PAPELARIA ALLIANÇA

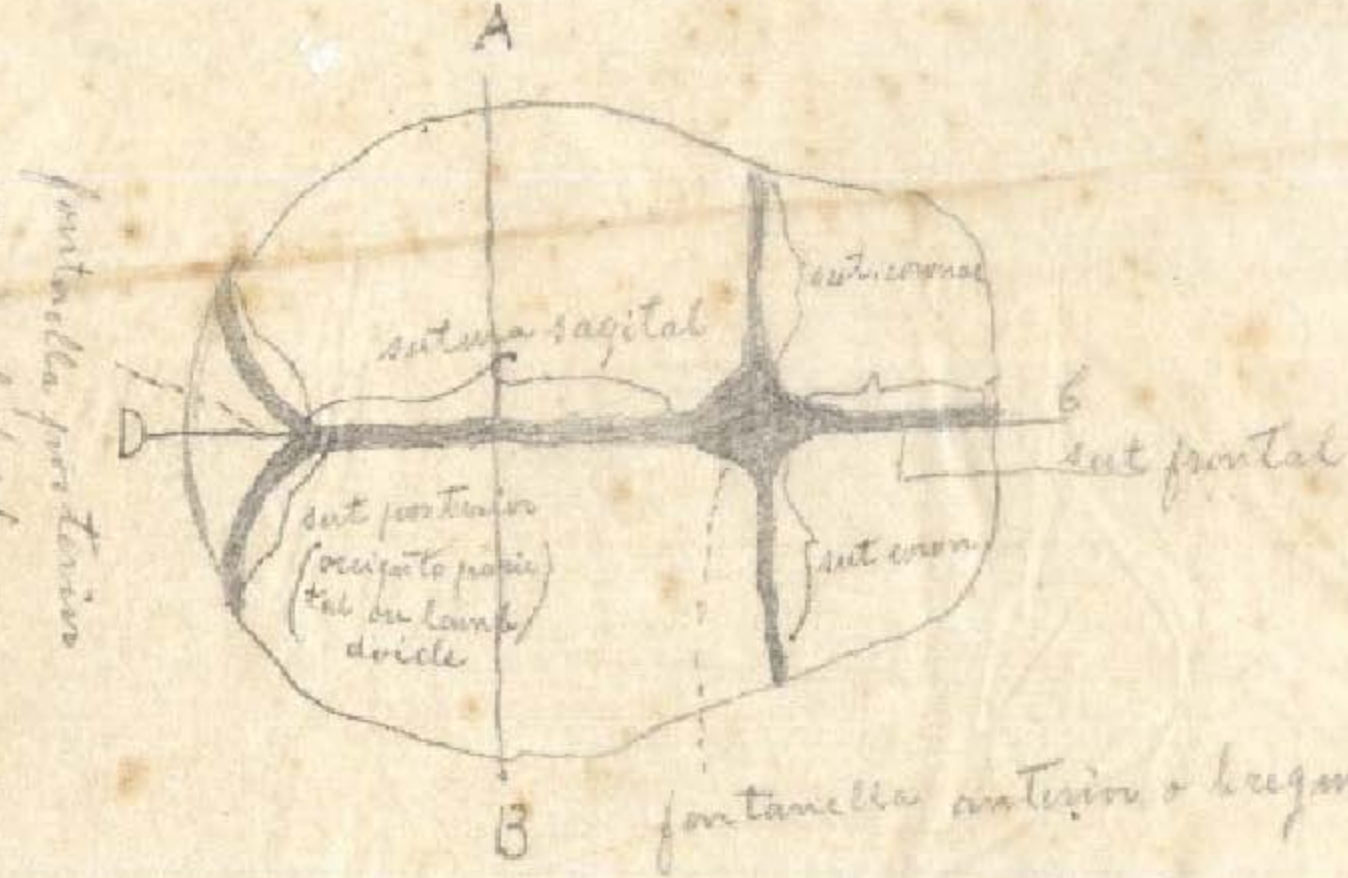
Papelaria e Typographia

Objectos para escriptorio

Saida Jardim

Abril de 1913

BAZAR - LIVROS EM BRANCO



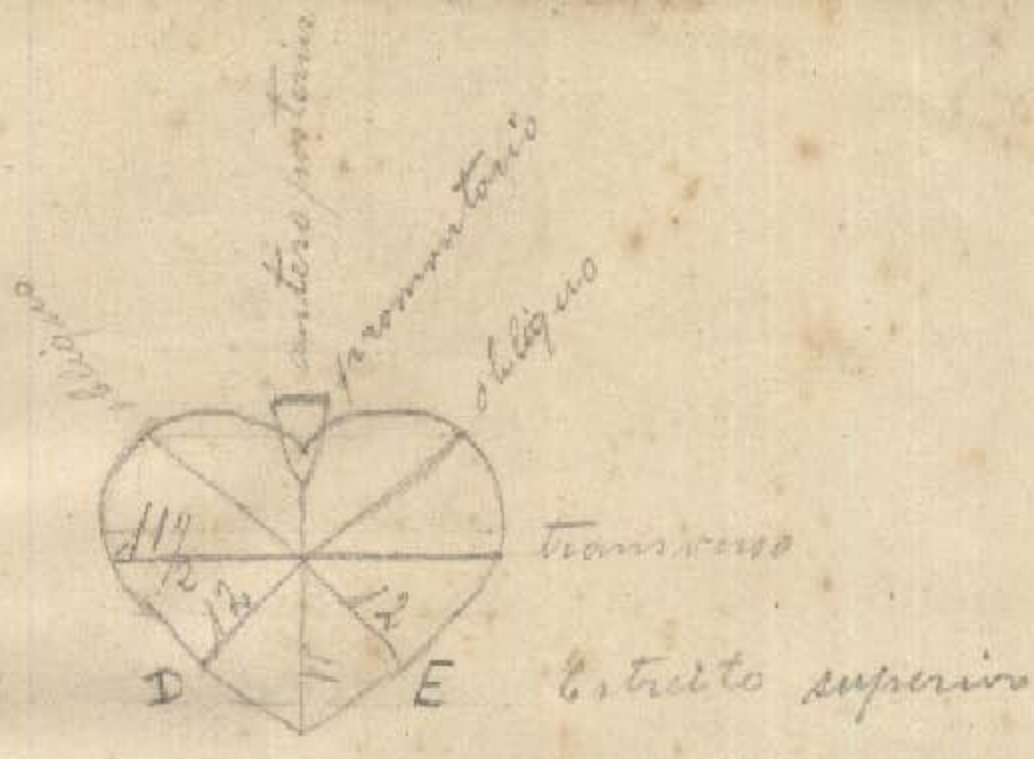
A.B: diametro bi-parietal

O.6: " antero posterior (fronto occipital)

O.F.: diametro occipito frontal
OM: " occipito mentoniano
P.O.B. " sub-occipito bregmatico

+ promontorio

xx cabeça femur



ligamentos (sacro ischiatico
grande e pequeno

5 articulações (lugar onde os ossos juntam)

Illiacos — 2
sacro — 1
cocyx — 1

1. Pubiana
2 sacro illiaco D.
3 " " E.
4 sacro vertebral
5 " cocyxyana

Illium (cima)
Pubis (frente)
Ischium (baixo)

articulações da bacia

Bacia ossea.

A bacia em geral é formada por 4 ossos que são: os dois ossos illiacos, o sacro e o coccyx.

Os 3 primeiros ossos juntam-se (articulam-se) para formar uma cintura ossea, a cintura pelvica, a qual é completada para traz e para baixo pelo 4º osso, o coccyx.

Esta cintura pelvica ou bacia em geral divide-se em grande bacia e pequena bacia.

A grande bacia é separada da pequena bacia pelo estreito superior, que é ao mesmo tempo o orificio superior da pequena bacia por onde se insinua (entra) o féto por occasião do parto.

O féto durante o trabalho do parto se ensinua pelo estreito superior, desce na pequena bacia ou excavação e se desprende

de pelo orificio inferior da pequena bacia, ou estreito inferior.

Comprende-se, portanto a importancia que tem para a parteira o conhecimento dos diametros da bacia, caminho pelo qual tem forçosamente que passar o feto durante o parto.

Teremos por conseguinte, aqui os diametros do estreito superior, ou escavação, e do estreito inferior da bacia ossea, isto é, do esqueleto da bacia.

Estreito superior.

O estreito superior é formado por duas metades symetricos (iguaes) constituidos de deante para traz, pelos bordos superiores do pubis, os quaes articulando-se, entre si formam a symphyse pubiana, as cristas pectineas e as linhas innominadas as quaes se unem atraz, com

a base do sacro, formando o angulo sacro vertebral ou promontorio dos parteiros.

Diametros do estreito superior:

Distinguem-se 4 diametros no estreito superior, os quaes tem dimensões mais ou menos constantes na bacia normal da mulher.

1º diametro antero-posterior, que se extende do promontorio ao bordo superior da symphise pubiana e mede 11 centimetros de comprimento.

IIº diametro transverso, que vae do meio da linha inominada do osso illiaco direito ao meio da linha inominada do osso illiaco esquerdo e mede 13½ centimetros de comprimento.

IIIº diametro obliquo esquerdo que se extende da eminencia ileo pectinea esquerda á symphyse

Sacro – illiaco direito e tem 12 centimetros de extensão.

IV.º Diametro obliquo direito, que vae da iminencia ileo – pectinea direita á symphyse sacro illiaco esquerda e mede tambem 12 centimetros

Recapitulação

Diametro antero posterior — 11 Cent.os
" Transverso — 13½ "
" obliquo esquerdo — 12 "
" " direito — 12 "

Estreito inferior osseo

O estreito inferior osseo é limitado adeante pelo bordo inferior da arcada pubiana, dos lados pelos dois ischions e atraz pela ponta do coccyx.

Tendo em vista estes limites para

o estreito inferior osseo, existem tambem nelle 4 diametros.

I° diametro antero-posterior que vai ponta do coccyx ao bordo inferior da symphyse pubiana e mede 7½ centimetros de comprimento.

É necessario porem, saber que, na bacia normal o coccyx é movel e portanto pela pressão exercida pela parte do feto que se apresenta, cabeça ou nadegas, elle se afasta de sua posição normal e este diametro attinge o comprimento de 11 e até 12 centimetros.

II° diametro transverso, que vai da face interna do ischion do lado direito a face interna do ischion do lado esquerdo e mede 11 centimetros de extensão.

III° diametro obliquo esquerdo que vai do meio do ramo ischio-pubi

ano esquerdo do meio do ligamento sacro-iciatica do lado direito e tem 11 centimetros:

IV° diametro obliquo direito que vai do meio do ramo ischio-publiano direito ao meio do ligamento sacro ischiatico do lado esquerdo e mede tambem 11 centimetros.

Recapitulação

Diametro antero-posterior — 7½ á 12 cm
" transverso — 11 "
" obliquo esquerdo — 11 "
" " direito 11 "

A excavação da pelvis apresenta por sua vez, tambem 4 diametros, que são chamados: antero-posterior, transverso, obliquo esquerdo e obliquo direito e são todos sensivelmente eguaes da bacia normal e medem

12 centimetros de comprimento cada um.

O 3. o rapido estado que primo fazendo é o da bacia ossea, desprovida de seus tecidos molles, e por conseguinte, do esqueleto da bacia.

A 2ª a mulher viva em que a bacia é revestida de musculos, ligamentos e vasos (arterias e veias) todos estes diametros ou melhor grande parte delles soffre uma diminuição do seu comprimento, o que porém contanto que a bacia e feto sejam normaes não traz empecilhos á marcha do trabalho do parto. excepto outras causas de ordem pathologico.

O crano e a face.

O mais importante é o crano, por ser a parte de maior circumferencia. O crano é formado de sete ossos: adiante, os dois ossos que formam a testa ou a fronte — os ossos frontaes; no meio, atraz destes, estão os dois ossos parietaes; e, na parte trazeira da cabeça (occiput ou occiputio), o osso occipital. A superficie dos ossos frontaes e a dos parietaes é lisa; a do occipital é um tanto aspera. Cada um destes ossos é arcado para fóra e tem uma proeminencia que é mais pronunciadamente desenvolvida nos parietaes (bossas parietaes). Dos lados do crâneo, abaixo dos parietaes, estão os dois ossos mais chatos — os temporaes, ou ossos das temporas ou fontes.

As crianças recem nasci

das, os ossos do crâneo estão ainda unidos por uma membrana que permitte o movimento entre elles. Chamase sutura o espaço comprendido entre dois ossos que se acham juntos bordo com bordo.

Quando mais de dois ossos se acham reunidos, o espaço comprendido entre elles todos chama-se uma fontanella ou moleira.

Ha cinco suturas importantes no crâneo:

I° A sutura frontal, entre os dois frontaes, a qual começa na raiz do nariz e se estende para cima e para traz.

II° A sutura sagittal, entre os dois ossos parietaes, dirigida em continuação da sutura frontal.

III° A sutura coronal, entre os dois frontaes e os dois parie

taes, dirigida transversalmente
duma temporal para a outra.
IV° A sutura posterior, dirigida
de um lado para o outro, entre
os parietaes e o occipital. com-
põe-se de um ramo direito e
outro esquerdo, que se encontram
de modo que formam um angulo
ou canto.
V° A sutura temporal de cada
lado, entre o parietal e o temporal.

Além destas suturas, a pan-
leira tem a notar as seguintes
fontanellas.
I° A grande fontanella, entre
os cantos arredondados dos os-
sos frontaes e os dos parietaes,
na qual vem encontrar-se a
sutura frontal com a sagittal
e com as duas metades da coro-
nal. Os ossos ficam aqui separa-
dos por um espaço de quatro com-

tos ou bicos, que adiante, entre os dois ossos frontaes, forma um canto mais bicudo do que na direcção das outras suturas.

II° A pequena fontanella, entre os ossos parietaes e o occipital, na qual vem encontrar-se a sutura sagittal e os dois ramos da sutura posterior.

Alem destas, de cada lado do craneo ha duas fontanellas, uma adiante e outra atraz do osso temporal.

Os diametros mais importantes do craneo ou da cabeça são:

I° O diametro antero-posterior ou longitudinal, desde a raiz do nariz até ao ponto mais distante atraz; mede 11½ a 12 centimetros.

II° O grande diametro transverso ou diametro transverso posterior, da protuberancia, ou bossa,

dum osso parietal, ao outro; mede cerca de 9 a 9½ centimetros.

III° O pequeno diametro transverso ou diametro transverso anterior, duma Temporal a outra; mede 8 centimetros.

IV° O diametro obliquo maior desde a barba, ou mento, até o ponto mais afastado na parte de traz da cabeça; mede cerca de 13½ centimetros.

V. O diametro obliquo menor, da testa até a nuca ou parte posterior do pescoço; mede 10 e 11 centimetros.

O hombros teem, em media, de um lado ao outro, 12 centimetros, e os quadris, de 10 a 11 centimetros.

Estas medidas só são applicaveis ao feto de termo.

O.a criança que não é de termo

as medidas são tanto mais
pequenas, quanto mais longe
ella se acha do termo da grandeza
De mais, mesmo nos fitos de tama-
nha variação de tamanho e de pe-
so que não deixam de ser importante

Apresentação do vertice.

A sutura sagital e as fontanel
las constituem o parteiro os in-
dispensaveis pontos de conver-
são ou balizas para o diagnosti
co differencial das diversas apresen
tações e posições (fig 87, visto pelo
vertice.)

1º Occipito-iliaca - esquerda - ante
rior. O occiput corresponde a cava
dade cotyloide esquerda, a fron
te a symphyse sacro-iliaca -
direita; a sutura sagital está
obliquamente dirigida da esquer
da para a direita, e de diante
para traz: a fontanella posterior
está para diante e para a esquer
da, a anterior para traz e
para a direita; o dorso está vol
tado para diante e para a
esquerda. O ruido do coração do
feto tem seu maximo de inten

sidade na fossa iliaca - esquerda abaixo do umbigo (fig 108)

II Occipito - iliaca - direita - posterior. O occiput corresponde a symphyse sacro iliaca direita a frente da cavidade cotyloide esquerda, o dorso olha para trás e para a direita, o ventre para a direita e para a esquerda. Os ruidos do coração ouvem-se na fossa iliaca direita abaixo do umbigo e menos intensos que nas posições antecedentes (fig 109)

III Occipito - iliaca - direita - anterior. O occiput corresponde a cavidade cotyloide direita, a fronte a symphyse sacro iliaca esquerda. O dorso está voltado para diante e para a esquerda. Os ruidos do coração são muito claros na fossa iliaca esquerda. (fig 110)

IV Occipito-iliaca – esquerda – posterior. O occiput corresponde á symphyse sacro-iliaca esquerda, a fronte a cavidade cotyloide direita. (fig 111)

V e VI Nas duas occipito-iliacas transversas. O occiput occupa pouco mais ou menos a metade do redondo rombo da semi-circumferencia da bacia, á direita ou á esquerda; a sutura sagital está collocada transversalmente.

Apresentação da face

O face é outra cousa mais do que a do vertice descendo. A primeira do vertice corresponde a mento-iliaca direita posterior, e por isto mesmo é a mais frequente das da face

conhecidos, em consequencia, ao do vertice basta descrever duas posições das da face, que são a mento iliaca - direita-posterior e mento iliaca - esquerda anterior, para que o diagnostico seja completo; porque o mento é só, quem substitue o occiput, vindo-se desprender debaixo da symphyse do pubis em logar do occiput.

Em todas as posições da face mesmo nas posteriores, o ponto espontaneo só é possivel nestas condições.

I Mento iliaca-direita posterior

O mento póe-se em contacto com a symphyse - sacro-iliaca - direita, a fronte volta da para diante e para a esquerda, o occiput mais ou menos aproximado da nuca; o dorso voltado para diante e para a esquerda

as pancadas do coração do coração são ouvidas no lado, esquerdo do abdomen, a parte fetal está muito em cima e o sacco das aguas volumoso. (fig 112)

Muitos autores considerão as posições transversas da face como as mais as mais frequentes; a primeira do vertice, sendo a mais frequente de todas, admittindo-se que as da face não sejam outra coisa mais que posições do vertice desviadas. a primeira referida se transforma por deflexão para produzi-las, porem quando são encontradas demostrarão que o mento já havia sofrido um movimento de rotação.

II Mento iliaca - esquerda - anterior.

Nesta o mento põe-se em rela-

ção com a eminencia ileo-
pectinea esquerda, a fronte vol-
tase para traz e para a direi-
ta, e a face para a excavação
pelviana:
O dorso está voltado para a
direita, as francadas do coração
são movidas francamente na
fossa iliaca direita.

Apresentação da extremidade pelviana ou do assento.

O pelvis pode apresentar-
se por quatro pontos.
I. Pelo pelvis com todas as par-
tes de que elle se compõe (coxas
dobradas sobre o abdomen e as
pernas sobre as coxas.)
II Pelos pés ou pelos joelhos,
os quaes chegam até a anca,

e pelos membros inferiores, arrastados pela onda amniotica e desdobrados. (fig 173).

III Pelo assento só, tendo os membros inferiores estendidos e levantados sobre o plano anterior do feto.

IV Finalmente, com só pé ou com só joelho do feto pode apresentar-se na bacia, tendo o outro membro inferior estendido sobre o abdomen.

Estas variedades não passam de modificações da mesma apresentação, a qual é menos frequente do que a do vertice, porem mais do que as da face.

O sacro, nestes casos, substitue o occiput e serve de guia para a descripção das posições do assento.

A ordem de frequencia é a

mesma que para a do vertice.
I Sacro-iliaca-esquerda-
anterior.
O dorso do feto está voltado para
diante e para esquerda, o ventre
para trás e para direita, o lado
esquerdo para diante e para a
direita, e o direito para trás e
para a esquerda; os ruidos do
coração do feto são ouvidos a
esquerda abaixo do umbigo.
Nesta posição o collo costa a di-
latar-se e a parte fetal fica
por muito tempo em cima.
O saco das aguas é volumoso
e rompe-se muito cedo.
Praticando-se o toque sente-se
a ponta do coccix dirigida para
trás e para a direita em segui-
mento do rêgo dentre as nadegas
e no sulco. Encontra-se o anno,
cujo sphincter é difficil de vencer

se o menino estiver nú.

Encontrão-se algumas vezes os orgãos genitaes, cujo engano de differença de sexos é muito frequente, e que obriga o parteiro a não annunciar-o antes de perfeito conhecimento.

A presença do meconium não indica soffrimento da criança (fig. 44)

II Sacro-iliaca-direita-posterior. O dorso da criança está voltado para traz e para a direita, o ventre para diante e para a esquerda, o lado direito para diante e para a direita, o esquerdo para traz e para a esquerda; o maximo da intensidade dos ruidos do coração é a direita e acima do umbigo; a ponta do coccix está voltada para diante e para a esquerda.

Apresentações do tronco

Plano lateral direito.

I Cephalo-iliaco-esquerdo, dorso para diante. (fig 115)

A parte fetal fica em cima por muito tempo, o sacco da aguas e volumoso, o utero tem antes a forma obliqua do que transversa; quando o toque é possivel encontra-se a dobra do cotovello ou o couto da espádoa.

A cavidade axilar dara a posição da cabeça, seu vertice será dirigida para a fossa iliaca esquerda, o omoplata estará voltado para diante e fará descobrir o dorso; as pancadas do coração são muito perceptiveis abaixo do umbigo, a esquerda, propagão-se seguindo uma linha quasi

transversa.

O braço estando pendente na região, em vez de ser motivo de susto, serve para facilitar o diagnostico. Na apresentação que nos occupa, a palma da mão deve estar voltada para cima, tendo o pollegar voltado para a coxa direita da mulher, quando a apresentação é do plano lateral direito.

II Cephalo-iliaco-direito dorso para traz.

Os signaes são os mesmos, com a differença de que a cavidade auricular será voltada para o lado direito, o omoplata voltado para traz, e as pancadas do coração serão muito obscuras ou quasi imperceptiveis.

Plano lateral esquerdo.

I Cephalo-iliaco - esquerdo, dorso para traz.

É ainda a caridade axilar e o omoplata quem gera o diagnostico. É necessario prestar atenção para não confundir a prega do cotovello com a caridade axilar, o que traria, como consequencia rigorosa, a falsidade do diagnostico. Nos casos de duvida desprende-se o braço para examinar melhor.

II Cephalo-iliaca-direito, dorso para diante.

Os signaes supracitados accrescentão-se aos pancadas do coração, que são facilmente percebidas.

Nestas apresentações a parto natural é muito difficil, e o parteiro é obrigado a praticar a versão,

todavia contão-se factos de parto natural, os quaes são effectuados fazendo-se naturalmente a versão ou a evolução espontanea.

A evolução espontanea abrange os cinco tempos do mecanismo geral dos partos, onde a vida do feto é quasi sempre compromettida.

Mecanismo do Trabalho.

Qualque que seja a apresentação, o mecanismo do Trabalho do parto abrange cinco tempos:

I Flexão ou deminuição das partes.

II Introducção, tanto quanto possivel.

III Rotação da parte fetal para se accomodar aos eixos mais favoraveis.

IV Desembaraço da primeira parte fétal, precedendo seu desembaraço.

Estes cinco tempos varião segundo a apresentação é do vertice, da face, etc., más concorrem todos para o mesmo fim, mesmo nas apresentações de espadoa, quando a evolução espontanea se effectua.

Quando elles faltão para supprir as forças naturaes, é intispensavel produzil-los artificialmente com a intervenção da arte. Os abortos não são sujeitos a este mecanismo, porque não ha nessesidade de pôr em relação os diametros mais convenientes do féto com os da bacia, nesesidade indeclinavel no féto de termo quer esteja vivo o morto.

Parto espontaneo pelo vertice

I tempo. O primeiro tempo corresponde a flexão (vide fig 108)

II Introducção do vertice.

III Rotação, a qual tem por fim trazer a cabeça do feto para baixo da symphyse do pubis (vide fig 110)

IV Desembaraço da cabeça na vulva por extenção ou deflexão graduada.

V Rotação internas das espadoas e exterior da cabeça, chamada antigamente restituição, precedendo o desembaraço completo do feto.

Quando nas possições posteriores do vertice, o movimento da rotação falta, o occiput fica atrás; então o quarto tempo é o de deflexão, o occiput percorre

toda a curvadura do sacro para chegar a vulva, e desembaraçar-se primeiro; a fronte colloca-se debaixo da arcada do pubis e a face vem para cima.

Neste caso não é só o occipute ameaça o perineo da mulher, mas a fronte e a face, tendo mais largura que a arcada do pubis, torna o trabalho difficil, e de serias desvantagens para a criança (pg 116)

Pela face

Os cinco tempos são: 1º deflexão mais ou menos completa, 2º introducção; 3º, rotação a qual trax o mento para baixo da symphyse do pubis. 4º deflexão ou desembaraço.

5º, rotação exterior da cabeça e interior do tronco, precedendo o desembaraço completo.

Nas posições mento-posteriores é de indeclinavel necessidade trazer o mento para diante, porque o ponto é impossivel estar em feito de termo.

Pelo assento

Ao mesmo tempo que para o ponto pelo o vertice, o sacro substitue o occiput, mas o desembaraço differe.

Supponho os membros inferiores, como figuramos, estendidos sobre o plano anterior do feto, as contracções uterinas fazem descer as nadegas, as quaes chegam ao estreito inferior;

então a bacia executa um movimento de rotação que leva o quadril esquerdo para traz da symphyse do pubis, na sacro-iliaca esquerda-anterior, e a direita na concavidade do sacro.

A esquerda apparece primeiro, ficando, porém servindo de ponto de apoio debaixo da arcada do pubis, emquanto a direita percorre toda a face anterior do perinêo e vem desembaraçar-se antes della na posição sacro-iliaca-direita-anterior o mecanismo é o contrario (fig. 117)

Nas posições em que o asento está a esquerda, o peito introduz-se, logo depois dos quadris se desembaraçarem, estando os braços applicados a parte lateral anterior do thorax.

As espádoas gyrão de manei

da que a esquerda colloca-se de baixo da symphyse do pubis e vem servir tambem de ponto de apoio, emquanto a direita percorre o plano perineal e vem sahir primeiro.

O inverso verifica-se na posição sacro-iliaca-direito-anterior.

A cabeça, dobrada sobre o peito franqueia o estreito superior na posição occiput-iliaca-esquerda o iliaca-direita-anterior. Chegando ao estreito inferior, roda da esquerda para direita ou da direita para a esquerda, de modo que a face percorre a concavidade do sacro, emquanto o occiput faz ponto de apoio debaixo da arcada do pubis. Nessa occasião as contracções dos musculos

abdominaes, ajudando a acção do utero, fasem dobrar a cabeça progessiva e successivamente, e vão aparecendo na commissura anterior do perinêo - o mento, a fronte, e o bregma (fig 116)

Nas posições posteriores, o mecanismo do trabalho é identico, tendo o phano anterior do féto voltado para cima.

E commum ellas transformarem-se em anteriores, o que é sempre mais favoravel.

O mecanismo é o seguinte: o occiput vem para diante, por effeito de um movimento de espiral, que começa nos quadris e termina no occiput.

No caso contrario, a cabeça, introduzindo-se na excavação, voltase em ordem a collocar a fronte debaixo da arcada do

do pubis, e o occiput na concavidade do sacrum. A proporção que a cabeça caminha, a flexão, que, cada vez é mais pronunciada vae fazendo apparecer atravez da vulva a face, depois a fronte, e finalmente o bregma, o que colloca o dorso do feto em relação com o dorso da mulher.

Póde, porem, acontecer que o occiput venha primeiro desembaraçar-se por effeito de obstáculo encontrado pelo mento na arcada do pubis neste caso o occiput é forçado a percorrer toda a superficie perineal, e o ventre do feto vem tocar então o ventre da mulher.

Deve-se notar que, quando os membros inferiores se estendem e os pés são a primeira parte do feto que se apresentam a vulva

O mecanismo do parto é identico
e traz mais incommodos para
a mulher, porque o utero perde
a força, á medida que se esva-
zia; e para o feto, pela compres-
são do cordão umbilical, que traz
congestão cerebral, além de outros
incommodos.

Noções geraes sobre inffexção puerpural.

A fébre puerpural é devido a inffexção de uma ou varias feridas produzidas pelo parto: ferimentos vulva ou vaginaes extencos ou pequenas rupturas do collo e sobre tudo a grande ou vasta ferida constituida pela zona da incersão da placenta. Estes ferimentos estão em condicoes de menor resistencia a inffexção porque estão situados em orgãos que, por um lado acabam de ser comprimidos, distendidos, mais ou menos desvitalizados pela descida da cabeça fétal, e por outra por terem sua atividade absolvida pelo trabalho phisiológico, da involução.

Embora o estreptococo seja o agente ou causador pathogenico mais commum, uma

definição bacteriologica de infecção puerperal é impossivel, porque não é possivel de um modo geral descrever formas segundo o microbio a causa.

Por consequinte o agente principal das infecções puerperaes é o estreptococa, pois pesquizas feitas multiplos casos de infecção puerperal, quer graves quer benignos a ponto de não parecer se tratar da mesma infecção verifica-se a existencia do estreptococo. Porem alem do estreptococo outros microbios foram isolados quer, em estado de pureza, quer associados com elle (estreptococo).

E geralmente impossivel fazer um diagnostico anatomico da serie da infecção.

A infecção atinge uma ou varias

partes do aparelho genital: vulva, vagina, ruptura cervical, utero, lymphaticos peri genitaes, veias peri-uterinas, trompas e peritonio.

Em certos casos um estado inffecioso dos orgãos genitaes pode constituir uma entidade anatomo-clinica: assim é que pode-se dizer escaras vulvo-vaginaes inffectadas, phlegmão do ligamento largo, de salpingite puerperal etc. Mas este diagnostico as mais das vezes si não é impossivel é difficil.

Aliás são raros os casos e a inffecção puerperal se logaliza em uma só parte do aparelho genital. De que maneira é a inffecão produzida;

A inffeção é algumas vezes consecutiva a relações sexoaes nas

horas que precedem o parto.

De modo que é necessario, sob este ponto de vista, educar as mulheres cuja gestação está sob nossa responsabilidade.

Muitissimas vezes ella é o resultado do toque mal praticado sem as precauções necessarias no decorrer do parto ou nos dias que precedem. quando se aproxima a data do parto é necessario fazer o toque com os mesmos cuidados que durante o mesmo parto

Primeira precaução: é necessario que o dedo ou melhor a mão que vae praticar o toque, não esteja contaminada, isto é, deve ser cuidadosamente desinfectada, de maneira que não possa levar ás vias genitaes nenhum microbio virulento ao qual a mudança de meio daria ainda maior poder

de infecção

Por este motivo a parteira nunca deve tocar e mesmo manifestamente infectadas e mesmo aquellas duvidosas, a não ser que tenha as mãos protegidas por luvas de borracha convenientemente esterelizadas.

Segunda precaução: é necessario não conduzir com o dedo que examina, os microbios existentes na rubra e na rejeição vaginal para a região cervical.

Por conseguinte terse-a o cuidado de bem limpar a rubra antes de cada exame, e de afastar os pequenos labios com a mão que não examina, para que o dedo penetre directamente na vagina. Estas precauções pode não ser completadas com uma lavagem vaginal antisceptica,

antes do exame:

Terceira precaução: É nesse sa-
rio evitar o mais possivel de
tocar frequentemente a parturiente
O risco da inffecão é proporcional
ao numero dos toques.
Evitemos pôr conseguinte de tocar
com muita frequencia a parturi-
ente quer para nossa curiosida-
da quer para satisfazer a vonta-
de da parturiente ou das pessoas
da familia. Os exames muito
repetidos, embora feito com cui-
dado são uma causa de inffeção
O proprio ensaboamento da vul-
va util no nosso primeiro exa-
me, torna-se prejudicial quan-
do é repetido, pois, com efeito elle
é a causa irritação local que
enfraquece os meios naturaes
de defesa da mucosa vulvo-va-
ginal e favorece secundariamen-

te, a fabulação microbiana.
A mesma coisa succede com as
injecções vaginaes repetidas.
É necessario sobre tudo receiar a
infecção se a parturiente foi exa-
minada antes, por outras pessoas.
Em fim, as intervenções são
muitas vezes a causa da infe-
cção: a applicação de forceps
e a versão são as responsaveis.
pela infecção em dez por cento
dos casos e mesmo mais, confor-
me algumas estatisticas.
O delivramento artificial é a
causante, em cincoenta por cento
dos casos da infecção.
Os grandes banhos durante o bar-
são tambem uma causa de con-
taminação, por isto apesar dos
bons resultados que elles prestam
nos casos de contratura, foram
abolidos

No entanto a inffecção puerperal não é sempre produzida por descuidos da parturiente ou da parteira.

Existem inffecções benignas, graves ou mortaes em mulheres que pariram sem terem sido nunca examinadas. Na verdade estes factos são raros, nestes casos os agentes pathologenicos seguem quer avia sanguinia quando provem de um fóco longinco, por exemplo uma amygdalite banal, uma periostite alvulo-dentaria; quer a via limphatica quando são provenientes de um fóco visinhança tal como uma apendecite.

Muitas veses a inffecão póde ser produzida, embora a mão esteja esterelizada, por um pequeno ferimento existente na mão da

pessôa que examina e que para ella não tem importancia alguma e no emtanto póde ser a causa de uma infecção e mesmo mortal para parturiente.
De maneira que todos os cuidados de antisepsia são indispensaveis a fim de evitar a infecção puerperal.
Diversas condições favorecem o desenvolvimento da infecção.
Primeiro quanto a ruptura prematura ou precoce das membranas.
Os elementos infecciosos podem invadir a cavidade do ovo;
Ahi elles encontram um meio de cultura excelente.
Segundo: nos casos de trabalho prolongado, acontece nestes casos como as operadas que passam varias horas sobre a mesa de

operação: são mulheres fatigadas, chocadas, mais susceptiveis à infecção.

Terceiro: Deixe primeiro receio uma infecção nos casos de retenção de cotyledos placentarios ou de membranas: este tecido retido na cavidade uterina terminou a sua função, elle vae morrer, e uma vez morto é um excellente meio de cultura para os microbios.

Quarto: Sendo retido durante a gestação é uma causa favorecedora porque elle cria adherencias placentarias ou membranosas, e porque a caduca retida é um tecido doente que faz o leito de infecção.

Quinto: A importancia dos traumatismos locaes é um factor que se não deve desprezar,

por exemplo, edema do collo, infiltração do perineo nos casos de expulsação prolongada, rupturas da vagina produzidas pelas colheres de um forceps mal aplicado.

Sexto: O momento em que a inffeção se produz tem certa importancia, pois, quando mais tarde o microbio atinge o endometrio tanto mais fechados estão as vias sanguinas e lymphaticas: pelo contrario a inffeção, e temivel si o estreptococo prolifero o liquido amniotico ou si semeamento foi maciso ou, se se tiver praticado alguma intervensão intra-uterina alta, por exemplo: versão ou delivramento arteficial. Certas doenças e intoxsicações, e hemorragias antes e depois do parto.

embora pequenas não algumas vezes causas deficientes para diminuir a resistencia organica de mulheres já debilitadas ou enfraquecidas.

Em toda infecção puerperal para fazer o diagnostico e estabelecer o prognostico deve-se tomar a temperatura e pulso, deve-se notar a insomnia, os calafrios, as modificações do estado geral e examinar com cuidado os orgãos genitaes.

Ha febre as vezes dura um, dois ou tres dias, a curva de temperatura sobe e desce simplesmente, em forma de torre.

Outras vezes trata-se de uma serie, de duas, tres ou quatro ascenções, a segunda sendo mais longa e mais elevada do que a primeira e as seguintes

Cada ascenção corresponde a
um accesso exclusivo cuja causa
é luz muitas vezes nos escapam.
Tratar-se-a de um augmen
to da infecção? Será a entrada
em scena de um novo microbio?
Teria a infecção invadido um
outro territorio? Seja como fôr
é bem raro que um segundo
accesso quando elle se produz não
seja seguido de um terceiro.
E isso porque é prudente não
nos alegrarmos muito quando
se produz uma segunda de-
ferverescencia pois que ella póde
ser seguida de um novo accesso
febril; e neste caso é necessario
praticar um novo exame para
descobrir a causa, isto é uma
complicação lymphatica, renova
ou suppuração. Outras vezes a
febre apresenta Tipo de grande

oscillações.

Algumas vezes ainda é uma temperatura elevada em forma de planalto, sinal este de uma septisemia: O pulso é rapido hypotenso, isto é, fraco.

Quando mais rapido o pulso tanto maior o perigo.

Si elle se conserva ao passo que a temperatura baixa, é um signal de que a infecção não está vencida e que haverá uma nova ascinecção de temperatura. Si elle já é rapido e se acelera ainda mais, é signal quasi certo de uma complicação renal.

Pllebite peri — uterina, da qual se deve procurar os signaes ou a phlegmacia alba dolorosa.

As infectadas puerperaes tem

sempre insomnia. Emquanto uma puerpera não tiver dormido deve-se receiar o apparecimento da febre.

Emquanto uma infectada não dormir, o perigo não está passado e deve-se receiar alguma surpreza, a insomnia cede antes da febre, mas neste caso a infecção esta quasi sempre localizada.

A sua persistencia é mau agouro, assim como o apparecimento da agitação e do delirio.

A cephalea (dor de cabeça) acompanha a insomnia.

Ella deve chamar attenção do medico ou da parteira que cuida de uma puerpera.

Os calafrios são muito frequentes. A sua intensidade é variavel; e muitas vezes necessario um

exame e interrogatorio minucioso
para descobri-los, porque ao rezes
não passam de uma ligeira
pelle de gallinha.

Porem mais importante é a
questão de seu numero e da epoca
do apparecimento: um calafrio
tardio é com effeito um signal
de nova localisação peri-uterinas ou mais afastadas; calafrios
repetidos indicação de uma
infecção grave.

O estado geral fornecerá sig
naes valiosos

e' torpor ou congestionada, traços não fatigados
a não ser que a infecção perfeitamente tolerada não modifique
a expressão do rosto. A falta
cia do apetite e a secura da
lingua duram emquanto a
infecção não tiver localisada

a ictericia, a auzencia do aparecimento do leite são signaes de muito grande gravidade e, com mais forte razão a incontinencia de fezes.
O baço é augmentado e finalmente as urinas são raras, turvas de côr carregada e podem conter albumina. O aparecimento de uma crise urinaria abundante é um signal de terminação.
O exame da vulva e da vagina permite muitas vezes que se observem feridas pardacentas de mau aspecto, saniosas, cercadas de uma zona de edema e de linphangite cobertos as vezes por uma falsa membrana friavel de uma côr branca pardacenta puchando as vezes para uma côr negra e formada

de tecido negrozada onde se encontra estreptococo: são as ulceras puerperaes, que podem ser a unica localisação da infecção e a unica causa da fbre.

Os lochios são habitualmente modificados no seu cheiro quantidade e aspecto.

Muitas vezes são fetidos e este caracter para a infecção putrida do utero ou da vagina é um signal de retenção prolongada da caduca.

As vezes, no entanto, apesar da gravidade do estado geral, a fetidez lochial não existem: é o indicio de uma infecção estreptococcica pura.

Ha casos finalmente em que os lochios têm um cheiro fecaloide devido ao coli-bacilo. outras vezes um cheiro cadaverico leste

mista de uma metrite congenita.

A quantidade dos lochios pode ser diminuida: neste caso deve-se temer uma septicemia grave sem reacção do organismo. Em geral o corrimento é abundante e persistente que, porque sómente a infecção esteja em causa, o melhor que se teme é de retenção e em particular de restos placentarios ou de membranas que mantenão este corrimento em quanto a cavidade uterina não estiver desembaraçado do seu conteudo.

O aspecto dos lochios tambem é modificado: em lugar de serem vermelhos ou rozados tornam-se de uma côr isabella; côr de chocolate nos casos em que la retenção de restos ovulares é tornam-se mais ou menos depressa purulentos

O volume e a consistencia do
utero tambem são modificados,
se apesar das feridas vaginaes
infectadas e a da febre o utero
se conserva pequeno, é que a infec-
ção ainda não invadiu o endo-
metrio, se o utero é grosso o endo-
metrio está infectado.
Si elle é mole, difficil de limi-
tar é signal de infecção grave
e que ella paraliza a febre ute-
rina. Neste caso o utero não
tem força para expellir o conteu-
do septico e elle é absolvido, augmen-
tando a entoxicação.
Pelo exame com o dedo e o especulo
encontra-se o collo mole e fermi-
avel, mas este exame é perigoso
A palpação do utero é raramen-
te dolorosa no começo.
Sómente mais tarde encontra-
se-a em certo grao de dene-

bilidade no fundo do utero e nos bordos. É um signal de que a infecção tende a se propagar aos lymphaticos.

Quando a dôr apparece mitidamente e tardiamente em um dos bordos é preciso desconfiar de uma phlegmão do ligamento largo, de uma pelve peritonite ou de uma phlepite peri-uterina.

Figura I

A cabeça fortemente fleccionada, está inserida; portanto, apresentação occipital.

Qual a posição?

O reparo desta apresentação, o occipital, como o dorso olha para a esquerda da mãe. É, portanto, uma posição esquerda, occipito-ilíaca-esquerda

Qual a variedade?

O occipital, que está voltado para a esquerda, olha também, como o dorso, um pouco para diante, é a variedade anterior.

Portanto: posição occipito-ilíaca-esquerda-anterior.

I

Figura II

A cabeça está flexionada, insinuada pelo occipital: portanto, apresentação occipital.

Qual a posição?

O reparo desta apresentação, o occipital, como o dorso, olha para a esquerda. É ainda uma posição esquerda, occipito — illiaca — esquerda.

Qual a variedade?

O occipital, que está voltado para a esquerda, olha também, como o dorso, um pouco para traz: é a variedade posterior.

Portanto: posição occipito-illiaca — esquerda posterior

II

Figura III

A cabeça flexionada fortemente, está insinuada: portanto, a apresentação occipital.

Qual a posição?

O reparo occipital, como o dorso, olha para a direita da mãe.
É portanto, uma posição, direita occipito — iliaca — direita.

Qual a variedade?

O occipital, que está voltado para a direita, olha tambem, como o dorso, um pouco para diante: é a variedade anterior.
Portanto: posição occipito-iliaca-direita - anterior.

Figura IV

A cabeça está flexionada, insinuada pelo occipital; portanto apresentação occipital.

Qual a posição?

O reparo occipital, como o dorso, olha para a direita da mãe. É, portanto, uma posição direita, occipito – iliaca – direita.

Qual a variedade?

O occipital, que está voltado para a direita, olha tambem como o dorso, um pouco para traz: é a variedade posterior. Portanto: posição occipito-iliaca-direita posterior.

IV

Figura V

A cabeça está defletiorda, insinuada pela face: portanto, apresentação da face.

Qual a posição ?

O reparo da apresentação da face, o mento com o ventre, olha para a esquerda da mãe. É, portanto, uma posição esquerdamento — ilíaca — esquerda.

Qual a variedade ?

O mento, que está voltado para a esquerda, olha também, como o ventre, um pouco para diante, é a variedade anterior.
Portanto: posição mento — ilíaca — esquerda anterior

V

Figura VI

A cabeça está deflexionada, inclinada pela face; portanto apresentação da face.

Qual a posição?

O reparo da apresentação da face, o mento, como o ventre, olha para a esquerda. É portanto, ainda uma posição esquerda, mento — ilíaca esquerda

Qual a variedade?

O mento, que está voltado para a esquerda, olha também, como o ventre, um pouco para traz; é a variedade posterior.

Portanto: posição mento — ilíaca esquerda — posterior.

VI

Figura VII

A cabeça está deflexionada, insinuada pela face; portanto, apresentação da face.

Qual a posição?

O reparo da face, o mento, olha como o ventre, para à direita da mãe.
É, portanto, ainda, uma posição direita, mento direita

Qual a variedade?

O mento, que está voltada para a direita, olha tambem, como o ventre, um pouco para diante; é a variedade anterior.
Portanto: posição mento — illiaca-direita anterior.

VII

Figura VIII

A cabeça está deflexionada, insinuada pela face; portanto, é uma apresentação da face.

Qual a posição?

O reparo da face, o mento, olha, como o ventre, para a direita; é portanto, ainda, uma posição direita: mento — ilíaca — direita.

Qual a variedade?

O mento que está voltado para a direita, olha também, como o ventre, um pouco para trás: é a variedade posterior.
Portanto: posição mento — ilíaca direita posterior.

VIII

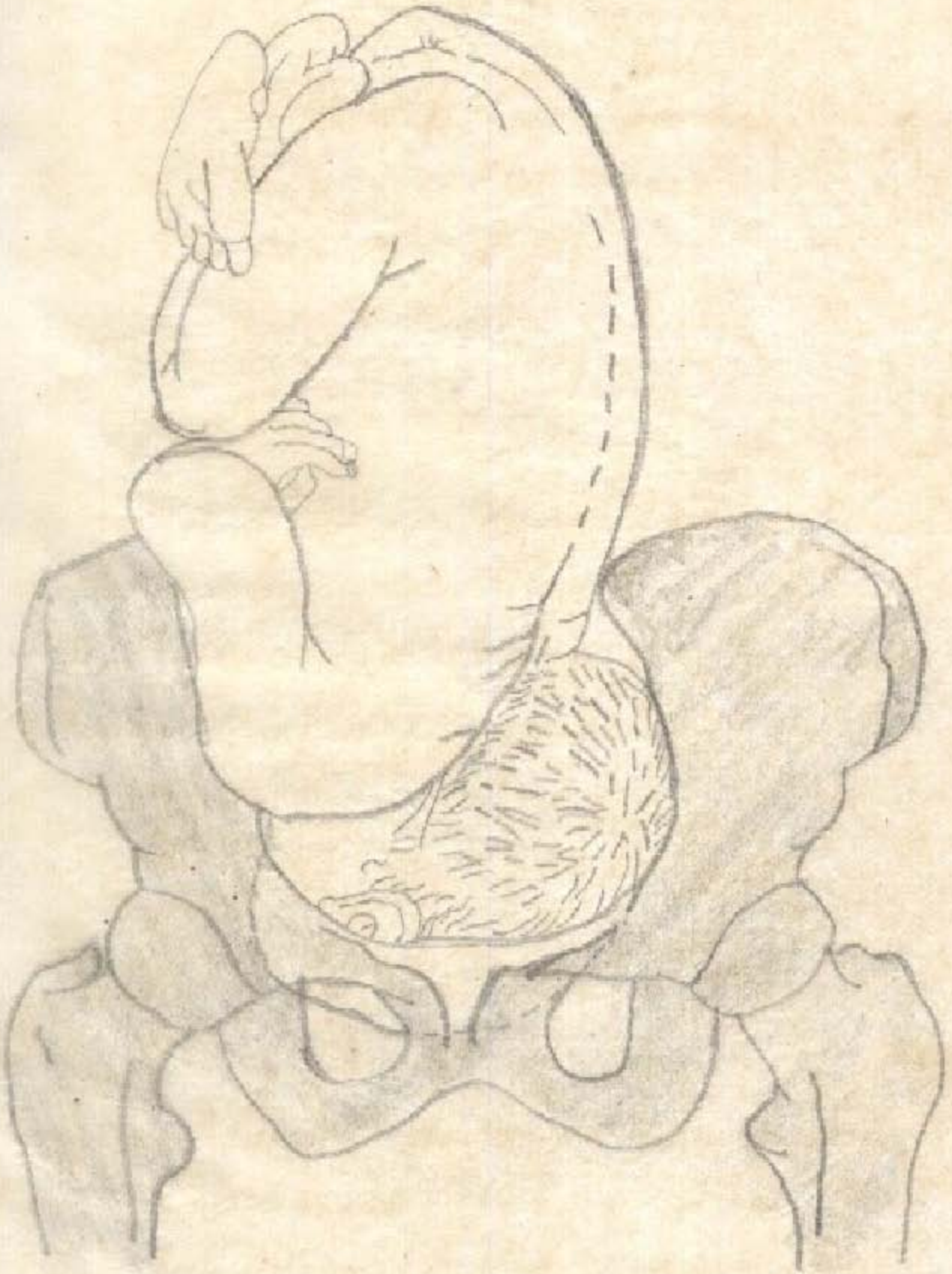


Figura IX

As nadegas estão insinuadas com os membros inferiores dobrados, flexionados e cruzados; portanto é uma apresentação de nadegas completa.

Qual a posição?

O reparo das nadegas, o sacro, como o dorso, olha para a esquerda da mãe. É portanto uma posição esquerda, sacro-ilíaca — esquerda

Qual a variedade?

O sacro, que está voltado para a esquerda, olha, também, como o dorso, um pouco para diante; é a variedade anterior.
Portanto: posição sacro-ilíaca-esquerda — anterior.

IX

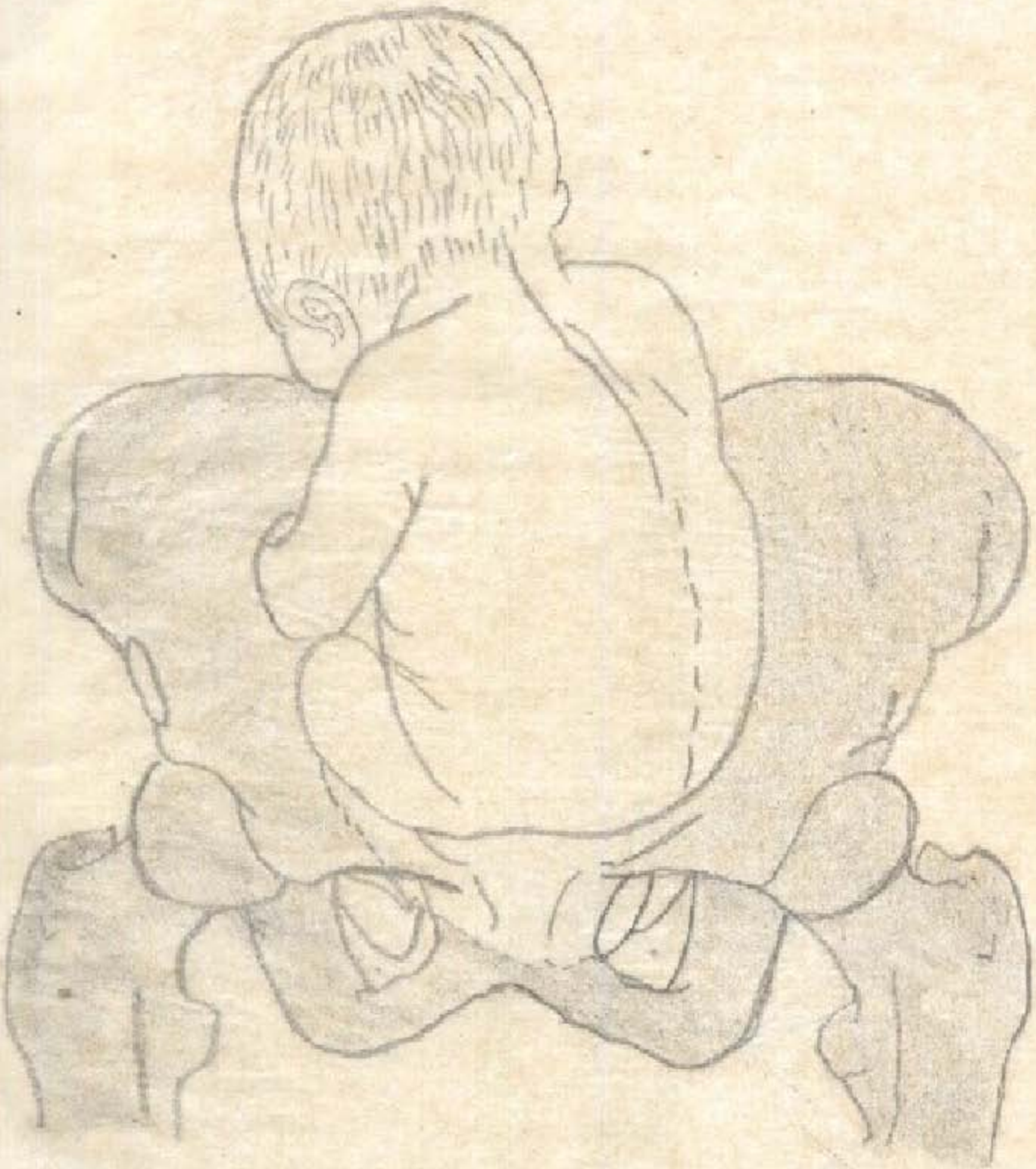


Figura X

As nadegas estão inclinadas com os membros inferiores dobrados, flexionados e cruzados; portanto, é uma apresentação de nadegas. completa.

Qual a posição ?

O reparo das nadegas, o sacro, como o dorso, olha para a esquerda. É portanto: ainda uma, posição esquerda,

Qual a variedade?

O sacro, que está voltado para a esquerda, olha, também, como o dorso, um pouco para trás. é a variedade posterior.
Portanto: posição sacro — ilíaca esquerda — posterior.

X

Figura XI

A nadegas estão insinuadas com os membros inferiores dobrados. flexionados e cruzados; portanto, é uma apresentação de nadegas completa.

Qual a posição?

O reparo das nadegas, o sacro, como o dorso, olha para a direita da mãe, é portanto, uma posição direita, sacro iliaca direita.

Qual a variedade?

O sacro que está voltado para a direita, olha, tambem como o dorso, um pouco para diante: é a variedade anterior.
Portanto posição sacro-iliaca-direita-anterior

XI

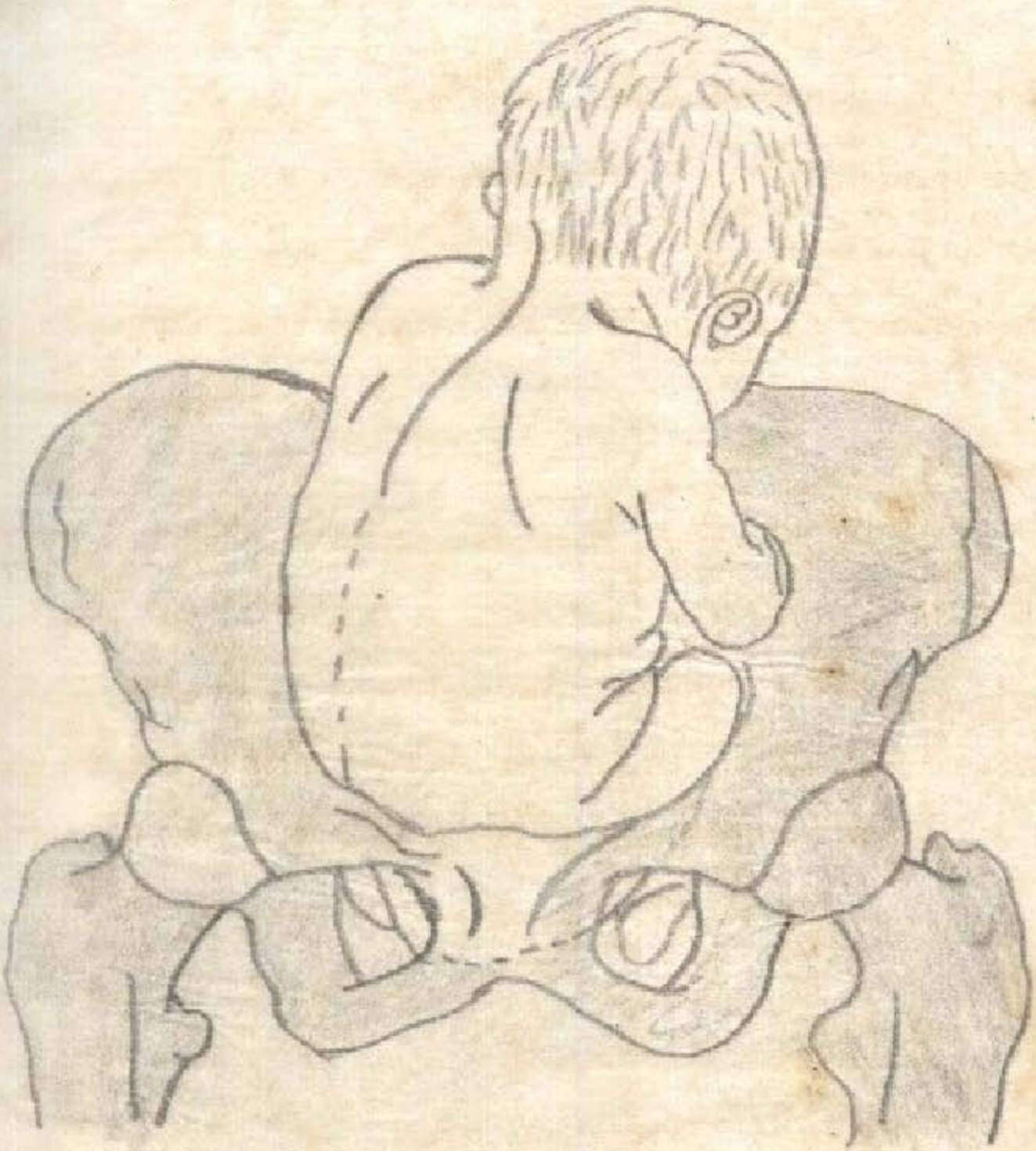


Figura VII

As nadegas estão insinuados com os membros inferiores dobrados. flexionados e cruzados; portanto, é uma apresentação de nadegas completa.

Qual a posição ?

O reparo das nadegas, o sacro, como o dorso, olha para a direita, é portanto, uma posição direita, sacro, iliaca — direita.

Qual a variedade ?

O sacro que está voltada para a direita, olha tambem, como o dorso, um pouco para traz; é a variedade posterior.

Portanto: posição sacro — iliaca direita — posterior.

XII

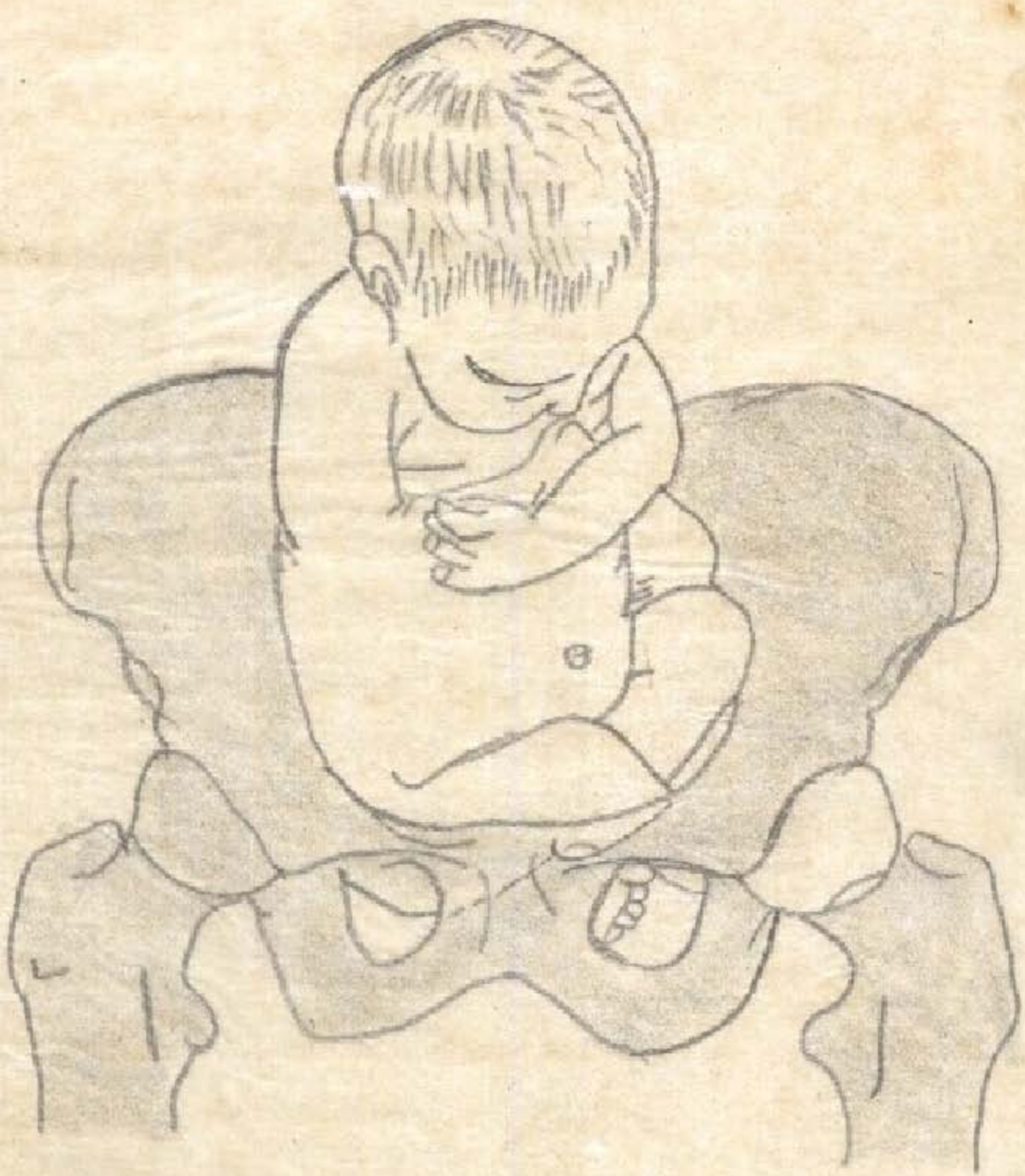


Figura XIV

O tronco tende a insinuar-se pelo lado esquerdo: a espadua e o braço correspondente fazem saliencia na excavação; portanto, é uma apresentação da espadua esquerda.

Qual a posição?

Para as espaduas não ha variedades, o feto está transversal; o reparo da espadua, o acromio, como a cabeça, está voltado para a esquerda. E portando, a posição esquerda, acromio — iliaca — esquerda, ou cephalo — iliaca — esquerda.

Tape a figura; lembrae-vos unicamente o que o toque vaginal vos pode ensinar; apresentação da espadua esquerda em posição acromio ilisca - esquerda, com figurae-vos um feto transversalmente na bacia, cabeça a esquerda, espadua esquerda, inclinada, os pés a direita e adiante, o dorso para traz.

Agora descubra a figura e verifique; o toque vaginal diz ao parteiro qual a espadua e a respectiva posição; com estes dados é necessario chegar a "ver o feto inteiramente" para saber a onde estão os pés, que lhe serão indispensaveis para a versão.

XIII

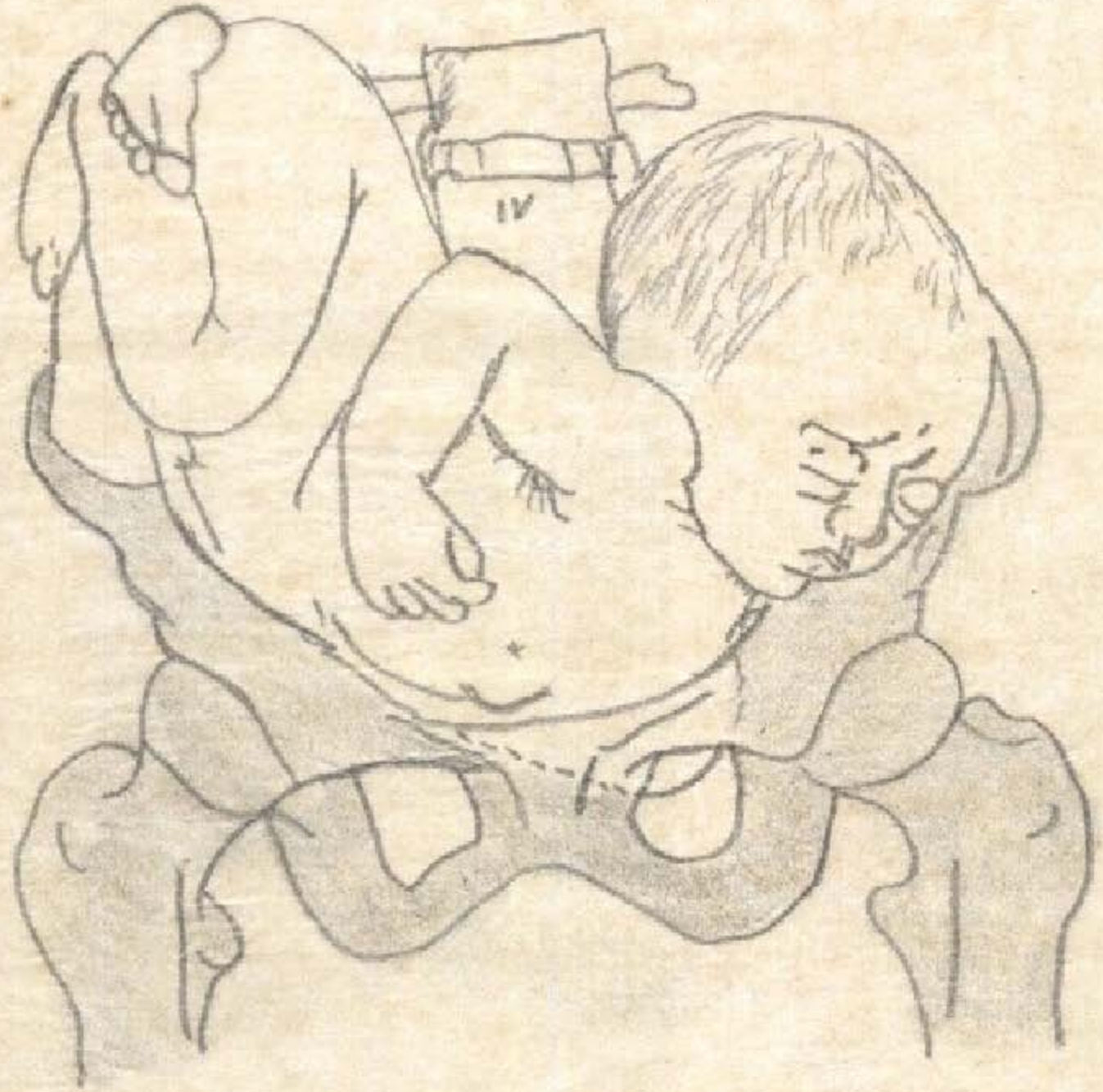


Figura IX

O tronco tende a inclinar-se pelo lado esquerdo: a espadua e o braço correspondente fazem saliencia na excavação; portanto: é uma apresentação de espadua esquerda.

Qual a posição?

Para as espaduas não ha variedades, o feto está transversal, o regard da espadua, o acromio, como a cabeça está voltado voltado para a direita é portanto, a posição acromio-iliaca —, direita, ou cephalo — iliaca direita

XIV

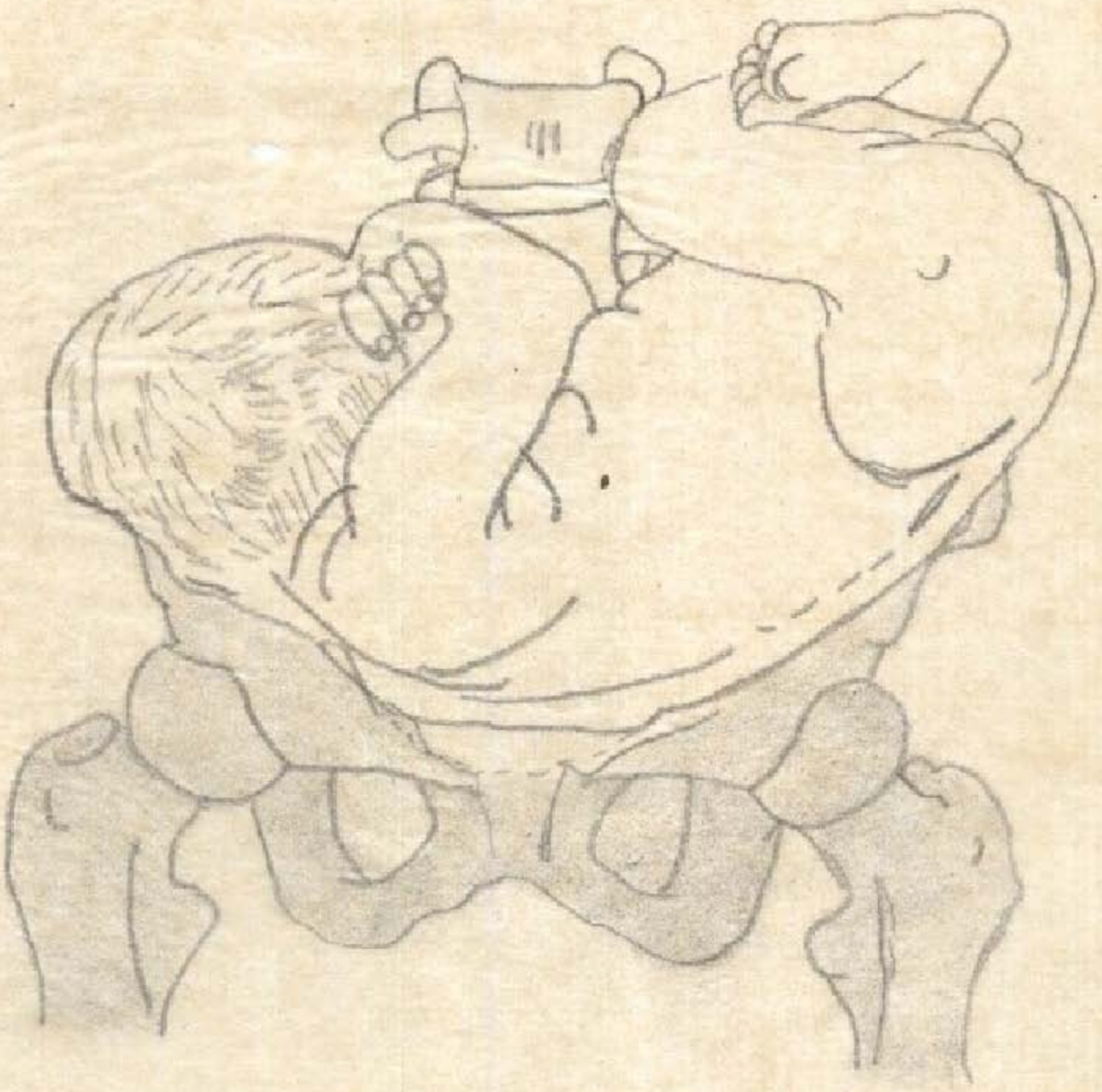


Figura XL

O tronco tende a se inclinar pelo lado direito; a escapula e o braço correspondente fazem saliencia na excavação: portanto, é uma apresentação da escapula direita.

Qual a posição?

Para as escapulas não ha variedades, o feto está transversal. O espaço da escapula, o acromio, com a cabeça está voltado para a esquerda, é portanto: a posição esquerda, acromio-iliaca esquerda, ou cephalo-iliaca-esquerda.

Exercitae-vos nesta figura como nas precedentes, tapando-a para evocar a imagem do feito, apresentando a espadua direita, em posição acromio-iliaca-esquerda; o dorso está adiante, os pés estão a direita da mãe e atraz, como o ventre. Imaginae agora que o feto representado nesta figura faça uma meia volta em torno da espadua direita inclinado e vireis aparecer a figura 16°

XV

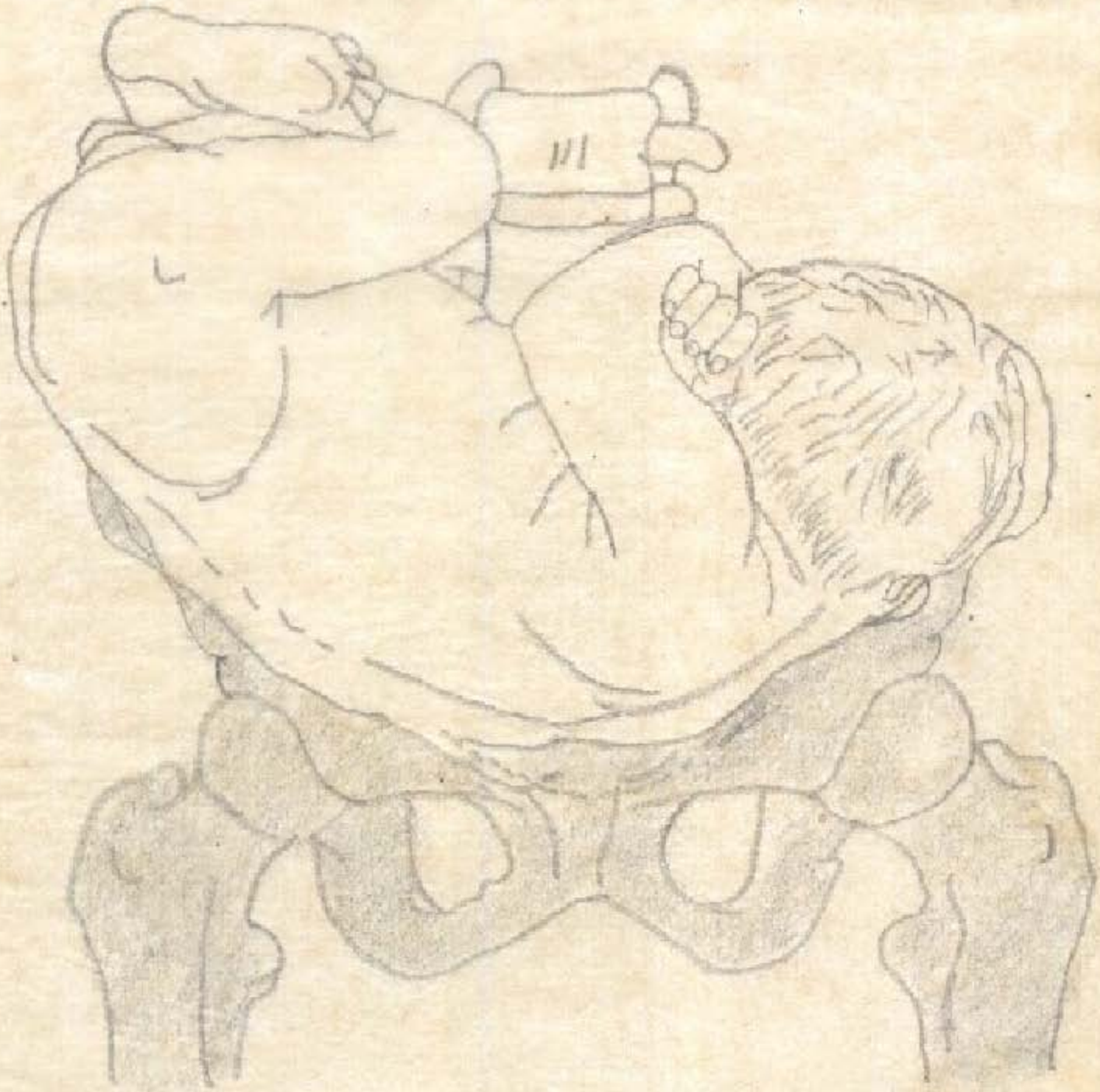


Figura XXI

O tronco tende a se inclinar pelo lado direito: a espadua e o braço correspondentes fazem saliencia na excavação; portanto, é uma apresentação da espadua direita.

Qual a posição?

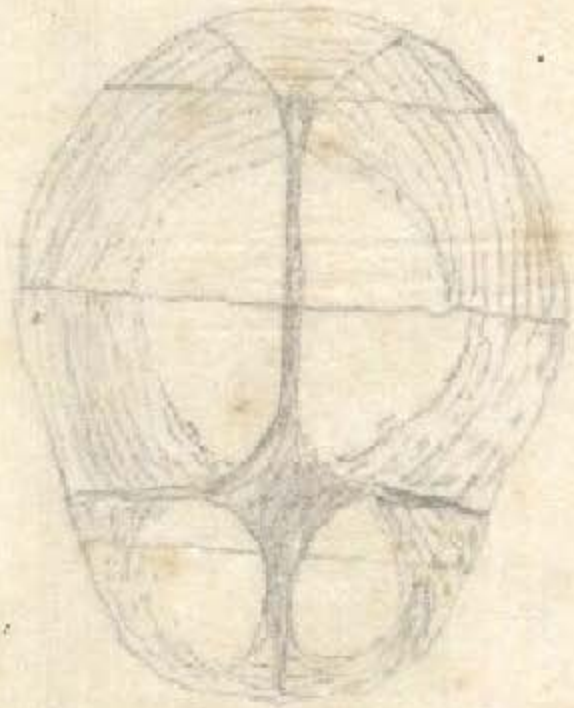
Para as espaduas não ha variedades pois o feto está transversal. O rapdo da espadua, o acromio, como a cabeça; olha para a direita. E, portanto, a posição direita. acromio iliaca — direita. ou cefhalo — iliaca — direita.

Exercitae-vos nesta ultima figura com nas precedentes, tapando-a, para chegar a vel-a, unicamente pelo enunciado da legenda. Diga em voz alta o nome da apresentação e da posição para que o ouvido se habitue a evocar a imagem por acção reflexa.

Faça este exercicio a proposito de todas as apresentações com o auxilio das 16 figuras, que acabaes de ver.

E preciso que, pelo simples enunciado de tal apresentação e de tal posição, vejais apto a figurar mentalmente, as diversas partes (eixos, tronco, cabeça, membros), com a respectiva orientação na bacia e ventre materno.

TAX



108 Primeira posição pelo vertice

109 Com a fontanella pequena para o lado direito e para traz

110 Com a fontanella pequena para o lado direito e para diante.

111 Com a fontanella pequena dirigida para traz e a esquerda.

Fig. 112 Primeira posição pela face.

113. Apresentação pelos pés

111 Primeira posição

115 Apresentação pela espádua

116 Desenvolvimento por baixo do arco pubiano

117 Como se desembaraçou o quadril por baixo do arco pubiano