secção pubica, a differença mantem-se bem sensivel.

Mais ainda. Sabe-se hoje pela adopção da nova therapeutica, e particularmente pela conducta seguida na Clinica Baudelocque, onde Pinard evita systematicamente provocar o parto prematuro, que quasi *tres* provocações se fazem inutilmente para *uma* só necessaria.

Sendo assim, o parteiro, acorrentado ás ideias ditas classicas, partejará prematuramente, por exemplo, *quatrocentas* mulheres, emquanto que o adepto da nova operação, deixando a gravidez ir ao termo, só abrirá *cem* symphyses. Com a mortalidade de 30 % para o parto prematuro artificial, o primeiro terá *cento e vinte* crianças mortas; o segundo só póde ter *cem*, suppondo que são todas sacrificadas.

Em resumo: no tratamento das viciações pelvicas, a symphyseotomia avantaja-se superabundantemente ao parto prematuro provocado na conciliação dos interesses materno e fetal.

Confronto entre a symphyseotomia e o forceps

No parallelo que vamos estabelecer entre a symphyseotomia e o forceps, trilharemos o mesmo caminho do paragrapho antecedente. Primeiro que tudo, porém, julgamos indispensavel expôr, embora a traços rapidos, o chamado mechanismo normal do parto nas bacias anormaes para assim melhor comprehendermos se o forceps auxilia a natureza ou a imita no caso de impotencia absoluta.

O que vamos dizer respeita ás bacias viciadas. Motivam a escolha a sua enorme frequencia, relativa ás outras, e

ainda o procedimento dos propugnadores do forceps, os quaes na defesa do instrumento argumentam particularmente com os resultados conseguidos em taes bacias.

A cabeça do feto, em todos os movimentos que executa na sua passagem atravez do canal pelvi-genital, orienta-se de modo a fazer concordar os seus maiores diametros com os maiores diametros do canal. Como nas bacias rachiticas o aperto é antero-posterior, o polo cephalico colloca-se transversalmente ao estreito superior; e, como o eixo d'este é mais obliquo que o eixo do utero na situação normal, o mesmo polo encontra-se inclinado sobre a parietal posterior, isto é, em *asynclitismo* posterior.

Sob a influencia das contracções uterinas a inclinação do parietal posterior accentua-se; a cabeça, em attitude intermediaria á flexão e extensão, flecte-se um pouco mais, apresentando ao promontorio a região preauricular deprimida e mais reductivel que a região anterior. O diametro agora em conflicto com o promonto-pubico é o temporo-parietal.

Á medida que as contracções actuam, a depressão da zona preauricular augmenta, e chegada ao limite sufficiente, a cabeça executa um movimento de rotação em volta do promontorio, indo occupar o parietal posterior a concavidade do sacro. Com este movimento o parietal anterior abaixa e desce na excavação; uma vez n'esta, o parto continua como nas bacias normaes.

Ha aqui, como vemos, dois elementos de summo valor: — *posição transversa com attitude asynclitica posterior e movimento de rotação em torno do angulo sacro-vertebral.* Este movimento é de primeira importancia.

Conhecido o mechanismo, vejamos se o forceps o auxilia ou imita. Para que tal aconteça é necessario que flicta um pouco mais a cabeça, que corrija o *asynclitismo*, e que reduza da quantidade precisa o diametro fetal em conflicto com o antero-posterior apertado.

Tres modos de applicação têm vogado na obstetricia: — *transversa* ou *fronto-parietal*, *obliqua* ou *fronto-mastoidea* e *antero-posterior* ou *bi-parietal*.

O primeiro, muito conhecido nas maternidades allemãs, é hoje pouco empregado. Reduzindo o diametro antero-posterior da cabeça do feto, sem necessidade, augmenta os seus diametros transversos que devem diminuir; o obstaculo, longe de desapparecer, aggrava-se. Além d'isto, a cabeça é comprimida em duas direcções perpendiculares, pelo forceps e pela bacia, e uma tal compressão é de todas a mais nociva.

O segundo modo, embora mais racional que o primeiro, tambem está longe de satisfazer. Collocada a colher posterior sobre a região mastoidea e a anterior sobre a bossa frontal, acontece que esta ultima não corrige o *asynclitismo* e impede a flexão; as duas juntas, reduzindo o diametro fronto-mastoideo, augmentam os perpendiculares e mais ou menos obliquos a elle, como o biparietal e o bi-temporal.

Mais ainda. Se no momento das tracções a concavidade das colheres começa a dirigir-se para deante, o que por vezes succede, então ao promonto-pubico corresponderá o diametro cephalico augmentado, que é perpendicular ao fronto-mastoideo reduzido. E lá está a compressão em direcções perpendiculares.

Os dois modos, de que vimos fallando, dão uma presa

irregular, má, ás colheres; d'onde o natural desarranjo do instrumento e a necessidade de novas applicações. A facilidade da sua execução demanda uma certa fixidez da cabeça no estreito superior; movel acima d'elle, as difficuldades são taes que a maioria dos parteiros opina pela versão.

As applicações antero-posteriores ou bi-parietaes, embora satisfaçam á apprehensão ideal do feto, tambem nos apparecem eivadas de serios inconvenientes.

A sua realização exige uma certa mobilidade da cabeça, a fim de se flectir um pouco mais; a manobra, porém, deve ser espinhosa e mesmo impossivel em certos casos.

Se a flexão prévia não foi sufficiente, tem de retirar-se o instrumento e applical-o de novo; ora, estas repetidas applicações nem salvam muitas vezes o feto nem respeitam sufficientemente a integridade dos tecidos maternos.

Postas as colheres no sentido antero-posterior e articuladas, o que nem sempre é facil, vê-se que a sua presença augmenta o aperto. Antes de applicado o forceps, as compressões dão-se entre tecidos molles; collocado elle, são já superficies duras que apertam, e do lado da mãe, não fallando no feto, podem resultar e têm resultado contusões de uma certa gravidade e até rupturas uterinas.

Aos inconvenientes peculiares a cada modo, outros ha ainda de um caracter commum.

O ovoide cephalico, dissemos nós, transpõe o estreito superior, executa o *engagement*, em virtude de um movimento de rotação em torno do promontorio, fazendo com que o seu eixo, até alli divergente do eixo do estreito superior, convirja para elle. Onde está o forceps ou modo de

applicação capaz de imitar ou favorecer este movimento capital do mechanismo do parto nas bacias rachiticas?

Por emquanto não o vemos. Para que a elle assistissemos, seria mister poder dirigir as tracções no sentido do eixo do estreito superior; mas a esta direcção oppõe-se tenazmente a resistencia do perineo. Nem os forceps de curvatura perineal, nem a manobra do grande parteiro PAJOT, transformando o instrumento em alavanca inter-potente, satisfazem ao *desideratum*.

O que se tem feito e o que se faz ainda, é exercer as tracções tanto quanto possivel para baixo e para traz; se a força não basta, augmenta-se um pouco mais, até que a reducção da cabeça compense o *synclitismo* que não é possivel conseguir. E o feto lá vem, é verdade, mas muitas vezes já morto ou com essas lesões que apenas lhe permittem uma vida curta, transitoria.

Aqui a força faz mais que a arte, como diz FARABEUF.

As applicações obliquas e antero-posteriores possuem a mais um gravissimo inconveniente. A colher posterior fecha por completo a concavidade do sacro; e inutilizada por esta fórma como que a valvula de segurança, o movimento de rotação, tão necessario, tão essencial, tão indispensavel, para que o ovoide cephalico se liberte do annel que o aperta, não póde effectuar-se.

«*Dans ces derniers modes* (obliquo e antero-posterior) *proclamés à Paris les moins offensifs, le forceps,* escreve o professor FARABEUF, *n'a qu'une manière de servir — la traction; il en a deux de nuire: — il ponte et supprime la concavité sacrée, empêchant la tête de l'utiliser en s'engageant; il aplatit la tête et la défonce, particulièrement le parietal ou*

le frontal antérieure. Et les deux préceptes pourtant si chers á M. Tarnier *sont violés, puisque la tête ne reste pas libre, le perinée fixant le forceps, et que la pince devient un instrument reducteur, un mauvais céphalotribe».*

Se defrontarmos estas ligeiras, mas justas considerações, com as que atraz fizemos sobre a symphyseotomia, desde logo sobresahe a superioridade d'esta ultima intervenção sobre o seu rival — o forceps.

Não é só, porém, no campo theorico que a operação sigaultiana faz brilhar as suas melhores armas; no dominio da clinica exhibe ella tambem as suas mais surprehendentes conquistas.

Interroguemos a pratica de diversas maternidades desde 1880.

Pinard, de 1882 a 1894, a principio em Lariboisiére e desde 1889 em Baudelocque, teve occasião de applicar o forceps em *cento e vinte e oito* bacias viciadas, na grande maioria rachiticas, contando *tres* mães mortas ou 2,34 %.

Na Maternidade de Liège, desde 1880 até 1890, Charles menciona um total de *cento e dezeseis* applicações com *sete* mães mortas ou 6,03 %.

Kufferath, na Maternidade de Bruxellas, de julho de 1885 a janeiro de 1893, partejou *dezenove* mulheres e felizmente nenhuma succumbiu.

Na Maternidade de Dresde, dirigida pelo professor Leopoldo, houve durante o anno findo *dezoito* applicações, todas em bacias rachiticas, e, como na Maternidade de Bruxellas, todas as parturientes resistiram.

Sommando os casos das cinco maternidades, chegamos ao total de *duzentas e oitenta e uma* applicações de for-

ceps em bacias viciadas com *dez* mães mortas ou 3,55 %, numero um pouco superior ao da symphyseotomia que é de 1,74 %.

Podem dizer-nos, é certo, que a maior parte ou mesmo a totalidade dos obitos deve attribuir-se, já á carencia das necessarias precauções antisepticas, já a defeituosas e energicas applicações do instrumento, e que com melhor antisepsia e mais cuidado e pericia nas manobras a mortalidade materna deve ser nulla.

Seja assim; mas pela nossa parte responderemos que a symphyseotomia em identicas circumstancias, realizada antiseptica e asepticamente, bem calculada, bem dirigida e em parturientes não infectadas, deve fornecer o mesmo zero de mortalidade. E os differentes grupos que atraz deixamos, relativamente ás causas dos insuccessos, justificam a nossa resposta.

Concordemos, porém, em que as duas intervenções correm parelhas pelo lado materno; vejamos se egual valor nos surge pelo lado fetal.

Aqui é frisantissima e enorme a distancia que as separa.

Nas citadas *cento e vinte e oito* applicações de Pinard, succumbiram nada menos de *quarenta* fetos. Eliminando, porém, *cinco* já mortos ou moribundos no acto da intervenção e *dois* que falleceram mais tarde de molestias independentes do forceps, temos em *cento e vinte e um* casos *trinta e tres* obitos ou 27,27 %. Entre os vivos houve *seis* feridos.

Na Clinica de partos, sabiamente dirigida pelo professor Tarnier, houve de 1888 a 1895 *quarenta e seis* applica-

ções de forceps ao estreito superior com *quinze* fetos mortos ou 32, 6 %.

Leopoldo, em *dezenove* applicações, contou *quatro* fetos mortos e *cinco* feridos, quatro dos quaes gravemente. As *dezoito* de 1894, a que já nos referimos, deram-lhe *cinco* mortes.

No total *trinta e sete* casos com *nove* fetos mortos ou 24,32 %.

Não esqueçamos que no serviço de Leopoldo unicamente se recorre ao forceps, quando a versão é julgada impossivel; e as applicações são sempre obliquas ou fronto-mastoideas.

Os *cento e dezeseis* casos da Maternidade de Liège apresentam *cincoenta e tres* obitos ou 31,9 % e os *dezenove de* Kufferath, todos os fetos mortos.

Boucart, que teve o cuidado de reunir todas as applicações de forceps ao estreito superior apertado, executadas na Maternidade de Praga desde 1880 até 1890, aponta um total de *vinte e sete* com *dois* fetos nascidos mortos e *sete* fallecidos depois, *seis* pelo instrumento e *um* de asphyxia. Tomando unicamente em consideração os *seis* de que só o forceps é responsavel, ficam *vinte e quatro* casos com *seis* mortes ou 25 %. Dos vivos *nove* vieram feridos. Convém accrescentar que desde 1887 o forceps apenas foi applicado em cabeças solidamente fixas e segundo o modo obliquo, como em Dresde.

Reunindo as percentagens das maternidades mencionadas, chegamos á media de 40,18 % ou á de 28,21 % se desprezarmos a estatistica de Kufferath pelo facto de recahir em apertos pelvicos muito pronunciados.

O leitor que collocar este numero ou mesmo o mais baixo conhecido, 24,32 %, em frente do numero 3,12 % que acompanha a symphyseotomia, não póde calar, por certo, uma exclamação de espanto e ao mesmo tempo de sincero e ardente enthusiasmo pela nova conducta obstetrica, que assim vem reduzir tão profundamente a enorme mortandade dos pobres innocentes.

Foi mesmo o quadro sombrio e triste d'esta triste realidade, d'esta serie elevada e persistente de victimas infantis, que arrastou muitos parteiros ao abandono do parto á natureza durante todo o tempo possivel, promptos a intervir pela embryotomia depois de uma unica e moderada applicação de forceps, como ultimo recurso concedido ao feto.

E os apostolos d'esta ideia não têm sentido o arrependimento, porque não orlam as suas novas estatisticas côres tão carregadas, como as de outr'ora.

É o que atraz diziamos: o forceps collocado no estreito superior aggrava a dystocia.

Confronto entre a symphyseotomia e a versão

A versão, como uma das intervenções preconizadas na therapeutica das viciações pelvicas, não encerra valor maior que o seu rival, o forceps; consequentemente os seus meritos ficam muito áquem dos que envolvem a symphyseotomia.

Quem ler com paciencia, porque é necessario possuil-a, essa longa e quasi interminavel serie de paginas escri-

ptas pro e contra os dois modos de intervenção reputados classicos, collocando no pedestal de gloria uns o forceps, outros a versão, talvez que, como nós, se sinta contristado ao ver tanta tinta consumida e tão precioso tempo gasto em prol de dois meios obstetricos, cujas consequencias finaes, quasi as mesmas, se não as mesmas, se resumem no sacrificio do desgraçado feto.

Sendo assim, o parallelo que ha pouco estabelecemos entre o forceps e a symphyseotomia, talvez podesse dispensar o d'esta ultima com a versão; comtudo, apresentaremos algumas considerações de ordem theorica e alguns resultados de feição clinica.

A cabeça, vindo em ultimo logar, colloca-se tambem transversalmente no estreito superior; flecte-se depois um pouco mais, inclina-se do mesmo modo sobre o parietal posterior, que é o primeiro a descer, e liberta-se finalmente do estreito por um movimento de inclinação do parietal anterior, contrario ao primeiro.

Um mechanismo de tal natureza, por certo que não póde verdadeiramente imitar-se ou correctamente favorecer-se com as tracções sobre o corpo do feto; d'aqui a primeira insufficiencia e grande do meio therapeutico.

Mais ainda. A propria base diagnostica é muito deficiente, bastante hypothetica, e, por consequencia, a intervenção eivada de contingencias. O parteiro que por ella se decida, não possue, francamente o dizemos, o valor exacto, preciso, das duas incognitas — gráu do aperto e volume da cabeça com a maior ou menor reductibilidade dos seus ossos; ora tentar extrahir por um canal, não rigorosamente conhecido, uma cabeça menos conhecida

ainda, é realmente querer penetrar no mundo das surprezas.

As difficuldades só apparecem bem manifestas, quando, o ovoide cephalico ainda encravado, quasi todo o tronco do feto está já fóra dos orgãos genitaes da parturiente; mas nesta altura não póde haver hesitações; urge continuar, porque alguns minutos a mais e o feto terá succumbido. E, reconhecida a insufficiencia ou impossibilidade de ir mais além, nem já infelizmente a symphyseotomia, embora praticada desde logo, poderá salval-o.

Um outro inconveniente encontramos na versão. Como só póde executar-se e dar os resultados que os seus defensores apregoam, antes do encravamento da cabeça no estreito superior, deve acontecer que algumas vezes se effectuará sem necessidade, em mulheres que teriam espontaneamente o seu parto, se as forças uterinas obrassem por mais tempo.

A symphyseotomia possue em seu favor este grande recurso; concede ao parteiro todo o tempo de que a natureza precisa para pôr em evidencia os seus valiosos meios, prompto, comtudo, a intervir, declarada a sua fallencia.

Encaremos agora o lado pratico.

Em uma maternidade allemã, desde 1884 até 1893, a versão deu 0,9 % de mortalidade materna.

Charles, em *setenta* versões, realizadas de 1880 a 1890 na Maternidade de Liège, menciona *oito* mães mortas ou 11,42 %.

Leopoldo, em *oitenta e tres* casos anteriores a 1894, teve *quatro* mães mortas ou 4,81 %; durante o anno de 1894, porém, em *trinta e um* casos não viu obito algum. Neste

ultimo sentido depõem tambem as *dezesete* que fez Pinard, de 1882 a 1891, e as *cincoenta e quatro* de Pawlik, praticadas em Bruxellas no espaço de dez annos.

As estatistica mais carregada é, como vemos, a da Maternidade de Liège; é muito possivel, no entretanto, que a falta de uma boa antisepsia concorresse para a maior parte dos obitos e que alguns mesmo tenham sido independentes do acto operatorio.

Não occultamos que a versão pertence ao numero das intervenções obstetricas, quasi inoffensivas para a parturiente; mas, sob este ponto de vista, a symphyseotomia não lhe fica sensivelmente inferior. Os beneficios que a ultima produz, dizem respeito particularmente ao feto; foi mesmo no interesse dos pobres innocentes que os incansaveis e benemeritos parteiros dispenderam o maximo de energia na sua rehabilitação.

Na Maternidade de Dresde, desde 1883 até 1892, em *duzentas e treze* versões feitas por Leopoldo, um dos seus mais ardentes defensores, houve 36 % de mortalidade fetal. Em mais *trinta e uma*, pertencentes ao anno findo, succumbiram *nove* fetos ou 29,03 %.

A pratica de Braun, que vae de 1883 a 1887, conta *oitenta e nove* casos com 29,3 %.

Em Praga, os *cincoenta e um* casos de Pawlik deram *trinta* fetos vivos, dos quaes *oito* feridos, *quatorze* extrahidos mortos e *sete* mortos depois do nascimento. Contando apenas os *sete* de inteira responsabilidade operatoria, temos 13,72 %.

Este numero destaca-se muito dos precedentes; mas note-se, que não abrange os extrahidos mortos; e, com-

tudo, mais de metade foram sacrificados já pelas tentativas, já pela embryotomia, consequencia fatal da reconhecida insufficiencia do caminho seguido. É o tal ponto negro da versão a que já nos referimos.

Emfim, CHARLES nas *setenta* versões da Maternidade de Liège menciona *trinta e dois* fetos mortos ou 45,71 %.

Resumindo, temos que em *quatrocentos e cincoenta e quatro* casos, occorridos nas maternidades, onde a versão constitue o processo obstetrico predilecto, a mortalidade fetal attingiu a media de 34,86 %.

Se acceitarmos mesmo a media, em numeros redondos, de 30 % e a confrontarmos com a que em eguaes circumstancias produz a symphyseotomia, a duvida da superioridade d'esta sobre a versão dissipar-se-ha, ainda nos cerebros os mais incredulos.

Perante tamanha differença no campo clinico cremos bem que nenhum parteiro serio, consciencioso, amante do seu bom nome e, sobretudo, da existencia dos pequeninos seres, irá d'ora ávante e propositadamente aconselhar e empregar a segunda, abandonando a primeira.

Confronto entre a symphyseotomia e a operação cesariana, conservadora ou radical

O estudo comparativo da symphyseotomia e operação cesariana, conservadora ou radical, obedece a considerações de natureza opposta ás que atraz fizemos nos parallelos entre a secção pubica, o parto prematuro provocado, o forceps e versão; isto é, emquanto que, perante as tres

ultimas, as vantagens da primeira sobresahem do lado fetal, aqui é do lado materno que ellas mais se manifestam.

Ninguem, por certo, contestará que a abertura das duas cavidades, abdominal e uterina, representa um acto cirurgico de mais serias e graves consequencias que a simples secção da symphyse pubica, seguida do afastamento sufficiente e inoffensivo dos pubis; e, sendo assim, a operação cesariana deve arrastar comsigo uma mortalidade materna bem superior á que hoje figura no quadro da symphyseotomia.

Quanto ao feto, como não ha resistencias a vencer, deve extrahir-se são e salvo, effectuada a operação no momento opportuno; mas a symphyseotomia, vista pelo mesmo prisma, não lhe fica inferior. Realizada com a mesma opportunidade, bem dirigida, bem calculada, não abrindo o feto a bacia com a sua propria cabeça, deve ella tambem determinar identicos resultados.

A pratica, comtudo, afasta-se um pouco da theoria, como veremos.

Caruso na sua estatistica, organizada em 1888, aponta em *cento e trinta e cinco* casos *trinta e seis* mães mortas ou 25,5 %.

Coe menciona para New-York, desde 1883 até 1893, *sessenta e sete* casos com 30 % de mortalidade materna.

Demelin, reunindo todas as operações cesarianas desde 1887 até hoje, encontra *cento e sessenta e quatro* conservadoras com 22 % de mortalidade e *cincoenta e cinco* radicaes ou de Porro com 23 %. Em *noventa e quatro* casos foi a intervenção indicada por viciações pelvicas, havendo a mortalidade de 14 %.

A percentagem mais baixa que encontramos é a de Leopoldo, que conta apenas 8,69 % em *vinte e tres* casos anteriores a 1889; mas a serie pequena e feliz do parteiro de Dresde não possue o merito bastante para levar a conclusões de ordem geral. Um dado methodo operatorio só poderá ser devida e justamente apreciado perante um grande numero de factos e dimanados de diversos operadores.

É o proprio Leopoldo que justifica as nossas palavras. Em *quatro* novas operações que executou em 1894, teve *uma* mulher morta ou 25 %.

É certo que os progressos incessantes da asepsia e antisepsia e os successivos aperfeiçoamentos da technica operatoria, têm produzido verdadeiras maravilhas no departamento da grande cirurgia abdominal, diminuindo assás as sombrias côres das estatisticas de Caruso e Coe; todavia, o conjuncto das operações cesarianas effectuadas nos quatro ultimos annos dá uma mortalidade superior á que Leopoldo apresenta nos seus *vinte e tres* casos felizes. E esta fica ainda muito áquem da que offerece a secção pubica.

Assim, Demelin refere que depois de 1890 as operações conservadoras deram 20 % e as radicaes o mesmo, e desde 1893 as primeiras 16 % e as segundas 10 %.

Por outro lado, se os mesmos progressos e aperfeiçoamentos acompanharem a symphyseotomia, por emquanto em começo de acceitação, decerto que o seu horizonte se apresentará ainda mais limpido.

Relativamente ao feto a estatistica de Caruso accusa 8,2 % de mortalidade e os *noventa e quatro* casos de Demelin 15 %. Os *vinte e tres* de Leopoldo dão zero.

Não nos é possivel avaliar com justo criterio a verda-

deira mortalidade do feto, porque ignoramos as condições da sua vitalidade no momento da extracção; no entretanto, embora muitos d'elles se encontrassem em precarias circumstancias, é certo que ainda sob este ponto de vista ha superioridade da symphyseotomia. Quando muito as duas operações poderão equiparar-se.

As vantagens que assignalam a symphyseotomia perante o parto prematuro artificial, forceps, versão e operação cesariana, destacam-se com mais reluzente brilho, se, pondo de parte os confrontos parciaes, examinarmos no conjuncto os resultados do seu emprego systematico com os resultados de todas as outras intervenções reunidas.

O estudo *d'ensemble* é hoje possivel graças ao professor Pinard que, introduzindo em 1892 na Clinica Baudelocque a moderna therapeutica, preferiu-a em 1894 á therapeutica até alli seguida e aconselhada.

De 1882 a 1892, a principio em Lariboisière e depois em Baudelocque, 249 bacias viciadas foram submettidas no serviço de Pinard ao chamado methodo classico. A estatistica abrange unicamente os casos de mãe em perfeita saude e de feto bem vivo no momento da intervenção.

Eis os resultados:

	Casos	Mães mortas	Fetos mortos
Partos prematuros artificiaes....	133	2	49
Forceps ao estreito superior....	78	3	18
Versões.....	17	1	7
Operações cesarianas.....	1	1	0
Embryotomias.....	20	0	20
Total....	249	7	94

Mortalidade materna 2,81 %

Mortalidade fetal 37,75 %

De janeiro de 1892 a dezembro de 1894 entraram em Baudelocque 134 bacias, demandando uma intervenção.

A conducta seguida foi:

Em 47 praticou-se a symphyseotomia, já antes de qualquer outra tentativa obstetrica, já consecutivamente ao parto prematuro provocado, já depois de inuteis applicações de forceps.

Em 26 recorreu-se unicamente ao forceps, supposto sufficiente.

Em 61, não obstante estar indicada a interrupção prematura da gravidez, permittiu-se que esta fosse ao termo.

Resultados totaes

Mães mortas 5 = 3,73 %

Fetos mortos 16 = 11,49 %

D'aqui se vê já que a combinação do antigo methodo com o moderno, em inicio de propaganda, deu para a mãe uma mortalidade pouco mais sensivel e para o feto um beneficio extraordinario.

Preponderaremos ainda que a primeira estatistica é expurgada; a segunda integral. A primeira só encerra os obitos de inteira responsabilidade operatoria; a segunda a totalidade d'elles.

Para avaliar, com justo rigor os meritos da symphyseotomia, substituindo-se ás intervenções ditas classicas, convém separar as 134 bacias em dois grupos.

Methodo classico só ou combinado com a symphyseotomia

Este grupo comprehende:

5 *casos*, em que se combinou o parto prematuro artificial com a symphyseotomia: 2 fetos mortos.

6 *casos*, em que a secção da symphyse pubica foi precedida de infructuosas tentativas de forceps.

26 *casos*, em que o parto terminou por applicações de forceps ao estreito superior: 9 fetos mortos, 1 mãe morta de peritonite.

No total 37 casos com:

Mães mortas	1 =	2,7 %
Fetos mortos	11 =	29,72 %

O primeiro feto succumbiu a uma fractura do craneo produzida no momento da extracção da cabeça pela manobra de Champetier de Ribes. Symphyseotomia incompleta.

O segundo foi victima do parto prematuro; e os restantes do forceps.

Se o primeiro caso póde pesar na balança da symphyseotomia, embora consequencia de uma falta operatoria, os outros nada têm que ver com ella. A morte da mãe tambem não é attribuivel a abertura da symphyse pubica.

Methodo moderno sómente

Os casos d'este methodo encontram-se assim repartidos:

36, em que a symphyseotomia foi executada antes de

qualquer intervenção na Maternidade: 4 mães mortas e 3 fetos.

61, em que, estando indicada a provocação prematura do parto, deliberou-se deixar ir a gravidez ao termo, havendo parto espontaneo: 2 fetos mortos.

Ao todo 97 casos com:

Mães mortas 4 = 4,12 %
Fetos mortos 5 = 5,15 %

Examinemos a causa dos obitos.

Das quatro parturientes, a primeira e terceira, já em plena infecção, succumbiram dois dias depois a uma septicemia de origem uterina; a segunda a uma obstrucção intestinal. A symphyseotomia não póde responder pelo desenlace fatal.

A quarta entrou em Baudelocque com o sacco das aguas aberto, liquido amniotico verde, de cheiro fetido e com 38°,5 de temperatura, fallecendo, passados dez dias, de septicemia. Aqui ainda a operação não deve ser muito accusada; mas, como a ferida suppurou bastante, apontemos este insuccesso.

Dos 5 fetos, o forceps sacrificou o primeiro. Porocki não abriu sufficientemente a bacia e a cabeça muito ossificada e volumosa soffreu a fractura do frontal pelo instrumento, irregularmente applicado.

O segundo e quinto falleceram durante o trabalho espontaneo em virtude de procidencia do cordão, só muito tarde reconhecida.

O terceiro succumbiu a um trabalho prolongado e o

quarto aos effeitos do forceps. Neste ultimo caso, em que se fizeram nada menos de seis applicações durante 2 horas, fóra da Maternidade, o craneo fetal veiu com fracturas multiplas.

Os obitos do primeiro e quarto não pertencem, sem duvida, á symphyseotomia. Quanto aos tres restantes as hesitações surgem.

Os partidarios do parto prematuro artificial poderão dizer que, se a gravidez fosse interrompida no momento adequado, e não houvesse o mau conselho de esperar pelo termo, as funestas consequencias não teriam apparecido.

Sim, diriamos nós tambem, se por ventura a referida intervenção salvasse todas as crianças e não viessem as procidencias complicar-lhe o prognostico.

Concordemos, comtudo, em tornar responsavel a symphyseotomia d'estas tres mortes e lancemol-as á sua conta.

Temos, assim, em 94 casos para as mães e 92 para os fetos:

Mães mortas 1 = 1,06 %
Fetos mortos 3 = 3,26 %

Em resumo:

	Mortalidade materna	Mortalidade fetal
Methodo dito classico	2,81 %	37,75 %
Methodo classico e moderno	2,7 %	29,72 %
Methodo moderno	1,06 %	3,26 %

A eloquencia dos numeros é brilhantissima.

Comparámos ainda na mesma Clinica Baudelocque a pratica de 1891 com a de 1894.

1891 (1)		1894	
1:654 partos — 140 bacias viciadas		2:145 partos — 92 bacias viciadas (2)	
Partos espontaneos	81	Partos espontaneos	63
Partos artificiaes	59	Partos artificiaes	29
Comprehendendo:		Comprehendendo:	
Partos prematuros	33	Partos prematuros	0
Forceps ao estreito superior	9	Forceps ao estreito superior	0
Forceps na excavação	12	Forceps na excavação	0
Versões	0	Versões	0
Basiotripsias	3	Basiotripsias	6
Operações cesarianas	2	Operações cesarianas	1
		Symphyseotomias	21
		Mensuradora-alavanca-apprehensora	1

(1) Os quadros que publicamos, são extrahidos dos «*Ann. de Gynec. et d'Obst.*» de janeiro de 1895. Neste numero, que graciosamente nos foi indicado por Pinard, como devendo conter a pratica seguida em Baudelocque durante o anno findo, encontramos, com effeito, um brilhante artigo do talentoso e sabio professor, consagrado á exposição da referida pratica e á apreciação dos resultados que acompanharam os quarenta e oito augmentos momentaneos da bacia, provocados no seu serviço desde 1892.

(2) A sensivel differença das viciações pelvicas correspondentes aos dois annos é apenas apparente. A estatistica de 1894 abrange unicamente as bacias de conjugado minimo inferior a 10c,0; a de 1891 inclue, além d'estas, outras ainda com a designação de «promontorio accessivel».

Resultados totaes

1891		1894	
Mães mort.	4 = 2,85 %	Mães mort.	2 = 2,17 %
Fetos mort.	31 = 22,1 %	Fetos mort.	8 = 8,69 %

Se eliminarmos as basiotropsias que em 1894 foram feitas em fetos já mortos, temos:

1891		1894	
Mães mort.	4 = 2,85 %	Mães mort.	2 = 2,17 %
Fetos mort.	28 = 20,43 %	Fetos mort.	2 = 2,32 %

A superioridade da moderna therapeutica das viciações pelvicas sobre a conducta reputada classica não póde ser mais luminosa.

Mas continuemos mais além.

O confronto que estamos fazendo em Paris, vamos transportal-o a Dresde.

O assumpto palpita de interesse, tanto mais que o professor Leopoldo é ainda hoje o parteiro mais reservado sobre o valor attribuido á symphyseotomia.

De janeiro de 1892 a julho de 1893, em um total de 2:512 partos que tiveram logar na Clinica obstetrica de Dresde, 610 foram complicados de viciação pelvica. D'estes, 424 terminaram espontaneamente, 140 por diversas intervenções e 46 com o auxilio do *colpeurynter*.

..

Franke, o organizador da estatistica, querendo reduzil-a aos seus justos limites, elimina dos 424 partos espontaneos 49 casos, em que o feto pesou menos de 2:500 gr. ou mediu menos de 46 cent. de comprimento, e dos 140 artificiaes subtrahe 51, em que houve apresentações viciosas, procidencias, etc.

Feita a deducção, restam unicamente as apresentações cephalicas, tendo o feto só que luctar contra o aperto pelvico, isto é, 464 partos, sendo 375 espontaneos e 89 artificiaes.

Os resultados foram:

	Casos	Mães mortas	Fetos mortos
Partos espontaneos	375	5	9
Partos artificiaes	89		
Comprehendendo:			
Partos prematuros	5	0	3
Forceps ao estreito superior	18	0	5
Versões	31	0	9
Basiotripsias	25	2	25
Operações cesarianas	4	1	1
Symphyseotomias	6	1	0
Total	464	9	52

Comparemos:

Clinica de Dresde (1892–1893)	Clinica Baudelocque (1894)
464 partos	92 partos
Mães mort. 9 = 1,93 %	Mães mort. 2 = 2,17 %
Fetos mort. 52 = 11,2 %	Fetos mort. 8 = 8,69 %

Ou examinando só os partos artificiaes:

Dresde = 89 casos		Baudelocque = 29 casos	
Mães mort.	4 = 4,49 %	Mães mort.	2 = 6,89 %
Fetos mort.	43 = 48,31 %	Fetos mort.	8 = 27,58 %

Segundo a leitura d'este ultimo quadro, parece que pouco lucramos com o advento da symphyseotomia. Analysemos, porém, de perto as duas estatisticas.

As 89 operações de Leopoldo representam só uma parte das 140, isto é, apenas os casos de apresentação cephalica não complicada com mãe sã e feto em plena vitalidade; as 29 de Pinard abrangem, pelo contrario, todas as bacias, symetricas, asymetricas, etc., diversas apresentações e algumas procidencias.

Da estatistica, já limpa dos casos graves, Franke elimina ainda 2 mortes de mãe e 21 de fetos, estando 19 mortos ou «moribundos» no acto da intervenção. Com mais este desfalque temos em 87 casos 2 mães mortas e em 68 22 fetos; ou

Mortalidade materna	2,3 %
Mortalidade fetal	32,3 %

Sigamos o mesmo caminho para a estatistica de Baudelocque.

Dos 2 obitos maternos, um não pertence á symphyseotomia, como já vimos; o outro ficará, embora a intervenção, como já tambem dissemos, não seja no todo responsavel.

Dos 8 fetos retiraremos, desde logo, os 6 que soffreram a basiotripsia, visto estarem já mortos e não simplesmente «*moribundos*»; depois o setimo que foi victima do forceps, e, emfim, o oitavo que succumbiu a uma d'essas complicações (compressão do cordão) que Franke elimina tambem.

Feito isto, restam-nos em 28 casos 1 mãe morta e em 21 todos os fetos vivos ou

Mortalidade materna	3,2 %
Mortalidade fetal	0 %

Vejamos ainda a totalidade dos partos.

Dos 375 espontaneos Franke subtrahe 1 morte de mãe e 3 mortes de feto, de modo que em 461 (464 menos os 3 eliminados) houve 6 obitos maternos (4 nos partos espontaneos e 2 nos artificiaes) e em 440 (464 menos os 24 eliminados) 28 obitos fetaes (6 nos partos espontaneos e 22 nos artificiaes).

Em resumo:

Partos espontaneos e artificiaes

Clinica de Dresde		Clinica Baudelocque	
Mortalidade materna	1,30 %	Mortalidade materna	1,09 %
Mortalidade fetal	6,36 %	Mortalidade fetal	0 %

Partos artificiaes

Mortalidade materna	2,3 %	Mortalidade materna	3,2 %
Mortalidade fetal	32,3 %	Mortalidade fetal	0 %

Os numeros que ahi deixamos, constituem uma prova frisantissima a mais de tudo quanto temos dito.

A sua eloquencia é tão convincente, tão arrebatadora, que quaesquer considerações que ainda fizessemos, seriam demasiadamente superfluas e banaes.

É com justissima razão que Varnier exclama, voltando-se para os adversarios: — «*Oculos habent et non vident*».

Indicações

Marcar os limites de uma dada intervenção, desenhar a côres nitidas, sem sombras, a área das suas attribuições, levantar, emfim, a topographia do seu terreno de acção, não é cousa que se antolhe facil e de bom acabamento.

Comtudo, dentro da esphera do rigor e da certeza de que são susceptiveis as sciencias medicas nas suas variadissimas applicações, possivel é sempre estabelecer o grupo ou grupos de manifestações morbidas ou anormaes, requerendo o mesmo proceder, a mesma conducta.

Ao despontar no horizonte do projecto de Sigault a serie dos insuccessos, uns serviram-se de tão propicio momento para combater sem treguas o ousado e insensato projecto, como lhe chamavam; outros, mais frios e reservados nos seus enthusiasmos, mas vendo sempre na descoberta do joven estudante um acontecimento altamente humanitario, aproveitaram o mesmo momento para proclamar por toda a parte a urgente necessidade da determinação exacta da natureza e gráu do aperto da bacia, no caso de ser aberta e ampliada.

As indicações da symphyseotomia vieram assim surgindo á luz da publicidade, e escusado será dizer que, predominando as bacias chatas, o valor do conjugado verdadeiro do estreito superior, absorveu quasi todo o interesse.

Se consultarmos os parteiros que n'este ponto manifestaram a sua franca opinião, quer estribando-se em factos proprios, quer em factos alheios, encontramos para limite inferior 6 a 7 cent. e para limite superior 8 a 9. Só Leroy ousou descer a $5^{c.}$,5.

Os numeros que apontamos, representam os limites entre os quaes se considerava a symphyseotomia como operação de urgencia, embora alguns tentassem ainda moderadas applicações de forceps. Acima de 9 cent. não a regeitavam em absoluto, mas só a ella recorriam depois de manifesta e absoluta impotencia do forceps ou da versão.

A grande maioria dos modernos obstetricos segue o mesmo trilho; indica para limites os mesmos valores e quer tambem a symphyseotomia, dita de urgencia, e a de necessidade. Sectarios apaixonados da extracção manual ou pelo forceps, não ousam, desde já, renegar os processos legados pelo passado, romper de vez com as antigas praticas, embora sintam no intimo da consciencia os brados de protesto das victimas infantis.

O nosso modo de pensar já atraz o manifestámos.

A experimentação cadaverica, d'acordo com a clinica, mostra que um afastamento pubico de 6 cent. é sempre possivel sem serias consequencias para os tecidos maternos, augmentando o diametro antero-posterior do estreito superior 12 a 18 millim. ou 2 a 3 millim. por cada centimetro de diastase. Se a este numero addicionarmos os

13 millim. da diminuição relativa que soffre o diametro bi-parietal do feto pelo encravamento da bossa parietal anterior no espaço inter-pubico, teremos o augmento total de 2c.,5 a 3c.,1.

Tomando ainda em consideração um certo gráu de reductibilidade da cabeça fetal que sem perigo póde ir até 5 millim., e recordando que o diametro bi-parietal do feto a termo regula por 9c.,5, vemos que a bacia a mais chata que graças á symphyseotomia permitte extrahir o mesmo feto, é aquella, cujo conjugado minimo ou verdadeiro, contar 6c.,5. Abaixo d'este numero não deve passar-se.

O limite superior não existe nem póde existir. Acima de 6c.,5 a operação está naturalmente indicada em todas as gradações de aperto, desde que para os partidarios do forceps e da versão estes dois meios se mostrem insufficientes, e para a eschola avançada de Pinard o parto não tenha logar espontaneamente.

Para melhor precisarmos, porém, as indicações, sigamos o methodo mais racional, considerando a mulher antes do termo da gravidez, ao termo ou já em trabalho.

Em tudo o que vamos dizer, suppomos o feto vivo; morto elle, a symphyseotomia perdeu *ipso facto* os seus direitos, excepção feita para os casos extremamente raros da angustia pelvica ser tal que a propria embryotomia se apresente perigosa para a mãe.

Antes do termo. — Quando uma mulher gravida antes do nono mez e com bacia chata, tendo o minimo 7 cent. fôr vista pelo parteiro, deve este provocar o parto prema-

turo ou, pelo contrario, esperar o termo para fazer a symphyseotomia?

Eis um assumpto de palpitante e acalorada controversia, seguindo uns o primeiro caminho, trilhando outros o segundo.

Quanto a nós, julgamos que melhor attingiremos o ideal da obstetricia, deixando evolucionar a gravidez, promptos a abrir a symphyse, dada a impossibilidade do parto espontaneo.

Já atraz expozemos os motivos, tanto de ordem theorica, como pratica que justificam esta conducta.

A theoria diz-nos, desde logo, como são demasiadamente falliveis, particularmente do lado fetal, os elementos que orientam o parteiro na provocação do parto prematuro. Se é certo que a *sonda-esquadro vesical* de Farabeuf permitte medir hoje com mais rigor o diametro conjugado minimo, é não menos certo tambem que os dados relativos ao volume da cabeça do feto e á reductibilidade dos seus ossos não possuem ainda a precisão necessaria (1).

---

(1) A *sonda-esquadro vesical*, como o seu nome indica, compõe-se de uma sonda metallica, dobrada em angulo recto na sua extremidade e tendo o pequeno ramo, que é chato, 3c.,5 de comprimento.

O seu emprego é simples. Collocado o dedo indicador esquerdo na posição aconselhada para avaliar o diametro promonto-sub-pubico, introduz-se a sonda na bexiga de modo que a ponta do pequeno ramo fique applicada sobre a parte mais saliente da face posterior da symphyse pubica e o ramo maior na direcção do eixo do dedo.

Feito isto, mede-se no dedo a distancia do promontorio ao ligamento sub-pubico e na sonda a que vae d'este mesmo ligamento ao pé da perpendicular formada pelo pequeno ramo. Transportando estes valores para um pedaço de papel, nada mais simples do que tra-

O momento verdadeiramente opportuno da intervenção escapa; os erros de quinze e mais dias na edade da gravidez são frequentissimos; e d'aqui resulta que ou o parto é provocado muito prematuramente e o feto fica sujeito ás consequencias da fraqueza congenita, ou é realizado mais tarde do que devia, e a cabeça volumosa e dura, não podendo ser expulsa pelas forças naturaes, vae soffrer os effeitos do forceps ou, peor ainda, os do basiotribo.

A clinica lá está na sua austeridade inflexivel a corroborar as previsões theoricas. Emquanto o parto prematuro artificial sacrifica 30 % de crianças, a symphyseotomia só conta a percentagem de 3,12 %. Emquanto o primeiro nos entrega crianças debeis, cujo desenvolvimento é lento e a saude quasi sempre precaria, a segunda traz ao mundo crianças completamente viaveis e de facil educação.

Mais ainda. Com o receio do parto ao termo muitas gestações se interrompem desnecessariamente. Demonstram-n'o á saciedade os serviços obstetricos, onde systematicamente se deixa evolucionar a gravidez ou se confia mais nas potencias uterinas.

Este conhecimento, que a eschola moderna, sobretudo, evidenciou e esclareceu, está sendo verificado hoje até nas proprias maternidades, em cujo seio a symphyseoto-

---

çar o diametro conjugado minimo e conhecer por este modo as suas dimensões.

Com uma sonda por nós mesmo improvisada tivemos occasião de fazer algumas experiencias no cadaver, e confessamos que os resultados foram muito satisfactorios, havendo apenas um erro de alguns millimetros.

mia não encontrou por emquanto o acolhimento a que tem jus; e os resultados da esperança na abertura da symphyse ou da maior confiança nas forças naturaes são sobremaneira surprehendentes.

Assim, na Clinica Baudelocque em *vinte e cinco* casos de 1894, em que apezar da indicação nitida da interrupção da gravidez se deixou ir esta ao termo, dando-se o parto espontaneamente, nenhum feto succumbiu. Na Clinica de Dresde (1892-1893), onde em *trezentos e setenta e dois* casos de bacias a partir de 7 cent. o parto tambem foi espontaneo e ao termo, apenas *seis* fetos falleceram; o que dá para duas maternidades só 6 obitos fetaes em 397 partos. Supponhamos que *um terço* apenas d'estas mulheres era partejado prematuramente; com a mortalidade de 30 % que arrasta o parto prematuro artificial, teriamos não 6 fetos mortos mas 39!!!

Não violentamos os numeros; unicamente lhes pedimos para mostrar claro como a luz do dia a grande e incontestavel verdade que encerram (1).

Alguns parteiros, e entre elles Budin, em acerrimo com-

---

(1) O abandono do parto prematuro artificial nas bacias viciadas, conduz-nos, como acabamos de ver, a um facto altamente curioso e que contrasta com o que se observa nos restantes arraiaes do departamento cirurgico. Com o advento da asepsia e antisepsia e com os progressos da technica o enthusiasmo pelas operações tem-se desenvolvido por tal forma que algumas d'ellas são levadas a effeito sem necessidade urgente ou absoluta. No dominio da nova therapeutica obstetrica passa-se precisamente o contrario. O ardente desejo de abrir bacias diminue o numero das intervenções, porque muitas mulheres, até aqui partejadas antes do termo, vêem agora o seu parto correr espontanea e naturalmente.

bate contra o radicalismo da eschola de Pinard, perguntam se, esperando o termo da gravidez, ha a certeza do feto nascer vivo, se não póde succumbir durante o trabalho a algumas procidencias.

Aqui está uma pergunta que, francamente, nos surprehende. Os partidarios do parto prematuro têm tambem a certeza, ao provocal-o, de que o feto será expulso vivo e de que nenhuma procidencia surgirá a compromettel-o?

Não ignoramos que no parto ao termo a maior duração do trabalho faz perigar um pouco mais a vida do feto, mas sabendo esperar e intervir na occasião opportuna, taes perigos quasi desapparecem. A prova clara, manifesta, está em que a mortalidade que acompanha a symphyseotomia, é precisamente constituida por obitos d'esta natureza, e, no emtanto, a percentagem é apenas de 3,12 %. Ora, compare-se este numero com o de 30 % que offerece o parto prematuro artificial, e digam-nos sinceramente o que devemos recear.

A norma de proceder que acceitamos e defendemos, vae progredindo, lentamente é verdade, o que não admira, porque a revolução nos costumes não se opera em um momento.

Ouçamos Morisani. Em 1892 escrevia elle: «*Na verdade, o parteiro que em presença de uma mulher com bacia apertada, e no setimo ou oitavo mez da sua gestação, a aconselhasse a esperar o termo para lhe abrir a symphyse pubica, faria má cirurgia. O parto prematuro é, em egual caso, preferivel, se quizermos escutar as suggestões da sciencia e da consciencia*». No congresso Internacional de Medicina, de Roma, dizia: «*Por emquanto não se póde affirmar se nos*

apertos pelvicos é preferivel provocar o parto prematuro ou esperar o fim da gravidez para cortar a fibro-cartilagem inter-pubica».

Em 1892 classificava com crime de lesa sciencia e consciencia a proscripção do parto prematuro, em 1894, porém, a duvida já lhe pairava no cerebro, não sabendo por onde determinar-se. A hesitação do grande parteiro napolitano, do verdadeiro restaurador da symphyseotomia, constitue, quanto a nós, uma prova altamente significativa da evolução das ideias professadas e seguidas pela eschola avançada de Pinard.

Mas a pratica que vimos perfilhando, levar-nos-ha ao abandono completo, absoluto, do parto prematuro artificial nas viciações pelvicas? Sem duvida que não. Combinado com a symphyseotomia, acceitamol-o nas bacias de 6 a 7 cent. Para estes gráus de aperto podemos contemporizar até ao oitavo ou oitavo mez e meio, provocando então o parto. A viabilidade fetal nesta altura da gestação é já notavel, regulando por 85 % aos oito mezes e por 95 % aos oito e meio, como o provam as estatisticas das maternidades de Liège, Paris e outras mais.

Em resumo: Nas bacias de 7 cent. e acima d'este numero esperar o termo e abrir a symphyse pubica, se o parto, é claro, não tiver logar espontaneamente; entre 6 e 7 cent. provocar o parto entre o oitavo e o nono mez e combinal-o com a symphyseotomia.

Ao termo ou já em trabalho. — Consideremos agora o caso da mulher se encontrar no fim da gravidez ou já em trabalho de parto.

Nestas circumstancias, o feto sempre vivo, a symphyseotomia impõe-se desde 6c·5, limite inferior.

Nova questão e muito debatida se levanta aqui.

Declarada a impossibilidade das forças naturaes, deve abrir-se immediatamente a symphyse pubica antes de qualquer tentativa de forceps ou de versão, ou, pelo contrario, só depois de manifestamente reconhecida a insufficiencia de qualquer das duas intervenções obstetricas?

Uma e outra conducta têm ardentes partidarios. A eschola de Pinard, respeitadora *à outrance* da integridade do organismo fetal, proclama a primeira; os parteiros acorrentados ainda aos processos, ditos classicos, opinam pela segunda.

Pela nossa parte pensamos que ao estreito superior apertado o forceps e a versão, como intervenções primarias, devem ser proscriptas. Motivam as nossas ideias não só as considerações theoricas que atraz fizemos, mas, e particularmente, os eloquentes resultados da pratica.

Assim, emquanto a symphyseotomia dá uma mortalidade fetal apenas de 3,12 %, o forceps apresenta 27 % e a versão 30 %. E nesta percentagem não entram os pobres fetos sacrificados pela embryotomia que o primeiro e a segunda não conseguiram extrahir. Dos *trinta e sete* obitos que figuram na estatistica da symphyseotomia, nada menos de *dezeseis* foram a consequencia das previas tentativas de forceps, d'esse desejo tão vivo em querer mostrar a urgencia absoluta da operação, desejo de que alguns operadores se arrependeram ao ver o estado do feto.

A extracção manual tem ainda sobre o instrumento duas desvantagens a mais. Executando-se antes do encravamento

da cabeça, impede que vejamos até onde podem chegar as forças uterinas; e d'este modo algumas se farão sem necessidade. Por outro lado, começada e reconhecida como incapaz, tarde é já, para que a abertura da bacia possa, com segurança, salvar o feto.

Os partidarios do forceps allegam que ninguem hoje defende as applicações ditas de força, mas que unicamente se aconselham as tracções moderadas e pouco repetidas.

Acceitemos isto; não esqueçamos, entretanto, que esta mesma pratica contribue com um grande contingente para a mortalidade de 27 %. No serviço de Pinard e em outros mais não se usou de violencia; o forceps foi applicado, porque pelas medidas da bacia e pela palpação mensuradora se reconheceu uma pequena differença entre a maior circumferencia do ovoide cephalico e a área do estreito superior.

É que na realidade toda a applicação de forceps ao estreito superior apertado não passa de uma applicação dita de força. A tracção de 30 kilogrammas, vista até ha bem pouco, como moderada, não o é comtudo. Pajot com o seu luminoso e brilhante talento tinha já observado que uma tracção nada violenta produz uma enorme constricção da cabeça fetal, quando o estreito superior aperta o forceps como a virola o portalapis; Farabeuf com o seu genio inventivo e perscrutador calculou esta força nas circumstancias indicadas por Pajot, demonstrando que o annel pelvico a torna dez vezes maior. O parteiro que julga exercer uma tracção moderada de 30 kilos, desenvolve, pelo contrario, uma força violenta de 300!

Além d'isto, para conhecermos se uma dada applicação do instrumento ao estreito superior será ou não coroada de exito, o prognostico não póde firmemente estribar-se, nem sobre a intensidade e duração das tracções, nem sobre o gráu da angustia pelvica, nem tampouco sobre os dados relativos ao volume da cabeça do feto e reductibilidade dos seus ossos. Umas vezes os resultados são desastrosos, embora tudo fizesse prever o contrario, outras o feto sahe vivo, não obstante escassearem as probabilidades de tão feliz successo.

São estas as surprezas tão falladas e tão frequentes no departamento da dystocia ossea materna e que bem revelam a poderosa influencia que sobre o parto exerce, não só o canal pelvico, immutavel, mas ainda e, sobretudo, a cabeça fetal, inconstante no seu volume, na ossificação e malleabilidade dos seus ossos.

Se, porém, são surprezas, não as procuremos com um instrumento que nada tem de inoffensivo; abandonemos para sempre a obstetricia empirica e sigamos firmes e resolutos a obstetricia positiva. Não vamos lançar-nos propositadamente no mundo dos acasos; trilhemos o caminho que nos apontam as applicações das sciencias exactas á sciencia obstetrica. Krassowski, o decano dos parteiros russos, já nos deu o seu exemplo, proscrevendo toda a tentativa de forceps ao estreito superior apertado, antes da symphyseotomia.

Mas, dir-se-ha que com tão radical e absoluta pratica algumas bacias se abrirão sem necessidade, inutilmente, nos casos, por exemplo, em que a differença entre o estreito superior e a cabeça do feto fôr pequena, casos em que o

forceps moderado e prudente partejaria a mãe sem perigo para o filho.

Já apreciámos sufficientemente o valor das taes manobras, ditas moderadas e prudentes, para não voltarmos de novo ao assumpto. Alem d'isso, possuimos hoje um meio seguro e efficaz, que nos permitte dissipar as duvidas e evitar assim as symphyseotomias desnecessarias. Queremos referir-nos á *mensuradora-alavanca-apprehensora* de Farabeuf.

Este precioso instrumento compõe-se de dois ramos metallicos, rectos, que se sobrepõem e ajustam perfeitamente, terminando cada um d'elles por uma colher elevada em angulo recto. A colher do ramo superior possue um movimento de charneira, de modo que, inclinando-se mais ou menos sobre a outra, faz com que as duas se adaptem bem á bacia e á cabeça do feto que é apprehendida regularmente. O ramo superior é ainda graduado em centimetros; e, como escorrega sobre o inferior, por elle podemos conhecer o afastamento das colheres e por consequencia os diametros cephalicos fetaes.

Eis agora o caminho a seguir:

Realizada a sufficiente dilatação ou dilatibilidade do collo uterino para que o instrumento possa penetrar, e reconhecida a impotencia das forças naturaes, introduz-se o ramo inferior entre o promontorio e a bossa parietal posterior do feto, de modo que a colher se applique sobre ella. Leva-se depois o ramo superior entre a symphyse e o parietal anterior, ficando este abraçado pela respectiva colher. Sobrepostos os dois ramos, lê-se no ramo competente a medida do diametro bi-parietal; se a differença entre

elle e o diametro promonto-pubico minimo, previamente determinado, não fôr muito sensivel, procede-se á extracção do feto.

A manobra é simples e facil. Elevam-se primeiro os ramos e assim se faz descer um pouco mais o parietal posterior; em seguida abaixam-se e o parietal anterior desce por sua vez, executando a cabeça o tal movimento de rotação em volta do promontorio. Libertado o ovoide cephalico do estreito superior e já na excavação, o resto não offerece difficuldades (1).

A *mensuradora-alavanca-apprehensora* em nada se assemelha ao forceps nos seus effeitos. Não actua como agente de reducção, não fecha a concavidade sagrada, não impede que o *asynclitismo* posterior se corrija, e pela sua fórma especial permitte que as manobras se aproximem o mais possivel do mechanismo normal do parto.

Em conclusão:

Antes do termo. — Promonto-pubico minimo entre 6 e 7 cent. parto provocado entre o oitavo e o nono mez e em seguida symphyseotomia. Promont-pubico minimo de 7 cent. e acima esperar o termo da gravidez.

---

(1) O professor Pinard teve já occasião de empregar este instrumento na Clinica Baudelocque em 5 de novembro ultimo. Tratava-se de uma gravidez dupla, em que o primeiro feto nasceu espontaneamente, mas o segundo, de cabeça mais volumosa, ficou retido acima do estreito superior durante seis horas. Pedida a alavanca ao professor Farabeuf, foi applicada, como já indicámos, e decorridos sete minutos o feto era facilmente extrahido vivo.

Ao termo ou já em trabalho. — Conjugado verdadeiro de 6c.,5 e além, symphyseotomia. De 8 cent. para cima introduzir a *mensuradora-alavanca-apprehensora;* e, se a differença entre o conjugado e o bi-parietal não exceder 1c.,5 cent., tentativas de extracção com este instrumento. No caso de insuccesso, symphyseotomia.

Não ficam por aqui as indicações da nova therapeutica; outras fórmas de viciação ha que a reclamam.

As bacias geral e regularmente apertadas e as geralmente apertadas e chatas entram tambem no seu dominio e a ellas cabem as considerações que acabamos de fazer sobre as chatas.

Nas bacias com aperto, de preferencia transverso, como as cyphoticas, scolioticas, lordosicas, ilio ou coxo-femoraes, a symphyseotomia está tambem indicada e com mais vantagem ainda, porque, como vimos, um aperto mesmo pronunciado dos diametros transversos não demanda grande divulsão pubica para que o seu augmento seja sufficiente. Só temos que fazer um reparo quanto á bacia coxalgica ou denominada coxo-tuberculosa por Demelin. Neste caso é indispensavel procurar com todo o cuidado se na articulação sacro-iliaca houve qualquer processo tuberculoso que, supposto extincto, a operação póde despertar.

As indicações abrangem tambem as bacias spondylolisthesicas e as viciadas por spondylolizema e por tumores ou exostoses, quando estas producções morbidas não attinjam grandes dimensões.

A propria bacia de Naegele, para a qual Pinard e Farabeuf aconselham sempre a ischio-pubiotomia, póde entrar na alçada da operação, todas as vezes que o afasta-

mento de 3 a 4 cent. fôr bastante e, particularmente, se o grande diametro cephalico coincidir com o maior diametro obliquo, o occipital do lado são.

E para terminar duas palavras apenas sobre as *contra-indicações*.

A ankylose das duas symphyses sacro-iliacas e a morte do feto, nos casos de embryotomia possivel, surgem desde logo como absolutas. Uma terceira ha, porém, de apreciação embaraçosa e que diz respeito á parturiente já infectada.

Dada a infecção da mulher, devemos ainda operal-a? Por emquanto não encontramos resposta decisiva. A estatistica diz, é verdade, que das mulheres operadas, com previas manifestações septicemicas, mais de metade succumbiu; mas occorre perguntar se as outras intervenções obstetricas as teriam salvo. E a duvida é tanto mais permittida quanto é certo que Pinard, por exemplo, não logrou conseguir melhor exito, seguindo este ultimo caminho.

Só um maior numero de casos, confrontado, por outro lado, com a pratica dita classica, poderá conduzir a conclusões firmes, positivas. Se a mortalidade apparecer egual ou mesmo quasi egual, sem duvida que a abertura da bacia se impõe de preferencia, porque, compromettida a mãe, não é justo que da mesma sorte se vá comprometter a saude e a vida do filho.

Technica operatoria

Declarada a insufficiencia das forças uterinas ou da *mensuradora-alavanca-apprehensora*, quando indicada, mas antes que o feto soffra e a mãe se esgotte em trabalho esteril, deve recorrer-se á symphyseotomia (1).

A grande maioria dos parteiros considera a dilatação completa do collo como factor indispensavel da opportunidade da intervenção; não concordamos plenamente com taes ideias.

---

(1) Farabeuf indica para as bacias chatas o meio de podermos reconhecer se o trabalho avança, dando como elementos de diagnostico a distancia, tomada no plano medio, do ligamento sub-pubico á sutura sagittal e a altura que vae do plano sacro-coccygeo ao pólo cephalico. No momento em que a cabeça se apresenta ao estreito superior par transpol-o, a sutura sagittal encontra-se a 35 millim., ponco mais ou menos, do ligamento sub-pubico e o pólo cephalico a tres dedos acima do plano sacro-coccygeo. Á medida que a transposição, o *engagement*, se vae effectuando, o pólo desce e a sutura afasta-se; de modo que, quando o parietal anterior se liberta do estreito, o primeiro está apenas a dois dedos acima do plano e a segunda a 55 millim. do ligamento. Effectuada a descida, mas a cabeça não apoiada ainda sobre o perineo, a sutura fica a 75 millim. do ligamento e o pólo a um dedo sómente acima do plano.

Sem duvida que não deixa de ser conveniente esperar que ella se realize; mas, se a demora é longa, se o sacco das aguas está aberto desde algum tempo, se, em uma palavra, ha signaes de soffrimento da parte do feto, manifestações evidentes de que a sua existencia corre perigo, vê-se bem que não ha tempo a perder, urgindo operar e extrahil-o, porque com a sua cabeça auxiliará e apressará a dilatação.

E é assim que por mais de uma vez tem procedido Pinard; e é isto mesmo o que faz e aconselha Gueniot; mas este com o fim especial, vindo a cabeça envolta no segmento inferior do utero, de evitar por este modo a rasgadura das paredes vaginal e vulvar, reforçadas e protegidas pelo referido segmento.

Tres partes principaes comprehende o manual operatorio da symphyseotomia: — *abertura e augmento da cavidade pelvica, expulsão do feto* e *tratamento da ferida.*

Abertura e augmento da cavidade pelvica. — Diversos têm sido os meios postos em pratica para abrir a bacia; comtudo, podemos reduzil-os a dois methodos geraes: — *o sub-cutaneo* e *o da incisão franca ou a ceu aberto.*

Cada um d'estes methodos abrange varios processos ou modos de cortar a fibro-cartilagem inter-pubica, atacando-a uns de baixo para cima, outros de cima para baixo e quer de deante para traz ou de traz para deante. Outros ha ainda que fazem a operação em dois tempos; primeiro de cima para baixo até ao ligamento sub-pubico, cortando depois este de baixo para cima. Tudo isto revela o receio de ferir os tecidos e orgãos visinhos da symphyse.

Methodo sub-cutaneo. — Este methodo, executado pela primeira vez, em 1780, por Antonio Delgado, cirurgião andaluz, consiste, como o seu titulo indica, em fazer uma pequena incisão na pelle pela qual se introduz o instrumento cortante que vae abrir a symphyse, incisão já vertical, já transversal e situada ao nivel do bordo superior ou inferior dos pubis. Pondo de parte os processos de *Imbert*, *Carbonai*, *Piccini*, etc. que hoje só pertencem á historia da symphyseotomia, descreveremos os mais modernos.

Processo de Novi. — Eis como o auctor o descreve: O operador, collocado entre as coxas da parturiente, faz na linha media, e a partir de 1 cent. acima do pubis, uma incisão longitudinal de 3 cent., dividindo todos os tecidos até á fibro-cartilagem. Em seguida procura com o indicador esquerdo a depressão correspondente ao encontro dos dois ossos na parte superior, e descobre-a com um bisturi curvo, de botão.

Feito isto, introduz pela pequena abertura o mesmo instrumento, fazendo-o escorregar ao longo da face posterior da symphyse até ao bordo inferior. Voltando-o nesta altura de modo que a concavidade cortante corresponda ao referido bordo inferior, leva-o de baixo para cima e um pouco de traz para deante; com este movimento corta os ligamentos e a fibro-cartilagem.

O operador conhece que a secção está terminada por um estalido especial, pela falta de resistencia e pelo afastamento dos pubis.

Processo de Morisani. — Este processo, muito semelhante ao de Novi, consiste em fazer na linha media uma incisão de 2 a 3 cent., começando a 2 cent. acima do

bordo superior da symphyse e cortando todos os tecidos até esta.

Descoberta do mesmo modo a união dos pubis, insinua-se pela abertura a *falcetta de Galbiati* que desliza ao longo da face posterior da articulação e colloca-se de modo que o gume abrace na sua concavidade o bordo inferior do ligamento sub-pubico, excedido pelo botão. Basta agora levantar e inclinar ao mesmo tempo o cabo do instrumento para deante para dividir, de baixo para cima e de traz para deante, o referido ligamento e a fibro-cartilagem (1).

Devemos já dizer que este processo é o primitivo do auctor. Hoje Morisani serve-se de um simples bisturi recto, de botão, e ataca a symphyse indifferentemente, de cima para baixo ou de baixo para cima e de traz para deante ou de deante para traz.

Processo de Spinelli. — Com o receio, como os seus antecessores, de ferir os tecidos e orgãos vizinhos da articulação, inventou Spinelli um instrumento especial composto de uma haste ou cabo metallico, terminado por duas pontas rombas entre as quaes se adapta uma lamina cortante, de secção obliqua. As laminas são tres, correspondendo ás differentes alturas que póde apresentar a symphyse pubica, e cada uma d'ellas é graduada em centimetros de fórma que por meio de um cursor que ao longo das suas faces escorrega, póde limitar-se á vontade a sua parte cortante, segundo a altura do disco inter-pu-

(1) A *falcetta de Galbiati* é um bisturi forte, de botão e curvo segundo o gume, especie de kelotomo ou de foucinho de ponta romba.

bico. As pontas rombas protegem os tecidos anteriores e posteriores e o cursor os tecidos e orgãos inferiores.

É simples o seu uso. Posto a nu, como nos processos descriptos, o bordo superior da articulação, colloca-se sobre elle, como que a cavallo, a lamina do instrumento; gradua-se a sua altura e em seguida exerce-se sobre o cabo uma pressão forte e brusca. A fibro-cartilagem é rapidamente cortada de cima para baixo.

O methodo sub-cutaneo perfeitamente racional e amplamente justificavel nesses tempos em que o ar era o maior inimigo das feridas e o grande terror dos cirurgiões, em que a sciencia bacteriologica jazia ainda envolta no mysterio ou principiava a rasgar as densas trevas do passado, não tem hoje por seu lado motivos ponderosos que o legitimem.

Desde que os serios e rigorosos cuidados da asepsia e da antisepsia nos permittem collocar os operados ao abrigo das terriveis complicações que outr'ora os dizimavam aos centenares, as incisões francas impõem-se. Com ellas tem o operador mais liberdade e segurança, mais campo aberto a seus olhos e por isso mesmo maior facilidade em ver o que faz e o que convem e é preciso fazer.

Além da limitação restricta do campo operatorio outros inconvenientes o acompanham. Dada uma hemorrhagia um pouco mais abundante, quer seja proveniente do clitoris quer do plexo de Santorini, só temos para sustal-a a compressão mediata, feita entre a vagina e a pelle; ora com meio hemostatico tão fallivel, certamente que é para recear a accumulação de coagulos sanguineos no espaço inter-pubico, impedindo ou embaraçando a união dos topos

osseos. A *toilette* da cavidade de Retzius não póde ser feita assim como a sua drenagem em casos de necessidade; d'aqui maior numero de probabilidades em se estabelecer a suppuração e, estabelecida ella, lá apparece a urgencia de cortar francamente o que a principio se poupara, para que o pus tenha livre e facil sahida.

Um outro inconveniente tivemos occasião de notar nas observações que fizemos sobre o cadaver. Separados os pubis, se a asymetria existe, não é facil conhecel-a; o que não acontece com a incisão franca, porque, descobertos os topos osseos, vê-se immediatamente se existem no mesmo plano ou se, pelo contrario, um está mais baixo e mais projectado para deante.

Quanto aos processos denunciam elles o receio permanente de não encontrar com facilidade o disco inter-pubico e de ferir os tecidos e orgãos adjacentes; d'onde a pratica geral de cortar de baixo para cima e de traz para deante e o invento de instrumentos especiaes. Com a incisão a descoberto nenhum dos receios tem razão de ser, protegendo-se convenientemente os orgãos situados atraz e abaixo da symphyse; e relativamente ao atacar a fibro-cartilagem de traz para deante não é por certo este o meio mais seguro, por isso que em virtude da inclinação das superficies articulares a parte posterior do disco é precisamente a menos espessa, contando apenas alguns millimetros.

Methodo da incisão franca ou a ceu aberto. — Foi este o processo posto em pratica na abertura da primeira bacia, pertencente, como dissemos, á mulher Souchot. Sigault

fazia na linha media uma incisão de 5 a 6 cent., começando um pouco acima do bordo superior dos pubis e terminando com desvio á esquerda do clitoris; a fibro-cartilagem era cortada de cima para baixo.

No começo d'este seculo Leroy, Plenk, Ansiaux, Maygrier, Capuron e Hatin abraçaram e seguiram este mesmo methodo; mas de novo esquecido até 1892, só neste anno assistimos á sua definitiva rehabilitação, obra da mesma eschola franceza que por toda a parte fez echoar os luminosos e surprehendentes resultados da symphyseotomia.

Como mais importantes descreveremos os processos de Pinard, Kufferath, Mascarenhas e o de Farabeuf.

Processo de Pinard. — Collocada a mulher em decubito dorsal, o operador, situado á sua direita, corta na linha media todos os tecidos até á symphyse e na extensão de 8 a 10 cent., principiando acima dos pubis e terminando com desvio á esquerda do clitoris. Destaca em seguida as inserções tendinosas dos musculos rectos anteriores no ponto correspondente ao bordo superior da articulação, e por esta abertura introduz o indicador esquerdo que, escorregando na cavidade de Retzius, dá conta da posição do *bordelete* articular e protege a bexiga no momento de abrir a bacia.

Isto feito, com um bisturi recto, de botão, ataca ousadamente a fibro-cartilagem de cima para baixo e de deante para traz; mas, ao chegar ao ligamento sub-pubico, divide este por pequenos golpes, fibra por fibra por assim dizer, recommendando nesta altura a um dos ajudantes que, com a sonda previamente introduzida na bexiga, incline a urethra para baixo e lateralmente.

Pouco tempo depois de Pinard descrever e pôr em pratica este seu processo, collocava já a mulher na posição obstetrica para evitar as mudanças de attitude no momento de extrahir o feto. Presentemente, acceita, segue e aconselha o processo de Farabeuf.

Processo de Kufferath. — O parteiro belga opera deste modo: Disposta a parturiente em posição obstetrica, faz uma incisão na linha media, começando a 1 cent. acima dos pubis e terminando a outro centimetro acima do clitoris. Sem ferir os tendões dos musculos rectos anteriores insinua pelo seu intersticio o indicador esquerdo e com elle contorna a face posterior dos pubis e desloca os tecidos a ella adherentes; em seguida com um bisturi de botão, guiado pelo dedo, corta a fibro-cartilagem de cima para baixo e de deante para traz até ao terço inferior do ligamento triangular. Chegado aqui, disseca a parte inferior da arcada pubica, insinua por baixo do ligamento o mesmo indicador, e, protegidos assim os orgãos subjacentes, corta o resto de baixo para cima e de traz para deante.

É, como vemos, um processo em dois tempos, executado com o fim de garantir o mais completamente possivel a integridade dos orgãos retro e infra-pubicos, sobretudo, d'estes ultimos.

Processo de Mascarenhas. — Este distincto professor na sua primeira symphyseotomia, feita em 1892, seguiu o methodo *sub-cutaneo*; na segunda, realizada em novembro passado, poz em pratica o seguinte processo:

Com um bisturi ordinario cortou na linha media todos os tecidos até á articulação, começando a 1c,5 acima do

pubis e terminando o golpe com desvio á esquerda do clitoris. Seguidamente penetrou com o indicador esquerdo no espaço de Retzius, descollando da symphyse as partes molles e terminando inferiormente este descollamento com o indicador direito introduzido por baixo do ligamento triangular e levado até ao encontro do outro dedo.

Feito isto, afastada a urethra por um catheter, e protegidos os tecidos e orgãos retro-pubicos pelo indicador esquerdo, atacou a fibro-cartilagem com um bisturi curvo, de botão, dividindo-a de deante para traz e de baixo para cima. Voltando depois á parte superior da ferida, insinuou o bisturi pela parte posterior, terminando a divisão de baixo para cima e de traz para deante.

É este tambem um processo em dois tempos como o de Kufferath, differindo d'elle apenas na inversão dos mesmos tempos.

Processo de Farabeuf. — Este processo é o resultado de um estudo anatomico minucioso da região pubica. Eis como se executa:

Com o topo do indicador esquerdo, collocado á esquerda do clitoris, baixa-se a raiz esquerda d'este orgão, carregando ao mesmo tempo um pouco para dentro até sentir-se a arcada ou *arcuatum*. Sobre o dedo, assim posto, faz-se terminar a incisão cutanea, começada a 5 cent. acima do pubis, e por traços successivos cortam-se na linha media todos os tecidos até descobrir as fibras brancas tendinosas peri-articulares e o ligamento suspensor medio do clitoris.

Para melhor salientar este ligamento estira-se o clitoris com uma pinça ou com o indicador e pollegar esquerdos

e, apenas bem destacado, com um golpe franco corta-se directa e transversalmente. Afastados os labios da ferida, vê-se a nu a face do *arcuatum*, o interior de uma especie de cavidade serosa. Com a unha do indicador direito ou com uma simples lamina metallica, dobrada em goteira e curva tambem segundo o comprimento, baixa-se o labio inferior da ferida transversal e raspa-se o ligamento triangular; immediatamente se apresenta aos olhos do operador a via sub-pubica. Com esta manobra desce tambem uma lamina cellulo-fibrosa, vinda da bacia, que cobre, occulta e protege as veias da urethra, bexiga e clitoris, applicando-as contra os respectivos orgãos.

Descoberta a via inferior, procura-se a superior. Para isso destacam-se ao nivel da entrelinha pubica os tendões dos musculos rectos e por esta abertura introduz-se o indicador esquerdo, fortemente curvado; com a unha raspa-se e descolla-se tudo quanto se encontra applicado sobre o *bordelete*, descendo sempre até reunir as duas aberturas. Em seguida insinua-se a goteira por baixo do ligamento triangular e, guiada pelo dedo, faz-se sahir pela abertura superior.

Feito tudo isto, a goteira, abraçando a symphyse e ao mesmo tempo o *bordelete* articular, indica nitidamente o logar da fibro-cartilagem que se ataca com um bisturi ordinario, cortando no plano medio absolutamente tudo o que une os pubis. Estes separam-se desde logo, e para termos a certeza de que nada ficou a prendel-os, passa-se entre elles o indicador direito.

Da simples leitura de todos estes processos com facilidade se destaca a primazia do de Farabeuf sobre todos

os outros. Baseado em um estudo profundo e consciencioso da região, não admira que offereça mais segurança e até uma certa economia no pessoal. Assim, é desnecessario desviar a urethra com um catheter previamente introduzido na bexiga, o que poupa um ajudante; ou terminar o golpe á esquerda do clitoris com o receio de ferir este orgão; ou fazer a operação em dois tempos; ou, emfim, procurar a depressão correspondente ao encontro dos dois ossos. A goteira, contendo o *bordelete*, indica ao operador que o disco está na sua frente; abraçando a symphyse, protege todos os tecidos e orgãos e mostra ao mesmo operador que póde cortar á vontade, ousadamente, sem receio de ferir cousa alguma.

Á segurança allia a simplicidade. Não exige instrumentos especiaes; o bisturi ordinario, que acompanha todo o clinico, serve perfeitamente; quanto á goteira nada mais facil do que improvisal-a na propria occasião com uma lamina metallica qualquer, de cobre, zinco, ferro, etc.

Ainda outra vantagem. Se a cabeça por muito encravada não puder elevar-se, a passagem do dedo entre ella e os pubis e a sua permanencia para proteger a bexiga e guiar o bisturi, não é cousa muito facil, tanto mais que á espessura do dedo vem juntar-se a do botão do instrumento; com a goteira as difficuldades são bem menos pronunciadas.

E para terminar diremos que, executando-o nas nossas cinco experiencias cadavericas, sempre o encontrámos seguro, simples e expedito. Em menos de dez minutos a bacia estava aberta.

A proposito convem lembrar um incidente occorrido e

que não deixa de ter a sua importancia. Na quarta experiencia cortámos perfeitamente os dois terços superiores da fibro-cartilagem, mas ao chegar ao terço inferior o bisturi encontrou tal resistencia que não foi possivel passar além. Sem acreditarmos na existencia de uma ankylose parcial, retirámos o instrumento e, applicando-o pela parte inferior, os pubis separaram-se desde logo. Na quinta succedeu o contrario. Collocado o bisturi na parte superior da articulação, apenas penetrou alguns millimetros; retirado e introduzido pela parte inferior, a divisão foi rapida. Note-se que este incidente não dependeu da menor espessura do disco, como se podia julgar, attendendo demais á edade avançada das duas mulheres; unicamente teve como causa a sua extrema irregularidade (1).

Por aqui se vê tambem o caminho a seguir, quando a circumstancia, que acabamos de expôr, apparecer no corte da fibro-cartilagem.

Divididos todos os tecidos que unem os pubis, estes afastam-se espontaneamente 1 ½ a 3 cent. segundo os casos. Póde acontecer que este afastamento seja sufficiente

---

(1) Esta occorrencia immediatamente nos suggeriu a ideia de que talvez os casos de ankylose parcial ou mesmo total, apontados por alguns parteiros, não passem de symphyses com disco inter-pubico muito irregular. E a nossa supposição é ainda mais arreigada perante as experiencias recentes de Queirel, que em *duzentos* cadaveres de mulheres de 19 a 89 annos nunca viu ankylose alguma. Propositadamente accentuamos este ponto, porque alguem ha que se serve d'estas pequenas cousas, mais fructos de imaginação do que realidades palpaveis, para mostrar aos espiritos receosos as difficuldades por vezes insuperaveis da symphyseotomia.

para a sahida do feto; na generalidade dos casos, porém, ha necessidade de ir mais longe.

Muitos operadores, depois de aberta a bacia, abandonam o parto á natureza ou extrahem, acto continuo, o feto sem amplificar a capacidade pelvica da quantidade precisa e préviamente calculada.

Não perfilhamos tal pratica. Entendemos, pelo contrario, que ha tudo a ganhar na provocação do afastamento necessario para evitar que o feto o faça á custa de violencias para si nocivas. A ampliação da bacia deve ser obra do parteiro e de modo algum da cabeça fetal.

Para separar os pubis emprega Pinard, em Baudelocque, um instrumento especial, mas simples, que elle proprio mandou construir, tendo a fórma de um compasso, cujos ramos se afastam por intermedio de um parafuso, e munido de um quadrante, onde uma agulha marca o desvio. Os ramos terminam por botões hemisphericos com uma ponta transversal, servindo esta para fixar o instrumento entre os pubis e aquelles para impedir que os ossos actuem sobre os ramos e os desloquem.

Na falta, porém, do — *afastador registrador* — podemos produzir a divulsão, como já atraz indicámos, exercendo pressões lentas e continuas, sem grandes abalos, sobre as faces internas dos joelhos, collocados os membros inferiores em abducção maxima, as pernas flectidas sobre as coxas e estas sobre a bacia.

Alguns operadores encarregam d'esta manobra os ajudantes que seguram os membros, quando lhes merecem confiança; nós, comtudo, pensamos que o operador o fará melhor, já porque a posição, em que se encontra, é

a mais favoravel, já tambem porque mais uniformemente poderá regular e distribuir a pressão em ambos os lados, evitando assim o desvio asymetrico.

Supponhamos, no emtanto, que a asymetria se dá, quer em conséquencia de uma manobra mal feita, quer em virtude da maior resistencia dos ligamentos de uma das articulações sacro-iliacas (1). Farabeuf diz como corrigil-a. Para isso colloca-se a coxa do lado que cedeu, em flexão e adducção forçadas, confiando-a a um ajudante, que a fixa e apoia nesta attitude com todo o peso do seu tronco; o osso iliaco fica d'este modo fortemente applicado contra o sacro. Em seguida leva-se a coxa opposta na abducção forçada, violentando a symphyse sacro-iliaca resistente.

Esta manobra de um alto valor pratico é, todavia, dispensavel, assim o entendemos, quando o maior diametro obliquo coincidir com o fronto-occipital do feto, o occipital voltado para a parte mais larga da bacia, porque em taes circumstancias a bossa parietal anterior póde aproveitar o espaço inter-pubico, isto é, o segundo beneficio da abertura da cavidade pelvica.

Ampliada a bacia da quantidade precisa e previamente calculada, cobre-se provisoriamente a ferida com um penso antiseptico, que pela sua compressão exerce ao mesmo tempo o papel de agente hemostatico, e, como diz Pinard, o operador deixa de ser cirurgião para se tornar parteiro.

---

(1) A simples inspecção basta para conhecer a natureza do desvio. Se os dois pubis ficam no mesmo plano horizontal e tocam no mesmo plano vertical ha symetria, no caso contrario dá-se a asymetria. O pubis que se afasta da linha media projecta-se para deante e desce em relação ao outro, que não soffre mudança alguma.

Expulsão do feto. — Nesta altura do manual operatorio, em que nos encontramos, uma questão se levanta. Deve abandonar-se o parto á natureza, deixar que as contracções uterinas expulsem o feto, ou, pelo contrario, proceder immediatamente á sua extracção?

Opinamos pela segunda conducta. Além de não divisarmos na primeira vantagens de valor determinante, graves inconvenientes a envolvem.

Em primeiro logar faz com que a symphyse esteja aberta por um tempo que póde ser longo e obriga o parteiro a esperar e a vigiar constantemente, com o maximo cuidado, a descida e sahida da cabeça a fim de impedir a distensão demasiada e, como consequencia, a rasgadura do annel vulvo-vaginal.

Em segundo logar expõe a mãe e o filho a contingencias um pouco serias. Separados os pubis, já não fica a superficie lisa d'outr'ora, mas sim dois angulos salientes, formados pelos topos osseos, que comprimem os tecidos e orgãos da primeira, mormente a bexiga e a vagina, contra a cabeça do segundo; e, se a compressão é innocente quando actua por pouco tempo, o mesmo não succede quandos os seus effeitos se prolongam.

Em terceiro logar, se quizermos proceder á costura da ferida ainda debaixo da anesthesia, o que deve fazer-se, vamos sujeitar a mulher a uma prolongada acção do anesthesico geral, o que não é indifferente para a sua saude e por isso mesmo para o bom andamento da cura.

É, pois, conveniente a todos os respeitos extrahir desde logo o feto. A que meio, porém, recorrer? Á versão, ao forceps ou á *mensuradora-alavanca-apprehensora?*

A primeira só a julgamos indicada nas apresentações da espadua e da pelve. As difficuldades que por vezes a acompanham e, sobretudo, os perigos que faz correr ao feto, se alguma demora surge na extracção da cabeça, tem por si o peso bastante, assim o cremos, para que não deva tentar-se.

O forceps tambem não é innocente. Se as tracções não forem dirigidas, tanto quanto possivel, para baixo e para traz, póde acontecer que a bossa parietal, introduzida no espaço inter-pubico e projectada muito para deante, estenda excessivamente os tecidos, já estirados com o afastamento pubico, determinando a sua laceração. Demais, por este mesmo facto póde dar logar a um exaggerado afastamento e, consequentemente, a lesões mais ou menos notaveis nas symphyses sacro-iliacas.

Sob este ponto de vista a superioridade pertence á *mensuradora-alavanca-apprehensora*. Com este instrumento imita-se, como já vimos, o mechanismo do parto. A bossa parietal posterior, aproveitando a concavidade sagrada, impede até certo ponto a projecção da bossa parietal anterior e, como consequencia, a rasgadura dos tecidos e a tal excessiva diastase pubica.

No caso, porém, de não haver á mão este instrumento, póde perfeitamente recorrer-se ao forceps, seguindo-se qualquer das manobras preconizadas e executadas por Kufferath e por Pinard e Varnier.

Como sabemos, com 5 ou 6 cent. de afastamento a roldana de reflexão constituida no estado normal pela arcada pubica falta, o estreito inferior e a bacia molle tomam uma fórma absolutamente differente da que tinham, sendo

ovoides, não já no sentido antero-posterior, mas transversalmente. Lembrando-se d'isto, Kufferath extrahe o feto, a cabeça sempre em posição transversa.

Pinard e Varnier, baseando-se nas mesmas considerações e attendendo por outro lado a que para o estreito inferior das bacias rachiticas não ha necessidade d'esse afastamento, indispensavel para o estreito superior, aconselham que, uma vez a cabeça na excavação, se aproximem os pubis com o fim de restituir aos tecidos molles o seu sustento osseo. Por este processo evita-se tambem que as espaduas desçam rapidamente, exaggerando a divulsão e rompendo os tecidos. Pinard e Varnier têm ainda o cuidado, nas suas operações, de dilatar previamente a vulva e a vagina com o balão de Champetier, manobra esta que se recommenda pela sua elevada utilidade. Usando d'estas precauções, não assistiram no anno findo, na Clinica Baudelocque, a uma só ruptura de tecidos ou orgãos, embora executassem a symphyseotomia em treze primiparas.

Assim, empregando o forceps, possuimos dois meios de evitar as lacerações: — ou libertando a cabeça fetal sempre em posição transversa, ou apenas na excavação e operada a rotação, ou, talvez antes, recommendar aos dois ajudantes que aproximem os pubis e mantenham bem firmes os membros inferiores. Se o aperto fôr tal que as espaduas não possam ultrapassar o estreito superior depois de fechada a bacia, nada mais simples do que abril-a de novo o bastante, encerrando-a outra vez depois da sua descida.

Nesta parte do manual operatorio devem os ajudantes

redobrar de attenção para evitar um excessivo desvio dos ossos a que um simples e leve descuido póde conduzir. É este o seu momento mais critico, o da sua maior responsabilidade.

Extrahido o feto, resta a dequietadura. Regra geral tem ella logar espontaneamente ou com o auxilio da espressão uterina; havendo demora, intervenha-se desde logo para que a sutura da ferida se possa fazer durante a anesthesia, e, mesmo tambem, porque nestas condições a operada perde mais sangue.

Feitas as lavagens e irrigações antisepticas costumadas, introduz-se na vagina um pedaço de gaze iodoformada, reparam-se as lesões que possa haver, e procede-se, acto continuo, ao tratamento da ferida.

Tratamento da ferida. — Retirado o penso provisorio, bem desinfectada e limpa a solução de continuidade, procede-se ás suturas e á immobilização dos pubis. Póde acontecer nesta altura que a hemorrhagia, até então parada, reappareça, embora menos intensa; o simples contacto dos ossos basta, porém, na generalidade dos casos, para combatel-a de vez. Se isto não fôr sufficiente e houver receio de que mais tarde se renove, podemos, como faz Kufferath, laquear em massa os tecidos que sangram e collocar para mais segurança na cavidade de Retzius um ou dois drenos ou talvez melhor ainda uma mecha de gaze iodoformada presa por um fio, que sahe pela parte inferior da ferida, porque, além de drenar, produz a hemostase pela compressão.

Sobre o tratamento da ferida os praticos divergem. Uns

empregam a sutura ossea, outros só fazem a da pelle, contentando-se em manter a coaptação pubica por meio de apparelhos especiaes ou de simples ligaduras do tronco. A primeira, que conta em Zweifel um ardente partidario, está hoje quasi abandonada. Além de ser perfeitamente desnecessaria, arrasta por vezes algumas complicações, não fallando no longo tempo que demanda, tempo pouco agradavel para o operador e nada salutar para a operada em virtude da longa duração da anesthesia.

A segunda pratica é a mais seguida; e, como dissemos, para immobilizar os ossos iliacos recorrem uns aos leitos mechanicos, goteiras, cinturas metallicas, apparelhos inamoviveis, etc., outros, e neste numero entram quasi todos os parteiros italianos, a uma simples ligadura do tronco. Pinard mandou construir para este fim um apparelho composto de um arco metallico de charneira e parafuso, apertando duas goteiras que se applicam sobre os lados da bacia e Gueniot um outro do mesmo systema que este.

Tambem não vemos que esta segunda pratica satisfaça completamente.

A ligadura do tronco é um meio simples de mais e por isso mesmo não merece inteira confiança; o emprego dos apparelhos é pouco viavel. Sem fallarmos na dispendiosa acquisição do material, nem sempre possivel, um inconveniente mais serio o deprecia. Em consequencia do accidentado da região os apparelhos applicam-se mal; os doentes, por este mesmo facto, difficilmente os supportam; sentem-se muito incommodados e tudo isto dá logar a deslocações, a movimentos, mesmo involuntarios, que só

prejudicam o bom andamento da cura. Em muitas observações notamos nós a urgente necessidade de levantal-os, porque os doentes de modo algum os podiam tolerar por mais tempo. Foi esta mesma necessidade, como vimos, que originou a falta de consolidação pubica no caso de Moussoux (Obs. 118).

O processo mais simples, mais seguro e mais expedito, é o da costura fibrosa de pontos perdidos, já em tempos proposto por Caruso, modernamente aconselhado por Farabeuf e executado hoje por Pinard em Baudelocque.

Na face anterior da symphyse pubica o tecido branco, peri-articular, é composto de uma serie de feixes fibrosos de direcção vertical e transversal, os quaes, cruzando-se e apertando-se uns contra os outros, formam uma camada de alguns millimetros de espessura e resistente bastante para supportar os fios (1).

Sendo assim, depois de bem desinfectada e limpa a ferida e produzida a hemostase, approximam-se os pubis, recommendando aos dois ajudantes que exerçam pressões sobre os ossos iliacos a fim da coaptação ser mais perfeita, faz-se a costura fibrosa com pontos perdidos, em seguida a da pella com pontos profundos e superficiaes, e, emfim, completa-se o curativo. Para mais segurança é conveniente

(1) Nas nossas experiencias cadavericas tivemos occasião de fazer esta costura em tres casos, empregando fios de diversos diametros. Para ver até que ponto chegava a resistencia do tecido fibroso, exercemos sobre a face interna dos joelhos pressões já lentas e graduadas, já saccudidas e fortes e nem uma só vez as fibras se romperam. Os pubis mantiveram-se sempre bem unidos.

applicar uma ligadura em torno da bacia e uma outra immobilizando os membros inferiores. Os cuidados consecutivos são os de toda a puerpera, alliados aos da extrema vigilancia na consolidação dos pubis e na cicatrização dos tecidos molles.

CONCLUSÃO

A operação sigaultiana, esquecida durante quasi um seculo, reapparece hoje á luz brilhante da sciencia obstetrica, permanecendo triumphante, não como uma operação a mais que viesse unicamente enriquecer a therapeutica das viciações pelvicas, mas como uma operação que dentro dos seus limites deve substituir as suas rivaes.

A mortalidade, tanto materna como fetal, que ella produz, comparada com a que em identicas circumstancias acompanha a pratica dita classica, constitue o mais eloquente e luminoso testemunho da sua irrefragavel superioridade sobre esta. E, se isto mesmo não houvera, bastaria o ter riscado do quadro das intervenções obstetricas, nas angustias pelvicas, a horrorosa embryotomia sobre a criança viva para que o seu exito fosse grande, sublime e glorioso.

O augmento momentaneo da bacia pela sua simplicidade, facilidade e quasi absoluta innocuidade, é, contrariamente ao que muitos apregoam, uma operação perfeitamente exequivel não só na clinica hospitalar, como ainda

na clinica privada, em toda a parte, emfim, onde as suas indicações a reclamem; operação que a todos se impõe sob pena da responsabilidade de um crime de lesa sciencia e consciencia.

O advento da antisepsia e da asepsia em todas as maternidades expulsou d'ellas os infinitamente pequenos, e restituiu á sociedade esses centenares de mães amantissimas por elles assombrosa e cruelmente lançados á terra dos cemiterios.

O desgraçado feto, porém, parco ou mesmo nullo foi o beneficio que recebeu. A vida inconsciente do filho continuou a ser sacrificada á vida consciente da mãe. A lucta entre as duas e ambas sympathicas existencias ficara de pé, assustadora e terrivel, como a mais negra mancha da obstetricia, como a mais atroz e barbara tortura da vida do parteiro.

Rehabilita-se a symphyseotomia e tudo se transforma. A lucta termina, a mancha desapparece e a tranquillidade é grande na consciencia do parteiro.

Não são apenas as mães e as tenras e debeis criancinhas, mas a humanidade inteira que neste momento deve recordar a saudosa memoria do joven estudante angevino e prestar a sua sincera e ardente homenagem a Morisani e a Pinard; porque a rehabilitação da symphyseotomia, é, acima de tudo, um d'esses acontecimentos de elevado e palpitante interesse social.

ESTATISTICA

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resuladtos
	1887			C. v.	
1	Agosto	MANCUSI	Rachitica	7c.,0	Primipara
	1888				
2	Fevereiro	MORISANI	»	7c.,0	»
3	Março	»	»	7c.,0	»
4	Agosto	MANCUSI	?	8c.,5	1 parto — ?
	1889				
5	Janeiro	MORISANI	Rachitica	6c.,6	Primipara
6	Maio	MANCUSI	»	7c.,0	1 parto — ?
7	Julho	NOVI	»	7c.,0	Primipara
8	»	»	Osteomalacica	8c.,1	?
9	Setembro	MANCUSI	?	7c.,8	1 parto — ?
10	Outubro	C. SCIBELLI	Rachitica	7c.,5	Primipara
11	»	NOVI	»	7c.,4	»
	1890				
12	Fevereiro	MORISANI	»	7c.,0	1 parto — ?
13	Março	»	?	7c.,0	Primipara.
14	Abril	NOVI	Rachitica	6c.,7	1 parto — ?

NOTA. — *C. v.* — Diametro conjugado verdadeiro ou promonto-pubico minimo. — *P.-s.-p.* — Diametro promonto

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
?	?	Cura	Vivo	Operada na clinica particular.
?	?	»	»	Sacco amniotico aberto desde 52 horas.
?	?	»	»	Levanta-se ao 15.º dia.
?	?	»	»	Operada na clinica particular. Levanta-se ao 12.º dia.
?	?	»	»	Sahe curada ao 12.º dia.
?	?	»	»	Operada na clinica particular.
?	?	»	»	
?	?	»	»	
?	?	»	»	Operada na clinica particular. Levanta-se ao 8.º dia.
?	?	»	»	Operada na clinica particular. Fistula vesico-vaginal.
?	?	»	»	
?	?	»	»	Sahe curada da Maternidade ao 10.º dia.
?	?	»	Morto	Morto 12 horas depois. Sacco das aguas roto desde 24 horas; procidencia do braço.
?	?	»	Vivo	Levanta-se ao 20.º dia.

sub-pubico ou conjugado obliquo. — *Bi-isch.* — Diametro bi-ischiatico.

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1890			C. v.	
15	Maio	Campione	Osteomalacica	7c.,1	7 partos — ?
16	»	Morisani	Rachitica	7c.,9	2 » — ?
17	Setembro	Martino	»	6c.,7	1 parto — ?
18	Novembro	Morisani	»	7c.,2	2 partos — ?
	1891				
19	Fevereiro	Mancusi	»	7c.,8	3 » — ?
20	Abril	Postiglione	»	8c.,0	1 parto — ?
21	Junho	Caruso	»	7c.,0	1 » — ?
22	»	Mancusi	»	6c.,0	1 » — ?
23	Julho	Morisani	»	7c.,5	3 partos — ?
24	Setembro	Novi	»	6c.,7	1 parto — ?
25	»	»	»	7c.,0	9 partos — ?
26	Novembro	Lacetti	Geralmente apertada	6c.,4	1 parto — ?
27	»	Morisani	Rachitica	7c.,0	1 » — ?
28	»	»	?	6c.,5	1 » — ?
	1892				
29	Janeiro	Novi	Rachitica	7c.,5	Primipara

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
?	?	Cura	Vivo	Operada na clinica particular. Cura completa ao 35.º dia.
?	?	»	»	Levanta-se ao 10.º dia.
Muitas appl. de forceps	?	Morte	Morto	Mãe morta de metro-peritonite; já infectada Feto em apresentação de espadua com procidencia do cordão; morto por asphyxia
?	?	Cura	Vivo	Levanta-se ao 13.º dia.
?	?	»	»	Operada na clinica particular. Levanta-se ao 7.º dia.
?	?	»	»	Fistula vesico-vaginal.
?	?	»	Morto	Operada na clinica particular. Feto morto por asphyxia.
?	?	»	Vivo	Operada na clinica particular.
?	?	»	»	Levanta-se ao 8.º dia.
?	?	»	»	Fistula vesico-vaginal.
?	?	»	»	Sahiu da Maternidade ao 15.º dia.
?	?	»	»	
?	?	»	»	
Parto prov. ao 8.º mez	?	»	»	
?	?	»	Morto	?

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1892				
30	Fevereiro	PINARD	Rachitica	P.-s.-p. 9c.,7	Primipara
31	»	CARUSO	Rachitica, geralm. apertada	C. v. 7c.,0	?
32	»	PINARD	Rachitica	?	Primipara
33	Março	»	»	P.-s.-p. 9c.,0	3 part., 3 fetos mortos
34	Abril	MORISANI	»	C. v. 7c.,8	Primipara
35	»	CARUSO	?	7c.,0	?
36	»	FREUND	Rachitica	P.-s.-p. 10c.,0	?
37	»	TRUZZI	Chata, não rachitica	C. v. 7c.,5	8 part., 8 fetos mortos
38	»	MULLERHEIM	?	P.-s.-p. 10c.,0	2 part., 1 feto morto
39	Maio	VARNIER	Rachitica	9c.,8	3 » 3 fetos mortos
40	»	DUCHAMP	»	C. v. 7c.,5	Primipara
41	»	LEOPOLDO	Rachitica, geralm. apertada	6c.,5	3 part., 3 fetos mortos
42	»	TARNIER	Rachitica	P.-s.-p. 9c,0	4 part., 4 embryotomias

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
Parto provocado	?	Cura	Morto	Symphyseotomia incompleta. Extracção pelos pés. Fractura do parietal posterior.
	?	»	»	Asphyxia por circulares do cordão.
Forceps	6c,1	»	Vivo	Levanta-se ao 33.º dia.
Parto prov. e forceps	6c,5	»	»	Levanta-se ao 29.º dia.
?	?	»	»	
	?	»	»	
	?	»	»	
	?	»	»	
	?	»	»	Levanta-se ao 20.º dia.
Parto provocado	4c,0	»	Morto	Morto de fraqueza congenita. A mãe levanta-se ao 26.º dia.
Forceps	6c,0	»	»	Morto 35 horas depois. Cavalgamento dos parietaes e depressão no frontal direito.
?	7c,0	»	Vivo	Levanta-se ao 24.º dia.
Parto prov. ao 8.º mez	?	»	»	Levanta-se ao 24.º dia.

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1892			P.-s.-p.	
43	Maio	Pinard	Rachitica	9c.,3	3 part., 3 fetos mortos
44	»	Porak	Cyphotica		?
45	Junho	Ribemont	?	8c.,3	Primipara
46	»	Porak	?	9c.,6	»
47	»	Pinard	?	9c.,0	»
				C. v.	
48	»	Leopoldo	Rachitica	8c.,5	1 parto, craniotomia
49	»	Mascarenhas	Geralmente apertada	6c.,5	Primipara
50	»	Zweifel	Rachitica	7c.,7	4 part., 3 fetos mortos
				P.-s.-p.	
51	Julho	Pinard	»	10c.,4	Primipara
52	»	Lepage	Bacia obstruida por tumores		1 parto, 1 feto vivo
53	»	Ribemont	?	10c.,2	?
				C. v.	
54	»	Morisani	Rachitica	7c.,0	?
				P.-s.-p.	
55	»	Lepage	»	9c.,7	1 parto, 1 feto vivo
				C. v.	
56	»	Morisani	»	7c.,5	?

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
	4c.,5	Cura	Vivo	PINARD examinou a mulher aos 7 1/2 mezes e deixou ir a gravidez ao termo.
	?	»	»	Levanta-se ao 21.º dia.
	4c.,5	»	»	
	?	»	»	Levanta-se ao 20.º dia.
Parto provocado	6c.,2	»	»	Levanta-se ao 20.º dia.
	6c.,5	»	»	Levanta-se ao 25.º dia.
Parto prov. ao 8.º mez	6c.,0	Morte	»	Morta ao 5.º dia. Alguma hemorrhagia. Nodulos tuberculosos nos pulmões e gangl. peri-bronchicos.
	?	Cura	»	
Parto provocado	5c.,0	»	»	Levanta-se ao 24.º dia.
Forceps	?	»	»	Operada na clinica particular.
»	4c.,0	Morte	Morto	Feto com hemorrhagia meningea. Mãe já infectada, com 39º de temperatura e em trabalho do parto desde 3 dias.
	?	Cura	Vivo	
»	5c.,0	»	»	Levanta-se ao 30.º dia.
	?	»	»	

*

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1892			C. v.	
57	Julho	Zweifel	Rachitica	8c.,5	2 partos, 2 fetos vivos
58	»	Tellier	Rachitica, geralm. apertada	9c.,0	Primipara
59	»	Chauta	Rachitica	?	?
				P.-s.-p.	
60	Agosto	Harajewicz	?	9c.,5	1 parto, craniotomia
				C. v.	
61	»	Fochier	Rachitica, geralm. apertada	9c.,5	?
				P.-s.-p.	
62	»	Desiderius	Rachitica	9c.,5	2 part., cephalotripsia
				C. v.	
63	»	Zweifel	?	8c.,0	3 part., 3 fetos mortos
64	»	Merlein	?	7c.,5	?
65	»	Pantaloni	?	?	Primipara
66	Setembro	Chauta	?	?	?
				P.-s.-p.	
67	»	Törngren	Rachitica	10c.,2	8 p., poucos f. vivos
68	»	Pasquali	?	?	?
69	»	Varnier	Rachitica	9c.,2	1 part., basiotripsia

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
	?	Cura	Vivo	
	10c.,0	Morte	»	Morte por syncope, produzida por uma hemorrhagia extraordinaria. Laceração do perineo e da bexiga.
	?	Cura	»	
Forceps	6c.,5	»	Morto	Symphyseotomia incompleta seguida de tracções energicas de forceps Cura da mãe ao 26.º dia.
	?	Morte	Vivo	Morta 3 horas depois de hemorrhagia. Afastamento enorme; laceração da bexiga e parede anterior da vagina.
	4c.,0	Cura	»	
	?	»	»	
Forceps	?	»	Morto	Cavalgamento pronunciado dos parietaes.
	?	»	»	Morto durante o trabalho. Embryotomia.
	?	»	Vivo	
	5c.,0	Morte	»	Degenerescencia gordurosa do myocardio com hypertrophia; nephrite chronica.
	?	Cura	»	
	7c.,0	»	»	VARNIER deixou ir a gravidez ao termo. Levanta-se ao 19.º dia.

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1892			P.-s.-p.	
70	Setembro	Zweifel	Rachitica	10c.,0	8 part., 7 fetos mortos
71	»	Benet	»	10c.,0	4 part., 3 fetos vivos
				C. v.	
72	»	Remy	»	8c.,5	Primipara
				Bi-isch.	
73	»	Jewett	Cyphotica	7c.,8	»
				C. v.	
74	»	Broomall	Rachitica	8c.,25	6 part., 3 fetos mortos
75	»	Zweifel	»	9c.,0	Primipara
76	Outubro	Chauta	»	?	?
				P.-s.-p.	
77	»	Pinard	?	10c.,0	1 parto, 1 feto morto.
				C. v.	
78	»	C. Hirst	?	9c.,5	Primipara
79	»	Törngren	Rach., geralmente apertada	7c.,7	1 parto, basiotripia
				P.-s.-p.	
80	»	Pinard	Rachitica	10c.,0	1 part., 2 fetos mortos
				C. v.	
81	»	Gueniot	Coxo-femoral	7c.,5	Primipara
82	»	Velits	Rach., geralmente apertada	7c.,5	2 partos, craniotomia

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
	6c.,5	Cura	Morto	Morto ao 4.º dia de pneumonia. A mãe levanta-se ao 21.º dia.
	?	»	Vivo	
Forceps	?	»	Morto	Resistencia consideravel do collo que se lacerou. Tracções energicas de forceps na extracção.
»	?	»	»	Cabeça encravada no estreito superior durante 9 horas, soffrendo grande compressão.
	8c.,7	»	Vivo	Levanta-se ao 22.º dia.
»	6c.,0	»	Morto	Laceração da parede anterior da vagina.
	?	»	Vivo	Laceração da parede anterior da vagina.
»	4c.,5	»	»	Levanta-se ao 19.º dia.
	?	»	»	
	6c.,0	»	»	Levanta-se ao 23.º dia.
»	5c.,8	»	»	Levanta-se ao 23.º dia.
	6c.,0	»	»	Levanta-se ao 32.º dia
	4c.,0	»	»	

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1892			P.-s.-p.	
83	Outubro	SCHWARTZ	Rachitica	10c.,5	2 part., 2 fetos mortos
84	»	RIBEMONT	»	10c.,0	3 part., 3 fetos mortos
85	»	WALLICH	»	10c.,5	2 part., 1 feto morto
				C. v.	
86	»	ZWEIFEL	Chata, geralmente apertada	8c.,2	Primipara
87	»	S. GREGO	Rachitica	9c.,3	»
88	»	PORAK	Rach., geralmente apertada	7c.,0	3 partos, 3 fetos vivos
89	»	MICHAEL	Rachitica	7c.,0	?
90	»	QUEIREL	»	8c.,0	Primipara
91	Novembro	»	»	9c.,5	4 part., 4 fetos mortos
92	»	BEUGNIE	?	7c.,0	Primipara
				P.-s.-p.	
93	»	POTOCKI	?	9c.,7	1 parto, cephalotripsia
				C. v.	
94	»	ZWEIFEL	Rachitica	7c.,0	1 parto, craniotomia
95	»	ABEL	»	9c.,0	Primipara
96	»	BAUM	Rach., geralmente apertada	9c.,0	»

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
Versão e decapitação	7c.,0	Cura	Morto	A cabeça separada do tronco ficou retida no estreito superior. A mãe levanta-se á 6.ª semana.
	4c.,5	»	Vivo	
	4c.,5	»	»	Levanta-se ao 19.º dia.
	6c.,5	»	»	Levanta-se ao 21.º dia.
	?	»	»	Levanta-se ao 22.º dia.
Seis appl. de forceps	4c.,0	Morte	Morto	Ruptura uterina produzida pelo forceps. Já infectada e em trabalho desde 78 horas. Feto em estado de morte apparente.
Forceps	7c.,7	Cura	»	Hemorrhagia meningea. Operação tardia. A mãe levanta-se ao 12.º dia.
	6c.,0	»	Vivo	Levanta-se ao 21.º dia.
»	6c.,0	»	Morto	Feto morto antes da symphyseotomia. A mãe levanta-se e sahe ao 14.º dia.
»	?	Morte	»	Feto morto antes da symphyseotomia. A mãe morre de septicemia (infecção uterina) ao 15.º dia.
	5c.,7	Cura	»	Symphyseotomia incompleta. Fractura do frontal esquerdo pelo forceps. A mãe levanta-se ao 22.º dia.
?	7c.,0	»	Vivo	
?	6c.,0	»	»	Laceração da parede anterior da vagina facilmente reparada.
?	4c.,0	»	»	

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resuladtos
	1892				
97	Novembro	Bouffe	Bacia de Naegele		1 parto, basiotripsia.
				C. v.	
98	»	Krassowsky	Rachitica	7c.,5	1 parto, basiotripsia
				P.-s.-p.	
99	»	Leopoldo	»	10c.,0	Primipara
100	»	Ribemont	?	9c.,0	?
101	»	Koffer	?	?	?
102	»	Maygrier	Obstr. por um vol. fibroma		?
103	»	G. Braun	?	?	?
				C. v.	
104	Dezembro	Zweifel	Chata	7c.,0	1 parto, craniotomia
105	»	Kaschkaroff	?	8c.,0	?
				P.-s.-p.	
106	»	Noble	Rachitica	8c.,5	?
107	»	Chauta	?	?	?
108	»	Budin	?	9c.,5	3 part., 3 fetos mortos
109	»	Schwartz	?	8c.,5	Primipara
				C. v.	
110	»	Harry	?	7c.,5	2 partos, craniotomia

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
	7c.,5	Cura	Morte	Symphyseotomia insufficiente. Basiotripsia.
Forceps	6c.,5	»	Vivo	Laceração da parede anterior da vagina. Levanta-se ao 20.º dia.
	5c.,5	»	»	Levanta-se ao 27.º dia.
	4c.,5	Morte	Morto	Ambos mortos de pneumonia.
	?	Cura	Vivo	
	6c.,0	Morte	Morto	Extracção fetal impossivel; basiotripsia. A mãe falleceu ao 21.º dia de embolia pulmonar consecutiva a uma phlebite na perna esquerda.
	?	Cura	Vivo	
	7c.,0	»	»	
	?	»	»	A mãe estava já com 39c.,3 de temperatura.
	6c.,75	»	»	
	?	»	»	Laceração da parede anterior da vagina.
	?	»	»	
Forceps	5c.,0	Morte	Morto	A mãe, já infectada, morreu de peritonite. Versão penivel na extracção do feto.
	7c.,6	Cura	Vivo	Levanta-se ao 28.º dia.

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1892			C. v.	
111	Dezembro	LATZKO	?	8c.,25	Primipara
112	»	SPRINGLE	?	7c.,5	»
				P.-s.-p.	
113	»	GARRIGUES	?	10c.,0	1 parto, 1 feto morto
114	»	RIBEMONT	?	10c.,5	?
	1893			C. v.	
115	Janeiro	CHROBAK	Rachitica	7c.,5	1 parto, op. cesariana
				P.-s.-p.	
116	»	PINARD	?	9c.,0	2 part., 2 fetos mortos
117	»	CHAUTA	Rachitica	?	?
118	»	MOUSSOUX	?	10c.,0	1 parto, 1 feto morto
				C. v.	
119	»	TOLLEMER	?	8c.,5	?
120	»	ZWEIFEL	?	8c.,0	Primipara
121	»	KOFFER	?	?	?
122	»	G. BRAUN	?	?	?
123	»	MORISANI	Rachitica	8c.,5	?
124	»	POTOCKI	»	?	?

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
Forceps	?	Cura	Morto	Morto ao 3.º dia de hemorrhagia cerebral. Sacco amniotico roto desde muito tempo.
»	2c.,5	»	Vivo	Feita na clinica privada.
	?	»	»	
	6c.,5	»	»	
	5c.,5	»	»	Soffreu a operação cesariana em 1888.
	4c.,7	»	»	Levanta-se ao 39.º dia. Liquido amniotico fetido.
	?	»	»	
»	6c.,0	»	Morto	Falta de consolidação pubica 3 mezes depois; trajectos fistulosos na symphyse. Fractura dos parietaes produzida pelo forceps.
	5c.,0	»	Vivo	Laceração vestibular.
	6c.,5	»	»	
	?	»	»	
	?	»	»	
	?	»	»	Já tinha soffrido outra symphyseotomia em 1891.
	?	»	Morto	Trabalho muito prolongado. O feto veiu com o cordão seccionado.

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1893			C. v.	
125	Janeiro	Gueniot	?	7c.,5	?
126	»	Zweifel	Rachitica	6c.,7	1 parto, 1 feto morto
127	Fevereiro	Pinard	Rachitica, asymetrica	P.-s.-p. 10c.,1	2 part., 2 fetos mortos
128	»	Chauta	?	?	?
129	»	Pinard		9c.,8	3 part., 3 fetos mortos
130	»	Gueniot	Rachitica	C. v. 6c.,9	?
131	»	Lepage	?	?	1 parto, 1 feto vivo
132	»	Olshausen	?	?	?
133	»	Budin	Chata, geralmente apertada	C. v. 7c.,5	Primipara
134	»	Reine	Irregularmente apertada	6c.,5	2 part., 1 feto morto
135	»	Fehling	?	?	?
136	»	Trommel	?	?	?
137	»	Leopoldo	?	6c.,0	1 parto, craniotomia
138	»	Zweifel	?	?	?
139	Março	Pinard	?	?	1 parto, 1 feto vivo
140	»	Kaschkaroff	Rachitica	9c.,0	?

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
	6c.,3	Cura	Vivo	
	?	»	»	
	5c.,0	»	»	Levanta-se ao 23.º dia.
	?	»	»	
	5c.,7	»	»	PINARD deixou ir a gravidez ao termo.
Parto provocado	6c.,0	»	»	
Forceps	5c.,5	»	»	Levanta-se ao 24.º dia.
	?	Morte	»	Morta de eclampsia passadas 24 horas.
»	?	Cura	Morto	Hemorrhagia meningea. Morto em convulsões.
»	7c.,0	»	Vivo	Corrimento vaginal fetido antes da symphyseotomia. Levanta-se ao 20.º dia.
	?	»	»	
	?	»	»	
	?	»	»	
	?	»	»	
Forceps	5c.,5	»	»	Levanta-se e marcha bem ao 25.º dia.
»	?	Morte	»	A mãe estava eclamptica. Nephrite parenchymatosa. Feto morto em convulsões pouco depois do nascimento.

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1893				
141	Março	GUENIOT	Bacia de Naegele	?	1 parto, basiotripsia
142	»	KOFFER	?	?	?
143	»	CHAUTA	Rachitica	?	Primipara
144	»	PINARD	?	P.-s.-p. 10c.,4	2 part., 2 fetos mortos
145	»	G. BRAUN	?	C. v. 7c.,75	?
146	»	KREIDER	Rachitica	9c.,1	Primipara
147	»	R. BRAUN	»	8c.,25	?
148	»	WERTHEIM	?	8c.,0	?
149	»	CHROBAK	Rachitica	?	?
150	»	FEHLING	»	?	?
151	»	DAVIS	»	7c.,5	?
152	»	GUENIOT	Chata, geralmente apertada	7c.,5	2 part., basiotripsia
153	»	BROOMALL	»	8c.,2	1 parto — ?
154	»	BIDDER	Rachitica	7c.,25	Primipara
155	»	KRÖNIG	»	?	?
156	»	CLIFTON	Chata	8c.,0	Primipara

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
Parto prov. ao 8 ½ mez	4c.,0	Cura	Vivo	Levanta-se ao 32.º dia.
	?	»	»	
	?	»	»	
	6c.,0	»	»	Levanta-se ao 22.º dia.
	?	»	»	Marcha ao 13.º dia.
	?	Morte	»	Peritonite. Nenhuma antisepsia.
	?	Cura	»	Marcha ao 16.º dia.
Forceps	?	Morte	»	Morta ao 11.º dia de endometrite purulenta.
»	?	»	Morto	Ruptura da vagina e urethra. Morta de septicemia. Fractura do occipital do feto e hemorrhagia meningea a este nivel.
	?	Cura	Vivo	
	?	Morte	»	Morto ao 4.º dia de pneumonia dupla.
	6c.,9	Cura	»	
	?	»	Morto	Expulso em estado de asphyxia, succumbindo pouco depois. Trabalho prolongado.
	?	»	Vivo	
	6c.,0	»	»	
	?	»	»	

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1893				
157	Março	V. Lauro	Rachitica	P.-s.-p. 10c.,2	?
158	Abril	Ekstein	Geralmente apertada	C. v. 8c.,0	?
159	»	G. Braun	?	?	?
160	»	Trommel	?	?	?
161	»	Pinard	Rachitica	P.-s.-p. 10c.,4	4 part., 1 feto morto
162	»	Porak	Chata	10c.,4	?
163	»	Fehling	?	?	?
164	»	Olshausen	?	?	?
165	»	Swieciki	Geralmente apertada	C. v. 7c.,75	?
166	Maio	Chalmers	Rachitica	6c.,5	Primipara
167	»	Zweifel	»	?	?
168	»	Pinard	Rachitica, falso promont.	P.-s.-p. 8c.,7	Primipara
169	»	Olshausen	?	?	?
170	»	Kufferath	Chata	C. v. 6c.,5	8 part., 7 fetos mortos
171	»	G. Braun	?	?	?

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
	?	Cura	Vivo	Sahe curada ao 15.º dia.
	?	Morte	»	Degenerescencia gordurosa do myocardio.
	?	»	»	Cellulite pelvica. Já infectada antes da symphyseotomia.
	?	Cura	»	
	5c.,5	Morte	»	Morte de septicemia pura ao 9.º dia. Já infectada ao entrar na Maternidade.
	?	Cura	»	Sahe curada ao 29.º dia.
	?	»	»	
	?	»	»	
	?	»	»	
	5c.,5	»	»	Levanta-se ao 19.º dia.
	?	»	»	
	5c.,0	»	»	Levanta-se ao 19.º dia.
	?	»	»	
Parto prov. ao 8 1/2 mez	?	»	»	Levanta-se ao 16.º dia.
	?	Morte	»	Cellulite pelvica. Já infectada.

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1893			P.-s.-p.	
172	Junho	PINARD	Rachitica	9c.,2	6 part., 3 fetos mortos
				C. v.	
173	»	BURNS	»	7c.,6	Primipara
174	»	CHAUTA	»	?	?
175	»	OELSCHLÄGER	?	?	Primipara
176	»	SCHWARTZ	?	?	?
177	»	ZWEIFEL	Chata	?	?
				P.-s.-p.	
178	Julho	VARNIER	Rachitica, canaliculada	10c.,5	3 part., 2 basiotripsias
				C. v.	
179	»	BROOMALL	?	8c.,5	11 part., 11 fetos mort.
				P.-s.-p.	
180	Agosto	LEPAGE	Rachitica	9c.,3	1 parto, 2 fetos mortos
				C. v.	
181	»	COBB	Apertada transversalmente	Augm.	?
182	»	ZWEIFEL	?	?	?
183	»	PORAK	?	?	?
				P.-s.-p.	
184	Setembro	VARNIER	Coxo-femoral, asymetrica	9c.,0	Primipara
185	»	CHAUTA	?	?	?
186	Outubro	ROSTHORN	Chata, não rachitica	?	?

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
	5c.,5	Cura	Vivo	Levanta-se ao 30.º dia
Forceps	?	»	»	
	?	Morte	»	Morta de septicemia puerperal.
»	3c.,0	Cura	»	
	?	»	»	
	?	»	»	
	5c.,0	»	»	Levanta-se ao 20.º dia.
»	?	Morte	»	Morta de septicemia ao 10.º dia. Já infectada.
	5c.,3	Cura	»	Levanta-se ao 25.º dia.
»	8c.,0	»	»	Cura completa no fim de 45 dias.
	?	»	»	
	?	»	»	
	4c.,2	»	»	Levanta-se ao 32.º dia.
	?	»	»	
	?	»	»	

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1893			C. v.	
187	Outubro	Dickinson	?	8c,0	1 parto—?
188	»	Gueniot	?	?	?
189	»	Kufferath	Rachitica	6c,5	7 part., 7 fetos mortos
190	»	Zweifel	?	?	?
				P.-s.-p.	
191	Novembro	Pinard	Asymetrica	10c,3	Primipara
192	»	Porak	?	?	?
193	»	Zweifel	Rachitica	?	Primipara
194	Dezembro	Pinard	Spondylolisthesica	10c,0	3 part., 3 fetos mortos
195	»	Thierry	?	?	?
196	»	Zweifel	?	?	?
197	»	G. Braun	?	?	?
198	?	Fritsch	?	?	?
199	?	»	?	?	?
				C. v.	
200	?	Magnaux	Chata	8c,5	?
201	?	Gaulard	?	?	?

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
	5c.,0	Cura	Vivo	
	?	»	»	
Parto prov. ao 8.º mez	7c.,0	»	»	Levanta-se ao 20.º dia.
	?	»	»	
	6c.,5	»	»	Afastamento asymetrico dos pubis. Laceração da parede anterior da vagina facilmente reparada. Levanta-se ao 30.º dia.
	?	»	»	
	?	»	»	
	5c.,0	Morte	»	Morta ao 7.º dia de occlusão intestinal. Feto em apresentação de espadua.
	?	Cura	»	
	?	»	»	
	?	Morte	»	Septicemia.
Forceps	?	Cura	Morto	Fractura dos parietaes produzida pelo forceps. Fistula vesico-vaginal, curada.
?	?	»	»	Expulso em estado de morte apparente; não reanimado. Laceração do clitoris, curada.
Forceps	?	»	Vivo	
?	?	»	»	

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1894			P.-s.-p.	
202	Janeiro	PINARD	Rachitica	9c.,9	1 parto, 1 feto morto
203	»	VIVIDARSKI	Rachitica, geralm. apertada	?	?
204	»	FRITSCH	?	?	?
				P.-s.-p.	
205	»	PINARD	Rachitica	9c.,7	5 part., 5 fetos mortos
				C. v.	
206	»	CLIFTON	»	8c.,0	?
				P.-s.-p.	
207	Fevereiro	WALLICH	»	10c.,0	Primipara
208	»	KELLY	?	?	?
				C. v.	
209	»	KOFFER	Irregularmente apertada	7c.,0	?
				P.-s.-p.	
210	»	VARNIER	Rachitica	10c.,0	Primipara
211	»	ZWEIFEL	»	?	?
212	»	PINARD	»	10c.,4	Primipara
213	»	CHAUTA	»	?	?
				C. v.	?
214	»	KUFFERATH	»	6c.,0	
215	»	GUENIOT	?	?	?

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
	6c.,5	Cura	Vivo	
	?	»	»	
	?	»	»	
Forceps	7c.,0	»	Morto	Fracturas multiplas produzidas pelo forceps, applicado fóra da Maternidade.
	?	»	Vivo	
	6c.,0	»	»	
	?	»	»	
	?	Morte	»	Morta um mez depois de infecção puerperal.
	6c.,0	Cura	»	
	?	»	»	
	5c.,5	»	»	
	?	»	»	
Parto provocado	?	»	»	
	?	»	»	

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1894			P.-s.-p.	
216	Fevereiro	WALLICH	Rachitica	10c.,1	1 parto, basiotripsia.
217	»	PINARD	Cypho-scoliotica	10c.,8	Primipara
218	Março	GRANDIN	?	?	?
219	»	VARNIER	Rachitica	10c.,2	Primipara
220	»	ZWEIFEL	»	?	?
221	»	G. BRAUN	?	?	?
222	»	PINARD	Rachitica	10c.,0	Primipara
223	»	TOUJAN	Cyphotica	?	1 parto, basiotripsia
224	»	VARNIER	Rachitica	9c.,7	2 part., 1 feto morto
225	»	ZWEIFEL	?	?	?
226	»	BENSINGER	Rachitica	?	Primipara
227	»	ZWEIFEL	?	?	?
228	Abril	PINARD	Rachitica, falso promont.	10c.,3	Primipara
229	»	FRITSCH	?	?	?
230	»	GUENIOT	?	?	?
231	»	PINARD	Rachitica, canaliculada	9c.,0	Primipara
232	»	WALLICH	»	10c.,8	»

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
	6c.,5	Cura	Vivo	
	6c.,0	»	»	Apresentação cephalica, variedade frontal.
	?	»	»	
	5c.,5	»	»	
	?	»	»	
	?	»	»	
	6c.,0	»	»	
	?	»	»	
	6c.,5	»	»	
	?	»	»	
	?	»	»	Um dos ajudantes deixou escapar a perna, dando-se a ruptura d'uma das articulações sacro-iliacas. Cura completa.
	?	»	»	
	6c.,0	»	»	Levanta-se ao 26.º dia. Feto em apresentação de face.
	?	»	»	
	?	»	»	
	7c.,0	»	»	Sahe completamente curada ao 45.º dia. Feto em apresentação pelvica.
	6c.,0	»	Morto	Asphyxia por compressão do cordão. Mãe levanta-se ao 21.º dia.

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1894			C. v.	
233	Maio	KUFFERATH	Rachitica	6c,5	?
234	»	GUENIOT	»	?	?
				P.-s.-p.	
235	»	WALLICH	»	9c,5	2 part., cephalotripsia
236	»	PINARD	»	9c,8	4 part., 4 fetos mortos
237	Junho	SCHWARTZ	Cordiforme	?	Primipara
238	»	VARNIER	Rachitica, canaliculada	10c,4	1 parto, basiotripsia
239	»	BOUFFE	»	?	1 parto, 1 feto vivo
240	»	WALLICH	?	?	?
241	»	BOUFFE	Chata	9c,9	Primipara
242	Julho	WALLICH	Rachitica	10c,7	»
				C. v.	
243	»	SCHWARTZ	?	7c,0	»
244	Agosto	PERRIN	?	?	?
245	»	GUENIOT	?	?	?
246	Setembro	WALLICH	Coxo-femoral	8c,6	Primipara
				P.-s.-p.	
247	»	VARNIER	?	8c,4	8 part., 8 fetos mortos

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
	?	Cura	Vivo	
	?	»	»	
	6c.,5	»	»	Levanta-se ao 21.º dia.
	4c.,5	»	»	Já tinha soffrido a symphyseotomia em 1892, feita por PINARD. Levanta-se ao 20.º dia.
	?	»	»	
	5c.,0	»	»	Levanta-se ao 15.º dia.
Forceps	6c.,0	Morte	»	Já infectada ao entrar; 38°,5 de temperatura. Morta de septicemia de origem uterina, revelada pela autopsia.
	?	Cura	»	Praticada na clinica particular.
	6c.,0	»	»	Levanta-se ao 11.º dia.
	6c.,0	»	»	
»	?	»	»	A mulher estava com anasarca e 39° de temperat.
	?	»	»	
	?	»	»	
	5c.,0	Morte	»	Morta de septicemia. Já com 38°,5 de temperatura à entrada na Maternidade e com liquido amniotico de cheiro fetido.
	6c.,5	Cura	»	Sahe completamente curada um mez depois.

Numero da observação	Data	Operadores	Natureza da bacia	Diametros	Partos anteriores e seus resultados
	1894				
248	Setembro	G. Braun	?	?	?
249	Outubro	Bussemaker	Rachitica	?	Primipara
250	»	Porak	»	P.-s.-p. 8c.,8	3 part., 3 fetos mortos
251	Novembro	Potocki	Bacia de Naegele	?	1 parto, symphyseot.
252	»	Bar	Rachitica	C. v. 8c.,0	Primipara
253	»	Mascarenhas	»	P.-s.-p. 7c.,5	»
254	Dezembro	Bonnaire	»	?	1 parto, symphyseot.

Resultados totaes

Mães mortas 29 = 11,41 %

Fetos mortos 37 = 14,56 %

Operações precedendo a symphyseotomia	Afastamento pubico	Resultados		Observações
		Mãe	Feto	
	?	Morte	Vivo	Morta no fim de 24 horas. Operada em plena septicemia.
	?	Cura	»	
	5c,75	»	»	Levanta-se ao 13.º dia. Feto em apresentação pelvica.
	?	»	»	Ja operada de symphyseotomia em 1893 por Guéniot.
	?	»	»	Falta de consolidação dos pubis passados 46 dias; apezar d'isto nada soffreu.
	4c,5	»	»	Levanta-se ao 51.º dia.
	4c,0	»	»	

Resultados liquidos

Mães mortas 4 = 1,74 %

Fetos mortos 7 = 3,12 %

BIBLIOGRAPHIA

BIBLIOGRAPHIA

CHARPENTIER — *Traité pratique des accouchements*, 1890.

—— De la symphyséotomie *(Bulletin de l'Académie de médecine*, 1892, pagg. 352, 409 e 391).

AUVARD — *Traité pratiques d'accouchements*, 1891.

RIBBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE — *Précis d'obstétrique*, 1893.

BOUCHACOURT — Pubiotomie *(Dicc. encycl. des sc. méd.*, 1889).

FARABEUF — Dystocie du détroit supérieur (Mécanisme, diagnostique et traitement. Symphyséotomie) *(Gazet. hebdom. de méd. et chir.*, 1894, pag. 265).

—— L'ischio-pubiotomie *(Ann. de gyn. et d'obst.*, 1892).

FARABEUF et VARNIER — *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements*, 1891.

PINARD — Forceps *(Dicc. encycl. des sc. méd.*, 1879) — De l'agrandissement momentané du bassin *(Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 1894, pag. 205).

—— De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1894 *(Ann. de gyn. et d'obst.*, janeiro, 1895).

PINARD et VARNIER — *Études d'anatomie obstétricale*, 1892.

LEPAGE — *De l'application du forceps au détroit supérieur*, 1888.

BOUCART — *Contribution à l'étude de l'emploi du forceps et de la version dans les bassins rétrécis*, Genève, 1892.

E. GOTCHAUX — *De la symphyséotomie*, 1892.

DESFORGES — *Recherches historiques et critiques sur la symphyséotomie*, 1892.

MATTOS RIVARA — *Symphyseotomia* (Dissertação inaugural apresentada á Eschola Medico-Cirurgica de Lisboa, em 1892).

CHARLES — Symphyséotomie *(Cours d'accouchements donné à la Maternité de Liège*, 1892).

P. FARABEUF — *Les bienfaits de la symphyséotomie*, 1893).

VARNIER — *Le bilan de la symphyséotomie renaissante*, 1893.

COCQ — Recherches expérimentales sur la symphyséotomie *(La clinique*, 1893).

—— De la symphyséotomie antiseptique dans les rétrécissements du bassin *(Journal de médecine*, 1893).

—— *De la symphyséotomie*, 1894.

A. PLANELLAS — *Recherches expérimentales sur l'élargissement du bassin*, 1894.

FRANKE — Accouchement spontané et accouchement artificiel dans les bassins rétrécis, Clinique Obstétricale de Dresde *(Ann. de gyn. et d'obst.*, janeiro 1895).

A. MASCARENHAS — Segunda operação de symphyseotomia *(Revista de Medicina e Cirurgia*, março de 1895.

Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque 1892, 1893 e 1894.

Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1891, 1892, 1893 e 1894.

Bulletin de l'Académie de médecine, 1892, 1893 e 1894.

Bulletin médical, 1892.

Archives de tocologie et de gynécologie, 1892.

Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie, 1892.

Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance, 1892.

Revue médicale de Louvain, 1892.

Revue des sciences médicales, 1892, 1893, 1894 e 1895.

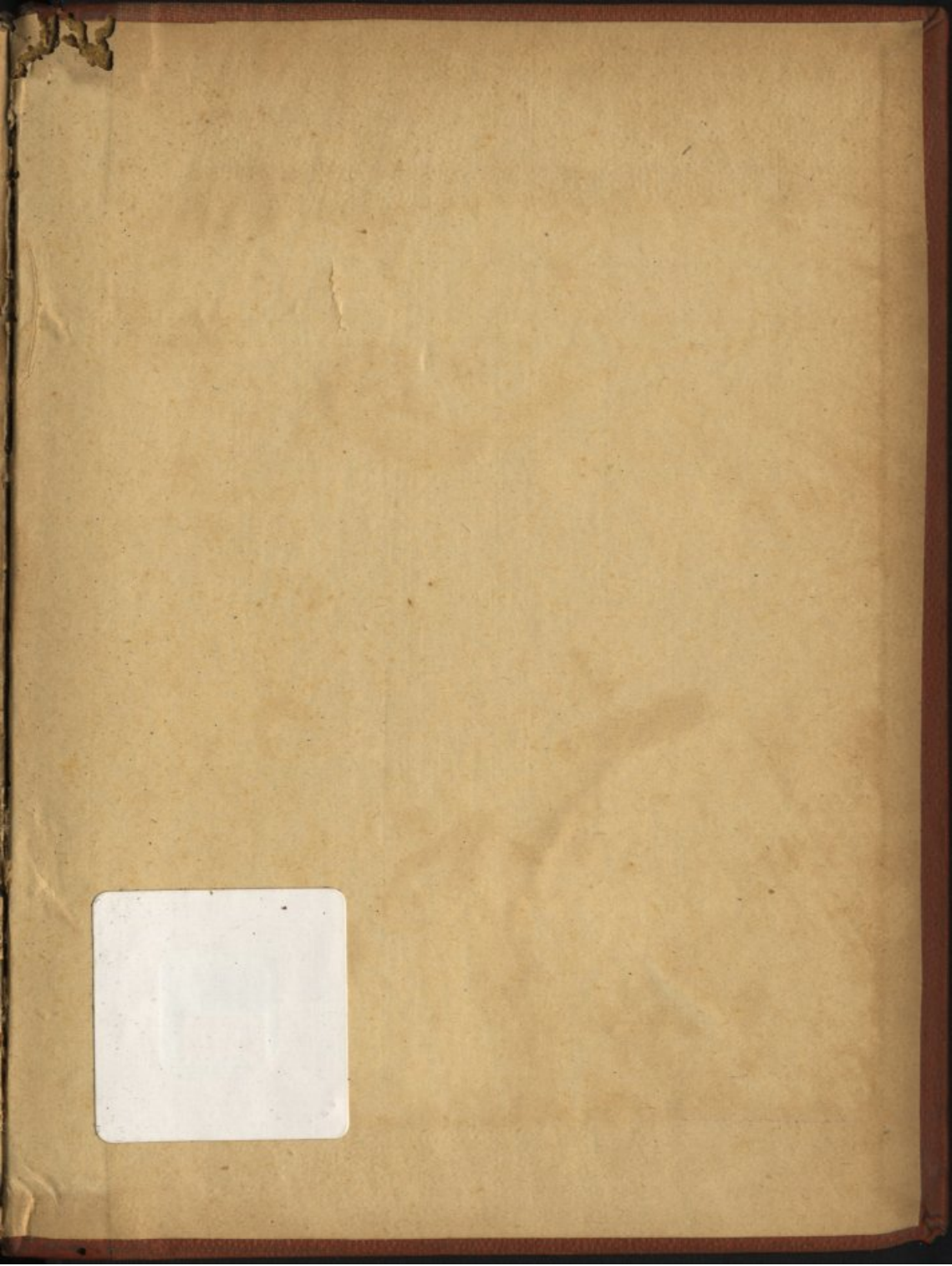
Journal d'accouchements, Liège, 1893.

Semaine médicale.

Progrès médical.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.

Mercredi médical.



1895

M. DA ROCHA - DISSERTAÇÃO DE CONCURSO

MEDICINA