

V.3/5/6

THESE

V.3/517

ORIGINAL DO THESE DE FACULDADE DE

THESE

APRESENTADA

À FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 30 DE SETEMBRO DE 1871

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

EM 2 DE JANEIRO DE 1872

POR

Polycarpo Rodrigues Viotti

DOUTOR EM MEDICINA PELA MESMA FACULDADE

FILHO LEGITIMO DE

Francisco Viotti e de D. Isabel Rodrigues Viotti

NATURAL DE MINAS GERAES

Alors commencez pour vous ce sacerdoce qui vous honore, et qui vous honorera; alors commencez cette carrière de sacrifices, dans laquelle vos jours, vos nuits, sont désormais le patrimoine des malades. Il faut vous résigner à semer en dévouement ce qu'on recueille si souvent en ingratitude; il faut renoncer aux douces joies de la famille, au repos si cher après la fatigue d'une vie laborieuse; il faut savoir affronter les dégoûts, les deboires, les dangers; il faut ne pas reculer devant la mort, quand elle vous menace.

TROUSSEAU. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.*



RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA UNIVERSAL DE LAEMMERT

61 B, Rua dos Invalidos, 61 B

1872

V-3/5/17v

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR—O Ill^{mo} e Ex^{mo} Sr. Conselheiro Dr. JOSÉ MARTINS DA CRUZ JOBIM.

VICE-DIRECTOR—O Ill^{mo} e Ex^{mo} Sr. Conselheiro Dr. LUIZ DA CUNHA FEIJÓ.

SECRETARIO—O Ill^{mo} Sr. Dr. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

LENTES CATHEDRATICOS.

Os Ill^{mos} Srs. Drs.:

PRIMEIRO ANNO.

Manoel Maria de Moraes e Valle.	Chimica e Mineralogia.
José Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia descriptiva.
F. J. do Canto e Mello Castro Mascarenhas.	Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.

SEGUNDO ANNO.

Barão da Villa da Barra.	Chimica organica.
José Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia descriptiva.
Francisco Pinheiro Guimarães	Physiologia.
Joaquim Monteiro Caminhoá.	Botanica e Zoologia.

TERCEIRO ANNO.

Francisco de Menezes Dias da Cruz	Pathologia geral.
Antonio Teixeira da Rocha.	Anatomia geral e pathologica.
Francisco Pinheiro Guimarães.	Physiologia.

QUARTO ANNO.

Conselheiro Luiz da Cunha Feijó.	Partos, molestias de mulheres pejudas e paridas, e de crianças recém-nascidas.
Antonio Gabriel de Paula Fonseca.	Pathologia interna.
Antonio Ferreira França.	Pathologia externa.

QUINTO ANNO.

Francisco Praxedes de Andrade Pertence.	Anatomia topographica, medicina operatoria e appa- relhos.
Antonio Gabriel de Paula Fonseca	Pathologia interna.
José Thomaz de Lima.	Materia medica e therapeutica.

SEXTO ANNO.

Francisco Ferreira de Abreu.	Medicina legal.
Ezequiel Corrêa dos Santos	Pharmacia.
Antonio Corrêa de Souza Costa	Hygiene e historia da Medicina.

João Vicente Torres Homem.	Clinica interna (5º e 6º anno).
Vicente Candido Figueira de Saboia	Clinica externa (3º e 4º anno).

OPPOSITORES.

Agostinho José de Souza Lima.	} Secção de Sciencias Accessorias.
Benjamin Franklin Ramiz Galvão.	
Domingos José Freire Junior	
.	} Secção de Sciencias Medicas.
José Joaquim da Silva.	
José Maria de Noronha Feital	
Albino Rodrigues de Alvarenga.	
Luiz da Cunha Feijó Filho.	} Secção de Sciencias Cirurgicas.
.	
Luiz Pientzenauer.	
Claudio Velho da Motta Maia	
José Pereira Guimarães.	
.	
.	

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas Theses que lhe são apresentadas.

V.3/518

A MEUS PAIS

O III.º Sr.

FRANCISCO VIOTTI

e

À Ex.ª Sra.

D. ISABEL RODRIGUES VIOTTI

Meu desejo era achar uma expressão que me permittisse dizer-vos todo o sentimento do profundo respeito, amor e gratidão que vos consagro.

O trabalho que hoje vos dedico é imperfeito de mais para ser considerado como retribuição do muito que vos devo, porém para vós, que conheceis a verdade e sinceridade dos meus sentimentos, elle exprimirá o vivo reconhecimento de vosso filho.

V.3/5/8v

À MEMORIA DE MEU MANO

FRANCISCO RODRIGUES VIOTTI

Sentida saudade.

ÀS MINHAS IRMÃS

As Ex.^{mas} S.^{ras}

D. FRANCISCA AUGUSTA VIOTTI

D. ANNA ISABEL RODRIGUES VIOTTI

D. MARIA CAROLINA VIOTTI

D. CARLOTA RODRIGUES VIOTTI

D. MARIANA RODRIGUES VIOTTI

Eu o reconheço; depois de nossos Pais fostes vós que mais concorrestes para me elevar á humilde mas honrosa posição que acabo de tomar na sociedade. Sei que jámais poderei pagar os vossos sacrificios, porém fica-me a consolação de poder assegurar-vos minha eterna gratidão.

A MEUS MANOS

Os Srs.

DOMINGOS RODRIGUES VIOTTI

SEBASTIÃO POLYCARPO RODRIGUES VIOTTI

ANTONIO RODRIGUES VIOTTI

JOSÉ RODRIGUES VIOTTI

Muito respeito e amizade.

A MINHAS CUNHADAS

A MEU TIO

O Sr.

Polycarpo Rodrigues da Silveira, e á sua Ex.^{ma} Família

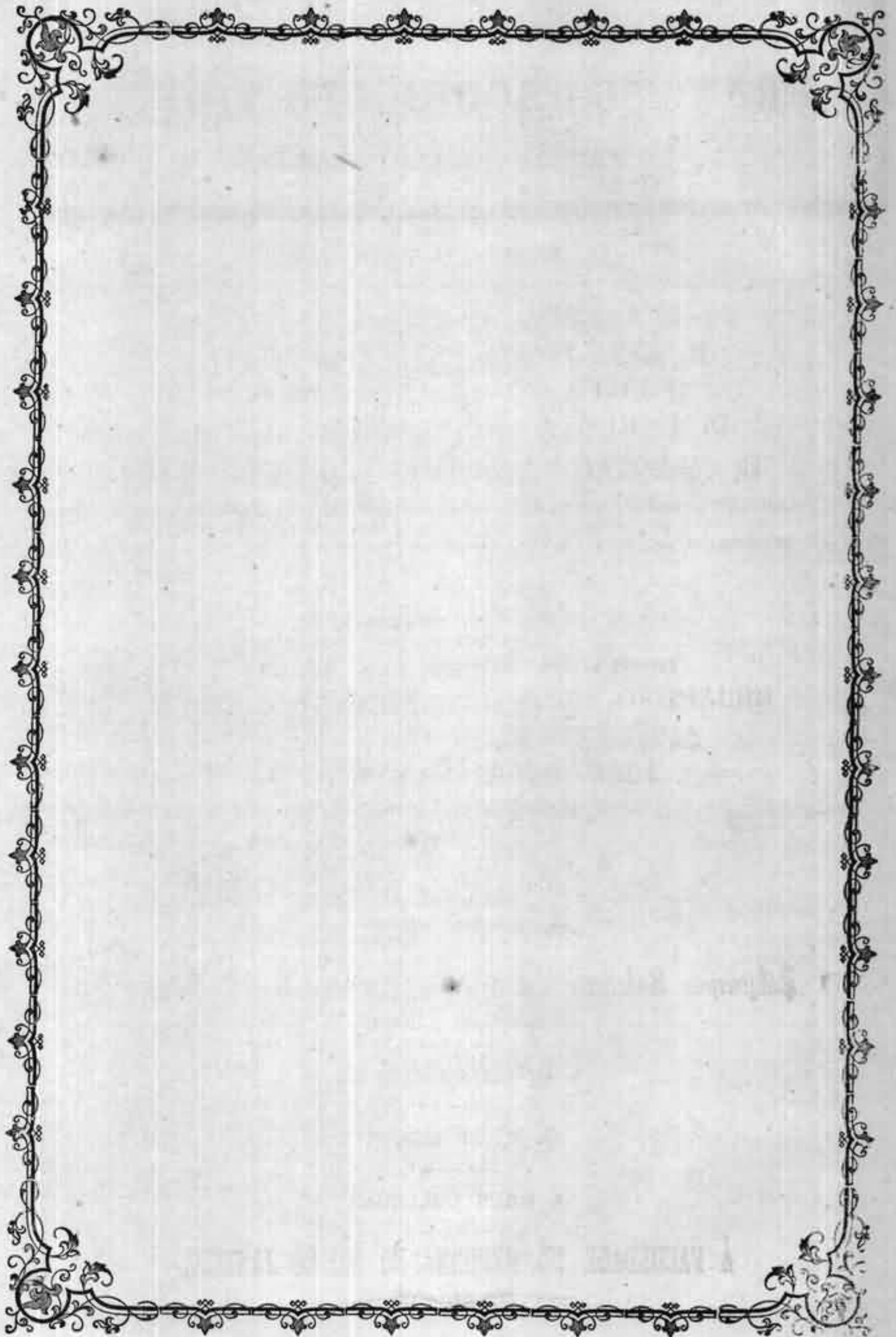
Consideração e respeito.

A MEUS PARENTES

A MEUS AMIGOS

A MEUS COLLEGAS

À FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO.



DISSERTAÇÃO

SCIENCIAS CIRURGICAS

(CADEIRA DE PARTOS)

Da cephalotripsia e suas indicações

HISTORIA. DEFINIÇÃO.

É de data bem recente a cephalotripsia: em 1829 Baudelocque, sobrinho do celebre parteiro do mesmo nome, apresenta ao Instituto em França, uma Memoria em que descrevia um instrumento por meio do qual propunha-se a reduzir a cabeça do feto, morto na cavidade uterina, facilitando assim sua extracção nos casos de estreitamentos consideraveis da bacia. Apresentando ao mesmo tempo as indicações, descrevendo seu manual operatorio e já reproduzindo algumas observações a favor do seu instrumento, o illustre parteiro consegue elevar o esmagamento, que já ha muito era conhecido, á altura de um methodo cirurgico. É este todo seu merecimento.

Não seria pois difficil encontrarem-se em tempos mais recuados, mesmo nos livros de Hippocrates, alguns traços deste importante

methodo; attendendo-se porém que o fim do methodo de Baudelocque é reduzir, esmagando, a cabeça do feto e principalmente *triturar* a base do craneo, vêr-se-ha facilmente que só a elle cabe a gloria da invenção.

Tendo-se em vista na maioria dos casos reduzir a cabeça que pelo seu maior volume e dureza constitue em geral o obstaculo á terminação do parto, deu-se ao instrumento de Baudelocque o nome de cephalotribo, e o de cephalotripsia ao methodo. Hoje porém, estas expressões tomadas assim em seu sentido etymologico, não abrangem todas as applicações do cephalotribo, porquanto, as exigencias da pratica podem muitas vezes reclamar a applicação do instrumento em outras partes do feto que não na cabeça. Isto posto definiremos cephalotripsia, a operação que tem por fim esmagar a cabeça ou qualquer parte do feto na cavidade uterina ou no canal pelviano afim de tornar possivel sua extracção.

O methodo inaugurado por Baudelocque é acolhido com enthusiasmo na França: Velpeau com sua palavra autorisada dá-lhe grande impulso considerando-o como um recurso util e imprescindivel em certos casos de estreitamento; Dubois recorre por vezes a elle em sua pratica, e antes destes dous distinctos cirurgiões, François e Demont havião já tomado a cephalotripsia como assumpto de duas theses sustentadas em Paris em 1832, e então discutem suas indicações e vantagens.

Como sóe acontecer não ficou este methodo ao abrigo de objecções, porém, a despeito dellas, elle transpõe os limites da França e penetra na Allemanha. Ahi, em 1844, o celebre Hulter dedica-lhe uma importantissima memoria, que serve para vulgarisa-lo nesse paiz.

Na verdade, o methodo de Baudelocque é um progresso realizado para a arte cirurgica, e um recurso poderoso ao parteiro na arte obstetrica.

É de admirar que, apesar dos parteiros illustres que no continente havião-se declarado a favor da cephalotripsia, na Inglaterra não penetrasse logo. Todavia ha uma razão que parece explicar

este facto: faz-se na Grã-Bretanha não pequeno abuso da craneotomia e segundo nos diz Tyler Smith sobre mil craneotomias apenas 448 são reclamadas por estreitamentos da bacia.

Na Belgica o forceps-serra de Van-Heuvel e o diatrytor de Didot tem tambem obstado á sua adopção.

Á despeito porém da opposição que tem encontrado nestes paizes, a cephalotripsia tem feito progressos rapidos, tanto o methodo como o instrumento tem passado por modificações de que trataremos em outra parte.

Lauth admite tres periodos na historia da cephalotripsia. O 1º, a que elle chama de inicial, vem de Hippocrates a Baudelocque; o 2º, de Baudelocque á memoria de Hulter, ou melhor a 1845 quando o methodo se fez conhecido na Allemanha, graças ao trabalho de Hulter; o 3º, de então a nossos dias.

Do que dissemos ao encetar este trabalho deduz-se claramente que não podemos aceitar o 1º periodo de Lauth, porquanto é um periodo obscuro, durante o qual apenas havia traços, idéas espalhadas que de nenhuma sorte constituíão ainda methodo cirurgico.

Em vista pois do que fica exposto só admittiremos os dous ultimos periodos. Ao 1º, caracterisado pelas discussões e objecções dirigidas ao methodo que acabava de nascer, denominaremos com Gueniot, periodo de luta, de discussão ou de progresso; ao 2º, caracterisado pelas modificações que soffrem, tanto o methodo como o instrumento, denominaremos periodo de aperfeiçoamento.

CEPHALOTRIBO

O cephalotribo primitivo de Baudelocque é um forceps pela sua fórma, composto de dous ramos e unidos pelo mesmo sistema de articulação que o do forceps de Smellie. As colhéres porém, são cheias, tendo a curvatura dos bordos e das faces muito

menos pronunciada que a do forceps commum. É de uma construção solida. As colhéres medem de largura 27 a 35 millímetros e tocam-se por suas extremidades quando fechado o instrumento; neste estado o seio formado por ellas mede de 27 a 40 millímetros. Os cabos achatados, espessos e rugosos tem, cada um, em sua extremidade, uma abertura destinada a receber um parafuso que é posto em movimento por uma manivella collocada em uma de suas extremidades.

O cephalotribo assim construido apresenta alguns defeitos graves: em primeiro lugar a curvatura pouco sensivel dos bordos das colhéres o approxima de um instrumento recto e como tal de uma applicação difficil, senão algumas vezes impossivel, no estreito superior onde de ordinario tem de ser levado para ahi apanhar a cabeça.

Esta mesma disposição difficulta a extracção do feto por isto que dá ás tracções uma direcção que não está em relação com a do canal pelviano. Como defeito ainda apresentam a pouca concavidade da face interna das colhéres, tornando por isto muito facil o escorregamento do instrumento, já durante a compressão, já e principalmente durante as tracções.

Attendendo a tão serios inconvenientes, o professor Cazeaux concebe e faz construir um cephalotribo com a curvatura dos bordos mais pronunciada, e assim resolve a primeira difficuldade.

Como porém resolver a segunda? Como cavar a face interna das colhéres sem augmentar-lhes o diametro transversal, ou diminuir sua solidez?

Não podendo dar maior intervallo entre as colhéres, visto como tornava o cephalotribo inapplicavel em grande numero de casos, e attendendo que o escorregamento da cabeça era devido mais ao systema de articulação do que mesmo á pouca concavidade das colhéres, apresenta o illustre professor uma modificação na articulação que nos parece bastante engenhosa. O cephalotribo de Baudelocque abre-se á maneira de tesoura, apresentando seu

maior apartamento, quando aberto, nas extremidades das colhéres; tal disposição concorre sem duvida para o escorregamento. Para obviar este inconveniente Cazeaux dá á articulação de seu cephalotribo uma disposição tal que permite um grande alargamento nesta parte, de tal sorte, que semi-aberto representa seu cephalotribo um cone cuja base corresponde á articulação e o apice á extremidade das colhéres; disposição inteiramente contraria ao de Baudelocque.

Depaul para evitar o escorregamento manda limar a face interna das colhéres, tornando-a por este meio rugosa. Chailly recorre a um meio que apresenta suas vantagens: faz construir um cephalotribo com as extremidades das colhéres curvadas, de maneira que uma se encaixe perfeitamente na outra; as partes do féto assim comprimidas difficilmente se escapão. Como estas, innumeradas modificações e variedades tem sido apresentadas, tendentes a aperfeiçoar o instrumento, já em suas colhéres, já em seus systemas de articulação e compressão.

Na impossibilidade de emittirmos um juizo pratico sobre a superioridade deste ou daquelle cephalotribo, parece-nos todavia que o de Cazeaux leva vantagens a muitos. A modificação apresentada no systema da articulação, tendo por fim supprir a pouca concavidade da face interna das colhéres, é, a nosso vêr, muito engenhosa: pois afigura-se-nos que essa maior concavidade tão desejada das colhéres, seria antes mais uma probabilidade a favor do escorregamento, que um meio de o impedir; porquanto, sabemos que, esmagada que seja a cabeça do féto, desapparece a convexidade do ovoide craneano sobre a qual tinha de ser adaptada, como no forceps, a concavidade das colhéres; ora, perdendo o ovoide craneano a sua fórma primitiva, consequencia inevitavel do esmagamento, para tornar uma mais ou menos plana, é evidente que faz-se preciso da parte das colhéres uma disposição mais ou menos identica.

Manual operatorio.

Baudelocque, em seu primeiro trabalho apresentado á Academia de Sciencias, excluiu de seu methodo a perfuração prévia, tudo era feito por conta do cephalotribo. Elle enxergava na integridade do couro cabelludo uma vantagem, o impedir que esquirolas osseas que por ventura se formassem no craneo, destacando-se, offendessem as partes genitales da operada; porém, experiencias ultteriores mostrarão que era infundado seu receio por esse lado, e mostrarão ainda a vantagem da perfuração prévia pela grande redução que se opéra nos diâmetros da cabeça do fêto. Ainda mais, Dubois e Pajot aconselham que se faça a perfuração, ainda quando o orificio uterino do cõllo não esteja completamente dilatado, pois, procedendo-se assim, apressa-se a dilatação do cõllo que de ordinario é muito lenta nos estreitamentos consideraveis da bacia.

Reconhecida a necessidade da cephalotripsia, como procede o parteiro? Em primeiro lugar, verifica se o orificio uterino do cõllo se acha completamente dilatado, ou se é facilmente dilatavel. Averiguada esta condição indispensavel, essencial para a applicação do cephalotribo, é a mulher collocada transversalmente em seu leito, em decubito dorsal, descansando as nadegas sobre um dos bordos do leito e as pernas sobre cadeiras; um ou dous ajudantes exercem pressão sobre o hypogastro afim de manter a cabeça applicada ao estreito superior, e de impedir assim que a mesma fuja á acção do instrumento. É inutil dizer que a mulher deve ser chloroformisada, salvo o caso de contra-indicação.

Assim disposto tudo, e depois de assegurar-se o parteiro da posição do fêto, procede á operação, que póde ser dividida em quatro tempos:

1º TEMPO.—**Introdução dos ramos do cephalotribo.** Esta é feita pelas mesmas regras que os do forceps commum. Em primeiro

lugar se introduz o ramo esquerdo e depois o direito. Acontece porém algumas vezes que, introduzido o primeiro ramo, o segundo não o pôde ser; neste caso, é recommendado tirar o ramo já collocado e inverter a ordem, começando pelo ramo direito. Sem que se tenha apresentado este accidente que, como acabamos de vêr, determina a applicação do ramo direito em primeiro lugar, o professor Stoltz segue sempre esta pratica.

Attendendo-se que em casos de estreitamentos consideraveis achasse a cabeça acima do estreito superior, e de ordinario muito elevada, aconselhão os parteiros introduzir profundamente os ramos para apanha-la em toda sua estenção. É inutil dizer que as colhéres do cephalotribo, assim como as do forceps, devem sempre ser guiadas por uma das mãos do parteiro operador.

Articulação.—Esta se faz da mesma maneira que a do forceps. Nos casos em que fôr reclamada a perfuração, o parteiro, munido de uma tesoura de Smellie, ou melhor do perfurador de H. Blot, o leva por entre as colhéres do cephalotribo até á cabeça do fêto. Esta pratica tem por fim proteger as paredes da vagina e o fundo do sacco útero-vaginal da acção do instrumento.

Esmagamento.—Antes de começar a compressão, deve o parteiro repellir para o perineo os cabos do instrumento. Tem por fim esta manobra levar as colhéres para um plano mais anterior, onde de ordinario, em virtude do estreitamento, se acha collocada a base do craneo, objectivo principal do parteiro no esmagamento. Isto feito, começa o parteiro a exercer a compressão sobre os cabos do instrumento, compressão que deve ser gradual e intermittente, para se evitar que se rompa o couro cabelhudo em outra parte, e dando tempo a que corra a materia cerebral. Julga-se da terminação deste tempo da operação pela approximação dos cabos e pelo corrimento abundante da massa cerebral.

Extracção do fêto.—É para este ultimo tempo da operação que o cephalotribo é um instrumento imperfeito; tanto tem elle de

poderoso no esmagamento, quanto de insufficiente nas tracções. É pois na execução deste ultimo tempo da cephalotripsia que o parteiro deve revestir-se da maior prudencia e sangue-frio. Terminado o esmagamento, imprime o parteiro ao cephalotribo um movimento de $1/2$ quarto de circulo para pôr o diametro augmentado da cabeça em relação com um dos maiores diametros da bacia ; pois, sendo o cephalotribo applicado aos lados da bacia, e sendo o esmagamento operado nesta mesma posição, é claro que augmenta-se da cabeça o diametro que estiver em relação com o sacro-pubiano da bacia, e como nos casos de atresia pulviana, que em geral reclama a cephalotripsia, é este ultimo o diametro estreitado, torna-se evidente que seriam improficuas quaesquer tracções operadas nesse sentido; convem, pois, imprimir ao cephalotribo, antes de começar as tracções, o movimento de rotação de que fallámos, afim de pôr em relação o maior diametro da cabeça com um dos obliquos da bacia, ou melhor com o transverso. Antes, porém, de executar tal movimento, deve o parteiro examinar, pelo tocar, se existem esquirolas osseas que possam determinar lesões nos órgãos da mulher, e extrahi-las com os dedos ou com pinças apropriadas para este fim.

Depois com todo o cuidado começo-se as tracções, que devem ser moderadas. Se por causa do estreitamento consideravel, ou por causa do esmagamento que não tenha sido completo, a cabeça não caminha, não se insinua no canal pelviano, é de regra e o bom senso aconselha retirar o instrumento e applica-lo de novo para triturar a cabeça em sentido diverso. Com a perfuração prévia em estreitamentos medios basta de ordinario um a dous esmagamentos para se conseguir a extracção da cabeça.

Quantas vezes porém para infelicidade do parteiro, quando a angustia pelviana é um pouco consideravel, são baldados todos seus esforços, todos os recursos de que a arte dispõe? Fazem-se um, dous, tres esmagamentos, outras tantas vezes operão-se as tracções e a cabeça sempre immovel na cavidade uterina! Em tão

deploraveis circumstancias os mais consummados parteiros têm se visto na dura necessidade de abandonar a terminação do parto á natureza, e ella muitas vezes como que mais sábia consegue triumphar de todos os obstaculos !

Foi attendendo á esta força superior da natureza, aos casos desesperados que só por sua intervenção tinham terminação feliz, que o professor Pajot criou o seu methodo a que elle denominou de cephalotripsia repetida sem tracções.

Ouçamos o illustre parteiro : « Au dessous de 6 1/2 centimètres, et jusqu'à 27 millimètres, et non pas jusqu'à 5 centimètres, comme on me l'a fait dire par erreur, car ma dernière limite est celle à laquelle le cephalotribe ne peut plus être introduit, je conseille de commencer dès que l'orifice est assez dilaté pour permettre le passage de l'instrument, ou même de pratiquer la perforation du crane avant la dilatation complète, et pour la faciliter, car tous les accoucheurs savent combien la dilatation est souvent lente dans les rétrécissements excessifs.

« Le premier broiement fait avec toutes les précautions, la tête ayant été bien saisie, je tente, en y mettant beaucoup de prudence, un mouvement de rotation avec l'instrument, mouvement destiné à placer les dimensions diminuées de la tête dans le sens rétréci du bassin ; je tatonne avec douceur pour exécuter ce mouvement, soit à droite, soit à gauche selon que j'y trouve plus de facilité, et si des deux cotés j'observe quelque résistance, je m'abstiens complètement de la rotation. J'y insistais davantage autrefois ; l'expérience m'a appris que la matrice parvient à peu près toujours, et quelquefois en peu de temps, à mouler la nouvelle forme donnée à la tête par le broiement sur la forme du canal, en imprimant à cette tête la rotation trouvée difficile avec l'instrument. La contraction, agissant en effet, sur la totalité du fetus, parvient à le faire tourner plus sûrement, et avec moins de danger que ne le ferait le cephalotribe.

« La tête écrasée autant qu'elle peut l'être, je desserve l'instrument,

V. 3/524v

le désarticule, et je le retire doucement sans *avoir exercé aucune traction*, et je procède immédiatement à un deuxième et selon les cas, à un troisième broiement sans *traction aucune*; puis je fais remettre la femme dans son lit en lui prescrivant du bouillon coupé, pour toute tisane.

« Selon l'état du pouls de la malade, selon son aspect général, selon le calme ou l'agitation qu'elle présente, selon la faiblesse ou l'énergie des contractions utérines, je répète ainsi toutes les *deux, trois ou quatre heures*, les broiements multiples, au nombre de deux ou trois pour chaque séance, et l'on pourra voir aux observations que dans les cas où j'ai été appelé suffisamment à temps, je n'ai point encore dépassé *quatre* séances, et qu'*une ou deux* m'ont parfois suffi. »

O processo de Pajot assim concebido constitue sem duvida um methodo especial de cephalotripsia e um progresso incontestavel sobre o methodo ordinario. Dous pontos principalmente o distinguem deste ultimo: em 1º lugar a perfuração precoce do craneo quando o collo não está ainda completamente dilatado, é reclamada pelo autor com tanta insistencia afim de apressar a mesma dilatação que, póde-se dizer, constitue o primeiro tempo da operação; em 2º lugar e o que caracteriza essencialmente o processo é o preceito de não exercer tracção de especie alguma.

Além destas encontramos em sua Memoria (1) outras recomendações: a pressão exercida sobre o hypogastro por um ou dous ajudantes com o fim de bem fixar a cabeça no estreito superior, a introdução dos ramos do cephalotribo até que a parte articular penetre na entrada da vagina, e o cuidado de impellir bem para trás os cabos do instrumento, são precauções indispensaveis para o bom exito da operação.

O Dr. Lauth em sua these inaugural (2) contesta as vantagens do

(1) De la cephalotripsie repetée sans tractions.

(2) De l'embryothlasie et en particulier de la cephalotripsie.

methodo de Pajot fundado no seguinte raciocinio : ou a cabeça não foi bem esmagada pelas primeiras applicações, e nesse caso não cederá aos unicos esforços das contracções uterinas ; ou foi ella sufficientemente esmagada, e portanto amoldando-se ao canal pelviano, facilmente cederá a moderadas tracções.

Fazendo a devida justiça aos conhecimentos do Dr. Lauth, não podemos todavia deixar passar em silencio uma condemnação tão absoluta assim ao methodo de Pajot.

Se é verdade que nos estreitamentos médios, operado o esmagamento, algumas tracções bastão para a terminação do parto, não é menos verdade que nos estreitamentos extremos, ellas são muitas vezes de todo o ponto improficuas. No primeiro caso, póde-se dizer, o parteiro conta simplesmente com a redução dos diametros da cabeça para a terminação do parto ; no segundo, não basta a redução da cabeça, é preciso conserva-la livre para torna-la *inteiramente reductivel em todos os sentidos*. Não podemos fazer melhor do que repetir aqui as palavras do Sr. Jacquemier quando, parecendo entrever o processo de Pajot, escrevia: « *Lorsqu'on a retiré l'instrument, la tête est réellement souple, malléable, entièrement réductible dans tous les sens, état essentiellement différent de celui qu'elle présente dans les mors de l'instrument fermé, ce à quoi on n'a fait assez d'attention.* »

Um outro meio tem sido preconisado para terminar o parto depois da cephalotripsia, é a versão pelviana. Proposto pelo Dr. Bertin, este meio offerece duas vantagens principaes: a de apresentar nos membros inferiores um ponto de apoio seguro para exercerem-se tracções um pouco energicas, e a vantagem de poder rectificar uma posição desfavoravel da cabeça em uma bacia obliqua.

É para se lastimar que, apresentando a versão pelviana essas vantagens, seja de uma applicação tão rara e difficil em taes circumstancias, porquanto a retracção consideravel do utero, a pouca ou nenhuma quantidade de liquido amniotico, e o

estreitamento, são outros tantos obstaculos que sempre difficultão, e muitas vezes impossibilitão a evolução do féto.

Indicações.

São variados os casos de dystocia que podem reclamar a cephalotripsia. A condição primeira que preside á toda e qualquer indicação da operação, está na desproporção entre o féto e o canal pelviano. Esta desproporção geralmente existe em virtude de duas causas differentes : ou porque a bacia não se tenha desenvolvido a ponto de constituir uma bacia normal ou porque o desenvolvimento do féto tenha sido exagerado a ponto de destruir as relações naturaes que devem existir entre seus diametros e os do canal osseo por onde tem de atravessar. D'aqui nasce uma divisão principal: as indicações da cephalotripsia ou são dependentes da mãe, ou do féto.

Por parte da mãe temos os variados casos de estreitamentos, quer sejam devidos á vicios de conformação da bacia, quer á producção de tumores osseos, fibrosos obstruindo o mesmo canal. Por parte do féto temos o volume exagerado de parte ou totalidade do corpo, a apresentação simultanea de muitas de suas partes augmentando accidentalmente seu volume e a apresentação da face em posição posterior não reduzida.

Não basta dizer-se que existe desproporção entre os diametros do féto e os do canal para logo indicar-se a cephalotripsia, não ; o gráo de estreitamento, as condições do féto e as condições da mãe são circumstancias que modificão consideravelmente a posição do parteiro.

Em vista do que fica exposto concebe-se o quanto é extremamente difficil formular-se em uma preposição a indicação formal da cephalotripsia. Assim pois, para melhor satisfazermos o fim que temos em vista, isto é, determinar os casos, a occasião e o

momento em que é indispensavel a intervenção do parteiro por meio do cephalotribo, figuraremos varias questões tomando por base os differentes grãos de estreitamentos, sem todavia olvidar as condições do feto.

Supponhamos, por exemplo, uma bacia cujas dimensões estejam comprehendidas entre 7 1/2 e 8 1/2 centímetros. A mulher em taes condições e junto da qual é chamado o parteiro, está em começo de trabalho e o feto vivo; que convém fazer? Se a apresentação é de vertice, ha toda a esperança de que o parto se termine espontaneamente, a cabeça póde reduzir-se, insinuar-se no canal e a natureza triumphar do obstaculo. Nos casos porém em que o trabalho torna-se demorado e que são reconhecidas impotentes as contracções uterinas, torna-se indispensavel a intervenção da arte, então o forceps é o recurso primeiro de que o parteiro deve lançar mão, e quasi sempre coroado de successo. Póde porém acontecer, raramente é verdade, que este meio seja improficuo, e ainda mais, que durante as tracções o feto morra; nesta hypothese, havendo necessidade de uma terminação prompta do parto, a perfuração do craneo e muitas vezes o esmagamento são indicados.

Supponhamos agora que as dimensões da bacia estejam comprehendidas entre 6 1/2 e 7 1/2 centímetros. Nestas condições é claro, ha muito pequena esperança do parto espontaneo, comtudo convém ainda esperar, póde o feto ser pouco desenvolvido e a natureza auxiliada por uma ou mais applicações de forceps conseguir salva-lo.

Se porém durante as tracções o feto morre, está indicada a posição do parteiro, a craneotomia ou a cephalotripsia devem terminar o parto. No caso contrario, isto é, estando o feto vivo, e sendo improficuas as tracções, em que momento convém deixar o forceps para servir-se do cephalotribo? É preciso confessar, neste caso é grande a perplexidade do parteiro. Convém porém lembrar-se que não são inoffensivas para a mãe as repetidas

aplicações de forceps; são gravísimos os accidentes que podem lhes sobrevir, contusões, inflammações, gangrena, ruptura do utero, etc.; então ao parteiro prudente, desde que tem sido baldados todos os seus esforços para salvar o producto da concepção, corre o dever de recordar-se de que ha uma vida mais preciosa que a do feto e dizer com o professor Depaul: « J'ai fait tout ce qu'il est humainement possible pour faire naître cet enfant vivant, je ne puis continuer davantage, il s'agit, pour moi, de songer à la mère. »

Um outro caso mais grave póde-se apresentar. Trata-se de uma mulher cuja bacia méde menos de 6 centímetros, em trabalho de parto e o feto vivo. Neste caso é ainda mais melindrosa a posição do parteiro: está julgado *á priori* que o feto não póde atravessar vivo pelo canal pelviano, *ipso facto* o forceps e a versão são inuteis. Então só dous recursos se apresentam: ou abrir uma passagem ao feto na parede abdominal da mulher, praticando a hysterotomia, ou sacrificar o feto reduzindo-o de volume, afim de poder atravessar assim o canal genital.

Sobre este ponto reina grande divergencia entre os parteiros, opinião uns pelo primeiro methodo, outros pelo segundo. Qual dos dous é preferivel? Por emquanto nos limitaremos a dizer apenas que até 5 centímetros, fóra de condições muito especiaes, é ainda á cephalotripsia a que se deve dar preferencia; d'ahi para baixo toda a questão deve versar entre o processo de Pajot e a operação cesariana. Em outra parte trataremos mais detidamente deste ponto.

Estes differentes grãos de angustia pelviana podem-se dar no estreito superior, na escavação e no estreito inferior. Em regra geral é o estreito superior o viciado, e deste o diametro antero-posterior que geralmente constitue o obstaculo, que tantas vezes reclama a cephalotripsia. No estreito inferior é o diametro transverso o mais commumente estreitado, ou antes aquelle, cujo estreitamento, nos mesmos limites que fôrão estabelecidos

para o estreito superior, reclama a operação. Quanto ao diâmetro coccy-pubiano torna-se difficil precisar o gráo de angustia em que póde ser indicada a cephalotripsia, visto como a mobilidade do coccyx de uma parte, e arcada pubiana de outra parte, guarneçada de partes molles, permite-lhe um augmento difficil de calcular-se.

As observações que acabamos de expender dizem respeito aos estreitamentos osseos; aquelles dependentes da producção de tumores reclamão tambem, em certos casos, a cephalotripsia.

São estas as indicações dependentes da mãe.

As indicações por parte do feto, são as seguintes:

Volume exagerado do feto.—Em regra geral esta causa de dystocia, apenas difficulta o trabalho do parto, tornando-o mais ou menos demorado; porém casos ha que o volume exagerado do feto toma proporções taes, que destróem as relações normaes que devem existir entre seus diâmetros e os do canal osseo, por onde tem elle de atravessar; nestes casos, rarissimos é verdade, o cephalotribo póde ser indicado.

Hydrocephalia do feto.—A indicação fornecida por este estado do feto pudera ser incluída na primeira de que acabamos de tratar; é o desenvolvimento exagerado de uma parte do feto devida a uma causa morbida, e difficultando nas mesmas circumstancias o trabalho do parto. Só quando abortão todos os meios de que dispõe a sciencia, é que tem cabimento o recurso á cephalotripsia

Apresentação simultanea de muitas partes do feto.—As apresentações das extremidades pelviana e cephalica podem-se complicar com a procidencia de uma ou mais partes do feto, umas vezes um braço ou ambos; outras vezes um ou ambos os pés e pernas se insinuão na escavação da bacia ao mesmo tempo que a cabeça ou o pelvis se apresentam. Na maioria dos casos as

difficuldades que sobrem ao parto desta complicação, se removem facilmente pelos meios ordinarios. Quando porém esta apresentação simultanea de muitas partes coincide com uma bacia estreitada ou mesmo pouco ampla, as difficuldades se exagerão, e podem subir de ponto a reclamar meios extremos, principalmente quando, em consequencia do corrimento de todo o liquido amniotico, a retracção do utero torna-se muito consideravel a ponto de impossibilitar a redução da parte ou partes procidentes pelos meios então indicados. Nestes casos cabe ao cephalotribo o terminar o parto.

Apresentação da face em posição muito posterior não reduzida. — Em condições normaes, na apresentação da face, qualquer que seja a posição, é indispensavel, para que o parto se termine espontaneamente, que o mento se ponha em relação com a symphise pubiana. Ora, supponhamos, por exemplo, que o mento esteja em relação com uma das symphises sacro-iliacas; nesta posição é necessario para que o parto se termine espontaneamente, que o mento descreva um movimento de rotação de trás para diante, até collocar-se por debaixo da symphise pubiana. De ordinario este movimento se executa sob a influencia das contracções uterinas; porém, desde que ellas fôrem impotentes, e desde que fôrem baldadas todas as tentativas de redução pelo forceps, ou qualquer outro meio, que fazer senão socorrer-se do cephalotribo?

Apresentações de espada. — Taes apresentações, felizmente raras, constituem sem duvida uma complicação séria na arte obstetrica, e que muitas vezes reclama a cephalotripsia para se terminar o parto. Demos, por exemplo, que o parteiro é chamado quando o trabalho já está muito adiantado, quando já houve corrimento do liquido amniotico e a retracção consequente do utero, tornando impraticavel a versão e improficuas as injeccões, os clysteres opiaceos, os banhos, os narcoticos, etc., em taes

circumstancias, diz o Sr. Lauth, a degollação do feto indicada seria facilitada pelo esmagamento prévio do tronco, e sobretudo das espa- doas, para melhor attingir o pescoço.

A redução pelo cephalotribo ainda seria indispensavel quando o parteiro julga preferivel terminar o parto pela evolução espon- tanea.

Emfim, quando depois da degollação e da expulsão do tronco a cabeça fica na madre, a cephalotripsia é ainda indicada.

Apreciação.

Quando tratámos das indicações por parte da mãe, no ultimo caso por nós figurado, dissemos: nos estreitamentos abaixo de 6 centímetros está julgado *a priori*, que um feto a termo e bem desenvolvido não pôde atravessar vivo pelo canal pelviano. Deduzimos d'aqui que só dous recursos restavão então ao parteiro: ou reduzir o volume do feto, sacrificando-o pelo esmagamento, ou abrir uma passagem na parede abdominal da mulher, praticando a operação cesariana. Sem pretendermos então resolver a questão, estabelecemos todavia que até 5 centímetros, de accôrdo neste ponto com a maior parte dos parteiros, devia-se dar preferencia á cephalotripsia, e que desse limite para baixo a questão versava entre o processo de Pajot e a operação cesariana. É chegada a occasião de justificarmos a nossa opinião.

Para habilitarmo-nos a emittir um juizo qualquer em uma das questões mais controversas da cirurgia obstetrica, é-nos indis- pensavel fazer uma exposição, ainda que grosseira e rapida, de cada uma das operações, estudando-as em seus accidentes, em suas difficuldades, em suas consequencias normaes e complicadas e em seus resultados.

A gastro-hyrterotomia é uma operação de cirurgia usual, seu

modo operatorio é muito simples. Os accidentes que podem se dar durante sua execução, taes como lesão da bexiga, do intestino, ferimento do fêto e seu estrangulamento, através da incisão praticada no utero, etc., são faceis de se evitar desde que o operador, um pouco prevenido, lembrar-se da possibilidade desses accidentes.

As consequencias da operação podem ser normaes ou complicadas. Sempre que ella tem de ser seguida de bom exito, os phenomenos consecutivos são muito simples: pondo de parte alguns vomitos, em geral devidos mais á acção aturada do chloroformio, alguma dôr no abdomen, uma pequena elevação de temperatura, alguma agitação e insomnia, os outros phenomenos dependentes mais da operação seguem uma marcha satisfactoria; as forças se restabelecem pouco a pouco, a cicatrização das feridas abdominal e uterina não se faz esperar, e os lochios seguem seu curso normal.

Tudo isto porém constitue desgraçadamente a excepção. Basta um breve enunciado das complicações para calcularem-se os perigos a que fica exposta a infeliz mulher, quando se submete á operação cesariana. A hemorragia, a peritonite e os accidentes nervosos occupão o primeiro lugar; segundo uma estatistica de Michaelis em 24 observações de operação cesariana seguidas de morte, 13 o fôrão por conta da peritonite, 7 por hemorragia, e 4 por accidentes nervosos. Além destas complicações mencionaremos os vomitos que por sua vez podem occasionar uma hernia intestinal ou epiploica; a metrite, o phlegmão-periuterino, a infecção purulenta e a desunião da cicatriz, etc., etc.

Sob o ponto de vista de seus resultados, a gastro-hysterotomia nada apresenta de bem definido: ha um tal desacôrdo de opiniões, são tão contrarias entre si as estatisticas até hoje organisadas que torna-se difficil, senão impossivel, formular-se um juizo seguro sobre a mortalidade por esta operação. As palavras seguintes do Sr. Gueniot são a prova evidente do que

fica exposto: « Vous voulez savoir quelle est entre toutes les grandes opérations de la chirurgie, la moins grave, la plus bénigne, la plus riche en résultats? Eh bien, c'est l'opération césarienne. Voulez-vous connaître maintenant la plus cruelle, la plus désolante, la plus inhumaine? Eh bien, c'est encore l'opération césarienne, et les chiffres sont là pour vous en convaincre. »

Deixando pois de entrar no exame comparativo e aliás muito difficil das estatísticas, e dispensando-nos igualmente de estudar as causas que tem influido para resultados tão oppostos, nos limitaremos simplesmente a expender aqui o que diz o professor Cazeaux a tal respeito: « Pondo de parte, diz elle, os resultados fornecidos pelos cirurgiões da Gran-Bretanha accusados de não praticar a operação em tempo opportuno, e suppondo que tem havido tanta verdade em narrar os casos felizes como os fataes, chega-se pelo exame imparcial dos factos á esta triste conclusão que quasi os 4 quintos das mãis tem succumbido; (segundo Kayser a mortalidade é de 0,79). »

Passemos agora á cephalotripsia considerada sob as mesmas relações.

Os perigos e difficuldades na execução desta operação já fôrão expostos no manual operatorio. Como operação difficil e grave que é e nas condições em que é reclamada, não é ella isenta de complicações: a peritonite, a metrite, a depressão das forças, a ruptura do utero, contusões da vagina, fistulas, etc., occupão o primeiro lugar. A arthrite suppurada das symphises, a gangrena, o phlegmão dos órgãos genitales, disjunções articulares e ruptura do perineo são affecções que sóem complicar a cephalotripsia.

Se este quadro é tão extenso como o da operação cesariana e se ahi se notão algumas complicações identicas, a sua frequencia e gravidade não o são pela cephalotripsia, como provão as observações desta, que não sendo em tão grande numero como os da hysterotomia, são todavia de uma interpretação mais facil e menos obscura.

O Dr. Lauth apresenta em sua these uma estatistica comprehendendo 192 casos. Segundo este documento ha 23 casos felizes sobre 33 mulheres operadas, ou melhor 69 successos felizes para 100 mulheres delivradas : um pouco mais de 2 terços, não tomando em consideração 8 mulheres que restabelecêrão-se, porém com fistulas vesico-vaginaes.

Comparando esta estatistica com a de Hennig, o adversario mais severo da cephalotripsia na Allemanha, o Sr. Lauth chega ao seguinte resultado: sobre 59 mulheres que soffrêrão a operação 47 restabelecêrão-se; subtrahindo 5 operações que se terminárão por fistulas vesico-vaginaes ou por ulcerações restão 42 casos felizes sobre 54 operações, ou 78 %.

Na mesma these já citada ainda encontrámos uma estatistica mais favoravel, de Nevermann, na qual apenas ha 6 mortes sobre 80 operações.

Todavia, como muito bem diz o Sr. Lauth, por lisongeiras que nos pareção estas estatisticas, não devemos ligar-lhes mais importancia do que merecem, visto como consignão um resultado bruto, isto é, não levando em conta os differentes grãos de estreitamentos.

Guéniot porém querendo levar mais longe suas indagações, tendo em consideração o estado da bacia, consegue, elle proprio, organizar uma estatistica de 113 casos com a determinação do grão de estreitamento e assim os divide :

- 12 casos de bacia normal — 10 felizes — 2 fataes.
- 53 » cujo estreit. era de 8 cent. e acima; 35 felizes — 18 fataes.
- 32 entre 8 c. e 6 1/2 c. — 24 felizes — 8 fataes.
- 15 » 4 c. e 6 1/2 c. — 9 » — 6 »
- 1 abaixo de 4 centim. — 9 » — 1 »

A simples inspecção deste quadro, diz o Sr. Guéniot, mostra que a mortalidade das mulheres está na razão directa do grão do estreitamento.

O simples conhecimento da operação faz prever este resultado ;

porém o Sr. Guéniot impressionado por esta progressão na mortalidade em relação com o gráo de angustia pelviana, redobra de esforços e cuidados para estabelecer os resultados da operação nos casos de estreitamentos extremos. Conseguido o seu desideratum assim se exprime o illustre pratico: « Sobre um total de 22 casos, sendo a terminação e o estado da bacia mencionados de uma maneira categorica 20 vezes temos: 15 vezes o estreitamento era de 6 1/2 c. ou acima, 9 casos felizes, 4 fataes e 2 resultados não indicados. »

Uma vez a bacia era normal, a mulher sahio do hospital em estado desesperado.

Quatro vezes o estreitamento era inferior a 6 1/2 cent., 3 casos fataes e só um feliz. Considerando isoladamente, continúa o Sr. Guéniot, os casos de cephalotripsia praticados em bacias viciadas, abaixo de 6 1/2 centímetros, a analyse dos quadros de Lauth, fornece uma mortalidade de 6 sobre 15 ou de 40 %. A analyse do quadro que me é proprio conduz a resultados mais deploraveis ainda, pois que a mortalidade é de 3 sobre 4 ou de 75 %.

Para completar o que temos a dizer sobre estatísticas, seja-nos permitido fallar aqui de um quadro que encontrámos na obra do Sr. Stanesco *Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin*.

Comprehende o quadro 90 casos, que são divididos em diferentes secções conforme o gráo do estreitamento da bacia, sendo a ultima secção composta de 3 casos, que se referem ás bacias cujos diametros antero-posterior medião menos de 6 cent.

As 3 mulheres sahirão do hospital em perfeito estado de saude. Em resumo, diz o Sr. Stanesco, das 90 mulheres que soffrêrão a cephalotripsia, 24 succumbirão, e como o producto da concepção é sempre sacrificado, podem-se traduzir assim os resultados geraes: da mortalidade para os fétos 100 %, mortalidade para as mãis 26,66 %.

Sem entrar em outras considerações, confrontando apenas estes

resultados com os fornecidos pela operação cesariana somos forçados a rejeitar esta ultima como operação infinitamente mais grave para a mãe. Em vista disto é evidente que não podemos aceitar o algarismo da mortalidade pela cephalotripsia que o Sr. Guéniot procura estabelecer nos casos de estreitamentos consideráveis e que a pouco consignámos.

Sem negar o espirito de investigação e de imparcialidade que preside a seu trabalho, que de preferencia consultamos, não podemos todavia deixar sem reparo essa conclusão. Tomando apenas por base de seu calculo os 4 ultimos casos de seu quadro, dos quaes 3 fataes, o Sr. Guéniot conclue que os resultados da cephalotripsia nos estreitamentos abaixo de 6 1/2 cent. são deploráveis, pois que a mortalidade é de 3 sobre 4 ou de 75 %.

Para mostrarmos que é insufficiente a base que tomou o Sr. Guéniot para assegurar um resultado daquela ordem, basta consultar o quadro do Sr. Stanesco, que em seguida e de proposito, ahi inserimos. Como vimos, a ultima secção deste quadro comprehende 3 casos nas condições estabelecidas pelo Sr. Guéniot (0^m,55), e todos os 3 seguidos de bom exito.

Em conclusão, repetindo o que já dissemos: 5 centímetros é o limite inferior da cephalotripsia pelo processo commum.

O Sr. Depaul, porém, é de opinião que mesmo nos estreitamentos entre 4 e 5 cent. ainda a cephalotripsia apresenta vantagens incontestáveis sobre a operação cesariana. Disposto a acompanhar autoridade tão competente como o professor Depaul, parece-nos todavia que entre esses limites deve-se dar preferencia ao processo de Pajot, o qual apresenta em seu favor uma estatística pequena, é verdade, porém de resultados maravilhosos.

Pajot querendo alargar o campo da cephalotripsia para assim limitar mais as indicações da operação cesariana, a que é adverso, aconselha o seu processo sempre que a bacia offerece capacidade para admittir o cephalotribo, e marca como limite inferior 27 millímetros.

Sem pretendermos estabelecer um algarismo fixo, invariavel como limite da operação, parece-nos comtudo que o illustre professor foi muito além, marcando aquelle limite. Em uma bacia com taes dimensões, a cephalotripsia apresenta perigos e difficuldades, senão maiores, pelo menos iguaes aos da operação cesariana.

Demais, em uma questão eminentemente pratica como esta, só observações podem justificar o limite marcado, e entre aquellas reproduzidas pelo illustre pratico em sua brochura, nenhuma autorisa a levar tão longe as indicações da cephalotripsia.

Se não existe colligido grande numero de observações a favor do limite por nós estabelecido, todavia é facil conceber-se que sendo admittida pela maior parte dos parteiros, a cephalotripsia até 5 cent. pelo processo commum, não é muito que o seja até 4 cent. pelo processo de Pajot; porquanto sabemos que a cabeça livre na cavidade uterina, além de amoldar-se melhor á excavação, está desembaraçada das colhéres do cephalotribo, cuja espessura não deixa de ser um obstaculo nos casos de estreitamentos consideraveis. É mais ou menos o que diz o Sr. Jacquamier, quando assim se exprime: « La pince céphalotribe a un champs d'action moins étendu comme agent d'extraction, que comme agent de compression. Dans un grand nombre de cas, où elle peut encore écraser la tête, il lui est impossible de l'entraîner à travers le rétrécissement; mais en la abandonnant aux efforts d'expulsion, elle peut encore affranchir l'obstacle après être moulé sur la forme du bassin. »

Objecções feitas á cephalotripsia.

Não obstante os progressos rapidos que tem feito a cephalotripsia em tão curto espaço de tempo, não obstante o acolhimento favoravel que tem tido por parte do maior numero de parteiros

illustres de todos os paizes, ainda ha adversarios que a considerão uma operação inutil e perigosa, pretendendo que a perfuração a substitue completamente em todos os casos, sem os inconvenientes e perigos inherentes á applicação e ás manobras do cephalotribo.

Para elles, pois, o esmagamento é superfluo, por isto que a redução que se obtem pela perfuração, basta para a extracção do feto. Vejamos até que ponto é verdadeira esta opinião.

Praticando a perfuração, tem o parteiro em vista dous resultados: a evacuação da substancia cerebral e a depressão consecutiva dos ossos da abobada do craneo. Ora, admittindo-se que a cabeça do feto tenha as dimensões normaes, isto é, que o diametro biparietal tenha 95 millimetros e o bimastoideo 68, a redução que se operar no 1º diametro, pela perfuração, não póde exceder de 27 millimetros (95-27—68), e suppondo que o estreitamento da bacia seja inferior ao diametro bimastoideo, como poderá este, irreductivel como é pela perfuração, atravessar o canal pelviano? Então, só á cephalotripsia, cujo fim principal, como vimos, é triturar a base do craneo, cabe a terminação do parto.

Vencidos por este lado, objectarão elles que a base do craneo era difficilmente atacada pelo cephalotribo.

É verdade, nem sempre é possivel, mórmente na primeira applicação do cephalotribo, e nos estreitamentos consideraveis, attingir-se á base do craneo, porém reduzido que seja o diametro biparietal, as difficuldades desaparecem, e em regra geral, consegue-se reduzir todos os diametros da cabeça, sem o que seria impossivel o parto, sempre que o maior diametro da excavação da bacia fôsse menor que o bimastoideo.

Ainda mais, admittindo-se mesmo que sejam grandes essas difficuldades, porém não insupperaveis, é logico concluir-se que a cephalotripsia é inutil?

Não é de hoje que está julgada a insufficiencia da operação-perfuração, em tempos mais remotos quando não se conhecia ainda

o cephalotribo, já se pensava em outros meios de completar a redução que se obtinha pela perfuração.

Não desconhecemos os serviços que ella póde prestar, e definitivamente presta á cephalotripsia, é um auxiliar poderoso, e até certos pontos imprescindível á esta ultima, e já no manual operatorio mostrámos o erro que teve Baudelocque, em excluir de seu methodo a perfuração prévia, exclusão de que mais tarde elle proprio reconheceu os inconvenientes.

São estas as objecções que tem sido dirigidas ao methodo; passemos áquellas de que tem sido alvo o cephalotribo.

Uma primeira difficuldade, dizem os adversarios da cephalotripsia, está em apanhar a cabeça do féto que em razão de sua mobilidade, elevação ou desvio do eixo da excavação, torna-se difficilmente accessivel ás colhéres do cephalotribo.

Em uma outra parte, referindo-nos a estes inconvenientes, indicámos então alguns meios de os remover. Para elevação e mobilidade, um ajudante comprimindo o hypogastro conseguirá abaixar e fixar a cabeça no estreito superior. Para o desvio ou projecção da cabeça para diante, consequencia natural do estreitamento, temos, além da compressão bem dirigida sobre as paredes abdominaes, o decubito dorsal que será recommendado á mulher, o abaixamento dos cabos do instrumento.

Sendo o parteiro obrigado, dizem ainda elles, a impellir muito para trás os cabos do instrumento afim de apanhar a cabeça que, como vimos, acha-se de ordinario em um plano mais anterior que o da excavação, póde determinar contusões, ferimentos, e até ruptura do perineo. Além de que são raros taes accidentes, não é razoavel quando se produzem, attribui-los exclusivamente ao cephalotribo, porém, mais á força e violencia que emprega o parteiro.

A contracção do utero sobre o féto tem sido considerada como um obstaculo, que impossibilita a operação.

Com effeito, se a contracção é espasmodica, ha muitas vezes

impossibilidade de introduzir os ramos do cephalotribo, porém, como diz Lauth, tal circumstancia é antes uma complicação que uma objecção, e para combate-la temos, além dos meios therapeuticos indicados, a perfuração e a excerebração, que darão uma redução provavelmente sufficiente para permittir a introdução das colhéres.

A mão não podendo, dizem mais, guiar as colhéres e ao mesmo tempo proteger as paredes da vagina e do utero, e sendo os dedos insufficientes podem os ramos do cephalotribo offender áquelles órgãos.

Só no caso de contracção forte do utero e de estreitamento consideravel póde a mão não penetrar até á cavidade uterina; mas nestas circumstancias dous dedos introduzidos entre o orificio do collo dilatado e a cabeça do féto, bastão para evitar que o instrumento vá de encontro ao fundo do sacco utero-vaginal. E para que a mão não possa penetrar na excavação é preciso que a angustia pelviana seja inferior pelo menos a 52 millimetros, porquanto Blot e Pajot ainda puderão em um estreitamento daquelle gráo introduzi-la e parte do braço na cavidade uterina e praticar a versão.

Chegamos a uma das objecções mais sérias que tem sido feitas á cephalotripsia, e é que sendo o esmagamento operado no sentido de um dos diametros, determina o alongamento dos outros, de sorte que a cabeça ainda movel e acima do estreito não poderia se insinuar na excavação, e no caso de já insinuada as partes molles em relação com o diametro que tivesse de soffrer o augmento serião comprimidas e contusas.

No manual operatorio fazendo allusão a este facto indicamos o como se removem as difficuldades que resultão desses augmentos dos diametros, não obstante, ainda repetimos. Excluindo a perfuração prévia é incontestavel, segundo as experiencias de Hersent, que ha um augmento consideravel dos diametros differentes daquelle sobre as extremidades do qual são applicadas as colhéres do

cephalotribo. Todavia nesse estado póde-se ainda obter a extracção do feto, conseguindo-se collocar o diametro reduzido da cabeça em relação com o menor da bacia. E quando o parteiro tenha a receiar desse alongamento dos diametros, deve praticar a perfuração antes da reduccão, e repetir as applicações do cephalotribo em sentidos diversos; dest'arte consegue reduzir a cabeça a uma especie de sacco molle que facilmente se amolda aos diametros do canal.

Em conclusão, para se obter uma reduccão completa em todos os diametros da cabeça temos a perfuração prévia e applicações reiteradas do cephalotribo em diferentes sentidos; para facilitar a extracção do feto temos a adaptação dos maiores diametros da cabeça aos maiores da bacia, e no caso de uma posição desfavoravel podemos ainda recorrer á versão para corrigi-la.



PROPOSIÇÕES

SECÇÃO MEDICA

CADEIRA DE PATHOLOGIA INTERNA

Diagnostico da febre amarella e seu tratamento

I.

Nas localidades em que reina a febre amarella e muitas vezes contemporaneamente com ella, reinão igualmente outras affecções de origem palustre e de marcha contínua, ou intermittente, que têm com ella muitos pontos de semelhança.

II.

Se bem que muitas vezes o diagnostico se torna extremamente difficil, a febre amarella é quasi sempre reconhecida pelos symptomas particulares que a caracterisão e que se não encontrão em outras molestias, pelo menos na sua ordem de successão.

III.

A febre amarella não pôde ser considerada como uma fórma mais intensa das febres intermittentes e remittentes graves.

IV.

As febres inflammatorias de marcha contínua e as de origem palustre podem, no começo, confundirem-se com a febre amarella, por isso que o calafrio inicial e a transpiração abundante lhes são communs.

V.

A febre amarella não póde confundir-se com a hepallite e muito menos com a gastrite aguda.

VI.

São symptomas communs á febre amarella e á ictericia grave, a côr icterica, as hemorrhagias, a prostração, as perturbações digestivas, etc.

VII.

A ictericia porém é essencialmente esporadica, e a febre amarella é quasi sempre epidemica; na ictericia logo depois de sua invasão manifesta-se uma côr amarella geral bastante carregada, vomitos e dejecções biliosas ou hemorrhagias seguidas logo de phenomenos ataxicos ou adynamicos; o apparelho febril não é muito intenso, o figado frequentemente diminuido de volume, o baço augmentado, e por vezes se tem observado convulsões e paralyrias parciaes.

VIII.

Na febre amarella as hemorrhagias e a côr amarella, em geral mais clara, são commummente phenomenos tardios; as convulsões e paralyrias são raras, a febre é mais intensa, ao menos no primeiro periodo; o baço e o figado conservão-se de volume normal e finalmente não são tão pronunciados os phenomenos de ntoxicação biliosa.

IX.

A febre amarella e a febre remittente biliosa reinão de ordinario nos mesmos climas, e nas mesmas localidades; exigem igualmente algumas das mesmas circumstancias ou condições para sua producção e offerecem symptomas identicos, de sorte que em circumstancias especiaes, o seu diagnostico differencial se torna muito difficil.

X.

Na febre amarella e na febre remittente biliosa ha uma intoxicacão primitiva.

XI.

Na febre biliosa a intoxicacão é palustre; na febre amarella a intoxicacão é especial, ha um miasma proprio differente da palustre, mas que recebe delle uma grande influencia para a producção da molestia.

XII.

O miasma da febre amarella ataca o apparelho sanguineo tornando o sangue extremamente diffluente.

XIII.

Na febre biliosa ataca mais especialmente o apparelho hepato-biliar, produzindo desordens na bile, a qual por sua vez vai alterar o sangue.

XIV.

A febre amarella apparece nos lugares baixos e pantanosos, nos portos de mar; ataca de preferencia os não aclimados e geralmente não reincede. A temperatura elevada influe no seu desenvolvimento.

XV.

A febre biliosa desenvolve-se mesmo nos lugares elevados, comtanto que haja um fóco palustre, ataca de preferencia os aclimados e reincede.

XVI.

Na febre remittente biliosa é muito commum o estado comatoso e o individuo morre sem o uso das faculdades intellectuaes, enquanto que na febre amarella o doente conserva quasi sempre o uso de suas faculdades.

XVII.

Na febre biliosa tres são os medicamentos fundamentaes: os evacuantes, o sulphato de quinina e as limonadas acidas.

XVIII.

Na febre amarella convem em parte as tres indicações precedentes; d'entre os evacuantes, porém, exceptuão-se os vomitivos, que são hoje reprovados.



XIX.

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO CIRURGICA

CADEIRA DE PARTOS

Albuminuria na prenhez

I.

A albuminuria gravidica, quando tem uma certa duração, se acha ligada a lesões renaes primitivas ou consecutivas.

II.

As lesões que a determinão consistem ao menos, em seu começo, em perturbações nutritivas das cellulas epithelicas dos canaliculos uriniferos, dando lugar á sua degenerescencia e á sua quéda.

III.

As causas que presidem a essas alterações nutritivas são locaes ou geraes.

IV.

As causas geraes se referem ás perturbações da nutrição intersticial em virtude da propria gravidez.

V.

As causas locaes dependem das congestões passivas ou activas.

VI.

É muito raro que a albuminuria se constitua a expressão do mal de Bright chronico.

VII.

A sua persistencia dá lugar, não de uma maneira constante, a phenomenos que constituem a encephalopathia albuminurica.

VIII.

Entre ellas se achão as perturbações para o lado da visão, da audição, e da sensibilidade.

IX.

O aborto é um dos accidentes que se observa frequentemente na albuminuria de uma certa duração.

X.

As hemorragias durante a gestação, durante o parto, e depois do delivramento, são accidentes muitas vezes strictamente ligados á albuminuria.

XI.

A albuminuria é muito mais frequente nas primiparas do que nas multiparas.

XII.

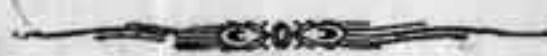
Este symptoma e todos que o acompanhão quasi sempre desaparecem poucos dias depois do delivramento.

XIII.

Não se deve confundir a albuminuria que começa durante a prenhez com aquella que se manifesta no estado puerperal.

XIV.

A albuminuria puerperal se reveste de todos os symptomas que caracterisão a nephrite croupal dos autores allemães.



PROPOSIÇÕES

SECÇÃO ACCESSORIA

CADEIRA DE PHYSICA

Applicação da electricidade á therapeutica

I.

A electricidade é um poderoso recurso do tratamento de certas molestias.

II.

A electricidade não póde constituir um methodo geral de tratamento como querem alguns autores.

III.

Na applicação deste agente deve-se ter em consideração a distincção da electricidade em contínua e interrompida.

IV.

As correntes de inducção são preferiveis quando se quer produzir commoção.

V.

Tendo em vista determinar effeitos coagulantes só se deve applicar as correntes contínuas da pilha.

VI.

No tratamento dos aneurismas inaccessiveis á cirurgia a electro-punctura tem sido aconselhada e applicada com alguma vantagem.

VII.

Na applicação da electro-punctura não se deve recorrer ás correntes de indução.

VIII.

A electricidade é muitas vezes o cauterio o mais delicado que se possa applicar.

IX.

Os accessos de hysteria são muitas vezes interrompidos quando se applicão as commoções electricas.

X.

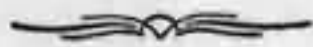
A distribuição dos pólos no interior do sacco aneurismatico é sujeita a regras irrevogaveis.

XI.

A electricidade sendo um agente perigoso, a tolerancia para ella deve ser attendida em cada caso particular.

XII.

Os effeitos produzidos pelas correntes de indução directa são mais sensiveis do que os effeitos da indução inversa.



HYPPOCRATIS APHORISMI

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, iudicium difficile. (Sect. I. Aph. I.)

II.

Quæcumque non sanant medicamenta, ea ferrum sanat, quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat, quæ ignis non sanat, incurabilia iudicaret oportet. (Sect. VIII. Aph. III.)

III.

Extremis morbis extrema exquisite remedia optima. (Sect. I. Aph. VI.)

IV.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. (Sect. II. Aph. II.)

V.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. (Sect. II. Aph. III.)

VI.

Ex morbo diuturno, alvi fluor, malum. (Sect. VIII. Aph. V.)

V.31539v

Esta these está conforme os estatutos. Rio de Janeiro, 1º de
Outubro de 1871.

DR. LUIZ PIENZENAUER.

DR. MOTTA MAIA.

DR. RAMIZ GALVÃO.