

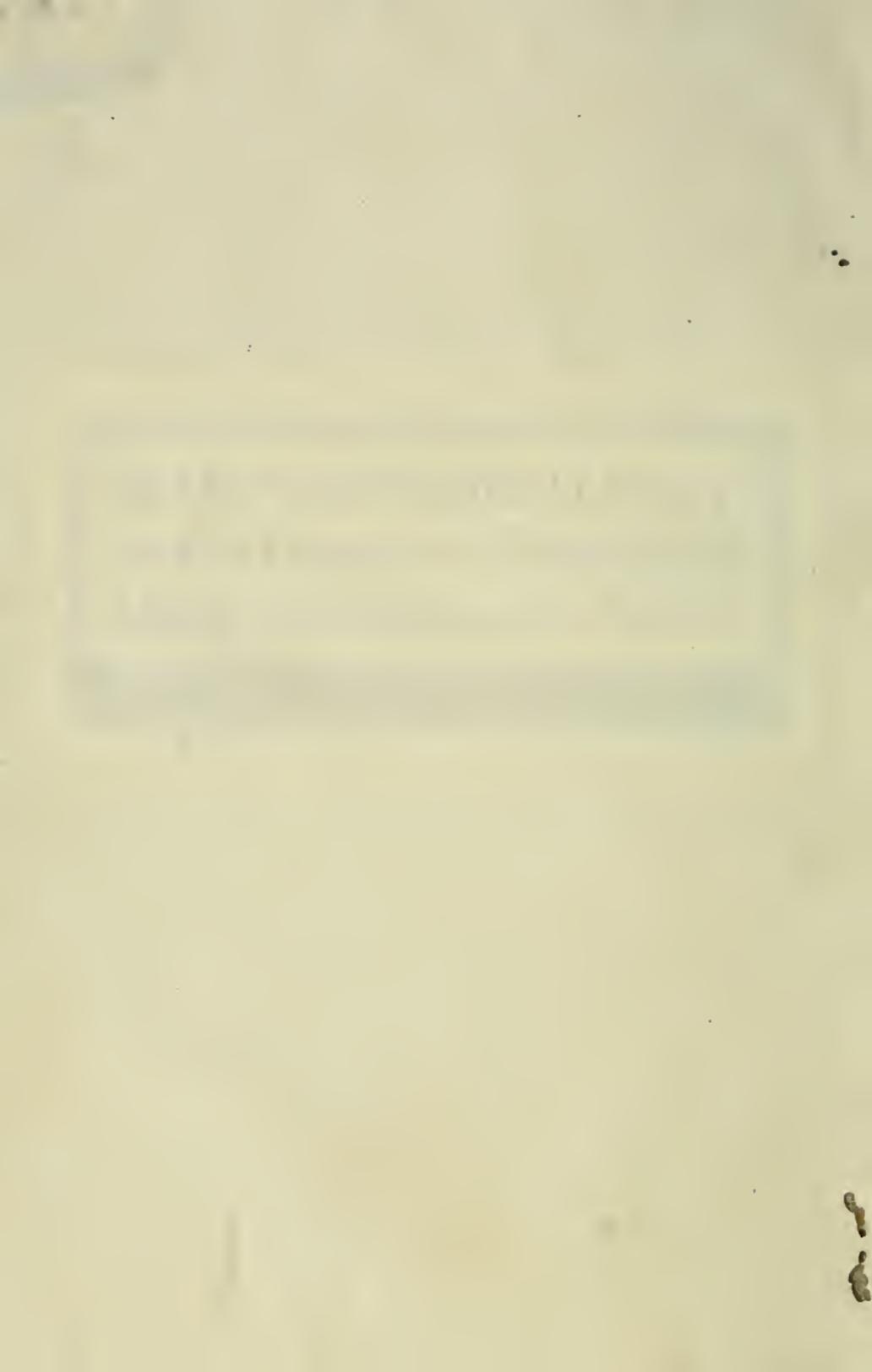


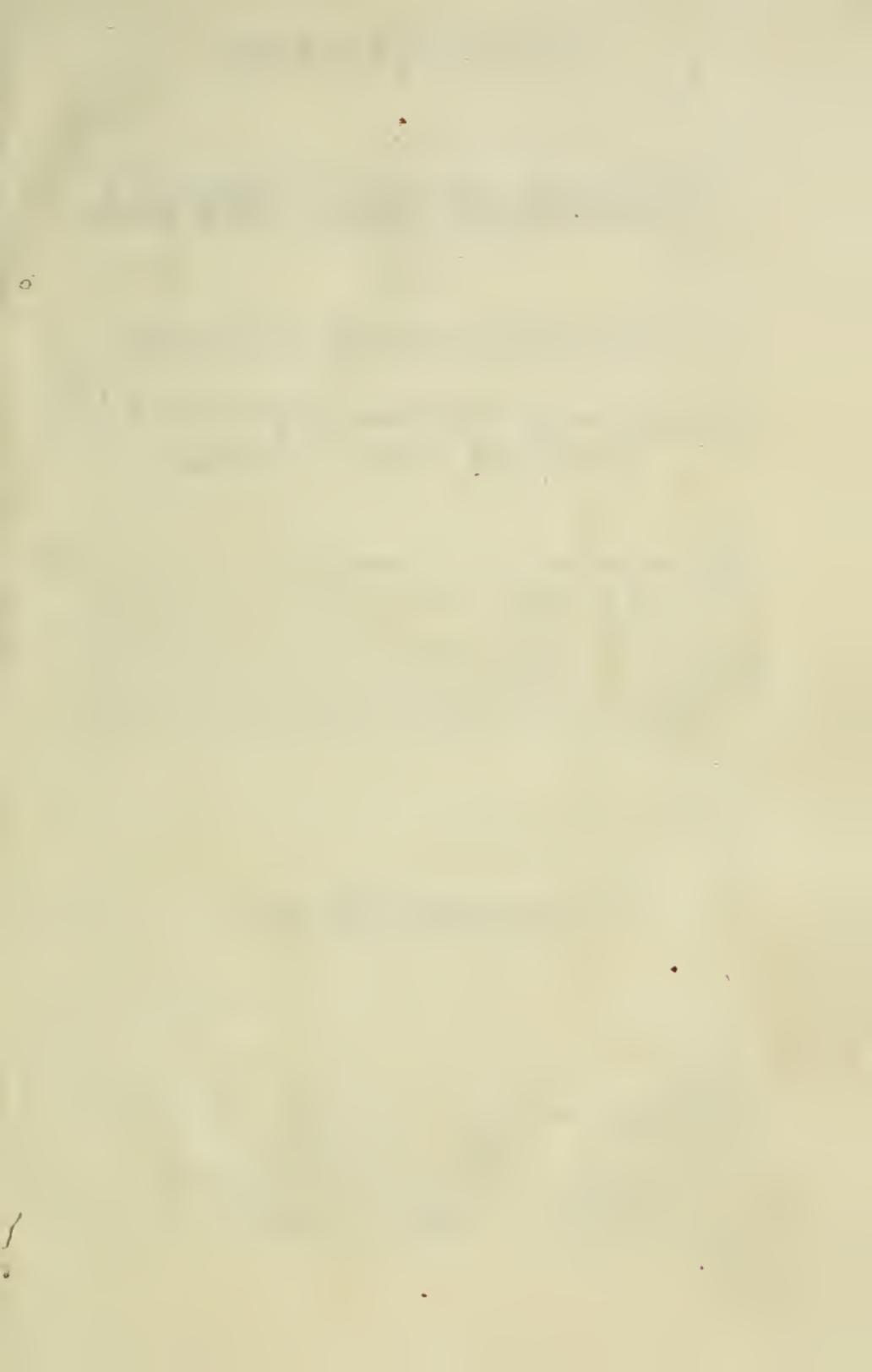
♣ Harvard Medical Library
in the Francis A. Countway
Library of Medicine ~ *Boston*

VERITATEM PER MEDICINAM QUÆRAMUS

66

70.







Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

<http://www.archive.org/details/recopilaodaa00maza>

RECOPILAÇÃO

DA

ARTE DOS PARTOS,

OU

QUADRO ELEMENTAR OBSTETRICIO

Para instrucção das Aspirantes, que frequentão o Curso de Partos.

Por Joaquim da Rocha Mazarem, Cavalleiro Professo na Ordem de Christo, Cirurgião da Real Camara, Lente de Partos na Escola Medico-Cirurgica de Lisboa, Socio Effectivo da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa, e Socio Correspondente da Academia Imperial do Rio de Janeiro.



LISBOA : 1838.

Na Impr. de J. M. R. e Castro
Rua de S. Paulo N.º 5.

THE HISTORY OF THE

of the

of the

The

—

of the

INTRODUCCÃO.



As Parteiras, entre nós, tem tido contra si huma especie de indisposição moral, que geralmente lhes tem grangeado o epitheto proverbial de ignorantes, que talvez restrictamente lhes não devêra competir.

Este opprobrio não deve recair sobre ellas, mas sim sobré aquelles, que lhes tem vedado os meios de adquirirem a necessaria instrucção, e pelo menos o indispensavel para o exercicio da sua arte.

Em Portugal, até hoje, jámais existio estabelecimento algum onde as Parteiras podessem ter o prévio ensino elementar da Arte dos Partos; e este desleixo não he exclusivamente nosso; muitos paizes da Europa o tem partilhado conosco, e de tal modo, que alguns ainda hoje não possuem taes estabelecimentos, em quanto que em outros, sómente no meio do seculo passado he que forão instituidos.

Muita gente talvez se persuada, que as mulheres são inhabeis para exercerem com distincção a profissão de Parteira; porém esta persuasão he vã, pois que muitas tem existido, e existem ainda na França e na Prussia, que muito tem excedido os ordinarios limites da sua arte, e de hum modo tão notavel, que seus nomes distinctos farão epoca nos annaes da Sciencia.

Taes preconceitos não devem prevalecer, visto que hoje se tem facilitado os meios de poderem adquirir os precisos conhecimentos para exercerem a profissão de Parteiras com discernimento, todas aquellas que se quizerem dedicar a este ramo da Medicina.

O Governo de Sua Magestade, instigado pelos males, que a impericia das Parteiras tem produzido nas villas e nas pequenas povoações, onde o exercicio deste ramo da arte de curar só he desempenhado por mulheres, cùjos conhecimentos se reduzem a huma simples practica, que não constitue nellas profissão, deliberou que houvessem cursos regulares para a instrução das Parteiras, nas Escolas Medico-Cirurgicas.

As que se aproveitarem deste recurso deverão ser consideradas na sua competente cathedra, tanto pelo gráo da utilidade e da importancia da sua profissão, como pelos serviços que deverão prestar. Invocamos a attenção das pessoas illustradas, para que fixem a sua opinião sobre huma profissão, de que depende não só o interesse das familias em particular, porém tambem o da população em geral, para que acabem de cessar as prevenções injustas para com aquellas Parteiras, que tiverem obtido este nome por estudos methodicos, e huma practica regular, (1)

(1) Lembramos ás Camaras Municipaes do Reino, que na Enfermaria de Santa Barbara, no Hospital de S. José,

Do Curso de Parteiras, que faz parte do Plano Geral de Estudos das Escolas Medico-Cirurgicas de Lisboa e Porto. (1)



Art. 140.^o Haverá em cada huma das Escolas Medico-Cirurgicas hum curso biennial, e gratuito, theorico, e practico, destinado especialmente para instrucção das Parteiras.

Art. 141.^o O curso theorico será lido pelo Lente de Partos, e comprehenderá o número de lições, que forem especialmente designadas por elle para este fim.

§. Unico. O curso practico terá lugar na enfermaria respectiva, debaixo da inspecção, e direcção do mesmo Lente.

Art. 142.^o As Aspirantes terão matricula separada na Aula de Partos; e bem assim hum lugar decente, e separado na mesma, aonde posão ouvir as prelecções, que forem designadas pelo Lente na fórmula do artigo antecedente.

Art. 143.^o Fimdo o curso biennial serão as

podendo ser admittidas quatro Aspirantes internas para ahí terem morada effectiva até completarem o seu Curso biennial; as referidas Camaras poderião enviar huma mulher do seu Municipio para Aspirante interna, estabelecendo-lhe huma pensão pecuniaria para a sua sustentação e vestuario, por todo o tempo necessario para a sua instrucção; para que quando ellas tivessem concluido o seu estudo, feito o seu exame, e obtido a sua Carta de Approvação, regressarem para a sua Municipalidade, e ahí exercerem a profissão de Parteiras.

(1) Veja-se o Decreto de 29 de Dezembro de 1836.

Aspirantes examinadas perante hum Jury especial destes exames, composto do Lente do anno, do Lente de operações, e de hum dos Cirurgiões que tiverem serviço no Hospital, nomeado pelo Conselho da Escola.

§. 1.º O exame versará sobre a theoria, e a practica, accidentes, que podem preceder, acompanhar, e seguir-se, e meios de os remediar.

§. 2.º A approvação depende da pluralidade absoluta de votos; e verificando-se, será conferida ás Aspirantes gratuitamente huma Carta de Parteira passada pelo Secretario, assignada pelo Director, e sellada com o sêllo da Escola. Na Carta hirá sempre inserta a clausula prohibitiva do uso de instrumentos cirurgicos, sem a assistencia de Professor.

Art 144.º No acto da matricula juntarão as Aspirantes Certidão de saberem ler e escrever, passada por algum Professor Público, precedendo exame.



Artigos do Regulamento da Escola Medico-Cirurgica de Lisboa, relativos ao Curso das Aspirantes a Parteiras. (1)

CAPITULO 21.º

Art. 206.º O Curso das Parteiras começa nos primeiros dias do mez de Outubro.

Art. 207.º As matriculas começam no dia 15 do mez de Setembro, e durão até ao dia 30. Passado este praso só poderão matricular-se, até ao dia 15 de Outubro, as Aspirantes, que legalmente provarem, perante o Director, que molestia ou outro motivo de igual ponderação as impedio de o ter feito em tempo competente.

Art. 208.º As Aspirantes deverão ajuntar ao requerimento feito ao Director para se matricularem; certidão de idade de 20 annos; attestação de vida e costumes; certidão de saber ler e escrever passada por Professor público, precedendo exame.

Art. 209.º Basta provar pela frequencia o 1.º anno do Curso para passar para o 2.º, no fim do qual tem lugar o encerramento da matricula.

Art. 210.º No primeiro anno explicar-se-ha, theorica e practicamente, a parte da Arte obstetrica necessaria para o perfeito desempenho

(1) Este regulamento, feito pelo Conselho da Escola, acha-se em poder do Governo, d'onde ainda não baixou approved; com tudo, por huma deliberação do mesmo Conselho estão interinamente em vigor muitos dos seus Artigos.

da sua Arte, pelo modo que fica determinado no Art. 114.º e seguintes deste regulamento. No segundo anno repetir-se-hão as mesmas materias, e pela mesma ordem.

Art. 211.º As lições serão feitas na enfermaria das parturientes do Hospital de S. José, em casa separada e decente, e hão de durar hora e meia cada huma. O Lente interrogará a Aspirante como melhor julgar.

Art. 212.º O exercicio practico da enfermaria será feito por turmas das Aspirantes. Cada huma das turmas se conservará na enfermaria 24 horas, não podendo retirar-se antes de ser rendida por aquella que por escala se lhe seguir.

Art. 213.º As Aspirantes de serviço na enfermaria estarão subordinadas á Parteira superior, que estiver de semana, a qual, por sua ordem, as fará assistir aos partos, vigiar as parturientes, e prestar-lhes soccorros quando o precisarem. Incumbir lhes-ha tambem qualquer serviço relativo ás mulheres gravidas, parturientes ou puerperas existentes na enfermaria.

Art. 214.º As Aspirantes de serviço na enfermaria farão diarios, do que occorrer de mais singular, ás mulheres que tiverem sido entregues aos seus cuidados e vigilancia. Escreverão no respectivo livro as afiliações das pejudas que entrarem para a enfermaria, e farão os assentamentos das apresentações e posições do feto, sexo, pêso e comprimento, e do tempo que durou o parto.

Art. 215.º As faltas lhes serão contadas e julgadas pelo mesmo modo que são as dos Alumnos.

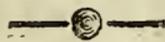
Art. 216.º As Aspirantes serão admittidas ao exame no fim do curso biennal, requerendo ao Director, juntando certidão que mostre terem provado os dois annos.

Art. 217.º Os exames serão feitos por turmas de 4, podendo ser de menos sómente quando o Director, por motivo attendivel, expresso no despacho, assim o determinar. O Lente de partos será o Presidente, e dois Lentes da Escola, nomeados por escala, serão os Examinadores.

Art. 218.º Versarão os exames sobre a theoria, &c. Veja-se o § I. do Art. 143.º do Plano Geral dos Estudos. Durarão 2 horas, huma para cada Examinador, e meia para cada Examinanda. A votação será do mesmo modo, como para a dos Alumnos, &c.

Art. 219.º A Escola passará huma Carta á Aspirante, &c. Veja-se o § II. do supracitado Plano. A Aspirante que huma vez ficar reprovada, poderá ser admittida a novo exame, frequentando mais hum anno o Curso de Partos; porém sendo reprovada segunda vez, não será mais admittida.

Art. 220.º O Curso das Parteiras he gratuito, &c. Veja-se o Art. 140.º do já citado Plano.



The first part of the paper is devoted to a general
 discussion of the problem. It is shown that the
 problem is equivalent to the problem of finding
 the minimum of a certain functional. This
 functional is defined as follows:

$$J(u) = \int_{\Omega} |\nabla u|^2 dx + \int_{\Omega} f(x) u dx$$

where Ω is the domain of interest, ∇ is the gradient operator, and $f(x)$ is a given function. The minimum of this functional is attained at a function u which satisfies the boundary value problem

$$\Delta u = -f(x) \text{ in } \Omega, \quad u = 0 \text{ on } \partial\Omega$$

where Δ is the Laplace operator and $\partial\Omega$ is the boundary of Ω . The existence and uniqueness of the solution of this problem is guaranteed by the theory of elliptic partial differential equations.

In the second part of the paper, the problem is solved numerically. The domain Ω is discretized by a finite difference grid, and the functional $J(u)$ is approximated by a discrete functional. The minimum of this discrete functional is found by the method of steepest descent.

The results of the numerical solution are compared with the exact solution of the boundary value problem. It is shown that the numerical solution converges to the exact solution as the grid size is refined.

RECOPILAÇÃO

DA

ARTE DE PARTOS,

OU

QUADRO ELEMENTAR OBSTETRICIO.



PRELIMINARES.

POR *Arte de Partos* entende-se, huma collecção de preceitos e regras, destinados a prestar, com elles, os convenientes auxilios á mulher na occasião de parir.

Dá-se o nome de *parto*, em geral, aos actos e acções que se executão, para o feto ser expulsado, ou extrahido do lugar, onde elle teve o seu desenvolvimento.

A *expulsão* ou *extracção* das pareas, ou secundinas, com que o acto do parto he consummado, se denomina *dequitação*.

Chama-se *parturição*, quando essencialmente o utero expulsa o feto: denomina-se *partejamento*, quando o feto he extrahido por meio de hum processo operatorio, manual, ou instrumental.

A' mulher que está parindo se dá o nome de *parturiente*; e chama-se *puerpera* á mulher que pario, durante o tempo do seu *regimento*.

Dá-se o nome de *feto* ao individuo gerado, e completamente formado, em quanto existe dentro do ventre materno. Antes da sua perfeita organisação se denomina *embryão*.

São conhecidas com o nome de *pareas*, ou *secundinas*, as partes que fórmão os envoltorios do feto no utero; compõem-se da *placenta*, *cordão umbilical*, e das membranas *chorion*, e *amnios*.

Considerados nas duas cathogorias de parto *facil* e *difficil*, ao primeiro se dá o nome de *eutocia*, e ao segundo de *dystocia*.

Para se poder comprehender bem o mechanismo do parto *facil*, e prestar-se efficazes soccorros ao *difficil*, he necessario que por hum anticipado estudo se adquira o conhecimento da estructura da bacia da mulher; das suas partes da geração, externas e internas; e da conformação e estructura do feto, particularmente da cabeça.

Tambem he indispensavel á Parteira, para bem desempenhar o seu ministerio, que ella se instrua em tudo que caracteriza a prenhez, e que annuncia ou manifesta a execução do parto; os cuidados que deve prestar á mulher no estado de parturiente e de puerpera, e ao recém nascido.

He destes objectos, assim como do parto *facil* e *difficil*, e de tudo que lhe he concernente, que nos vamos occupar, na ordem regular que devem apresentar-se.

CAPITULO I.

Das partes da geração da mulher.

As partes da geração da mulher se dividem em partes duras, e em partes brandas.

Artigo 1.º Das partes duras.

As partes duras são aquellas, a que estão ligados os órgãos geradores: na mulher adulta constituem hum só corpo denominado bacia.

Secção 1.ª Da bacia.

A bacia he huma especie de circulo osseo, locado na parte inferior da columna vertebral, e por cima dos ossos femuris. Entrão na sua conformação os ossos *sacro* e *coccyx*, na parte posterior e média; e os ossos *coxae* na parte anterior e lateraes. Nota-se-lhe duas faces, huma *externa*, e outra *interna*; e dois bordos hum *superior*, e outro *inferior*.

Face *externa*: assignão-se-lhe quatro regiões: 1.ª *anterior*, onde existe a *symphyse* pubiana, os buracos subpubianos, e aos lados e mais posteriormente as *fossas cotyloidas*: 2.ª *posterior*, convexa de alto a baixo, concava de hum lado ao outro na metade superior, e se

lhe observa, na linha mediana, os *tubérculos* posteriores do sacro; a terminação do *canal sagrado*, e a articulação *sacro-coccygiana*; de cada lado os *buracos sagrados* posteriores; hum profundo rego vertical entre o sacro e osso coxal; e as espinhas iliacas posteriores: 3.^a e 4.^a *lateraes* onde se observa, na parte superior de cada huma, as fossas iliacas externas; na parte inferior os bordos das fossas cotyloideas, as chanfraduras sacro-ischiaticas, e os ligamentos do mesmo nome.

Face interna: he separada em duas porções, por huma restricção que se lhe nota, chamada *estreiro superior*, ou *abdominal*. A primeira, ou porção superior, se denomina *grande bacia*; e a segunda ou inferior, se chama *excavação*, ou *pequena bacia*.

Grande bacia: bastantemente larga transversalmente, tem na parte posterior huma *projectura* formada pelo corpo da ultima vertebra lombar; e de cada lado se lhe nota a parte superior da *symphyse sacro-iliaca*, e a fossa *iliaca interna*.

Estreiro superior: he traçado por huma linha prominente, formada pelo *angulo sacro-vertebral*, dirige-se sobre o mesmo sacro para a parte anterior de hum e outro lado, sobre a porção *iliaca*, que limita a fossa do mesmo nome, continúa pelo bordo superior da porção *pubiana*, e vai terminar na *symphyse* do mesmo nome.

O plano deste estreiro tem huma inclina-

ção de traz para diante, que augmenta ou diminue segundo a attitude da mulher, e segundo o estado de vacuidade, ou de plenitude no utero.

O *eixo* deste estreito he representado por huma linha, que começa no umbigo, passa pelo centro do mesmo estreito, e acaba no meio da face interna do terço inferior do sacro.

A *excavação* he hum canal curvado, cujos limites são os estreitos *abdominal* e *perincaal*. Marcão-se-lhe quatro regiões: 1.^a *anterior*, concava transversalmente, e lançada de cima para baixo, e de diante para traz; tem no meio a *symphyse* pubiana; de cada lado os buracos subpubicos onde existem, em cada hum, os canaes obliquos, por onde passam os vasos e nervos obturadores: 2.^a *posterior*, concava perpendicularmente, lançada obliquamente de cima para baixo, e de diante para traz; mostra no meio soldaduras transversas, indicios das separações primitivas do osso, e a articulação sacro-coccygiana, e aos lados as embocaduras dos *buracos sagrados*: 3.^a e 4.^a *lateraes*, subdivididas em duas porções, huma ossea anterior, correspondente ao fundo da fossa cotyloida, e porção do corpo do *ischion* do seu lado, outra branda posterior, limitada na parte superior pelo bordo da chanfradura *sacro-ischiatica*, e na parte inferior pelos ligamentos do mesmo nome, e cheias pelos musculos pyramidaes nas bacias frescas. A porção ossea está lançada obliquamente de modo tal, que se aproxima da do lado oppos-

to, na sua parte anterior e inferior, e se afasta na sua parte posterior e superior; e a porção branda aproxima-se da opposta na parte posterior e inferior, e afasta-se na parte anterior e superior.

Estas duas porções das regiões lateraes se chamão *planos inclinados*, que se continuão, os primeiros com a região anterior, e os segundos com a região posterior. As *espinhas ischiaticas* estão postas no lugar da junção destes dois planos.

O *bordo superior* tem huma dilatada circumferencia, hum tanto inclinada para a parte anterior: nota-se-lhe da parte posterior para a anterior, a face superior da ultima vertebra lombar, á qual entra no complemento da bacia; o ligamento *ilio-lombar* hum de cada lado; os dois terços anteriores da *crista iliaca*; as espinhas iliacas anteriores, duas superiores e duas inferiores; as eminencias *ilio-pectineas*; o bordo superior do *ramo horizontal dos pubis*; a *espinha pubiana*, e a *symphyse* do mesmo nome.

O *bordo inferior*, conhecido tambem pelo nome de *estreito perineal*, he formado pela ponta e lados do osso *coccyx*; pelas margens dos ligamentos *sacro-ischiaticos*, *tuberosidades ischiaticas*, *ramos ascendentes* dos ischions, e *descendentes* dos pubis, e margem inferior do *ligamento triangular*.

Na parte anterior deste bordo existe a *arcada pubiana*, limitada inferior e posteriormen-

te pelas tuberosidades ischiaticas, e superiormente pelo ligamento triangular da symphyse dos pubis.

O *eixo* deste estreito se marca por huma linha, que passando pelo meio do seu diametro antero-posterior, vai terminar no meio do promontorio sacro.

Para se obter o *eixo da excavação* lança-se huma linha desde o meio da terceira peça ossea do sacro, que deve vir passar por entre a parte anterior das tuberosidades ischiaticas. Esta linha cruzando aquella, que marca o eixo do districto superior, fórma com ella hum angulo obtuso com a *area* para a parte anterior, o qual representa o eixo da excavação.



Secção 2.^a Dimensões da bacia.

A *grande bacia*, medida transversalmente a separação que ha entre huma crista iliaca e a outra, acha-se ter no maior afastamento, de 10 a 11 pollegadas; de huma das *espinhas anterior e superior* á outra, de 9 a 10 pollegadas. A extensão da parte posterior á anterior he maior ou menor, segundo o alongamento das paredes abdominaes.

O *estreito abdominal* tem quatro diametros: 1.^o antero-posterior, ou *sacro-pubiano*, tem 4 pollegadas; 2.^o transverso ou *iliaco*, tem

5 pollegadas : 3.^o e 4.^o *obliquos*, tem cada hum 4 pollegadas e $\frac{1}{2}$.

O *estreito perineal* tem dois diametros : 1.^o *coccygio-pubiano*, tem 4 pollegadas : 2.^o *bi-ischiatico*, tem 4 pollegadas.

A *arcada publica* tem de 15 a 20 linhas de separação na parte superior ; 3 pollegadas e $\frac{1}{2}$ até 4 na parte inferior ; e 2 pollegadas de altura.

A largura do espaço *sacro-pubiano* tem mais $\frac{1}{2}$ pollegada no meio da excavação, que os dois diametros que lhe estão parallelos superior e inferiormente ; a largura do espaço *transverso* diminue na proporção que desce, de modo que no estreito perineal tem menos huma pollegada.

A altura da *excavação*, na parte anterior, he de pollegada e $\frac{1}{2}$; nos lados he de 3 pollegadas e $\frac{1}{2}$; e na parte posterior he de 4 a 5 pollegadas medida rectamente do promontorio sacro á ponta do coccyx ; porém he de 5 a 6 pollegadas medida pela curvatura da face anterior do sacro.



Secção 3.^a Da união ou junção dos ossos da bacia.

Só devemos tratar das junções dos ossos da bacia, denominadas *symphyses*. A primeira, que une os ossos coxae entre si na parte anterior, se chama *symphyse pubiana*. He produzida por huma substancia *fibro-cartilaginosa* in-

terposta entre as duas facetas articulares dos pubis, a quem intimamente se liga. Esta união he fortificada por porções ligamentosas e tendinosas, e particularmente pelo ligamento triangular, que está por baixo da symphyse.

As segundas são as *symphyses sacro-iliacas*, formadas pelas facetas lateraes articulares dos ilions e sacro, por meio de ligamentos fortes, e os que mais figurão são os *sacro-ischiaticos*. Estes ligamentos são dois de cada lado, hum maior e outro mais pequeno, situados na parte inferior e lateral da pequena bacia. O *grande* está situado exteriormente, e cobre parte do pequeno, a quem adhere na ametade posterior. Insere-se de hum lado á parte posterior e externa da crista dos ossos ilions, e á parte lateral média e inferior do osso sacro, e da outra á tuberosidade do ischion. O *pequeno* cruza o precedente; está situado interiormente, e se prende de hum lado á parte lateral e inferior do sacro, e do outro á espinha do ischion.

Estes ligamentos tem por uso firmar poderosamente as symphyses sacro-iliacas; sustentar o pêso das visceras contidas na pequena bacia; e concorrem a dirigir a cabeça do feto na occasião do parto

Estas uniões são bastante fortes e apertadas, para os ossos coxaes não se poderem mover no estado ordinario; porém succede algumas vezes, durante o estado gravido, que as diferentes substancias que as formão, estando humedecidas pela serosidade, incharem e amolle-

cerem a tal ponto, que os ossos podem separar-se hum pouco, e augmentar a capacidade da bacia. Tem-se mesmo visto estas symphyses tornarem-se laxas, e permittirem alguns ligeiros movimentos a estes ossos.

O coccyx prende-se ao sacro tambem por huma substancia fibro-cartilagem ; porém flexivel como a que liga os pequenos ossos que o compõe, permite-lhe mover-se sobre o sacro, e recuar alguma cousa na occasião do parto. Esta união he tambem fortificada por muitos ligamentos. A substancia interposta entre o sacro e o coccyx costuma endurecer, e mesmo ossificar-se com o progresso da idade: quando existir esta disposição o parto poderá soffrer retardamento.



Secção 4.^a Do uso da bacia.

A bacia tem por uso sustentar o tronco; dar inserimento, no seu exterior, ás partes brandas dos membros inferiores; fornecer as cavidades onde se articulão os ossos *femuris*; acolher e proteger, no seu interior, a bexiga urinaria, o intestino recto, o utero, as trompas uterinas, e os ovarios.

No tempo da prenhez ampara o utero, e da-lhe huma conveniente direcção.

Na occasião do parto, dá passagem ao feto, e imprime-lhe hum favoravel andamento.

A bacia he onde se fixão tambem as par-

tes brandas quer de hum quer de outro sexo, que servem para a geração.



Secção 5.^a Da bacia revestida com as partes brandas.

Nas partes lateraes do estreito abdominal existe de cada lado os musculos *psoas* e *iliaco*, e os vasos e nervos iliacos, que alguma cousa lhe diminue o diametro transversal.

Na excavação os musculos *pyramidaes*, os vasos e os nervos *gluteos* e *sciaticos*, passando pelo grande buraco *sacro-sciatico*, enchem este espaço, e completão, posterior e lateralmente, as paredes da excavação.

Na parte anterior, o musculo *oblurador interno* enche a fossa do mesmo nome, e completa o tapamento do pequeno buraco *sacro-sciatico*, por onde este musculo sahe com os vasos e nervos *pudendos*.

A dimensão antero-posterior da excavação he hum pouco diminuida pela presença do intestino *recto*, *bexiga urinaria*, e de alguma gordura depositada nos espaços cellulosos.

O fundo do estreito perineal he fechado por dois planos musculares, o mais interior he formado pelos musculos *levantadores do ano*, e *ischio-coccygianos*, e o exterior pelos musculos, o *sphincter do ano*, o *transverso do perineo*, o *constrictor da vagina*, e os *ischios-cavernosos*.



Secção 6.^a Dos vícios da bacia.

A bacia pôde apresentar defeitos nas suas diferentes partes: a grande bacia he viciada se o seu diametro transverso he excessivamente grande ou pequeno; no primeiro caso predispõe a mulher grávida para as obliquidades do utero; no segundo obstando ao desenvolvimento do mesmo utero pôde causar o aborto. Se a columna vertebral he mais curvada ou inclinada para hum ou outro lado, hum quadril mais elevado ou deprimido que o outro, o vicio será mais pronunciado.

A pequena bacia he tambem viciada por excesso ou diminuição na sua capacidade, se o vicio tiver accommettido o estreito superior e inferior, ou a excavação.

Se o estreito superior he muito grande, favorece a descida do utero; e se o excesso na sua amplitude for proveniente do recuo da base do sacro, a ponta deste osso adiantando-se diminuirá o estreito inferior.

Se o estreito abdominal he mui restringido de modo, que os seus diametros obliquos, antero-posterior, e transverso tem menos de huma pollegada cada hum, que a largura que lhe assignamos, o parto só se effectuará espontaneamente, se a cabeça do feto for mui pequena, e os ossos do craneo bastante brandos.

Esta restricção depende ou da grande projectura da base do *sacro*, ou do grande achatamento dos ossos *pubis*. A grande saccada do sacro sendo consequencia da sua grande curvatura, o estreito inferior ha de participar do mesmo vicio; porém se for proveniente da irregularidade da junção deste osso com os ossos coxae, o estreito inferior será então muito largo.

O estreito inferior póde ser viciado nos seus diametros por excesso ou diminuição; predispõe para as descidas do utero o primeiro defeito; obsta ao parto o segundo, quando a diminuição exceder a huma pollegada.

A diminuição deste estreito póde depender do avançamento da ponta do sacro para a parte anterior; do recuo para a parte posterior, da symphyse pubiana; da prolongação da arcada publica, pela aproximação das tuberosidades sciaticas.

A excavação póde ser muito ampla quando o osso sacro for mui curvado; neste caso os dois estreitos são mais restringidos; ella será pouco dilatada, se o sacro for pouco curvado, ou quasi recto.

Esta cavidade diminuirá de extensão, se nella houver exostoses, ou as espinhas sciaticas estiverem muito curvadas para o interior da cavidade.

A excavação poderá ter pouca altura, ou ter muito comprimento de cima a baixo; neste ultimo caso o parto será prolongado; e no primeiro deverá recear-se a rasgadura do perineo na occasião do trabalho.

São estes os defeitos que mais geralmente pódem ter acommettido a bacia. Com tudo devemos observar, que raramente se tem visto a restricção na pequena bacia, em todas as suas partes: se o estreito superior he largo, o inferior he diminuto; e se este he largo, o superior he estreitado. No primeiro caso a cabeça do feto entra logo no comêço do parto, com muita promptidão para a excavação, porém difficulta-se-lhe bastante o penetrar no estreito perineal; no segundo a cabeça não póde franquear o estreito abdominal não obstante haverem fortes contracções uterinas.



Secção 7.^a Do modo como se avalia a boa ou má conformação da bacia.

Por dois modos se avalia a boa ou má conformação; o primeiro por huma inspecção ocular, e o segundo medindo interior, e exteriormente a mesma bacia.

1.^o Os signaes exteriores, que caracterisam huma má conformação de bacia são: 1.^o a falta de amplitude e de elevação nos quadris, e falta de igualdade symetrica nas espinhas iliacas, e seu pouco afastamento; 2.^o a grande arcadura ou achatamento dos ramos horizontaes dos pubis; 3.^o o excessivo comprimento da symphyse pubiana; 4.^o a restricção da arcada pubiana com aproximação e falta de ni-

velamento das tuberosidades ischiaticas; 5.º a grande ou pequena profundidade do angulo que, na parte posterior e inferior da região lombar, fórma a junccção da sua ultima vertebra com o osso sacro, e o ser mui curvado ou mui recto este mesmo osso na sua parte posterior; 7.º o estar mui voltada para a parte anterior a ponta do coccyx, e o ter este osso pouca mobilidade; 8.º finalmente o estar muito achatada huma, ou ambas as nadegas.

A regularidade normal na disposição anatomica das partes, de que acima temos feito a descripção, denota huma boa conformação de bacia.

2.º Os meios de que usamos para obter o conhecimento da conformação regular ou viciada da bacia não o indicão com rigorosa exacção; porém são assaz sufficientes para nos conduzir, com bastante segurança, na prática dos partos.

O diametro transversal da grande bacia se mede com o *compasso de espessura* de Baudelocque, pondo-se cada huma de suas pontas na parte mais elevada dos quadris, ou cristas dos ossos ilions de cada lado. Do mesmo modo se mede a distancia que ha entre huma e outra espinha anterior e superior dos mesmos ilions.

Obtem-se tambem medir o diametro do estreito abdominal com o mesmo compasso de espessura, pondo-se huma de suas pontas sobre a parte anterior e superior da symphyse dos pubis, e a outra ponta na parte posterior do tronco logo por baixo da ultima vertebra lom-

bar. Vê-se então quantas são as pollegadas e linhas de separação das duas pontas das hastas, que marca a escala do compasso; diminua-se tres pollegadas, que he a espessura que se suppõe ter a base do sacro e os ramos dos pubis; o restante he o que deve ter de largura o diametro sacro pubiano do estreito abdominal, menos duas linhas, que he para a espessura da pelle.

Tambem se emprega o dedo para medir este mesmo diametro, introduzindo o index na vagina até a sua ponta topar no meio do promontorio do osso sacro; aproxima-se o bordo radial do dedo ao borbo inferior da symphyse pubiana, e com a unha do index da outra mão marca-se sobre aquelle dedo o ponto, em que a symphyse toca. Tira-se o dedo para fóra da vagina, e mede-se a distancia que vai da ponta do dedo á marca feita com a unha.

Por este modo se obtem o comprimento de huma linha obliqua lançada do promontorio sacro á parte inferior da symphyse dos pubis, que só excede seis linhas da extensão que tem o diametro sacro-pubiano.



Artigo 1.º Das partes brandas da geração.

As partes brandas da geração da mulher, e que tambem concorrem para a execução do parto, se dividem em externas e internas.



Secção 1.^a Das partes brandas externas.

Descrevendo-as da parte superior para a inferior são: 1.^o o monte de Venus; 2.^o a vulva; 3.^o os grandes labios; 4.^o o clitoris; 5.^o os pequenos labios; 6.^o o meato urinario. 1.^o O monte de Venus está locado sobre os pubis, e he coberto de cabellos na puberdade: 2.^o A *vulva* he hum separação lançada de cima abaixo; começa por baixo do monte de Venus, e termina hum pouco áquem do *ano*: 3.^o Os *grandes labios* são os dois bordos da pelle, que fórmão a fenda vulvar; estão guarnecidos de cabellos no exterior, e são vermelhos e lisos no interior: 4.^o O *clitoris* he o pequeno corpo, que está situado entre a parte superior dos grandes labios: 5.^o Os *pequenos labios* ou *nymphas* são duas pregas da membrana que forra os grandes labios, que nascem do clitoris e chegam até ao orificio da vagina: 6.^o O *meato urinario* está situado abaixo do clitoris, por onde a urina sahe: 7.^o O *orificio da vagina* está logo abaixo do meato urinario; he restringido nas virgens pela membrana *hymen*, que a copula commummente rasga, e dos seus fragmentos se fórmão as *carunculas myrtiformes*. Tanto em torno deste orificio, como ao redor do meato urinario, existem glandulas mucozas, que segregão muco em maior abundancia.

no fim da prenhez, que humedecendo estas partes as torna mais aptas para o parto se effectuar: 8.º A *forquilha* he a prega membranosa, que ajunta na parte posterior os grandes labios, e deixa debaixo huma pequena gruta denominada *fossa navicular*: 9.º O *perineo* he o espaço comprehendido entre a forquilha e o ano.



Secção 2.ª Das partes brandas internas.

Designando-as da parte anterior e inferior, para a parte superior e posterior, encontra-se: 1.º a *vagina*; 2.º o *utero*. 1.º A *vagina* he hum conducto membranoso situado na excavação, obliquamente lançado de cima para baixo, e de traz para diante, posterior á bexiga urinaria, e anterior ao intestino recto; he limitada a vagina na parte superior pelo *utero*, e na parte inferior pela *vulva*; tem o comprimento de cinco a seis pollegadas, e he susceptivel de grande dilatação, particularmente no parto; he formada por duas membranas, huma externa cellulo-vascular, que a prende ás partes vizinhas, e outra interna mucosa cheia de pregas, entre as quaes ha muitos orificios folliculares, que a lubrificação, e mais abundantemente na prenhez e no parto.

2.º O *utero* he hum órgão concavo, de côr branca, de tecido compacto, occupa a excavação pelviana, entre a bexiga urinaria e o in-

testino recto, por cima da vagina, e por baixo do peritoneo, que em torno delle fórma várias pregas, conhecidas com os nomes de ligamentos *anteriores* e *posteriores*, e ligamentos *largos*.

Tem a figura de huma pera achatada, com a parte larga para cima, inclinada para diante, e a parte estreita para baixo e para traz. Na epoca da sua vacuidade tem duas pollegadas e meia a tres de comprimento; a sua maior largura he de pollegada e meia a duas; e a menor estreiteza he de meia a huma pollegada. No seu total comprimento se inclue a parte *collo*, que tem huma pollegada.

Distingue-se no utero huma parte *fundo*, huma parte *corpo*, e huma parte *collo*; esta ultima, a mais estreita, acha-se abraçada pela vagina, onde promina no seu interior, na extensão de seis linhas posteriormente, e quatro anteriormente, apresentando na extremidade inferior huma abertura transversal, denominando-se esta prominencia *focinho de tinca*.

Considerão-se no utero duas faces, huma voltada para a bexiga urinaria, e a outra para o intestino recto; tres bordos, hum superior, e dois lateraes, os quaes unindo-se ao superior fórmão dois angulos onde se inserem as *trompas de Fallope*; por baixo e por diante os *ligamentos redondos*, e por detraz os *ligamentos* dos ovarios.

No interior do utero ha a *cavidade do collo*, que he mais pequena que a do corpo, oblonga, mais larga no meio que nos extremos,

onde existem, na parte inferior, o *orificio externo*, que communica com a vagina, e na parte superior o *orificio interno*, que communica com a *cavidade do corpo*. Esta cavidade he maior que a precedente, tem a figura triangular, cujos angulos, o inferior, communica com o orificio interno do collo, e os dois superiores com as embocaduras das trompas de Fallope.

He formado o utero por hum tecido denso, apertado, branco no collo, e avermelhado no corpo, tendo quatro a cinco linhas de espessura; he forrado por huma membrana, que nos parece mucosa, a qual se continúa com a que forra a vagina, em cuja membrana se abrem muitos orificios folliculares, que fornecem á cavidade bastante muco; finalmente o utero he coberto exteriormente pelo *peritoneo*, membrana que envolve a maior parte das *visceras* contidas na cavidade abdominal.

No estado de prenhez o utero soffre grandes alterações; adquire successivamente maior volume; toma a figura quasi oval; o seu collo vai pouco a pouco convertendo-se em corpo, de modo que só apresenta hum *rolete* no fim da prenhez.



Secção 3.^a *Funcções do utero.*

Esta viscera não influe, activamente, nos phenomenos geraes da vida antes da mulher ter

chegado á idade *adolescente*, nem tambem depois de ter finalisado nella a idade *adulta*.

No periodo que vai da adolescencia, até a idade adulta terminar, o utero se acha disposto a dar asilo aos productos da concepção; porém em quanto estes o não occupão, elle exerce huma funcção, que de algum modo parece dominar em todas as outras funcções vitaes, á qual se tem dado o nome de menstruação.

A menstruação consiste pois em huma excreção ou fluxão sanguinea, que sahe pela vulva, repete-se todos os mezes, suspende-se com a prenhez e amamentação, e acaba com a faculdade de conceber.

A duração deste fluxo em cada periodo menstrual, he commummente de tres até oito dias, que são os seus limites.

A quantidade do fluido excretado suppõe-se ser de tres a seis onças. He pouco abundante nos primeiros dias, em maior quantidade nos seguintes, e diminue nos ultimos.

A natureza do sangue menstrual he bastante duvidosa.

A mulher soffre notaveis mudanças nas suas funcções vitaes, quer moraes, quer fysicas, na epoca da apparição da menstruação, e quando ella cessa.



Secção 4.^a Dos vícios, affecções, e alterações morbidas das partes brandas da geração da mulher.

1.^o Os *vícios* das partes brandas são os de conformação, taes como as *imperfurações* da vagina, ou do orificio do utero, ou a sua *excessiva estreiteza*; estes pódem ser naturaes ou adquiridos, e as *imperfurações* serem completas ou incompletas. 2.^o As *affecções dos órgãos genitales* são o *edema* dos grandes labios; os *tumores inflammatorios* destas partes e da vagina; as *ulceras carcinomatosas* do collo do utero, os tumores fibrosos, que se designão com o nome de *sarcomas* e *scirrhos*. 3.^o As *alterações morbidas* consistem nos *prolapsos* e nas *descidas* do utero, na *hernia*, e nas *obliquidades* desta viscera: nos *tumores* que se desenvolvem nas vizinhanças do utero, ou no tecido cellular da bacia, os quaes merecem mais ou menos attenção segundo a sua natureza, volume, e lugar que occupão.



CAPITULO II.

Da Prenhez.

Considerações Geraes.

Designa-se com o nome de *prenhez* o estado da mulher que concebeo, e traz no seu ventre o producto da concepção.

Este estado começa no instante da concepção, e acaba com o parto: a sua duração he de nove mezes solares, ou de duzentos e setenta dias; podendo comtudo prolongar-se, ou diminuir-se este prazo, por mais ou menos dias.

As prenhezes se distinguem em *verdadeiras* e *falsas*: as verdadeiras são aquellas, em que o baixo ventre se engrandece pela desenvolvimento normal dos productos da concepção; e as falsas são aquellas, em que o augmento do baixo ventre he devido ao desenvolvimento de productos morbidos.

As prenhezes verdadeiras se dividem em *intra-uterinas*, quando o feto está contido dentro do utero, e em *extra-uterinas*, quando está fóra d'elle.

As *intra-uterinas* pódem ser: 1.^o simples, se o utero contém hum só feto; 2.^o duplas, triplices, &c., se o utero contém dois, tres, ou mais fetos; e 3.^o complicadas, se o utero encerra, além do feto, hum producto anormal.

As extra-uterinas tambem se dividem : 1.^o em *ovaricas*, quando he no ovario que o producto concebido se desenvolve ; 2.^o em *tubaricas*, se he nas tubas ; 3.^o em *peritoneaes*, se he no peritoneo ; e 4.^o em *intersliciaes*, se he na substancia do mesmo utero.

He da prenhez intra-uterina que sómente nos vamos occupar.

Prenhez intra-uterina.

A prenhez intra-uterina he caracterisada pelo engrandecimento do utero, e pelo desenvolvimento dos productos da concepção ; do que resulta manifestar-se na mulher huma serie de fenomenos, que constituem o estado da gestação.

A apreciação destes fenomenos, como signaes da gestação, e o successivo desenvolvimento do feto fará o objecto das seguintes sessões.



Secção 1.^a Dos signaes da gestação.

Estes signaes se referem á concepção e á prenhez.

I. Os *signaes da concepção* são pouco apreciaveis, e alguns de mui pouca duração ; e isto he tanto assim, que o maior número de mulheres não se recordão delles. Diz-se porém, que, quando concebem, tem na copula hum maior

prazer; que depois são accommettidas de humador semelhante á dor de colica; que percebem movimentos vermiculares por todo o baixo ventre; que sentem pesado o utero; e finalmente que são affectadas de ancias, de nauseas, de vomitos, de prostração de forças, de tristeza, de pallidez, de encovamento dos olhos, e de decomposição das feições do rosto.

II. Os *signaes da prenhez* pódem ser distinguidos em signaes de *persuasão*, e em signaes de *convicção*: os primeiros se deprehendem dos *raciocínios*, e os segundos das *explorações*.

1.^o *Signaes de persuasão*: consistem estes signaes: 1.^o no desapparecimento das menstruações sem causa conhecida; 2.^o no progressivo augmento do volume do ventre, da parte inferior para a superior; 3.^o na elevação do umbigo; 4.^o na turgencia das mammas, tesura dos seus bicos, obscurecimento das suas areolas, e excreção de lynfa leitosa; 5.^o na manifestação de enjoos, fastio, ptyalismo, nauseas, e vomitos; 6.^o finalmente na modificação de muitos dos seus actos moraes.

2.^o *Signaes de convicção*: conseguem-se estes signaes empregando varios meios exploradores, para por meio delles obter conhecer o augmento do volume do utero, e a presença e desenvolvimento do feto contido dentro d'elle. Estes meios exploradores consistem: 1.^o no *apalpar*; 2.^o no *tocar*; e 3.^o no *auscultar*.

Para se praticar na mulher qualquer destas tres explorações, será necessario pô-la em huma

conveniente posição, isto he, deitada, ou de pé.

Na *primeira* será posta horizontalmente em huma cama sobre o dorso ou de costas, com as espadoas hum pouco elevadas, as coxas erguidas para o tronco, e as pernas dobradas contra as mesmas coxas. Nesta posição as paredes do baixo ventre tornadas brandas, pôde-se, apalpando-as, perceber, atravez dellas, o estado do utero; tambem nesta posição, mandando-se afastar as coxas á mulher, se facilita mais a introduccção do dedo na vulva, e levar o extremo delle pela vagina a hir *tocar* no orificio uterino.

Na *segunda* conservar-se-ha a mulher de pé, encostada ou apoiada a hum traste, que lhe sirva de arrimo e amparo.

1.^a *Apalpar*: pondo-se as palmas das mãos sobre as paredes abdominaes, percebe-se, por cima dos ossos pubis, ao 3.^o mez da gestação, hum corpo arredondado, que he o fundo do utero; ao 5.^o mez o mesmo fundo mais subido até duas pollegadas abaixo do umbigo; ao 6.^o mez existindo duas pollegadas por cima do mesmo umbigo; ao 7.^o mez occupando a parte inferior da região epigastrica; e ao 8.^o mez, em que o fundo do utero tem chegado ao maximo da sua elevação, dever-se-ha perceber aproximado ao appendice xifoideo.

Tambem pelo apalpar se pôdem sentir os movimentos activos ou passivos do feto dentro do utero, com os quaes, não só se verifica a

prenhez, como ainda o estar vivo o mesmo feto; porém esta exploração só deve ser praticada no quarto mez depois da concepção, tempo em que se suppõe ter a organização do feto já adquirido a aptidão para mover-se.

Basta applicar simplesmente as palmas das mãos ás paredes do abdomen, correspondentes ao utero, para perceber o movimento de hum corpo, que vem topar contra as mesmas mãos.

Tendo-se anticipadamente esfriado as mãos por qualquer maneira, poder-se-ha obter hum melhor resultado. Tambem pelo processo de percutir as paredes abdominaes, como se faz nas hydropesias ascites, para se sentir o ondejar da agua, se póde perceber os movimentos do feto.

2.^a *Tocar*: pratica-se introduzindo o dedo indicador na vagina da mulher até com a sua ponta hir topar no orificio uterino; e por este meio não só se verifica a gravidação, como tambem se póde colhêr alguns outros signaes diagnosticos obstetricios.

A mulher estará ou deitada, ou de pé, como já dissemos; a Parteira unta o dedo indicador, de huma das mãos, em huma substancia oleosa, e o introduz na vulva, com o bordo radial voltado para a parte superior da arcada pubica, conduzindo-o pela vagina até chegar ao orificio uterino. Explora-lhe então os seus labios para conhecer a espessura delles, e o character da sua fenda; o estado em que o collo do utero se acha, e o volume que esta viscera apresenta, a qual eleva ou suspende, pa-

ra lhe avaliar o peso, e tambem os movimentos espontaneos do feto. Em quanto está procedendo a estes exames, tem a outra mão applicada ás paredes abdominaes, e com ella está comprimindo o fundo do utero.

3.^a *Auscultar* : exerce-se de dois modos, *mediata*, ou *imediatamente*. Por qualquer destes dois meios sente-se, algumas vezes, os movimentos pulsivos circulatorios do feto, contido no ventre materno, que verificados, nenhuma dúvida resta da existencia da prenhez, e da vida do feto.

Na *auscultação mediata* se usa do instrumento, cylindro, ou *stetoscopio*. Faz-se uso d'elle pondo hum dos seus extremos nas paredes abdominaes da mulher, no ponto onde provavelmente deve corresponder o dorso do feto, e o outro extremo do cylindro encosta-se á orelha de quem ausculta, de modo que fique exactamente ajustado o furo do cylindro ao conducto auditivo da mesma orelha.

Na *auscultação immediata* a Parteira applica a sua orelha, sem ter nada de permeio, ás paredes abdominaes. Este modo de auscultação he preferido por muitos, porém offerece certos inconvenientes de que o outro está isento. O habito de auscultar, desta ou daquella maneira, he quem deve decidir da escolha.

He á metade anterior do abdomen, que a auscultação immediata deve ser feita: he entre as arcadas cruraes, direita e esquerda, e o umbigo da mulher, que devem ser escutadas,

com o stetoscopto, as pulsações circulatorias do feto.



Secção 2.^a Do feto e das suas dependencias.

Nesta secção comprehender-se-ha: 1.^o a apparição dentro do utero, do producto concebido, ou elementos do embryão; 2.^o o seu augmento e progressão; 3.^o o quando adquire o character de feto, e sua desenvolução, até ao maximo crescimento dentro do utero; e 4.^o a descripção dos órgãos, que com elle estão em relação; terminando esta secção por designar a attitude do feto dentro do utero, e a descripção das differentes partes do mesmo feto.

1.^o A *apparição* dentro do utero do producto concebido, ou dos elementos do embryão, não está até hoje bem determinada; comtudo todos concordão, que alguns dias gasta no seu transito, depois de ter sahido do ovario, até vir entrar no utero; e que aos trinta dias os elementos embryonarios tem já formado hum corpo, que se assimilha a huma abelha, com o comprimento de huma pollegada, e o peso de hum escropulo, pouco mais ou menos.

2.^o O *augmento* ou *progressão* faz-se com rapidez tal, que aos quarenta e cinco dias tem já duas pollegadas de comprido, e mais de huma oitava de peso. Aos dois mezes tem quatro pollegadas, e huma onça de peso. Aos tres mezes, de seis a sete pollegadas de extensão, e de peso de seis a sete onças.

Querem alguns, que nesta epoca o embrião se deva chamar feto; porém julgamos dever-se-lhe só dar este nome, quando no embrião não existirem já imperfeições.

Tem-se verificado, por repetidas investigações, que da terceira á quinta semana se reconhece na cabeça do embrião o lugar da boca, representado por huma fenda transversal; o dos olhos por dois pequenos tuberculos; que a parte craneo se distingue bem da do rosto; e que desde a quinta semana até á oitava apparecem duas excrescencias nos lugares, em que as orelhas se devem desenvolver; e no do nariz huma racha, que se communica com a fenda bocal.

Da quarta semana por diante, a cabeça parece ter-se afastado da parte superior do tronco, por hum adelgaçamento, de que resulta o pescoço; e das partes lateraes superiores e inferiores do tronco começam a apparecer as extremidades dos braços e das pernas, que vão progressivamente sahindo, de modo que á sexta semana, dos primeiros estão de fóra os cotovellos, e dos segundos os joelhos.

Da oitava semana até á decima segunda, todas estas partes, que apenas estavam traçadas, vão adquirindo o aperfeçoamento que lhe he proprio; e o feto começa a mover-se espontaneamente, o que a mãe confusamente então percebe, porém que pouco tempo depois confirma.

3.º *Feto* deve ser assim chamado, quando no producto da concepção estiverem bem escul-

pidas as feições de estrutura nos seus órgãos, e isto se verifica, commummente, aos quatro mezes de sua existencia intra-uterina. Tem então de comprimento seis pollegadas, e de peso seis a sete onças.

No quinto mez tem de nove a onze pollegadas, e dez onças de peso, pouco mais ou menos. Aos seis mezes he o seu comprimento de doze a quatorze pollegadas, e doze a dezeses onças de peso. No septimo mez tem o comprimento de dezeseis pollegadas, pouco mais ou menos, e três libras de peso. No oitavo mez tem dezeseite ou dezoito pollegadas, e de tres e meia, a quatro libras de peso. No nono mez, que he o total desenvolvimento do feto, elle apresenta de dezenove até vinte pollegadas de comprido, e de peso cinco a seis libras.

Do quarto ao nono mez se notão as seguintes modificações. A cabeça, de quem o volume corresponde a huma terça parte do de todo o corpo, progressivamente diminue esta proporção, de modo que no termo do seu desenvolvimento, a cabeça tem a quarta ou quinta parte do volume total do corpo.

O cordão umbilical, que ao quarto mez se insere pouco acima dos ossos pubis, progressivamente o local do inserimento sóbe de tal maneira, que no nono mez elle existe na parte média da região hypogastrica, ou quasi no meio do comprimento total do feto.

Ainda que os sexos sejam distinctos nos fetos ao quarto mez da sua vida intra-uterina,

com tudo, no masculino só no septimo mez he que os testiculos descem para o escroto.

Quando hum feto, por qualquer accidente, he expulsado pelo utero ao quinto mez, elle póde viver alguns minutos. Se este incidente lhe succede ao sexto mez, o feto póde conservar a vida por algumas horas. Se o parto se faz prematuramente ao septimo mez, o feto póde então continuar a viver como se fosse de tempo.

No septimo mez a pelle do feto adquire a côr rosada; cobre-se de huma substancia sebosa esbranquiçada, conhecida com o nome de *verniz queijal da cutis*, a qual he distribuida em desigual quantidade pela superficie cutanea.

4.º Os *corpos organicos, que tem relação com o feto*, são: as membranas fetaes, em número de tres, que constituem o *ovo*; denominadas *caduca* a primeira, *chorion* a segunda, e *amnios* a terceira.

A *caduca* resulta da coagulação de huma substancia fluida, que se accumula no utero depois de hum coito fecundado; converte-se em huma empola, que contém dentro parte do mesmo fluido, e pelo seu exterior se corresponde com a superficie interna do mesmo utero. Deprimida a *caduca* pelo *ovo*, quando entra para o utero, o abraça, constitue-se o terceiro involucro d'elle, formando duas camadas, huma mais pequena, chamada *ovarica*, ou *reflektida*, e outra maior, *uterina*.

A *chorion* e a *amnios* constituem as duas

membranas proprias do ovo. A primeira, a mais exterior, he *cellulosa*, e tem os caracteres anatomicos e fysiologicos das *serosas*. A segunda, que está contida na primeira, se liga fragilmente a ella, e fórma o involucro mais interior do feto, de quem está separada pelo líquido que a enche, o qual tem o seu mesmo nome.

Entre huma parte do exterior da membrana chorion, e outra correspondente da superficie interna do utero, produz-se hum corpo parenchymo-vascular-sanguineo, chamado *placenta*, e dos vasos deste corpo, e outros do feto, se fórma hum cordão chamado *umbilical*, o qual he revestido pelas duas membranas chorion e amnios. Este cordão, por meio dos vasos que contém em si, entretem huma communição reciproca de fluido sanguineo entre o feto e a placenta.

As membranas caduca, chorion, e amnios, conjunctamente com a placenta e cordão umbilical, constituem o que se chama as *pareas*, ou *secundinas*.

Attitude do feto dentro do utero.

Nos fins da prenhez, o corpo do feto está hum pouco curvado sobre a sua parte anterior; tem a ponta da barba encostada á parte superior do peito; os braços encostados ás partes lateraes do tronco, com os antebraços cruzados e as mãos applicadas ao rosto; as coxas estão aproximadas á cavidade abdominal, com as

pernas em flexão, cruzadas, e com os calcanhares encostados ás nadegas.

Neste estado, a superficie exterior do feto descreve huma linha oval por todos os lados, que o conforma ou ajusta com a configuração da viscera que o contém.

Descripção das diferentes partes do feto.

O feto se divide em *cabeça*, *tronco*, e *extremidades*; e cada huma destas partes se subdividem em diferentes regiões.

§ I. A *Cabeça* tem huma figura arredondada, huma notavel dureza; e he quem primeiro se apresenta ao estreito superior, no maior número de parturições.

Divide-se em *craneo* e *rosto*; porém sendo os ossos, que entram na composição destas duas partes, quem lhe dá a rigeza que a caracteriza, são elles que nos vão occupar, particularmente os do craneo, por ser esta parte da cabeça a que mais figura no phenomeno da parturição.

Oito ossos são os que essencialmente entram na composição do craneo; o *frontal*, os dois *parietaes*, o *occipital*, os dois *temporaes*, o *esphenoide*, e o *ethmoide*.

Quatorze entram na conformação do rosto; os dois *proprios do nariz*, os dois *unguis*, os dois *maxillares superiores*, os dois *malares*, os dois *turbinados*, os dois *palatinos*, o *vomer*, e o *maxillar inferior*.

Designão-se os seguintes *diametros* na cabeça, que são linhas suppostas, que a atravessão em diferentes pontos.

1.^o *Diametro: mentum-occipital*, começa na ponta da barba, e termina na parte mais prominente do occipital: tem 5 pollegadas: 2.^o *fronto-occipital*; parte da eminencia nasal, e acaba na prominencia occipital; tem 4 pollegadas: 3.^o *occipito-bregmatico*; vai do meio da *fontanella* anterior, e acaba entre a prominencia e buraco occipital; tem 4 pollegadas: 4.^o *bi-parietal*; vai de huma a outra eminencia parietal; tem 3 pollegadas e $\frac{1}{2}$: 5.^o *vernice-basilar*, que começa na parte mais elevada da cabeça, e termina na parte anterior do buraco occipital; tem 3 pollegadas e $\frac{1}{2}$: 6.^o *mentum-frontal*; principia na ponta da barba, e acaba no meio da testa, onde principião os cabellos; tem tambem 3 pollegadas e $\frac{1}{2}$.

Tres *circumferencias* são indicadas na cabeça do feto: 1.^a *grande circumferencia*, que he huma linha, que a percorre, partindo do meio da testa, passa pelo occiput, base do craneo, ponta da barba, e termina no lugar onde começou; tem 15 pollegadas: 2.^a *mediana*; a sua linha vai do meio da testa passar por cima de huma das eminencias parietaes, *protuberancia* occipital, sobre a outra eminencia parietal para acabar no ponto de onde partio; tem 13 pollegadas: 3.^a *pequena*; começa na *moleirinha* ou *fontanella* anterior, passa por cima de huma das eminencias parietaes, base do craneo, pela

outra eminencia parietal, e finalisa na mesma moleirinha: tem 11 pollegadas.

Tanto o volume da cabeça do feto, como o das mais partes, não tem huma permanente fixidade; a sua estrutura lhe permite o poderem ser reduzidas pela acção comprimente do utero, na occasião do parto, ou pela de hum instrumento, que obre do mesmo modo.

A parte *craneo* he quem mais se facilita á reducção, porque, nesta epoca da vida, os bordos dos ossos, que entrão na composição da abobada, achão-se hum pouco distantes huns dos outros, e ligados por porções membranosas mais ou menos largas, que lhe permitem não só a sua aproximação, mas tambem sobrepor-se, o que necessariamente deve diminuir o volume da cabeça na sua totalidade.

Marcão-se na cabeça cinco *regiões* ou *ovaes*: 1.º hum *superior*, que se lhe nota, na parte posterior o *apice* ou *remate*, hum pouco áquem a *fontanella occipito-parietal*, na parte média o *vertice*, e na parte anterior a *fontanella bregmal*, e he limitada na parte inferior pela circumferencia *occipito-frontal*: 2.º hum *inferior*, representado pela base do *craneo*, e parte posterior da face: 3.º hum *anterior*, representado pela face, e está encerrado na circumferencia *mentu-frontal*: 4.º e 5.º *lateraes* ou *temporaes* comprehendidos nos espaços, que os tres precedentes ovaes deixão entre si.

As *suturas* e *fontanellas* merecem bastante contemplação, porque a favor dellas he que a

Parteira póde conhecer, no comêço do parto, a posição da cabeça.

1.^a *Sutura sagital*, começa na raiz do nariz, e acaba na parte superior do occipital: 2.^a *fronto-parietal*, cruza a precedente, e resulta da união do osso frontal com os dois parietaes: 3.^a *occipito-parietal*, ou *lambdoida*, he a bifurcação da sutura sagital; provém da união do osso occipital com os dois parietaes.

Nos lugares do encruzamento das suturas, e da sua terminação ha huns espaços chamados *fontanellas* em número de seis; porém só individuaremos duas, que he indispensavel o conhece-las.

1.^a *Fontanella bregmat*: he o espaço membranoso, que está entre os dois angulos superiores e anteriores dos parietaes, e dos das duas ametades do osso frontal; e tem huma fórma quadrada. 2.^a *Fontanella occipital*: he o espaço membranoso, que está no concurso dos dois angulos superiores e posteriores dos ossos parietaes, e do angulo superior do occipital; tem a fórma triangular, e he mais pequena que a precedente.

As quatro fontanellas restantes, duas são nas partes lateraes anteriores e inferiores da cabeça, nos pontos do concurso dos ossos parietal, coronal, temporal e esphenoide; e duas nas partes lateraes posteriores e inferiores da cabeça nos pontos do concurso dos ossos parietal, occipital, e temporal.

A cabeça articula-se com a columna verte-

bral pela junção do osso occipital á primeira vertebra cervical. Esta articulação só permite á cabeça fazer os movimentos de flexão e extensão.

A primeira vertebra cervical se articula com a segunda: esta articulação está disposta de tal modo, que permite á cabeça o fazer movimentos rodatorios, os quaes quando excedem hum quarto de circulo, podem causar a morte da criança.

§ II. O *Tronco* começa na base da cabeça, e acaba no extremo perineal. Notão-se-lhe quatro faces: 1.^a anterior dividida em quatro regiões, que são a *cervical anterior*, a *esternocostal*, a *abdominal*, e a *pubiana*: 2.^a a posterior dividida tambem em quatro regiões, que são a *cervical posterior*, a *dorsal*, a *lombar*, e a *glutea*; e 3.^a e 4.^a as lateraes, divididas cada huma em duas regiões, que são a *costal*, e a do *quadril*.

§ III. As *Extremidades* se distinguem em duas superiores *thoracicas*, e duas inferiores *abdominaes*. As primeiras se dividem, cada huma, em quatro partes, que são: *espada*, *braço*, *ante-braço*, e *mão*. As segundas se dividem, cada huma, em três partes, que são: *coxa*, *perna*, e *pé*.



CAPITULO III.

Do parto natural, ou eutocia.

Considerações Geraes.

No parto natural se incluem dois phenomenos, que não obstante confundirem-se na sua execução, comtudo devem ser estudados separadamente para serem bem comprehendidos.

O primeiro destes phenomenos, as *contrações uterinas*, dependentes da vitalidade, que as promove e sollicita, são quem activamente expulsão o feto e seus annexos. O segundo os *movimentos do feto*, subordinados ás leis mechanicas, são a consequencia das contracções uterinas, a quem passivamente elle obedece transitando pela fieira ossea da bacia.

Este ultimo phenomeno constitue o mecanismo do parto natural, e he elle que mais particularmente nos deve occupar; porém antes de expormos o seu processo, devemos fazer conhecer as diversas condições de *situação* e *correspondencia*, em que o feto se pôde achar com o estreito superior da bacia, no momento em que se manifestão os signaes do parto.

Duas circumstancias devem ser distinguidas nas correspondencias do feto com o estreito abdominal da mãe; a da sua *apresentação*, e a da sua *posição*. Por tanto, as *apresentações*, as

posições, as contrações uterinas, e o mecanismo do parto são os objectos que vão ser tratados nas seguintes secções.



Secção 1.^a Das apresentações do feto.

Designa-se com o nome de *apresentação*, a presença de huma das *regiões* do feto, no orificio uterino e estreito abdominal da mãe, no começo da parturição.

O feto se apresenta nestas partes, principalmente por tres *regiões*; 1.^o pela *cefalica*; 2.^o pela *pelvica*; e 3.^o por huma ou outra das *regiões lateraes* do tronco.

Quando o feto se apresenta pela extremidade cefalica ao estreito abdominal, a cabeça se acha, ou em completa *flexão*, ou em completa *extensão*. No primeiro caso a região *sin-cipical* ou *parietal*, he quem entra para a *excavação*; no segundo caso a região *faceal* he a que penetra na pequena bacia. Por tanto nas apresentações cefalicas se comprehendem as do *vertice*, e as da *face*.

Quando o feto se apresenta ao mesmo estreito pela extremidade pelvica, na qual se include as *nadegas*, *coxas* e *pernas*; humas vezes estas partes se apresentam todas juntas no estreito, outras vezes quer antes, quer durante o curso do parto, as coxas com as pernas sobem ao longo da face anterior do tronco, e só as

nadegas se apresentam; outras vezes as nadegas se achão hum pouco arredadas do mesmo estreito, e os pés he que penetrão nelle; e outras vezes, porém com menos frequencia, as pernas se prolongão pela parte posterior das coxas, que se achão afastadas do tronco, e os joelhos entrão para o estreito.

Eis a razão porque tem sido admittidas tres distinctas apresentações da extremidade pelvica, e se tem descripto huma particular parturição de cada huma dellas; porém como estas diversidades de apresentações são accidentaes e não influem essencialmente no mechanismo da parturição, ellas só devem ter huma unica denominação, a de *apresentação pelvica*.

Quando a cabeça, ou a pelve do feto, huma ou outra se apresentam ao estreito abdominal da mãi, ordinariamente se offerecem perpendicularmente; e o grande diametro do seu oval, que se prolonga dá região sincipial ao coccyx, fica parallelo com o eixo do mesmo estreito.

Nestas circumstancias, a *sutura sagital*, e a parte superior dos dois *parietaes*, nas apresentações do vertice da cabeça; o *nariz*, a *boca*, e as *maxillas*, nas apresentações da face; e o *sulco* ou *rego*, que separa as nadegas, *humna parte dellas*, o *ano* e os *orgãos genitales*, nas apresentações da pelve, he quem hão de comparecer no estreito abdominal.

Comtudo, ou porque o feto tenha hum pequeno volume, ou por que o utero tenha hum

maior capacidade, por qualquer destes motivos succede algumas vezes o feto alterar a sua attitude, inclinar mais ou menos, a região que está disposta a apresentar-se, e desvia-la do eixo do estreito; porém este desvio não tira á apresentação o seu essencial character, e no maior número de casos o resultado he favoravel, porque as contracções uterinas, e o progresso natural e regular da parturição, gradualmente estabelecem a região apresentada no seu typo normal.

Quando accidentalmente o feto se apresenta pelo *tronco* ao estreito abdominal, commumente he por hum dos seus *lados*; e por isso dividimos o tronco em duas metades, comprehendendo em cada huma dellas a *espada*, a região *costal*, e o *hypocondrio*, conjunctamente com a metade correspondente da região anterior do *peito* e *abdomen*, e da região posterior do *dorso* e *lombos*. Resulta disto, que nas apresentações do tronco se admittem duas, designadas com os nomes de região *lateral direita*, e de região *lateral esquerda*.

Nestas apresentações quasi sempre prevalece a presença de huma das espadoas; porém qualquer outra parte das regiões lateraes se póde apresentar no estreito abdominal.

Merece muita importancia estes esclarecimentos sobre as irregularidades, que podem occorrer nas apresentações do *vertice* da cabeça, da *face* e da *pelve*: 1.^o porque ellas podem alterar os signaes característicos ordinarios de ca-

da huma destas apresentações; e 2.^o porque, ainda que nem sempre causem prejuizo á parturição, pôdem comtudo difficulta-la, e em alguns casos reclamar a necessidade de as evitar, ou de as remediar.

Pelo que diz respeito ás apresentações das regiões lateraes do tronco, quer ellas sejam francas, quer sejam irregulares; jámais a Parteira deve em taes apresentações confiar o parto ás forças da natureza, por quanto só pelos recursos da arte he que elle pôde ser effectuado.

Todas as apresentações pôdem ser reduzidas a tres, que vem a ser:

1.^a Apresentação cefalica, em que se comprehende a do *vertice* e a da *face*:

2.^a Apresentação *pelvica*, em que se comprehende a das *nadegas*, das *pernas*, e dos *joeelhos*; as duas ultimas devem ser consideradas como variedades da primeira; porém identicas no mecanismo da expulsão do feto:

3.^a Apresentação lateral do *tronco*, que comprehende as apresentações do lado *direito*, ou do lado *esquerdo*; porém a apresentação de qualquer lado do tronco deve ser reputada impropria para o parto se fazer espontaneamente.



Secção 2.^a Das posições do feto.

Da-se o nome de *posição* ás particulares correspondencias das diversas partes das regiões

do feto, com os diversos pontos do estreito superior da bacia da mãe.

Quando o feto se apresenta á entrada do estreito da bacia por qualquer das regiões do seu oval, as correspondencias das suas differentes partes com este circulo osseo, e com a visceras que o contém, não devem sempre ser as mesmas.

Se he a cabeça, que se colloca, como succede as mais das vezes, no estreito superior, conhece-se, que o reconhece-la, só nos aclara por que parte o feto se apresenta, porém não nos mostra ainda as correspondencias das suas regiões anteriores, posteriores e lateraes, com os diversos pontos do utero; e só pela situação particular da mesma cabeça, com relação aos differentes pontos da circunferencia do estreito, he que aquellas correspondencias nos podem ser reveladas.

Por tanto comprehende-se, que he de summa importancia obter exacto conhecimento das *posições* ou *situações*; classificar-lhe as suas differenças; e consignar-lhe hum nome particular.

Commummente se tem dividido a bacia, pelo que diz respeito ás apresentações do feto, em duas ametades, *anterior* e *posterior*; e se tem estabelecido, em cada huma das ametades, dois ou tres pontos de reconhecimento. Porém concordes com as opiniões dos Srs. Nœgélé e P. Dubois, é fundados no que a experiencia nos tem revelado, adoptamos o dividir a bacia em duas ametades lateraes, huma es-

querda, e outra *direita*. Esta divisão da bacia, para as *posições*, só deve ser considerada no estreito superior como pontos de reconhecimento.

Nas apresentações francas do vertice da cabeça, a protuberancia occipital está em correspondencia com a ametade *esquerda*, ou *direita* do estreito abdominal, do que resulta duas posições, huma *occipito-lateral esquerda*, e outra *occipito-lateral direita*.

Convimos que a protuberancia occipital possa corresponder com qualquer dos pontos de cada huma destas duas ametades; porém estas correspondencias só constituem variedades de huma mesma posição, que não altera a uniformidade da lei geral, que preside ao transito da cabeça do feto pela bacia da mãe. A possibilidade destas variedades só deve estar impressa na imaginação, porém não devem ser consideradas como importantes elementos de classificação.

Esta mesma regra deve ser adoptada no estudo das posições na apresentação da face. Humas vezes a ponta da barba do feto corresponde á ametade *lateral direita* do estreito abdominal da bacia da mãe, e outras vezes á ametade *lateral esquerda* do mesmo estreito; e por isso nas apresentações desta região só devem ser admittidas duas posições, que vem a ser, huma *mentu-lateral direita*, e outra *mentu-lateral esquerda*.

Nas apresentações da extremidade pelvica se devem admittir tambem duas posições, huma *sacro-anterior*, e outra *sacro-posterior*.

Nas apresentações do tronco, pelas suas regiões lateraes, admittimos, como nas precedentes apresentações, duas posições, primeira *cefalo-lateral esquerda*, e segunda *cefalo-lateral direita*.

No seguinte quadro apresentamos o resumo de todas as *apresentações e posições* do feto que admittimos.

1.^a nas apresentações *cefalicas* se comprehende em primeiro lugar a apresentação pelo *vertice*, em que são incluídas duas posições, a primeira *occipito-lateral esquerda*, e a segunda *occipito-lateral direita*; e em segundo lugar a apresentação pela *face*, em que também são incluídas duas posições, a primeira *mentu-lateral direita*, e a segunda *mentu-lateral esquerda*.

2.^a Nas apresentações *pelvicas* se incluem duas posições; a primeira *sacro-anterior* e a segunda *sacro-posterior*.

3.^a Nas apresentações do tronco se comprehendem, a apresentação pela *ilharga esquerda* em que são incluídas duas posições, a primeira *cefalo-lateral esquerda*; e a segunda *cefalo-lateral direita*; e a apresentação pela *ilharga direita*, em que também são incluídas duas posições, a primeira *cefalo-lateral esquerda*, e a segunda *cefalo-lateral direita*.



Secção 3.^a Das contracções uterinas.

Huma successão de esforços, mais ou menos vehementes, conhecidos pelo nome de *contracções uterinas*, despende a mulher no acto de parir.

Este acto póde ser distinguido em dois tempos, e incluir-se no primeiro todos os phenomenos, que se manifestão na mulher, desde que começa o parto, até que o orificio uterino esteja completamente dilatado; e no segundo todos os que succedem, desde esta epoca, até que o feto seja expulsado.

§ I. *Phenomenos do primeiro tempo.*

Quando o termo da prenhez se aproxima, alguns dias antes de começar o parto, o utero desce hum pouco para a excavação, pelo que o epygastrio se desembaraça, a digestão e respiração se facilitão, e as partes genitales humedecem-se mais alguma cousa.

O parto se declara então por curtas e ligeiras dores, na parte inferior do utero, com grandes intervallos entre si. Estas dores restringem, e endurecem o utero, e fazem que o seu orificio alternativamente se alargue e aperte, que affluão para o interior da vagina mucosidades viscosas.

As dores progressivamente vão tornando-se mais repetidas, mais fortes e mais longas, e em algumas mulheres se conserva huma sensação incómoda, que lhe dura todo o intervallo que separa a dor antecedente da subsequente.

A parturiente he advertida da futura dor por hum estremecimento, e ás vezes por huma horripilação; e quando ella se lhe declara tem augmento de calor, cora-se-lhe a face, secca-se-lhe a boca, manifesta-se-lhe sêde, e he accommettida de huma geral agitação.

O orificio uterino começa a dilatar-se, e as membranas, que envolvem o feto, começam a penetrar na dilatação e a formar a chamada bolsa das aguas, que o deve hir alargando na occasião da dor.

Com a repetição das dores, a bolsa augmenta de volume, e o orificio se vai engrandecendo conjunctamente com a vagina até formar hum canal continuado com o corpo do utero, e tão amplo como a sua cavidade, havendo apenas huma restricção no ponto, onde a vagina está ligada ao collo do utero.

§ II. *Fenomenos do segundo tempo.*

Os fenomenos do segundo tempo pouco differem dos do primeiro, excepto na sua intensidade que he excessivamente maior. O calor do corpo, que augmenta com a força da dor, he seguido de copioso suor, esfrião-se-lhe os pés, e em algumas se manifestão perturbações nas

faculdades intellectuaes. Não obstante serem as dores muito mais activas, a parturiente as supporta com mais resignação, e goza nos seus intervallos hum completo socego.

A estas dores seguem-se outras, que affectão mais para o fundo da bacia, que causando o tenesmo, provocão as contracções dos musculos das paredes abdominaes, diafragma, e conjunctamente as de todos os outros musculos da economia.

Faltando então o apoio á bolsa das aguas, pelo excessivo alargamento do orificio uterino, e impellida com mais força pelo fluido amniotico ella se rompe, o líquido que a enche sahe com força, e após elle, ou a cabeça ou a pelve do feto, vem occupar o orificio uterino, a quem rolha, e por este modo susta a sahida do resto das aguas, que existem na cavidade do utero, d'onde sahem por parcelas nos intervallos das dores.

Pelas subseqüentes dores, a parte do feto que se apresenta, avança, franquêa o orificio uterino e estreito abdominal, até vir entrar na vagina, a qual se alarga e alonga. O pavimento inferior da bacia começa então a ser distendido; os grandes e pequenos labios desfazem-se; o monte de Venus distende-se; a vulva alarga-se; o perineo alonga-se e se adelgaça, e o ano se dilata. Succede algumas vezes haver a sahida involuntaria da urina e das materias fecaes.

Os esforços se activão, acompanhados de

tremores convulsivos e de gemidos da parturiente. Ha finalmente huma contracção muito prolongada, ou duas successivas, em consequencia do que a cabeça do feto he expulsada para fóra da vulva; e depois de hum pequeno intervallo outra dor se declara, porém menos vehemente, que expelle o corpo do feto com o restante das aguas, que o utero continha dentro em si.

A parturiente goza então hum suave socego, que pouco depois he interrompido por novas contracções uterinas, com as quaes são expulsadas as secundinas.

Não he possivel designar o tempo prefixo que dura o trabalho do parto natural; porém os seus limites são pouco mais ou menos entre quatro e oito horas.

§ III. *Individuação dos precedentes fenomenos.*

Na serie dos fenomenos, que descrevemos nos dois precedentes tempos, em que o trabalho do parto foi dividido, ha entre elles alguns, que precisão ser individuados, taes são a *dor*, a *dilatação do orificio uterino*, a *fluxão do muco viscoso*, e a *formação e rompimento da bolsa das aguas*.

1.º *A dor* he a immediata consequencia da contracção uterina, nasce, cresce, diminue, e extingue-se do mesmo modo que as contracções uterinas apparecem, augmentão, afrouxão e desapparecem. Posto que as dores geralmente incommodem bastante as parturientes, com

tudo ellas expressão os seus queixumes, segundo a sua sensibilidade, o seu heroismo, ou a sua pusilanimidade.

As dores se manifestão em diversos pontos da organização segundo o tempo e progressão do trabalho do parto. No comêço, he no orificio uterino que ellas tem lugar, pelo empuxamento das suas fibras. No meio da parturição, he no corpo do utero que tem o seu assento, pela compressão que soffrem os nervos, que se distribuem no mesmo utero. No fim do trabalho as partes vizinhas do utero são quem soffrem, comprimidas pelo feto, compulsado pelas contracções do mesmo utero, dos musculos abdominaes, e do diafragma.

As dores, que começam o trabalho do parto, se denominão *ferretoadas*. Quando ellas são mais longas mais violentas e mais aproximadas, chamão-se-lhe *preparadoras*. Tem o nome de *expulsivas*, quando as dores são mais intensas e duradouras, quando os seus intervallos são pequenos, e quando simultaneamente os musculos das paredes abdominaes e diafragma se contrahem. Finalmente tem-lhe conferido o improprio nome de *quebradiças* áquellas dores, que impellem o feto contra o pavimento inferior da bacia, que causão o tenesmo, e que se acompanhão das contracções, quasi convulsivas, de todos os musculos do corpo.

As primeiras dores são dirigidas do umbigo para o sacro, e as ultimas partem do promontorio sacro para a ponta do coccyx. Algu-

mas vezes a parturiente as sente nos lombos, as quaes tem sido chamadas *dores de rins*. Estas dores demoram o parto e mortificação mais a paciente.

2.^o *A dilatação do orificio uterino* resulta das contracções, que sobre elle exercem as fibras longitudinaes do utero, as quaes sendo em maior número, e excessivamente mais compridas, que aquellas do orificio, necessariamente estas hão de ceder aos continuados e repetidos empuxamentos, que, nesta occasião, as outras fibras exercem sobre ellas.

Esta dilatação he depois favorecida pela introduccção no orificio, das membranas chorion e amnios cheias do líquido amniotico, compelido pelas contracções uterinas.

A dilatação se opéra vagarosamente no princípio da parturição; accelera se com o progresso do trabalho, e com tanta mais presteza, quanto o orificio uterino occupa hum ponto mais central na excavação da bacia.

3.^o *A fluxão mucó-viscosa* sahe de dentro do utero, e apparece na superficie interna da vagina, assim que o parto se declara; augmenta com a progressão do trabalho, e muitas vezes he misturada com sangue.

Tem por uso estas mucosidades, amollicer e tornar escorregadia a vagina, com o que a sahida do feto se facilita mais.

4.^o *A bolsa das aguas* he a projectura que as membranas chorion e amnios, cheias do líquido amniotico fazem atravez do orificio ute-

rino. A sua fórma he apropriada áquella do mesmo orificio; para o qual, quando começa a dilatar-se, as membranas são empurradas pelas contracções uterinas, contra a superficie do seu bordo interior; quando o orificio se alarga, as membranas se nivelão com a sua superficie exterior; e depois as membranas fórmão no interior da vagina hum tumor ou projectura de superficie tensa, na occasião da dor; menos elevado, hum pouco flacido e rugoso, quando a dor tem cessado.

Quando a bolsa das aguas he bastante volumosa pelo muito líquido que contém, este, impellido pelas contracções uterinas mais vehementes, a rompe, e huma porção delle sahe, e o restante com o progresso do parto.



Secção 4.^a Do mechanismo do parto natural nas apresentações cefalicas, e pelvicas.

Comprehendemos nesta secção: 1.^o o mechanismo do parto natural nas apresentações cefalicas pelo *vertice*, e pela *face*; e 2.^o o mechanismo do parto natural nas apresentações pelvicas pelas *nadegas*, *pés* e *joelhos*.

§ I.^o *Mechanismo do parto natural nas apresentações cefalicas pelo vertice.*

Nestas apresentações se reconhece estar ●

feto convenientemente locado no utero; 1.^o se o baixo ventre da mãe offerece huma figura redonda, lisa, pontuda no centro, e achatada nos lados; e 2.^o se ella tem sempre sentido os movimentos do feto em hum só lugar do abdomen, quer á esquerda, quer á direita: assim como pelo meio da investigação no interior da vagina, se o dedo topa com hum corpo esferico, plano e duro.

A direcção das suturas e a situação das fontanellas he quem aclara a posição da cabeça do feto no estreito abdominal da mãe.

Estes signaes são custosos de se obter quando a cabeça do feto está locada muito alto; quando entre ella e as membranas houver muito liquido amniotico accumulado; quando a bolsa das aguas se conservar muito tensa; e quando o coiro cabelludo estiver muito entumecido.

Em duas differentes posições o vertice da cabeça do feto se apresenta no estreito superior da bacia da mãe: 1.^o com o parietal direito mais descido e voltado para os ossos pubis, e com a fontanella occipital voltada para a parte esquerda e hum pouco anterior da bacia; e 2.^o com o parietal esquerdo mais descido e voltado para os pubis, e com a fontanella occipital voltada para a parte direita e hum pouco posterior da bacia.

A observação tendo mostrado, que a posição occipital anterior esquerda, he mais frequente que a posição occipital posterior direita, na proporção de 70 para 30, nós chama-

remos á mais frequente, *primeira posição do vertice*, e á menos frequente, *segunda posição do vertice*.

Pelo que diz respeito á outras posições do vertice, por muitos Parteiros admittidas, taes como as transversas, as antero-posteriores, e as obliquas, com a fontanella occipital dirigida para a parte esquerda, e posteriormente; ou directamente para a parte anterior, ou posterior; taes posições não pódem entrar na classificação das posições primitivas por não terem sido observadas, quando as bacias tem huma regular conformação, e os fetos hum proporcional volume; e por isso só as admittimos com o nome de *posições extraordinarias do vertice*; e quasi que nesta cathegoria deverião tambem ser classificadas as apresentações e posições da face pela sua raridade.

1.º *Parturição na primeira posição do vertice.*

No começo da parturição, quando o orificio uterino tem principiado a dilatar-se, o dedo apenas pódem tocar em hum corpo convexo e duro. Quando pelo progresso das contracções uterinas o orificio se tem alargado mais, é que a bolsa das aguas se tem rompido, encontra-se no seu centro e hum pouco anteriormente huma eminencia conoide; que he a bossa parietal direita; e para a parte posterior o apice da cabeça, ou a parte média da sutura sagital, voltado para o corpo da *primeira ou segunda peça ossea*

do sacro; a fontanella occipital dirigida para a eminencia ilio-pectinea esquerda; e a fontanella frontal para a parte superior da chanfradura sciatica direita.

Em hum periodo mais adiantado da parturição, a cabeça do feto franquea o estreito superior da bacia da mãe, e penetra com vagar na excavação. As duas fontanellas não descem no mesmo paralelo; commummente a occipital desce por detraz do buraco subpubico esquerdo, em quanto que a fontanella frontal sóbe por diante da chanfradura ischiatica direita; e o diametro occipito-bregmatico da cabeça achase então no paralelo do diametro obliquo da bacia, que está lançado da parte anterior e esquerda, para a parte posterior e direita.

Este movimento de flexão da cabeça, pelo qual ella roda sobre o seu eixo bi-parietal, se executa na articulação occipito-ateloida.

Pela repetição das contracções uterinas a cabeça desce; o crâneo apoia com força sobre o pavimento da bacia, e a protuberancia occipital se aproxima da vulva; o perineo se distende e alonga, tornando-se excessivamente mui convexo; a vulva alarga-se, e fica quasi paralela com a superficie anterior do tronco, e apparece por entre os grandes labios parte da região occipital.

Novas contracções, mais violentas, mais duradouras, e mais aproximadas, fazem rodar a cabeça sobre o seu eixo, vertical, com o qual o angulo superior e posterior do parietal direi-

to se volta para a vulva, ficando o ramo direito da sutura lambedoida paralelo ao ramo descendente do pubis esquerdo, e a fontanella occipital proximo da abertura vulvar, hum pouco á esquerda.

Este movimento rodatorio da cabeça sobre o seu eixo vertical he feito na articulação axis-ateloida; e tanto neste movimento rodatorio, como no antecedente, o tronco do feto não intervem nelles.

Disposta por este modo a cabeça para franquear o estreito perineal e a vulva, huma forte contracção uterina ou duas successivas produz os seguintes effeitos. A commissura posterior da vulva comprime a testa do feto, e faz que a região cervical posterior apoie sobre o bordo inferior da symphyse pubiana; que a região occipital se eleve para o monte de Venus da mãe; e que simultaneamente a commissura vá com rapidez recuando e escorregando sobre a testa e face do feto, descobrindo-lhe seguidamente a fontanella anterior, as bossas frontaes, olhos, nariz, boca, e ponta da barba.

Na occasião em que a cabeça do feto fica desembaraçada da vulva, a protuberancia occipital se volta para a parte anterior da coxa esquerda da mãe, e a face para a parte posterior da coxa direita. Este movimento da cabeça he effectuado pela elasticidade dos tecidos das partes brandas do pescoço do feto, ao qual se tem dado o nome de movimento de *restituição*.

As espadoas se apresentam ao estreito abdominal no momento, em que a cabeça penetra na excavação, a direita por detraz do buraco subpubico direito, e a esquerda por diante da symphyse sacra-iliaca esquerda, e nesta disposição vão entrando na excavação na proporção que a cabeça vai franqueando o estreito perineal e abertura vulvar.

Chegadas ao fundo da excavação, tanto ellas como o tronco do feto executão hum movimento rodatorio, por meio do qual a espadoa direita se volta para a arcada publica, e a esquerda para a curvadura do osso sacro; e a cabeça obedecendo ao movimento do tronco, local-se transversalmente entre as coxas da mãe; ao mesmo tempo o tronco do feto se curva sobre o seu lado direito para se adaptar á conformação da excavação.

A espadoa direita he a primeira que sahe para fóra do estreito perineal, por baixo da arcada publica; e depois a espadoa esquerda por cima da commissura posterior da vulva, seguindo-se immediatamente a sahida do resto do corpo do feto, que he determinada pela força que o impelle, pela sua fórma conoidea, pelo unto ceboso que o cobre, pelas mucosidades e fluido amniotico que lubrificão as partes genitales, e pela compulsão que a elasticidade dos tecidos brandos, que revestem a bacia, lhe imprimem.

2.º Parturição na segunda posição do vertice.

Nesta posição, a primitiva situação da cabeça he, como na precedente, tambem obliqua, com a differença porém, que a fontanella frontal occupa o lugar, que na primeira posição occupava a fontanella occipital; e o parietal esquerdo he quem se acha mais descido na excavação.

Pelo progresso da parturição a cabeça penetra o estreito superior e entra na excavação vagarosamente, e o diametro occipito-bregmatico conserva-se por algum tempo no parallelo do diametro obliquo do estreito abdominal, que vai da parte anterior e esquerda para a parte posterior e direita. Quando a cabeça entra na excavação encontra alguma resistencia na parte lateral direita do sacro e coccyx, e ligamentos sacro-ischiaticos correspondentes, que obsão ao recuo do occiput para a concavidade do sacro, e então se faz o movimento rodatorio da maneira seguinte.

Os extremos do diametro occipito-bregmatico da cabeça do feto caminhão, o posterior para a parte anterior, do lado direito da bacia, e o anterior para a parte posterior do lado esquerdo até se pôem no parallelo do diametro transverso da bacia. Este movimento he feito vagarosamente, avançando e recuando alternativamente, em fórmula de espiral, segundo que a dor começa, augmenta, afrouxa ou pára. Pela repetição e intensidade das dores, o

movimento rodatorio de espiral continúa, no mesmo sentido, até a fontanella occipital responder ao buraco subpubico direito; recuando logo que a dor tem cessado, porém não tanto que chegue ao ponto em que existia antes de se ter declarado a mesma dor.

Por este modo o vertice da cabeça apoia no pavimento da excavação; seu diametro biparietal loca-se no diametro obliquo da bacia, que pouco antes tinha occupado o diametro occipito-bregmatico; o angulo superior e posterior do parietal esquerdo volta-se para a vulva, ficando o ramo esquerdo da sutura lambdoida parallelo ao ramo descendente do pubis direito; e o restante do mecanismo da parturição he effectuado do mesmo modo como a primeira posição.

A execução do parto, nesta segunda posição, deve ser reputada tão facil, e tão vantajosa, para a mãe e para o filho, como na primeira.

3.º *Individações relativas ás apresentações do vertice da cabeça.*

O mecanismo do parto, na primeira e segunda posição, nas apresentações cefalicas pelo vertice, commummente he exercido como acima foi descripto; acontece porém algumas vezes, posto que raramente, arredar-se a natureza das regras marcadas, sem que disto resulte desvantagem.

Tem-se algumas vezes visto, no progresso do mecanismo do parto da segunda posição, quando a cabeça do feto faz o movimento rotatorio sobre o seu eixo vertical, a testa contornar-se para a arcada publica, estabelecer-se na abertura vulvar, e conservar-se nesta posição até franquear os grandes labios; porém assim que a cabeça se desembaraça, a face se volta para a parte interna da coxa esquerda da mãe; as espadoas penetram na excavação, a esquerda por detraz do buraco subpubico direito, e a direita por diante da symphyse sacro-iliaca esquerda, e a primeira he a que primeiro franquea o estreito perineal por baixo da arcada publica, em quanto que a segunda sahe depois por cima da commissura posterior da vulva, vindo immediatamente o restante do corpo do feto.

Tambem tem succedido, ainda que rarisimas vezes, na primeira posição das apresentações cefalicas pelo vertice, a fontanella anterior achar-se hum pouco voltada para a parte anterior e direita da bacia da mãe; porém o movimento rotatorio sobre o eixo perpendicular faz-se como na segunda posição, mas em opposta direcção, isto he, o seu diametro fronto-occipital se dirige para o diametro transverso da excavação, e depois para o obliquo, que vai da parte anterior esquerda para a parte posterior e direita; e franquea o estreito perineal do mesmo modo como na primeira posição.

Estas irregularidades communmente succe-

dem em circumstancias particulares, como quando a bacia he excessivamente larga, o feto pequeno, ou não de termo, e em mulheres, que já tem tido muitos filhos.

Tambem succedem irregularidades no mecanismo do parto, quando as dores são violentas mui repetidas e quasi sem intervallos; e quando as bacias são mais largas, ou mais estreitas, neste ou aquelle diametro.

Em taes casos, não só a cabeça se estabelece em posições differentes das ordinarias, porém tambem as espadoas penetrão na pequena bacia em direcções mui diversas das regulares.

§ II. *Mecanismo do parto natural nas apresentações cefalicas pela face.*

Nestas apresentações o feto commummente se acha locado de dois modos no estreito abdominal da mãe: 1.^o com a ametade direita da face mais descida, voltada para a parte anterior da mãe, e com a testa dirigida para a esquerda: e 2.^o com a ametade esquerda da face mais profundada na excavação, voltada para a parte anterior, e a testa dirigida para a direita: destas duas posições, a primeira he mais frequente que a segunda.

Pelo tocar se reconhece a testa, em cujo meio se percebe a sutura frontal, o nariz, os olhos e a boca. O diagnostico desta apresentação he hum pouco difficil antes da ruptura do sacco das aguas, se a cabeça está muito alta, e

não conserva fixidade; e depois da fluxão das aguas, se ha tumefacção nas partes apresentadas.

A cabeça do feto deve achar-se em completa extensão sobre o seu dorso, com os pés e nadegas dirigidas para o fundo do utero, o dorso voltado para o lado esquerdo da mãe, na primeira posição, e para o lado direito na segunda, e as partes lateraes do tronco devem corresponder ao diametro antero-posterior abdominal.

1.º Parturição na primeira posição da face.

Quando as contracções uterinas tem produzido o rompimento do sacco das aguas, e que a circunferência facial tem penetrado na cavidade pelvica, o seu diametro mentu-frontal se acha no parallello do diametro obliquo da bacia, com a ponta da barba correspondendo ao buraco subpubico direito, e a fontanella frontal ao ligamento sacro-ischiatico esquerdo. Por as subseqüentes contracções a face continúa a descer, e a rotação a progredir, até o mentu occupar o centro da vulva, e a base da mandibula inferior do feto apoiar na arcada pubica.

Toda a circunferencia da face se apresenta á abertura yulvar, a qual franquêa por hum movimento rodatorio sobre o seu eixo bi-parietal, a favor do qual a ponta da barba sahe por baixo do apice da arcada pubica, e a testa por cima da commissura posterior da vulva, subia-

do para o monte de Venus; e por este modo successivamente vai apparecendo a fontanella anterior, toda a região sincipital, e occipital até completamente ficar desembaraçada a cabeça, a qual volta então a face para a parte posterior da coxa direita da mãe.

As espadoas se apresentam obliquamente ao estreito abdominal, a direita correspondendo á eminencia ilio-pectinea esquerda, e a esquerda á symphyse sacro-iliaca direita; penetrão na excavação e sahem no paralelo do diametro coccygio-pubiano do estreito abdominal, pelo mesmo modo como fica descripto nas antecedentes parturições.

2.º *Parturição na segunda posição da face.*

No comêço do parto, na segunda posição da apresentação da face, se encontrão pelo meio do tocar os mesmos objectos enumerados na primeira, porém em opposta direcção. O trabalho do parto proseguindo do mesmo modo, quando a cabeça profunda na excavação, quando executa os movimentos rodatorios, e quando sahe para fóra da vulva; torna-se por isso superfluo descrever-lhe o mechanismo, no que não fariamos senão repetir, o que dissemos na antecedente posição.

3.º *Individações relativas ás apresentações da face.*

Quando no comêço do parto, em qualquer das posições da apresentação da face, a testa

do feto se acha mais ou menos voltada para a parte anterior ou posterior do lado esquerdo ou direito do estreito abdominal da bacia da mãe, estas modificações só devem ser contempladas como variedades das mesmas posições, que em nada prejudicão o mecanismo do parto, por quanto a ponta da barba, em qualquer dellas, sempre vem apresentar-se na arcada publica, excepto quando alguma cousa se oppõe á marcha regular da parturição, ou existe má conformação de bacia.

Os partos, em que os fetos se apresentam pela face ao estreito abdominal, são hoje julgados tão possíveis para se effectuarem pelos esforços da natureza, como aquelles, em que os fetos se apresentam pelo vertice ao mesmo estreito. Huma vez que as correspondencias da face se tenham proporcionado com os diametros da bacia, que a sua progressão não tenha soffrido estorvos, elles não necessitam de maiores esforços, nem a sua duração he mais prolongada.

Só em algumas circumstancias as apresentações da face devem ser consideradas em inferior cathegoria, comparadas com aquellas do vertice, pelo que respeita á vida do feto. Quando as contracções uterinas são muito frouxas; quando a cabeça do feto he bastante volumosa; ou quando a bacia não he sufficientemente espagosa, o que deve tornar o parto demorado e difficil; esta difficuldade, que commummente não causa damno ao feto, nos partos em que elle se apresenta pelo vertice da cabeça,

causa grande perigo, e mesmo póde matar o feto nos partos, em que elle se apresenta pela face.

Na prolongada demora do pescoço do feto na pelve, os vasos jugulares ahí soffrem certo gráo de compressão, que determina congestões sanguineas cerebras, seguidas da morte apparente ou real por apoplexia.

§ III. *Mecanismo do parto natural nas apresentações pelvicas pelas nadegas, pés, ou joelhos.*

Nas apresentações do feto, pela sua extremidade pelvica ao orificio uterino, e estreito abdominal, as parturições quasi sempre se effectuão com pequena differença no seu mecanismo, não obstante as nadegas, os pés ou os joelhos virem adiante; com tudo alguma differença se nota pelo que respeita ao tempo que a parturição dura; a prática mostra serem mais demoradas aquellas, em que o feto se apresenta pelas nadegas, e mais promptas aquellas, em que os pés vem primeiro.

Não obstante a identidade do mecanismo das parturições nas apresentações pela pelve, he comtudo indispensavel mencionar os signaes diagnosticos, que caracterisão as suas distinctas apresentações. As paredes abdominaes das mulheres magras, e daquellas que tem tido muitas prenhez, commummente são brandas e flaxidas, e pelo apalpar se póde conhecer, atra-

vez dellas, a cabeça do feto na parte superior do utero, se este órgão contém dentro em si pequena quantidade de agua.

Pela exploração interna, pela vagina, a Parteira encontra, quando as nadegas se apresentam, hum corpo volumoso, prominente, arredondado, de menor resistencia que a cabeça, no qual não pôde distinguir nenhuma de suas partes no comêço da parturição, antes do rompimento da bolça das aguas; porém depois do afluxo dellas perceberá no centro o sulco, que divide as nadegas, o orificio anal, por detraz do qual está a ponta do coccyx, e por diante as partes genitaeis; e nestas apresentações pelvicas quasi sempre os dedos que explorão vem cheios de meconio.

Estas partes pôdem alterar a sua configuração característica, se por qualquer causa ellas se apresentam entumecidas: neste estado só a dureza da ponta do coccyx he que pôde esclarecer o diagnostico.

Quando os pés se anticipão ás nadegas, commummente elles vem juntos; e a sua configuração não pôde ser confundida com qualquer outra parte do feto, quer venhão descobertos, ou mesmo ainda envolvidos nas membranas, antes do fluxo das aguas.

Nas apresentações pelos joelhos, estas partes pôdem confundir-se com as dos cotovelos do feto; porém os primeiros, além de mais volumosos e menos aguçados que os segundos, devem achar-se mais aproximados, e o reconhe-

cimento das coxas e pernas, que com elles se continuão, deve dissipar qualquer dúvida.

Quando o feto se apresenta pelas nadegas, o seu dorso se corresponde com a parte anterior da parede do utero, na primeira posição, e com a parte posterior na segunda; e os quadris ficam mais ou menos parallellos com qualquer dos diametros obliquos da bacia.

Quando a apresentação do feto he, ou pelos pés, ou pelos joelhos, o dorso e os quadris se achão situados como na precedente apresentação; porém os calcanhares dos pés, e os tibias das pernas, são quem caracterisão as posições achando-se quaesquer destas partes correspondendo na primeira posição com a parte anterior da bacia, e na segunda posição com a parte posterior.

1.º *Parturição na primeira posição das nadegas, pés, ou joelhos.*

A attitude do feto dentro do utero, nas apresentações pela pelve, he semelhante áquella que elle tem nas apresentações pelo vertice da cabeça, pelo que os pés achando-se proximos das coxas, no comêço da parturição, aquelles orgãos podem ser ambos tocados ao mesmo tempo pelo dedo da Parteira, na exploração que fizer.

Se os pés estiverem hum pouco mais elevados que as nadegas, quando estas descerem elles subirão e se prolongarão pelo baixo ven-

tre e peito, e só sahirão conjunctamente com estas partes pelo progresso da parturição.

Achando-se os pés apoiados sobre as nadegas, succede ás vezes, que quando estas vão entrar no estreito abdominal, suspenderem-se aquelles no bordo do mesmo estreito, e obrigarem as coxas a afastarem-se do baixo ventre, e a fazer-se então a apresentação pelos joelhos, o que he com tudo mui raro.

Succede tambem vir os pés conjunctamente com as nadegas, porém aquelles adiantarem-se mais que estas, e a apresentação ser então propriamente pelos pés.

No comêço do trabalho da parturição, quer as nadegas estejam postas na posição transversa, quer na obliqua, sempre o quadril, que está voltado para os ossos púbis, he o primeiro que desce, pelo impulso das contracções uterinas.

Na primeira posição o quadril esquerdo he quem, quasi sempre, se acha voltado para a parte anterior, e pelos esforços contractis do utero he quem primeiro penetra na excavação e vem apresentar-se á vulva, quando ella está começando a dilatar-se. Pela repetição das contracções as nadegas penetrão na mesma vulva, o quadril esquerdo roda para a parte anterior até vir occupar a arcada publica, na qual se apoia, em quanto que o outro quadril, que está occupando a parte opposta, e que deve percorrer hum maior espaço, caminha sobre o perineo, que está muito distendido. Logo que os

quadril tem sahido fóra da vulva, o baixo ventre do feto se volta para a parte interna e posterior da coxa direita da mãe.

O resto do tronco caminha nesta mesma direcção, e na proporção que o peito do feto vai aproximando-se do estreito inferior da bacia, as espadoas franqueão o estreito abdominal pelo mesmo diametro obliquo. Então o peito do feto penetra no estreito perineal da bacia, com os braços aproximados ao tronco, os antebraços cruzados na parte anterior, e os cotovelos encostados aos flancos correspondentes.

Em quanto as espadoas percorrem pela excavação, a cabeça do feto, que em todo o tempo do trabalho se tem conservado em completa flexão, com o mentu apoiado contra o peito, penetra o estreito abdominal pelo diametro obliquo, que cruza aquelle por onde as espadoas entrãõ para a excavação, apresentando-se pelo seu diametro occipito-bregmatico. As contracções uterinas obrigão a cabeça a fazer hum movimento rodatorio sobre o seu eixo transversal, com o qual o occiput escora na arcada publica, e o mentu, e após elle o resto da face avanção sobre o perineo, ao mesmo tempo que a cabeça vai subindo para o monte de Venus até ficar fóra da vulva.

O quadril direito he quem algumas vezes, nesta primeira posição, toma esta direcção, seja primitivamente seja no progresso da parturição. Então o feto percorre a bacia da mesma maneira como no caso precedente; po-

rém com esta differença, e vem a ser, que a superfície do seu corpo caminha em outra direcção relativa ás paredes do utero; isto he, a superfície anterior do feto, que no primeiro caso está voltada para o lado direito da bacia, neste segundo se volta para o lado esquerdo, e a cabeça franquêa o estreito superior pelo diametro obliquo que vai da parte anterior e direita para a parte posterior e esquerda, correspondendo-lhe a testa á symphyse sacro-iliaca esquerda.

2.º *Parturição na segunda posição das nadegas, pés, e joelhos.*

Nesta segunda posição a superfície anterior do feto está voltada para a parte anterior da mãe, com o quadril esquerdo dirigido para a parte posterior hum pouco obliquamente; posição que o feto conserva entrando para a excavação até se aproximar ao estreito perineal. Os quadris franquêão a vulva no diametro coccygio-pubiano; porém logo que estão desembaraçados das partes brandas da mãe, voltão a sua superfície anterior para a parte interna e posterior da coxa esquerda da mãe. A maneira como a cabeça entra para a excavação, percorre a sua cavidade, e sahe pelo estreito inferior, he em tudo semelhante á da primeira posição.

Nesta segunda posição pôde acontecer, que o quadril esquerdo rode para a parte anterior, ou no comêço da parturição e no seu progres-

30. Neste caso as nadegas caminham pela excavação, e são impellidas para fóra da vulva, como antecedentemente dissemos, com a differença porém, que a superficie anterior do feto fica então voltada para a parte anterior e direita da mãe. Este movimento rodatorio he feito como no precedente, ou logo quando as nadegas sahem para fóra da vulva, ou na occasião da sahida do tronco; e então a superficie anterior do feto se volta para a parte interna e posterior da coxa direita da mãe, e a cabeça franquêa o estreito superior da bacia com a testa voltada para o fundo da fossa cotyloida direita.

Tanto em hum, como em outro dos precedentes casos, tem-se visto, particularmente se o feto tem pequeno volume, e está com o seu plano anterior voltado para a direita ou para a esquerda, ter sido compellido o tronco a sahir pela vulva nesta posição, até ás espaldas, e executar hum movimento rodatorio, determinado algumas vezes por huma unica contracção, que completamente o expulsa; de modo que a sua superficie anterior fica perfeitamente em huma posição opposta. Por este movimento a superficie anterior do feto, que antes da contracção estava, na primeira posição por exemplo, voltada para a parte posterior e direita, ficar repentinamente voltada para a parte anterior e esquerda.

Succede algumas vezes tambem nas apresentações das nadegas, não estar a ponta da

barba do feto apoiada sobre o peito, e estar o seu occiput todo voltado para o dorso. Então o tronco, posto na primeira ou segunda posição, franquea a pelve da maneira que referimos, até a cabeça se apresentar no estreito abdominal: a ponta da barba fica correspondendo a hum dos ossos iliacos, e a região sincipital ao outro opposto.

Disposta a cabeça desta maneira, penetra no estreito abdominal, e na proporção que profunde na excavação vai fazendo huma volta espiral, de modo que quando o tronco tem sahido para fóra da vulva, a região sincipital se aloja na concavidade sacro-coccygiana, e a base da mandibula inferior se apoia na arcada publica. Escorada assim a mandibula na arcada, a região cervical posterior e em seguida o occiput, a região sincipital, e a testa, franqueão a vulva por cima da commissura posterior, até completamente ficar desembaraçada a cabeça do feto.

3.º *Individuações relativas ás apresentações da pelve.*

O mecanismo das parturições nas apresentações da pelve, ordinariamente he executado da maneira como foi descripto, se o feto, as partes da geração da mãe, e os esforços expulsivos do utero se achão na condição normal, e que nada occorre que possa transtornar o seu progresso. Porém quando circumstancias anormaes influem de modo, que as partes do feto

apresentadas já na vulva, avancem frouxa e vagarosamente, e que se torne indispensavel provocar a sua sahida pelo meio de empuxões, então a marcha regular da parturição he toda transtornada, e o resultado dos empuxões póde vir a ser funesto ao mesmo feto.

Pelo contrário, se as causas influentes na progressão destas parturições são conservadas no seu typo normal, ellas se effectuão favoravelmente para o feto, e sem grandes soffrimentos para a parturiente.

Com tudo esta classe de parturições sempre devem infundir certo respeito á Parteira; ellas apresentam o mesmo risco, para o feto, que foi mencionado nas apresentações da face, quando huma prolongada pressão dos vasos do pescoço tiver succedido: nas apresentações pela pelve, se huma dilatada compressão dos vasos do cordão umbilical acontecer, a mesma funesta consequencia deverá recear-se.



CAPITULO IV.*Da dequitação ou delivramento.*

A dequitação ou delivramento he a saída das secundinas, e a consummação do parto. Este phenomeno deve ser contemplado 1.^o como consequencia de parto simples; 2.^o de partos de dois ou mais fetos; e 3.^o de hum aborto; o que vai fazer o objecto das tres seguintes Secções.

*Secção 1.^a Da dequitação nos partos simples.*

Devemos considera-la de dois modos: 1.^o como consequencia da acção espontanea do utero; e 2.^o provocada por meio da arte.

· § I. *Dequitação espontanea.*

O mecanismo da dequitação espontanea se faz por tres actos distinctos; no primeiro a placenta he descollada, ou rompidas as ligações que a prendem á superficie interna do utero, em consequencia das suas contracções, expendidas no empenho de expulsar o feto; no segundo a placenta, conjunctamente com as

membranas, que com ella estão ligadas, se precipita, abandonada ao seu proprio peso, no collo do utero e na vagina, onde permanece por mais ou menos tempo, em quanto novas contracções a não removem; e no terceiro ella he expulsada para fóra da vulva, tanto pelas contracções do utero, como pelas restricções dos tecidos dos órgãos, onde ella se acha depositada.

O espaço de tempo, que medêa entre a expulsão do feto, e o das secundinas, he mui variavel; humas vezes ellas sahem immediatamente após do feto; outras vezes tardão de huma hora até seis dias e mais, sem que resulte maior damno á puerpera, de huma tão prolongada demora das secundinas dentro do utero.

A prática tem mostrado, que nas mulheres de constituição forte e robusta, que no parto expendem vehementes contracções, nas em que, com muita anticipação á sahida do feto, as aguas da amnios forão expulsadas, e naquellas em que o parto teve huma mais prolongada duração, a sahida das pareas succede logo depois da sahida do feto; pelo contrário o delivramento he tanto mais demorado, quanto as mulheres são mais frouxas e brandas, quanto mais o fluido amniotico se tem conservado clausurado no utero, e quanto mais prompta tem sido a expulsão do feto.

§ II. *Dequitadura promovida pela arte.*

Posto que a dequitadura possa demorar-se sem inconvenientes para a puerpera, com tudo tem-se adoptado o não se conservar por muito tempo retidas as pareas nas partes genitae da mulher.

Quando a Parteira tiver obtido conhecer que a placenta está descollada, e que o utero não tem sufficiente força para a expellir, o que provavelmente se reconhece pela presença de hum tumor globoso no hypogastrio, pelas brandas contracções que o utero exerce, por dores que impressionão na região lombar, pelo pêso que a mulher sente no intestino recto, e finalmente por se encontrar no orificio do utero huma parte da placenta procidente, a Parteira procederá á extracção das secundinas pelo seguinte modo.

Pega no cordão umbilical, que está fóra da vulva, o mais proximo possivel do orificio uterino, envolve-o em huma toalha de panno de linho, enrola-o nos dois dedos mediano e indicador, e segura-o com o pollex. Então começa a fazer brandas tracções pelo cordão, no parallelo dos eixos perineal, e abdominal da bacia, insistindo nos empuxões, nesta ou naquella direcção, com mais ou menos força, segundo que a placenta cede ou resiste. As tracções devem ser favorecidas, na sua acção pelos dedos da outra mão introduzidos na vagina, levados até ao orificio do utero, e mesmo pene-

trar nelle se assim convier para levar a effeito a extracção.

Como pelos empuxões sobre o cordão umbilical, algumas vezes, os esforços contractis do utero se tem desenvolvido, tem-se por isso aconselhado ás puerperas o espremerem-se para expellir as secundinas, assoprando em huma garrafa ou em huma das mãos fechadas; porém como destas espremeduras nenhum proveito se tira, ellas devem ser banidas da practica.

Logo que tenha obtido trazer para a vulva a placenta, a Parteira pega nellá com as duas mãos e a torce com as membranas para de tudo formar huma especie de cordão e se facilitar o despega-las e extrahi-las.

Se pelos meios indicados a extracção das secundinas não pôde ser effectuada, a Parteira não proseguirá nas tentativas. A retenção das secundinas provindo talvez da completa inacção do utero, da restricção do seu orificio interno, do excessivo volume da placenta, ou da sua íntima adhesão ao utero, neste caso he necessario recorrer a hum Parteiro para emprehender meios mais efficazes, ou confiar á natureza o cuidado de as expulsar.



Secção 2.^a Da dequitadura nos partos de dois ou mais fetos.

A Parteira só deve emprehender o delivramento nestes partos, quando todos os fetos ti-

verem sido expulsados, ou extrahidos. Faltando a este preceito, isto he, extrahindo-se huma só placenta, ella poderia ter immediatas relações vasculares com a outra, ou formarem ambas hum só corpo, pelo que se descollaria, ou rasgaria huma grande porção desta massa e produzir-se-hião hemorragias mortaes, ou para a mãe, ou para os fetos existentes ainda no utero. Quando porém a disposição das placentas for tal, que huma dellas se descolle e venha apresentar-se ao orificio do utero, existindo ainda dentro delle hum ou mais fetos, reconhecendo a Parteira, que a placenta apresentada não faz corpo com alguma outra, promover-lhe-ha a sahida pelos meios já descriptos.

Logo que a expulsão de todos os fetos tenha sido effectuada, e que o utero, contrahindo-se, indique a disposição para o delivramento, a Parteira, reunindo os cordões umbilicaes das placentas, que existem dentro do utero, os torcerá, e lhe promoverá a sahida da maneira que dissemos.



Secção 3.^a Do delivramento depois do aborto.

Sucedendo o aborto nos tres primeiros mezes da gestação, no maior número de casos, o ovo sahe inteiro de dentro do utero; porém algumas vezes acontece romperem-se as membranas, sahir o producto da concepção, e ficar

collada a placenta á superficie interna do mesmo utero , onde se conserva por alguns dias ; outras vezes ella ahi permanece , até ser de novo occupado o orgão gestador por outro producto fecundado , sem ter sahido delle a placenta pertencente ao antecedente aborto.

Acontecendo o aborto em huma epoca mais avançada da prenhez , o fenomeno de ficarem retidas dentro do utero as membranas com a placenta , tambem póde succeder. Neste caso a expulsão das secundinas deve ser confiada ás contracções do utero : 1.^o porque os factos provão que os descollamentos da placenta são tanto mais faceis nos abortos , quanto estes succedem em epocas mais distantes da concepção ; 2.^o porque o ficarem demoradas as secundinas no utero , por algum tempo , não tem disso resultado graves prejuizos ; e 3.^o porque as tentativas para a extracção das secundinas , nestas epocas da prenhez , não pódem ser levadas a effeito , ou porque o cordão umbilical não he assaz resistente , ou porque o utero não he sufficientemente amplo para nelle se poder introduzir a mão.

Com tudo se huma porção da placenta se apresentar ao orificio uterino , a Parteira diligenciará a extracção della pela maneira que lhe parecer mais conveniente. No caso porém de sobrevirem symptomas de grave consideração , he do dever da Parteira reclamar os auxilios de hum Parteiro instruido.

CAPITULO V.

Dos deveres da Parteira para com a Parturiente.

Os deveres da Parteira para com a mulher, que he o objecto dos seus cuidados, merecem mui particulares attentões. Estes deveres se referem, tanto á mulher gravida, quando o parto se lhe annuncia, quando entra no acto de parir, e quando se constitue puerpera, como á criança recém-nascida; são elles que fazem o assumpto das quatro seguintes Secções.



Secção 1.^a Dos cuidados que a Parteira deve prestar á mulher, em quem se annuncião os signaes de parto.

O primeiro dever da Parteira he certificar-se, se com effeito a mulher está entrada no trabalho do parto. Indagará se a mulher está no termo da prenhez, e se já se tem declarado alguns dos signaes, que forão indicados nos phenomenos do primeiro tempo; (veja-se pag. 57) se as dores tem os caracteres das verdadeiras; se o collo uterino já não existe; se o orificio do utero está molle e adelgado; e se final-

mente as partes genitales estão mais humedecidas que o natural.

Como estes ultimos signaes só os póde obter pelo meio do tocar, a Parteira diligenciará tambem conhecer por qual das regiões o feto se apresenta ao orificio uterino. Bem certificada que o trabalho do parto vai começar, fixemos as disposições que ella tem a preencher, tendentes a facilitar a expulsão do feto, com o menor incómodo possível para elle e para a mãe; e os meios que deveprehender tendentes a regular os esforços expulsivos, que a mulher deve dispender no acto de parir, para que se não tornem insufficientes por frouxos, nem prejudiciaes por excessivos.

1.^o Deve regular a temperatura do ar atmosferico do quarto em que a mulher pare; o excesso de calor, frio, e humidade póde causar prejuizo; os cheiros activos pódem ser nocivos á parturiente.

2.^o Com o vestuario tambem a Parteira deve ter toda a contemplação, para que elle não cause constrangimento á mulher em trabalho.

3.^o O uso do alimento deve ser absolutamente prohibido á mulher no acto de parir, quando o seu progresso for regular; com tudo, quando se prolongar, huma alimentação lhe póde ser concedida, proporcional á força e vigor do seu estomago, com parcimonia, e de substancias de facil digestão. Nunca permittirá o uso de bebidas estimulantes ou excessivamen-

te aciduladas; a agua pura, ligeiramente as-sucarada ou aromatizada, são as bebidas que melhor convirão.

4.º As evacuações das materias fecaes e das urinas serão lembradas, ou promovidas, antes da mulher entrar no trabalho do parto, pelos meios mais adequados.

5.º As impressões moraes, tristes, ou mesmo excessivamente alegres, serão poupadas á parturiente.

6.º Hum moderado exercicio na camara, em que a mulher se acha recolhida, lhe será permittido.



Secção 1.ª Da conducta da Parteira para com a mulher parturiente.

A mulher pare, regularmente sentada em huma cadeira, expressamente feita com esse destino, ou deitada sobre huma cama, com hum arranjo apropriado. A que pare sobre a cama tem a vantagem de estar mais a seu comodo, e de poder escolher differentes posições e attitudes; e depois de parir, poder conservar-se nella por mais algum tempo.

Só será obrigada a permanecer na cama quando o orificio uterino estiver completamente dilatado, ou quando as partes, pelas quaes o feto a elle se apresenta, tiverem franqueado o estreito perineal. No momento das dores expulsivas, a sua posição deverá ser em supinação,

posto que muitas mulheres, com especialidade as inglezas, párem deitadas de lado, tendo entre as coxas hum travesseiro para lhas conservar afastadas. Deverá ter a cabeça e as espaldas hum pouco levantadas, as coxas em flexão sobre a bacia, e as pernas sobre as coxas, e os joelhos convenientemente separados.

A Parteira sentada em huma cadeira de sufficiente altura, posta ao lado direito da cama, no nivel da bacia da parturiente, introduz a mão por baixo das coberturas da cama, por entre a coxa e a perna direita da paciente, o que habilita a Parteira a exercer todas as acções convenientes sem a descobrir. Estas acções consistem em explorar as partes genitales, quando for preciso, e sustentar o perineo, quando for impellido pela cabeça do feto. Para sustentar o perineo, a Parteira o apoia com a face palmar da mão, ficando-lhe correspondendo, o bordo radial, á commissura posterior da vulva, o bordo cubital ao ano, os dedos minimo, anular, mediano e index, á nadega esquerda, a base ou carpo á nadega direita, e o dedo pollex posto no paralelo do grande labio direito da vulva.

Pelo que respeita aos esforços expulsivos, os factos mostram; que humas vezes a mulher os expende com muita violencia, ordinariamente proporcionada ao seu vigor, ou á resistencia que a cabeça do feto encontra, esforços causados pelo sentimento da oppressão da cabeça do mesmo feto no orificio do utero, na

vagina e intestino recto; outras vezes, pelo contrário, as contracções uterinas afrouxão e avagorão.

No primeiro caso a Parteira deve recear, que algum accidente grave se desenvolva, como o rompimento do utero, as hemorragias, as hernias, &c.; e como as insinuações para que a parturiente os modere nada servem, porque elles se fazem independentes da vontade della; a Parteira invocará o soccorro de hum habil Parteiro, para que sejam evitados taes accidentes.

No segundo caso, como a debilidade das contracções uterinas não causa imminente perigo, e o descanso, ás vezes, faz com que o vigor das contracções uterinas torne a apparecer; he do dever da Parteira ministrar á parturiente algum alimento, acalmar-lhe o desasocego, e pelos meios mais adequados promover-lhe o conciliar o somno.



Secção 2.^a Do que a Parteira deve fazer á recém-parida.

Depois da mulher ter expulsado as secundinas, ou lhe terem sido extrahidas, a Parteira a conservará por algum tempo no lugar em que pario, tanto para sahir o sangue, que necessariamente ainda deve correr em quantidade, como para lhe limpar depois as partes circum-

vizinhas da vulva, sujas pelo mesmo sangue, e outras substancias que tenham sido expulsadas; o que fará com huma esponja molhada em agua morna. Depois de bem enxugadas as partes que forão lavadas, mudará as roupas da puerpera, que estiverem sujas e molhadas, substituindo-as por outras limpas e enxutas.

Fará conduzi-la á cama, que com anticipação deve estar preparada, no meio da qual existirá hum lençol dobrado, sobre o qual descansarão as nadegas e as partes genitales da mulher. Enrolar-lhe-ha, em torno do baixo ventre, huma faxa larga, que lhe fique medianamente apertada, mais para comprimir as visceras ahí contidas, e prevenir qualquer congestão, do que para evitar o engrandecimento das paredes abdominaes, como se tem supposto.

Recommendará que se lhe evite tudo aquillo que lhe possa desagradar, ou que lhe cause incommodidade ou excitamento. A limpeza não só será conservada em tudo que se acha em immediato contacto com a recém-parida, porém tambem em tudo que estiver proximo á cama; e por isso as roupas do uso, sujas ou molhadas, serão todos os dias substituidas por outras, com as competentes cautelas.

Prescrever-lhe-ha huma restricta dieta concedendo-lhe apenas dois ou tres ligeiros caldos por dia, e unicamente lhe permittirá o fazer uso de bebidas emollientes. A restricta dieta será conservada até ter apparecido a chamada febre do leite.

A Parteira prestará toda a attenção ás excreções da urina e materias fecaes, e á fluxão lochial; e não permittirá que a mulher se levante em quanto esta fluxão for abundante, e em quanto as partes comprehendidas na execução do parto se conservarem frouxas e brandas.



Secção 4.^a Dos deveres da Parteira para com o recém-nascido.

Assim que o feto tem franqueado a vulva da mãe, a Parteira o põe deitado de lado, atravessado entre as coxas da mesma mãe, com o dorso voltado para as partes genitales della.

Examina se o cordão umbilical está enroldado no pescoço, ou em outra qualquer parte do corpo do recém-nascido, para o desembaraçar e cortar depois, esperando comtudo que elle chore ou grite, ou que as arterias umbilicaes deixem de pulsar, para o incisar.

Antes de praticar a secção do cordão o ata cinco ou seis dedos transversos áquem do umbigo, devendo a secção ser feita hum dedo abaixo do atado entre elle e o mesmo umbigo.

Põe a criança sobre o lençol enxuto, que tem no seu regaço, e a cobre com huma parte do mesmo lençol, conservando a porção do cordão cortado apertada entre os dedos, para obstar á sahida do sangue, e a ata depois com hum fitilho ou listão, feito de quatro linhas

postas parallelamente e enceradas. Antes de apertar o nó examina a porção do cordão, o qual pôde conter em si huma ansa de intestino, que fará recolher para o baixo ventre, pelo anel umbilical, por brandas pressões, quando huma tal hernia exista.

A ligadura deverá ser feita hum ou dois dedos transversos distante da superficie abdominal, dando-lhe o sufficiente aperto para obliterar as arterias umbilicaes; e para desvanecer tódo o receio de hemorrhagia, huma segunda ligadura, hum pouco afastada da outra, poderá ser applicada.

Segue-se limpar a criança do serumen, do sangue, e de quaesquer outras impuridades existentes na pelle, para o que a Parteira a mette em huma bacia de sufficiente tamanho, que contenha agua quente, cujo gráo de calor exceda hum pouco aquelle do recém-nascido, e depois de bem lavado o enxuga convenientemente com o mesmo lençol do regaço, para depois o vestir.

O vestuario deve ser feito de estofos ou pannos brandos permeaveis ás urinas, enxutos e aquecidos, seguros e apertados de modo que não embarace os movimentos á criança, nem lhe dificulte a circulação ou respiração.

A cabeça e o peito são as partes da criança, que a Parteira primeiro deve cobrir; deita-a sobre o dorso no seu regaço, embrulha o pedaço do cordão em hum bocado de panno de linho fino e brando, e o põe transversalmente

sobre o lado esquerdo do abdomen, e sobre o umbigo huma compressa, mantendo tudo com huma faixa de ventre pouco apertada.

Quando tiver cahido o cordão, o uso da compressa deve continuar ainda por alguns dias, assim como da faixa contentiva. As compressas hão de ser sêccas, e pulverizado o umbigo com pós de folhas de murta, quando nelle hajão humidades.

Se houver demora nas excreções das urinas ou do meconio, a Parteira investigará se existem defeitos, que obstem a estas excreções, e os removerá, se lhe for possível, ou recorrerá a quem o saiba fazer. A excreção urinosa talvez possa ser promovida por meio de banhos de agua tepida ou de cozimentos de parietaria, malvas, &c., e a do meconio por ligeiras bebidas laxativas, devendo ter preferencia huma colhér de xarope de chicoria composto, dissolvido em quanto baste de agua morna, dado em pequenas dóses de quando em quando ao recém-nascido

Todas as partes da criança devem ser escrupulosamente examinadas pela Parteira, antes de começar a vesti-la, a fim de lhe descobrir algum vicio organico, quando o haja, para ser remediado como for possível.

Morte apparente do recém-nascido.

Succede algumas vezes nascerem as crianças em o estado de morte apparente, prove-

niente da apoplexia, ou da asphyxia. Estas affecções são, no maior número de casos, a consequencia dos partos muí laboriosos e demorados, ou d'aquelles, em que os fetos se tem apresentado ao orificio uterino e estreito abdominal pela sua extremidade pelvica, vindo adiante as nadegas. Este estado deve ser bem depressa seguido da morte real, se a Parteira não prestar promptos e proficuos auxilios.

Apoplexia sanguinea. Esta affecção depende da congestão sanguinea dos vasos cerebraes, e dos das suas meningens. O recém-nascido se apresenta com huma côr violete arroxada por toda a sua superficie exterior, mais particularmente nas partes superiores do corpo; conserva o calor natural, e a flexibilidade dos seus membros; nenhuma sensibilidade ou mobilidade se manifesta nos seus orgãos, nem tambem movimentos apparentes nos orgãos circulatorios sanguineos.

A primeira indicação a preencher he fazer correr o sangue pelos vasos umbilicaes do cordão, fazendo a secção dellles; se isto não bastar, a Parteira immerge a criança em huma bacia que contenha a sufficiente quantidade de agua quente, e lhe percorre a boca com o dedo indicador para della tirar algumas mucosidades que ahi estejam accumuladas.

Se estes auxilios aproveitão, a criança o manifesta pelos gritos, pelo choro, pela respiração, e pelas pulsações do coração e das arterias.

Asphyxia. A nimia debilidade faz com que algumas vezes os fetos nascão sem que chorem, gritem e respirem, a cujo estado se tem dado o nome de asphyxia: a sua pelle he então descorada, a circulação sanguinea quasi imperceptivel, o coração não pulsa, porém o calor se lhe conserva quasi no estado natural.

Esta attenuação das funcções provém da prolongação dos partos, das manobras da versão, da prematura expulsão dos fetos, e das excessivas perdas sanguineas succedidas no tempo, ou pouco antes da parturição.

Limpar a boca das mucosidades, conservar a integridade do cordão umbilical, se as suas arterias ainda pulsão, e se a placenta conserva ainda as correspondencias com o utero da mãe, taes são os primeiros deveres da Parteira para com a criança asphyxiada; porém se as relações funcçionaes tem cessado entre a mãe e o filho, o cordão umbilical deverá immediatamente ser ligado e cortado para outros meios serem postos em prática.

A Parteira aproxima a criança de hum fogareiro acceso, mergulha-a até ás axillas em hum banho de agua tepida, vigorizada com agua ardente, vinho ou vinagre; faz-lhe ligeiras precussões por differentes partes do corpo, alguns chupamentos com a boca sobre as mamas, ou lhe applica sobre estas regiões algumas ventosas, faz-lhe fricções sobre a superficie do corpo com huma escova fina, ou com flannels embebidas em agua de Colonia ou agua-

ardente, particularmente nas regiões temporaes, pescoço, lombos, e dorso; estimula-lhe o interior da boca e as fossas nasales com a rama de huma penna de escrever, &c. &c. Em quanto emprega estes meios tem a criança envolvida em pannos de baetas aquecidos e enxutos.

Se por estes meios o recém-nascido não der signaes de vida, a Parteira recorrerá á insuflação do ar atmosferico, insuflando-o ou com a sua mesma boca na da criança, ou pelo meio do tubo laringeo de Chaussier, cuja extremidade será introduzida na glote, e pela outra extremidade do tubo lhe assoprá.

Introduzido o ar nos pulmões por qualquer meio, a Parteira produzirá a expiração d'elle por brandas compressões feitas no baixo-ventre; e esta especie de respiração artificial será repetida tantas vezes quantas se julgarem necessarias e convenientes.



CAPITULO VI.

Do parto difficilissimo, ou da dystocia.

Considerações Gerais.

O parto se difficulta e mesmo se impossibilita effectuar-se pelos esforços naturaes da parturiente, por mui variadas causas, que provindo humas da mãe, e outras do filho, ellas não pôdem ser removidas sem que se recorra a procedimentos operatorios obstetricios, que por sua natureza os denominaremos, huns *parteja-mentos instrumentaes*, e outros *manuaes*.

Em quanto aos primeiros a lei só permite á parteira usar de instrumentos cirurgicos na presença dos Professores; porém em quanto aos segundos a lei não lhe veda o exerce-los livremente.

Torna-se portanto indispensavel tratar de tudo o que he relativo ao parto difficil, assim como do que convem fazer para obstar ou remediar a inconveniencia e máos resultados que as causas anormaes pôdem determinar na mãe, no filho, ou em ambos juntamente, para a Parteira poder desempenhar os deveres de seu ministerio, nos limites que a lei lhe marca, o que vai ser descripto nas seguintes secções.



Secção 1.^a Das causas da dystocia.

As causas da dystocia sendo muitas e mui variadas, nós só faremos commemoração daquellas, em consequencia das quaes a Parteira deve proceder ao partejamento manual ou instrumental, segundo as circumstancias em que o parto se acha.

Estas causas de obstaculo ao parto, provindo da mãe ou do filho, tanto humas como outras pódem reclamar hum prompto auxilio, ou este ser-lhe differido por algum tempo.

A Parteira nunca emprehenderá o partejamento manual ou instrumental, quando supozer desproporção absoluta entre o volume da cabeça do feto e os diametros dos estreitos da bacia da mãe, e só sim o poderá exercer quando as partes genitae da mãe tiverem huma normal estructura; assim como quando os accidentes morbidos occorridos se tiverem aggravado a tal ponto, que toda a demora se torne funesta, ou que a presença de hum Professor se julgue muito demorada ou pela distancia ou pela hora.

§ I. Causas de dystocia provenientes da mãe.

As causas ou accidentes, que tornão o parto difficil, ou arriscado, provenientes da mãe,

e que necessitão hum prompto auxilio são : 1.^o as hemorragias activas , principalmente as uterinas ; 2.^o as epilepsias convulsivas ; 3.^o as synopes ; 4.^o a inercia do utero ; 5.^o a sua excessiva obliquidade ; 6.^o a existencia de huma grande dilatação aneurismal ; e 7.^o o estrangulamento de hum intestino herniado.

§ II. *Causas de dystocia provenientes do filho.*

Estas causas consistem : 1.^o nas más apresentações , e posições do feto ao orificio uterino , e estreito abdominal ; 2.^o na procidencia do braço pela vulva com a apresentação da espadao ao orificio uterino ; 3.^o no prolapso de huma ansa do cordão umbilical pela vulva ; e 4.^o em alguns dos casos em que no utero existe mais de hum feto.



Secção 2.^a Do partejamento manual nas apresentações do feto pela pelve.

Quando occorre qualquer accidente em hum parto , no qual o feto se tenha apresentado ao estreito abdominal pela sua extremidade pelvica , e que seja necessario effectua-lo pelos auxilios da arte , eis o modo como a Parteira deve conduzir-se.

Situa a parturiente sobre o seu dorso no bordo da cama com as nadegas elevadas e ex-

cedendo hum pouco o mesmo bordo; as coxas e pernas em meia flexão, afastadas, e seguras por ajudantes; reconhece as partes apresentadas do feto e as suas correspondencias com aquellas da mãe; procura-lhe os pés para os trazer para fóra da vulva ambos juntamente, quando lhe seja possível, ou hum por cada vez.

Envolve cada hum em huma toalha enxuta e lhe pega, com a mão esquerda no pé esquerdo, e com a mão direita no pé direito, se o dorso do feto corresponde ao lado esquerdo da bacia da mãe, e vice versa se corresponde ao lado direito da bacia. Os pés devem ser apprehendidos por extensas superficies, para ser menos doloroso o effeito das compressões, protegidas as suas articulações, e quando as coxas do feto tiverem sahido para fóra da vulva, as mãos da Parteira devem hir pegar então nas partes superiores das pernas, por onde se articulão com as mesmas coxas.

O feto deve ser puxado para a parte inferior sobre o bordo anterior do perineo, no parallelo do eixo do estreito abdominal, dando-lhe huma direcção espiral, até que o seu dorso corresponda a hum dos ramos da arcada publica, e o peito ao ligamento sacro-ischiatico opposto. Conduzido o feto por este modo, as espaduas e o diametro bi-parietal se estabelecem em hum dos diametros obliquos do estreito abdominal, e os diametros dorso-thoracicos, e occipito frontaes no diametro do estreito, que cruza o antecedente.

As mãos da Parteira, que abrangião o feto pelas nadegas, devem ser transportadas, huma para a parte anterior e inferior, e a outra para a parte posterior e superior do tronco do mesmo feto, ficando os dedos, mediano e indicador da primeira, prolongados pelo baixo ventre, hum pouco afastados, recebendo no seu intervallo a parte correspondente do cordão umbilical, para ficar ao abrigo de qualquer compressão. Se o cordão estiver mui estirado, ou alguma ansa delle passar por entre as pernas do feto, a Parteira, com os dedos indicador e pollex da mão que corresponde á parte anterior do mesmo feto, puxará pelo cordão até ter tirado para fóra da vulva huma porção, que forme hum seio proporcional ao comprimento da parte do feto, que deve sahir, e que for necessario para o desembaraçar.

Logo que as espadoas tenham franqueado o estreito superior da bacia, a Parteira as conduzirá na direcção do diametro antero-posterior da excavação, e levantará o tronco do feto para os pubis da mãe, até a espadoa, que está posterior, ter franqueado o estreito perineal, cuja sahida deve ser ajudada pelos dedos indicador e pollex da mão que correspondia ao dorso do feto, introduzindo o primeiro dedo sobre a mesma espadoa, e o segundo por baixo da axilla, escorrega com elles pelo braço do feto, e o tira para fóra da vulva, aproxima-o do tronco, e com esta mão segura o feto, e o abaixa em totalidade para o perineo da mãe;

e com a mão com que o segurava pela parte anterior faz huma semelhante manobra para desembrasar a outra espada, e extrahir o braço que se achava por detraz dos pubis, e o prolonga pelo tronco.

Faz então subir os dedos, indicador e mediano, da mão com que acabou de extrahir o ultimo braço, pela sua parte anterior, até estes terem chegado á mandibula superior, onde firma as suas extremidades aos lados do nariz, e sustenta o feto: prolonga os mesmos dedos da outra mão pelo dorso até alcançar o occiput, onde apoia as suas pontas.

Seguro por este modo o feto, a Parteira o faz rodar sobre o seu eixo perpendicular, até que o diametro fronto-occipital da cabeça corresponda ao diametro sacro pubiano da mãe.

Procede então á extracção da cabeça pela seguinte maneira: faz elevar o tronco do feto para o monte de Venus da mãe, obrigando ao mesmo tempo a cabeça a fazer hum movimento de flexão determinado por huma accção impellente sobre o occiput e as maxillas, com os dedos que se achão postos nestas partes.

A ponta da barba do feto apparece na vulva da mãe, depois a face e a testa, com appareção da qual a Parteira faz abaixar o feto, em totalidade, para o perineo, e com este movimento o occiput franquea o estreito perineal e abertura vulvar, sahindo por baixo da parte superior da arcada publica.

Toda esta serie de movimentos e de trac-

ções serão executados pela Parteira de hum modo regular e uniforme, assimilhando os, quanto for possível, áquelles produzidos pela natureza nos partos espontaneos.



Secção 3.^a Do partejamento manual nas apresentações cefalicas, e pelas espadoas.

Quando em qualquer destas apresentações se offerecem casos, que tornem indispensavel extrahir o feto por huma operação manual, ella não póde ser effectuada sem préviamente se ter feito a versão delle. Consiste esta em huma volta que se faz dar ao mesmo feto dentro do utero da mãi, trazendo para o seu orificio os pés.

§ I. *Da versão nas apresentações cefalicas.*

Apresentando-se o feto pela sua extremidade cefalica ao estreito superior da bacia, a Parteira deve primeiramente arredar delle a cabeça do mesmo feto, introduzir depois a mão no utero, percorrer com ella os lados do tronco, procurar-lhe as nadegas, pegar-lhe em qualquer dos pés, e trazer-lhos para a vagina ou para fóra da vulva.

A mão com que deve entrar no utero será aquella, cuja face palmar corresponder á parte anterior do feto, nas posições esquerdas ou di-

reitas d'elle; porém quando o seu occiput estiver directamente voltado para os ossos pubis ou sacro, será indifferente usar desta ou daquella mão.

A mão que deve entrar dentro do utero será reduzida ao menor volume possível pela aproximação dos seus dedos; untado o dorso e parte superior do antebraço com huma substancia gordurenta; apresenta-la na vagina na pro-nação, e dirigi-la na supinação na proporção que for com ella entrando no utero; leva-la no paralelo dos eixos dos dois estreitos; escolher o momento da dor para a introduzir na vagina, e esperar que a dor cesse para a introduzir no utero.

A outra mão da Parteira será posta sobre as paredes do ventre da parturiente, na parte correspondente ao fundo do utero, não só para com ella segurar o mesmo utero, como tambem para carregar sobre as nadegas do feto, para que os pés vão topar com a mão que os procura.

A parturiente deve ser posta e segura da mesma maneira como para a extracção pelos pés nas apresentações pelvicas.

§ II. *Manobra da versão na 1.^a posição occipito lateral esquerda.*

Nesta posição a Parteira introduz no utero a mão esquerda, abrange com os dedos a cabeça do feto, empurra-a para a fossa iliaca esquerda, avança depois com os mesmos dedos

por todo o lado esquerdo do feto até chegar á nãdega , desce então com elles pela coxa correspondente e perna até pegar no pé , e o conduz para a vagina ou para fóra da vulva. Ata-o com huma fita , e segura-o com a mão , que tinha posta sobre o baixo ventre , e torna a introduzir no utero a outra mão , guiada pela perna extrahida , para hir alcançar e pegar no outro pé , o qual deve estar proximo da nãdega esquerda , e o traz do mesmo modo como trouxe o primeiro.

Extrahidos ambos os pés , só lhe resta completar a extracção do feto , empregando todos os meios descriptos na antecedente extracção.

§ III. *Manobra da versão na 2^a posição occipito-lateral direita.*

A mão direita he a que a Parteira introduz para arredar com os dedos para a fossa iliaca direita a cabeça do feto. O lado direito he o que tem a percorrer para alcançar e pegar no pé correspondente , o qual traz para fóra da vulva , do mesmo modo como fica dito ; e termina o parto pela maneira já indicada.

§ IV. *Da versão nas apresentações das espadoas.*

Nestas apresentações , quasi sempre a mão do feto , que corresponde á espadoa apresentada , se acha na vagina , ou fóra da vulva ; o

tronco em huma direcção quasi transversal, e por tanto o parto nunca pôde ser effectuado sem que a posição viciosa seja invertida em huma posição regular.

Os pés do feto devem occupar o lado direito da mãe, quando a cabeça se achar postada no lado esquerdo, com a mão esquerda procidente, quando o thorax olhar para a parte anterior; e com a mão direita procidente, se o thorax estiver voltado para a parte posterior.

Estarão dirigidos os pés do feto para o lado esquerdo da mãe, se a cabeça d'elle occupar o lado direito, com a mão direita procidente, se o thorax estiver voltado para a parte anterior, e com a mão esquerda procidente, se tiver o peito voltado para a parte posterior.

Estas duas posições nas apresentações das espadoas serão distinguidas, a 1.^a em *posição cefalica esquerda*, e a 2.^a em *posição cefalica direita*, subdivididas, cada huma, em *thoracica anterior*, e em *thoracica posterior*.

§. V. *Manobra na 1.^a posição cefalica direita, nas apresentações das espadoas.*

A situação da parturiente deve ser como na dos antecedentes partejamentos. A Parteira prepara e dispõe a mão, que deve introduzir no utero, servindo-se da esquerda, se o thorax do feto estiver voltado para a parte anterior; e da direita, se o thorax estiver voltado para a parte posterior.

O braço do feto, que está procidente, lhe servirá de guia para lhe percorrer o lado mais descido até lhe encontrar as nadegas, descer pelas coxas, e apprehender-lhe hum ou os dois pés para os trazer para a vulva; cingindo-se, em todo o resto da manobra, ás regras e preceitos, que foram mencionados nos antecedentes partejamentos.

§ VI. *Manobra na 2.^a posição cefalica direita nas apresentações das espadoas.*

Servir-se-ha a Parteira da mão direita, se o thorax do feto estiver voltado para a parte anterior da mãe; e da mão esquerda, se o thorax estiver voltado para a parte posterior. Empregará os mesmos meios, e ligar-se-ha aos preceitos consignados nas antecedentes manobras para produzir a versão e extracção do feto.

§ VII. *Individações relativas ao partejamento manual, á versão, e á extracção do feto.*

Nas bacias bem conformadas, a presença da mão do feto na vagina da mãe não oppõe obstaculo á Parteira hir dentro do utero pegar-lhe nos pés, volta-lo e extrahi-lo; comtudo o entumecimento das partes apresentadas, o encravamento das espadoas, com parte da região thoracica no estreito abdominal e na excavação, poderão difficultar a introduccão da mão e as outras manobras. Em taes casos de difficuldade

a Parteira reclamará a assistencia de hum Parteiro instruido.

O feto pôde apresentar-se por outras regiões do tronco ao estreito abdominal; porém as manobras da Parteira serão sempre as mesmas, isto he, tendentes a procurar-lhe os pés, traze-los para a vulva, e effectuar por elles a extracção do tronco e cabeça.

A Parteira não terá receio de levar profundamente a sua mão dentro do utero da parturiente, o que deve necessariamente facilitar-lhe o pegar com maior firmeza nos pés do feto. Deverá sempre dirigi-lo no sentido da natural curvadura da sua flexão; trazer-lhe o mais aproximado possível as pernas e as coxas, para prevenir as deslocções; fazer corresponder os maiores diametros do tronco e da cabeça, aos diametros transversos da grande bacia e estreito abdominal, e o seu dorso ás paredes abdominaes da mãe; finalmente obterá o melhor resultado, se puxar por ambos os pés ao mesmo tempo, e se na extracção do feto proceder do mesmo modo como a natureza opéra quando por si só o expulsa.



Secção 4.^a Do Partejamento instrumental.

Só he permittido á Parteira fazer uso, nos casos de dystocia, de instrumentos obtusos, para facilitar a sahida do feto, ou effectuar-

he a extracção; devendo comtudo ser feito isto na presença de hum Professor. Estes instrumentos são o *forceps*, e a *alavanca obstetricia*.

§ 1.º *Do forceps, e sua applicação.*

O *forceps* he hum instrumento composto, feito de ferro temperado, formado de duas *hasteas*, nas quaes se nota, em cada huma, a parte *colhér*; o ponto da *juncção*, e a *pêga*, ou o *cabo*.

A *colhér* he curvada tanto na superficie chata, como no seu bordo: estas curvaduras são destinadas a adaptarem-se á cabeça do feto, e á arcada e excavação da bacia da mãe. A face chata he fendida no centro.

O *ponto da juncção* he differente em cada huma das *hasteas*; huma tem hum quicio ou gonzo de parafuso firme, adelgaçado no seu meio; a outra tem huma fenda, que encaixa no gonzo, e pelo atarraxado do seu parafuso ficão firmemente articuladas ambas as *hasteas*.

O *cabo* he a porção recta das *hasteas*, terminada em volta de gancho, onde apoia o bordo cubital da mão, que segura o *forceps* na occasião de puxar por elle.

A *hastea* que tem o gonzo se chama *esquerda*; a que tem a fenda ou encaixe, *direita*.

A concavidade da parte achatada das *colhéres* he destinada a pegar sómente na cabeça do feto pelas partes lateraes d'ella, quer se tenha apresentado primeiro, quer tenha vindo depois da sahida do tronco.

O eixo longitudinal das colhéres deve ficar paralelo ao eixo mentu-occipital do feto, e a extremidade arredondada das mesmas colhéres proxima da ponta da barba ou do occiput, segundo a posição e correspondencias da cabeça do feto com os differentes pontos da excavação da bacia da mãe. Sómente julgamos indicada a applicação do forceps á cabeça do feto, quando ella estiver entranhada na excavação.

Os casos que demandão a applicação deste instrumento são: 1.^o quando a cabeça do feto tem hum volume absoluto ou relativo maior que os espaços da bacia, por onde deve passar; 2.^o quando houver a inercia do utero, e que as contracções uterinas não tenham podido manifestar-se, sollicitadas por outros meios; e 3.^o quando occorrerem accidentes que ponhão em risco a vida da mãe ou do feto, e que a sua extracção por meio do forceps offereça mais probabilidades de melhor resultado.

§ II. *Regras especiaes da applicação do forceps.*

1.^o Quando a cabeça do feto se tiver introduzido na excavação, quer esteja posta directamente com o seu diametro fronto-occipital no paralelo do diametro sacro-pubiano, quer no paralelo dos diametros obliquos; a hastea esquerda he a que primeiro deve ser introduzida pelo lado esquerdo da bacia da mãe, segura com a mão esquerda da Parteira; e guiada pela mão direita; a hastea direita deve ser introdu-

zida depois pelo lado direito da bacia, segura com a mão direita, e guiada pela mão esquerda.

2.º As hasteas devem ser introduzidas de modo, que as cavidades das curvaturas dos bordos das colhéres correspondão á arcada publica, e as convexidades das curvaturas das partes chatas das colhéres ás partes lateraes da concavidade da excavação.

3.º A mão da Parteira, destinada para franquear o lugar por onde as hasteas do forceps devem penetrar na excavação, deve sempre ser introduzida pela parte posterior da vagina, que corresponder a huma ou outra das symphyses sacro-iliacas, por entre a mesma vagina e utero, e a cabeça do feto.

4.º Cada huma das hasteas do forceps devem ser seguras, pela sua parte média, com os dedos indicador e mediano prolongados pela superficie exterior da hastea, e o dedo pollex posto na superficie superior no ponto da junção.

5.º As hasteas devem primitivamente ser aquecidas, e untadas as superficies convexas das colhéres com huma substancia unctuosa.

6.º A parturiente deve ser situada na mesma posição que lhe assignámos para o partejamento manual; segura por ajudantes, havendo hum mais para administrar e preparar os instrumentos.

7.º A Parteira tomará huma posição e attitude tal, que as suas acções não soffrão constrangimento, e que possa facilmente puxar pelo

forceps no sentido dos eixos abdominal e perineal, como lhe convier.

8.º Huma das mãos da Parteira puxa pelo forceps, segurando-o pela parte superior dos cabos das hasteas, ficando-lhe o bordo cubital encostado nas voltas delles, em quanto que com a outra o segura pela parte inferior, no ponto da junção das mesmas hasteas.

§ III. *Mechanismo operatorio nas apresentações cefalicas.*

Situada e segura a parturiente como convem, a Parteira introduz a mão direita pelo lado esquerdo da vagina, e tacteja com as pontas dos dedos o lado parietal da cabeça do feto, que deve achar-se desembaraçada do collo uterino; péga com a mão esquerda na hastea esquerda do forceps, aproxima o cabo á virilha direita da paciente, apresenta a borda da colher á entrada da vulva, e a faz subir por entre o parietal e face palmar da mão; e na proporção que avança, vai descendo com o cabo da direita para a esquerda, até ficar no paralelo do eixo perineal.

Entrega esta hastea ao ajudante, que segura pelo lado esquerdo a paciente; introduz a mão esquerda pelo lado direito da vagina para o desempecer; péga na hastea direita do forceps com a mão direita, aproxima-lhe o cabo da virilha esquerda, apresenta o extremo da colher á vulva, e a faz entrar nella por entre a face palmar da mão, e a parte corresponden-

te da região parietal do feto, traz o cabo para entre as coxas da paciente, tira a mão que se achava na vagina, e pegando com ella nò cabo da hastea esquerda, que o ajudante segurava, aproxima a fenda ao gonzo, faz-lhe o encaixe, e firma-lhe a articulação por huma volta da rosca do gonzo.

A Parteira péga então com a mão direita nos cabos das hasteas do forceps, junto das suas voltas pela parte superior; com a mão esquerda abrange, pela parte inferior, o ponto da junccão das mesmas hasteas; dá-lhe o conveniente gráo de apêrto, e procede á extracção da cabeça, operando de modo, que os seus maiores diâmetros correspondão aos maiores espaços da bacia, imitando neste processo aquelle, que a natureza executa no parto espontaneo.

Quando, por este modo, tem vencido a opposição do estreito perineal, e que a cabeça do feto distende as partes brandas da mãe, a Parteira, nesta occasião, eleva para o monte de Venus os cabos do forceps, e comprime com a mão esquerda o perineo. Por estes movimentos combinados, o occiput do feto roda sobre a parte superior da arcada publica, e a commissura posterior da vulva escorrega sobre a testa e rosto do feto, até ultrapassar a ponta da barba, e ficar completamente a cabeça fóra da vulva.

Tornando-se necessario fazer a extracção do tronco do feto, a Parteira introduz a face palmar da mão esquerda ao longo da região thoracica do feto, e a face palmar da mão di-

reita ao longo da região dorsal ; faz o movimento rodatorio até que as espadoas se estabelecão no diametro coccygio-pubiano da bacia ; insinua os dedos indicadores das mãos nas axillas do feto, onde os firma á maneira de ganchos, e o extrahe para fóra da vulva pelo mesmo modo como a natureza o expelle no parto natural.

§ IV. *Mechanismo operatorio nas apresentações pelvicas.*

Se o tronco do feto tem vindo primeiro que a cabeça para fóra da vulva, quer por os esforços naturaes, nas apresentações pelvicas, quer por os effeitos da versão no partejamento manual, a cabeça do feto póde estar retida na excavação, e ser indicada a sua extracção por meio do forceps.

Para proceder á operação se promptificará tudo como para o antecedente processo, e posta e segura a paciente convenientemente, a Parteira manda levar o tronco do feto para a parte a que corresponde o occiput, até a vulva ficar desembaraçada, para sem estorvo poder introduzir nella a mão e o forceps.

A Parteira aplaná, com a mão direita, o lado esquerdo da vagina, por onde a haste esquerda do forceps deve ser introduzida ; péga nesta com a mão esquerda, e faz penetrar a colhér por entre a face palmar da mão direita e o lado da cabeça que lhe corresponde. Faz subir a colhér até onde convem ; faz abaixar o cabo até entre as coxas da parturiente, entre-

ga-o a hum ajudante; procede á introducção da outra hastea, e termina a extracção da cabeça, adoptando na direcção e nos movimentos que executa, a marcha que a natureza segue quando espontaneamente obra.

§ V. *Individações sobre a applicação do forceps.*

Suppozemos a applicação do forceps á cabeça do feto, quando esta se acha já hum pouco entrada na excavação da bacia, tendo-se apresentado pelo vertice, achando-se na posição occipito-pubiana, por ser esta a que, no maior número de casos, se encontra; porém, ainda que o occiput esteja hum pouco voltado para a esquerda ou direita da bacia, o modo da applicação das hasteas do forceps não deve mudar, advertindo que a Parteira, depois de ter apprehendido com as colhéres do forceps a cabeça do feto, deve locar o seu diametro fronto-occipital, por hum movimento rodatorio para a direita ou para a esquerda, antes de apprehender a extracção da mesma cabeça, no parallelo do diametro coccygio-pubiano.

Se, pelo contrário, na apresentação cefalica, o occiput estiver voltado para a curvatura do osso sacro, a applicação das colhéres do forceps será fundada nos preceitos descriptos, devendo tambem a Parteira fazer o movimento rodatorio com o forceps para a direita ou para a esquerda, até pôr em parallelo o diametro fronto-occipital da cabeça do feto, com o diametro coccygio-pubiano da bacia da mãe; pô-

rém quando tiver de fazer franquear a cabeça o estreito perineal e a vulva, o cabo do forceps deve ser levantado para o monte de Venus até o occiput montar a commissura posterior da vulva, abaixando-o depois. para a testa e a face passarem por debaixo da arcada publica, fazendo rodar a região cervical do feto sobre a parte anterior do perineo da mãe.



Secção 5.^a Da Alavanca obstetrica e da sua applicação.

A *alavanca* obstetrica, de que hoje se faz uso, tem a fórma de huma colher do forceps, com huma só curvadura sobre a face chata, para se accommodar á convexidade do occiput do feto, e se fixa por hum parafuso, que tem na sua extremidade, a hum cabo de páo.

O uso mais geral deste instrumento he para endireitar a cabeça, principalmente quando ella está muito revirada para o dorso em algumas das apresentações da face; ou para a fazer rodar sobre o seu eixo perpendicular, e trazer o diametro fronto-occipital a huma conveniente posição. Alguns se persuadem tambem, que em certos casos de dystocia, se póde fazer uso da alavanca como extractor da cabeça do feto.

Qualquer que seja o fim, para que nos queiramos servir da alavanca, a sua colher só deverá ser applicada ao occiput do feto, quando a cabeça tiver entrado para a excavação.

§ Unico. *Applicação da alavanca obstetrica.*

A parturiente será disposta do mesmo modo como para os antecedentes partejamentos. A Parteira introduz huma de suas mãos, segundo que o occiput está voltado para o lado esquerdo ou direito da bacia, na vagina, e a favor della faz penetrar na vulva a colher da alavanca, na qual péga pelo seu meio com a outra mão, e dirige o instrumento debaixo dos mesmos preceitos descriptos para a introduccão das hasteas do forceps.

Os dedos da mão da Parteira, que estão dentro da vagina, conduzem o concavo da colher da alavanca para a parte convexa do occiput, ou para huma das eminencias parietaes, segundo a indicação que tem a preencher; depois do que, tira a mão para fóra da vulva para pegar no cabo do instrumento, e dirige os dedos mediano e indicador da outra mão á face do feto, e os firma na maxilla superior aos lados do nariz, em quanto que com o dedo pollex segura a parte da hastea da alavanca, a que corresponde. Fixado o instrumento, a Parteira faz uso d'elle, ou para mover a cabeça do feto no sentido da flexão, estando revirada para o dorso, ou para a endireitar, estando inclinada para hum outro lado, ou mesmo para a extrahir, se lhe convier; cingindo-se, no progresso da operação, a todos os preceitos recommendados na applicação das hasteas do forceps.

CAPITULO VII.

Dos phenomenos consequentes ao parto.

Os phenomenos consequentes ao parto se referem á mãe e ao recém-nascido, os quaes podendo ser, tanto em hum como em outro, normaes ou anormaes, a Parteira deve saber apreciar os seus caracteres para bem os distinguir,



Secção 1.^a Dos phenomenos relativos á mãe.

O utero desembaraçado do feto e dos seus annexos, começa a contrahir-se para despejar o sangue que ainda peção os seus vasos, expulsar os coagulos, e reduzir-se ao seu antecedente volume. Estas contracções pouco dolorosas, alternativas e intermittentes, durão de 24 a 72 horas; comtudo algumas vezes as dores são intensas, mui semelhantes ás dores das menstruações difficeis, as quaes são conhecidas com o nome vulgar de *dores de tortus*, *tenesmo uterino*. Ellas costumão ser, no maior número de casos, o preludio da febre puerperal.

O sangue continuando a correr pela vagina, constitue o que se chama *fluxo lochial*, o

qual consiste, no princípio, na saída de hum sangue puro e sem cheiro, que diminuindo na quantidade, torna-se depois seroso, commumente na epoca da segregação do leite, ao terceiro dia pouco mais ou menos; ao quinto dia adquire hum cheiro fetido, e o aspecto purulento, que muda para sero-mucoso, e assim se conserva até a menstruação se restabelecer.

Este fluxo dura, pouco mais ou menos, de trinta a quarenta e cinco dias, faltando, commumente, assim como as subseqüentes menstruações, aquellas que amamentão.

O parto he algumas vezes seguido de frios espasmodicos e de desfallecimentos; porém estes symptomas são de pouca duração, e quasi nunca seguidos de más consequencias.

Tres dias depois do parto se manifesta, ordinariamente, na puerpera hum estado febril, com calor e secura de pelle, dor de cabeça, com inchaço e gradual endurecimento das mamas, e ligeira dor nellas. Este estado dura vinte e quatro horas, depois do que a febre diminue, e as mamas se despejão quasi espontaneamente.

O aspecto do primeiro leite, que se chama então *colostrum*, he seroso, de sabor desagradavel, torna-se depois branco, consistente e adocicado, e he tanto mais espesso e nutritivo, quanto a amamentação mais se prolonga.

Se a puerpera não amamenta o filho, ao estado febril succede hum copioso suor, que dissipa a febre, e as mamas se desengorgitão gradualmente.



Secção 2.^a Dos phenomenos relativos ao filho.

O primeiro phenomeno que succede á criança, no momento de nascer, he o da respiração, que se annuncia por hum grito ou choro; este phenomeno he seguido de muitos outros, e os mais essenciaes são, a expulsão de algumas mucosidades contidas na boca, da urina, e do meconio.

O recém-nascido manifesta tambem, logo que nasce, a precisão de alimentar-se, por huma acção de chupamento, que executa sobre qualquer corpo, que se lhe aproxime aos beiços, e que tenha a similhança do bico de peito.

Em alguns recém-nascidos se manifestão echymosis provenientes do acto do parto, as quaes desapparecem do terceiro ao quarto dia. Os que tem huma pelle rubra adquirem ás vezes huma côr amarellada, que se desvanece tambem até ao oitavo dia.

A porção do cordão, que resta pegada ao umbigo, murcha e desseca-se dos dois aos quatro dias, e aos oito cahê completamente. As materias fecaes vão pouco a pouco amarellecendo, tornão-se fetidas, e hum tanto consistentes.

A amamentação pôde prolongar-se até á idade dos dois annos, e em algumas crianças

póde ser vantajoso addicionar á amamentação alimentos solidos.

A dentição costuma manifestar-se até ao sexto mez pouco mais ou menos. O desenvolvimento dos orgãos do recém-nascido se faz gradual e progressivamente, de modo que cada anno cresce de cinco a seis pollegadas.



Secção 3.^a Dos phenomenos communs á mãe e ao filho.

Estes phenomenos são os da amamentação, os quaes entrão no plano da natureza, porque á experiencia prova que a amamentação pela própria mãe he singularmente vantajosa a ambos elles. Evitando á mãe hum abundante plethora, a preserva das affecções inflammatorias; além de que a continuada excreção do leite a põe ao abrigo dos influxos morbidos que a repentina suppressão delle lhe poderia causar. Pelo que respeita ao filho não admitte dúbida, que o leite da mãe he aquelle que está preparado pela natureza para melhor satisfazer as suas precisões. Não duvidamos que hajão casos excepçionaes, em que á mãe e ao filho melhor conviria, que ambos se afastassem destas regras prescriptas pela natureza.

§ 1.^o Da amamentação materna.

Chama-se mamar, o chupamento feito, pelos beigos e boca da criança, nos bicos dos

peitos da mãe, para por meio d'elle extrahir o leite, que as mamas contém, e prover por este modo a sua sustentação.

A criança deve ser apresentada aos peitos da sua mãe logo que esta se acha isenta das fadigas da paridura. O primeiro leite he o que melhor lhe convem, porque encerra em si os elementos capazes de promover e sollicitar a expulsão do meconio.

Nos primeiros dias a criança mama mais amudadas vezes, tanto porque o seu pequeno vigor não lhe permite fazer prolongados esforços, como porque o leite existe ainda em pequena quantidade segregado nas mamas; porém passadas seis ou oito semanas, chupando com mais força, e affluindo-lhe o leite em maior quantidade, a criança mama com maiores intervallos, e por mais prolongado tempo.

Não he possivel fixar-se a epoca, em que se deva dar á criança, conjunctamente com o leite, outro alimento mais substancial; póde-se admittir, como regra geral, que se torna desnecessario o uso de outra substancia, que não seja o leite, em quanto este, por suas qualidades nutritivas, for sufficiente para a sustentar, o que se conhece pela gordura e desenvolvimento da mesma criança.

Quando parecer conveniente que a criança use de outra alimentação, além da do leite que ella mama, a Parteira fará escolha do leite da vacca engrossado com a farinha de trigo; ou dos caldos de miolo de pão ralado,

preparados de differentes modos; ou de sopas feitas no caldo da carne.

O tempo, em que se deve privar da mama a criança, não está bem determinado ainda; querem alguns que cesse de mamar, quando nella existirem os primeiros vinte dentes, por se acharem então as suas mandibulas já guarnecidas com os instrumentos proprios para a trituração dos alimentos; porém como não ha epoca fixa da sua appareção, segue-se, que o tirar a mama á criança não póde ter tempo determinado.

§ II. *Da amamentação por mulher estranha.*

O leite de huma mulher estranha não póde ser tão proficuo á criança, como aquelle de sua propria mãe, tanto pelas razões já expendidas, como tambem porque o leite soffre mudanças na proporção que a mulher se afasta da epoca do parto; por este motivo o leite deve ser tanto mais util á criança, quanto elle for de tempo mais moderno.

Como ao leite de huma mulher estranha falta a qualidade do colostrum, quando a criança começa a mamar, he necessario, que esta falta se supra por alguma outra substancia, que aproximadamente produza os mesmos effeitos. Isto se obterá dando moderadamente á criança, antes della ter mamado na mulher, agua morna com assucar, mel, ou charope de chicoria; ou o soro do leite, em lugar da agua,

adoçado com estas mesmas substancias; e ser-lhe-ha administrada esta bebida, tantas vezes, quantas forem necessarias para ser expulsado o meconio.

A mulher destinada para amamentar a criança recém-nascida deve ter, pouco mais ou menos, as seguintes qualidades. Sã, vigorosa, bem constituida, de vinte a trinta annos, cabellos castanhos, pelle branca-rosada, dentes claros, gengives vermelhas e consistentes; achar-se isenta de menstruação e de fluxão leucorrhagica; não ter no corpo cicatrizes, que denotem ter tido affecções rachiticas, herpeticas, sarnosas, ou syphiliticas.

Convirá tambem que seja examinada a criança, a quem a mulher ultimamente tiver amamentado, particularmente o seu ano, orgãos sexuaes, e interior da boca; para ver se nestas partes se divisão alguns signaes de affecção contagiosa, por ella communicada á mesma criança.

As suas mamas devem ter hum mediano volume, notarem-se-lhe algumas vêas azuladas por baixo da pelle, asperidades nos seus areolos, e as tetas bem erectas e compridas.

O leite deve ser branco-azulado, de sabor adoçado, sem cheiro, um tanto consistente, de modo que huma pinga delle, posta sobre huma superficie lisa e polida, correndo pela inclinação, faça hum risco, ou cauda esbranquiçada na mesma superficie.

A mulher destinada a amamentar deve ter

as seguintes qualidades moraes; não ser colerica, triste, porca; ser muito cuidadosa para com a criança; e moderada no uso dos alimentos e das bebidas.

As aproximações conjugaes lhe devem ser prohibidas, para evitar-lhe a prenhez, da qual necessariamente hão de provir transtornos na segregação leitosa.



CAPITULO VIII.*Da prenhez extra-uterina.*

A paginas 33 definimos a prehez extra-uterina, e a paginas 34 estabelecemos as suas distincções; agora designaremos os signaes a favor dos quaes podem ser conhecidas, e como ellas commummente terminão; o que vamos tratar nas duas seguintes secções.

*Secção 1.^a Dos signaes da prenhez extra-uterina.*

Distinguimos os signaes das prenhezes extra-uterinas: 1.^o em signaes de persuasão, e 2.^o em signaes de convicção. Os signaes de persuasão se referem aos dos primeiros quatro mezes da gestação, em quanto que os da convicção se attribuem áquelles, que se manifestão depois do quarto mez até ao fim da prenhez.

§ I. Signaes de persuasão.

Estes signaes nada podem esclarecer a Parteira, porque se confundem com aquelles das prenhezes intra-uterinas; não obstante, as prenhezes anormaes se distinguem das normaes, algumas vezes, porque a elevação ou engran-

decimento do baixo ventre, não tem lugar no seu centro, porém, sim em huma das regiões correspondentes ás fossas iliacas internas; por continuarem na mulher as menstruações nos periodos naturaes, por não se entumecerem as mamas, e por sentir dores activas no baixo ventre. acompanhadas de symptomas bastante incommodantes.

§ II. *Signaes de convicção.*

Só quando os movimentos do feto pôdem ser percebidos, que provavelmente se manifestão depois do quarto mez da gestação, he que a Parteira poderá obter estes signaes. Pelo apalpar, e pelo tocar alcançará reconhecer que lugar occupa o feto, isto he, se elle está contido no utero, ou fóra d'elle; e mesmo ser-lhe ha facil perceber mais distinctamente algum dos seus membros.

O estado do corpo e collo do utero lhe poderão tambem fornecer signaes mais claros de diagnostico da prenhez extra-uterina. Estas partes se lhe offerecerão com huma configuração identica áquella do utero desoccupado; além de que esta viscera ordinariamente existirá então em hum dos lados da bacia, naturalmente empurrada pelo kisto que contém o feto.

Os signaes que acabamos de mencionar poderão ser obtidos pela Parteira fazendo ella as investigações tanto pelo meio do apalpar, como pelo meio do tocar, quer pela vagina,

quer pelo intestino recto. Por este ultimo meio, achando-se a cabeça do feto na excavação, poderá obter, além dos signaes que caracterisão esta parte delle, aquelles que fazem reconhecer as suturas e as fontanellas.



Secção 2.^a Da terminação das prenhez extra-uterinas.

No maior número de casos de prenhez extra-uterinas os fetos morrem antes do seu completo desenvolvimento, e o que lhes succede he dessecarem-se ou apodrecer. No primeiro caso as paredes do kisto endurecem, fórmão tumores adquirindo o caracter fibroso, cartilaginoso, ou osseo; e tem succedido, algumas vezes, não causar grandes incommodos taes tumores, nem a mulher soffrer alteração na sua saude; e ainda mais tornar-se o utero gravido por huma outra concepção; comtudo as mais das vezes a mulher he victima de taes prenhez.

No segundo caso, isto he, quando sobrevem o apodrecimento do feto, a mulher he acommettida de huma serie de symptomas muito mais incommodantes, que a fazem succumbir, e raras vezes sobrevive a elles. Eis o que geralmente succede: o tumor do baixo ventre se inflamma e adhere á superficie interna das paredes abdominaes, que se abcedão depois, e a travez do seu rompimento sahe o pus com

porções do feto apodrecidas; outras vezes o tumor se identifica com a vagina ou com huma porção de intestino, e havendo a corrosão de alguma destas partes, por ellas são expellidos para o exterior, tanto o pus como os fragmentos putrificados; finalmente, se o tumor se rompe para a cavidade abdominal, a morte da mulher he a inevitavel consequencia; em quanto que nas duas precedentes terminações algumas tem sobrevivido, e até mesmo curado-se.



CAPITULO IX.*Da Sangria geral e topica, e
da Vaccinação.**Considerações Geraes.*

Torna-se indispensavel a huma Parteira o saber fazer huma sangria por meio da lanceta, applicar sanguisugas, e vaccinar por meio da agulha vaccinica.

A *sangria geral* he hum meio therapeutico, que muitas vezes he reclamado instantanea e promptamente para combater alguns dos accidentes que por vezes costumão accometter as mulheres em trabalho do parto, ou entradas nelle, a qual não podendo ser praticada, no momento urgente, por hum Facultativo, pela distancia, ou a hora adiantada lho obstar, he indispensavel á Parteira o saber sangrar para nas arriscadas occasiões exercer este proficuo auxilio therapeutico.

Pelo que respeita á *sangria topica*, tambem julgamos mais conveniente ser exercida pela Parteira, nas pessoas do seu sexo, principalmente quando houver de ser feita em regiões que o pudor commande o não serem patenteadas a individuos de outro sexo.

Em quanto á *inoculação* do pus vaccínico, operação simples e de facil execução, ella deve ser feita por huma Parteira, de quem a familiaridade com as crianças a habilita para melhor desempenhar esta operação.

Estas considerações nos fazem persuadir, que a operação cirurgica, a *sangria*, por meio da lanceta, a *sangria local*, por meio das sanguisugas, e a *vaccinação* devem ser comprehendidas nos elementos da profissão da Parteira.



Secção 1.^a Da sangria em geral.

A sangria he a evacuação de huma determinada quantidade de sangue methodicamente promovida. Distingue-se em *arteriosa*, *venosa*, e *capillar*; he das duas ultimas que vamos tratar.

§ I. Da sangria venosa.

A Parteira só deve ser apta para praticar a sangria nas vês da flexura do braço, tanto por ser esta sangria a de mais facil execução, tomadas as devidas precauções, como porque ella satisfaz convenientemente a todas as indicações para que este soccorro therapeutico he aconselhado.

A sangria póde ser praticada na vêa *cefalica*, nas *medianas*, e na *basilica*.

O apparelho para a sangria consiste 1.^o

em huma fita de lã da largura de meia pollegada, e do comprimento de tres palmos; 2.º em huma compressa ou pequeno chumaco quadrado, de panno de linho usado e brando, dobrado em nove ou dez dobrás; 3.º em huma atadura de fita ou tira de linho, com a largura de huma pollegada, e o comprimento de cinco palmos, com dois fitilhos nos extremos; 4.º em huma chavana e bacia, onde o sangue deve ser recebido; 5.º em huma lanceta; 6.º em duas toalhas para evitar que o sangue suje as roupas quando esguichar; 7.º finalmente em agua, vinagre, ou qualquer liquido espirituoso ou volatil, para soccorrer a paciente, se for acommettida de alguma syncope ou deliquio.

A situação da paciente deve ser sentada ou deitada, como melhor lhe convier; a da Parteira deve ser de pé ou sentada defronte della, do seu lado direito sangrando no braço direito, e do lado esquerdo sangrando no esquerdo.

Sendo a sangria no braço direito, a mão direita deve ser posta na axilla esquerda da Parteira, e vice-versa sendo a sangria no braço esquerdo. Envolve-lhe circularmente o braço com a fita de lã, pondo o seu meio na parte anterior do braço, dois dedos transversos acima da flexura; conduz para a parte posterior os dois extremos da fita, onde os cruza, e trazendo-os para a parte anterior os ata, por hum nó de azelha, na parte externa do mesmo braço.

O gráo de apêrto, que a Parteira deve dar

ás duas voltas, e ao nó desta fita, deve ser tal, que só suspenda a circulação do sangue nas vêas subcutaneas, e a não empeça na arteria.

Manda pôr em meia flexão o antebraço com o braço á paciente em quanto aprompta a lanceta, a qual deve ser aberta de modo que a sua lamina faça angulo recto com huma das suas talas, em quanto que a outra tala posta entre a lamina e a antecedente tala forme com ambas angulo agudo.

Disposta deste modo a lanceta, a Parteira a segura com os dentes pelas talas; põe o braço da paciente em extensão, pega-lhe com a mão direita no pulso, se he o braço direito que deve sangrar, e vice versa, se he o esquerdo; e abrangendo o antebraço na parte inferior, com a mão esquerda, com o dedo pollex pela parte anterior, e os outros dedos pela parte posterior, leva por huma ligeira compressão o sangue das vêas até á parte superior do antebraço, comprime com o dedo pollex a vêa em que deve praticar a scisura, dois dedos abaixo do lugar onde deve feri-la. Pega com o dedo pollex e indicador da mão direita na lanceta, que está segura entre os dentes, pela lamina proximo do lugar por onde se junta ás talas, de modo que as polpas dos dedos cubrão os olhos da lanceta, e pondo a lamina quasi a prumo, ficando a ponta no meio da vêa, a faz penetrar na cavidade do seu canal, e quando o sangue proflue pelos labios da scisura, abaixa hum pouco o cabo da lanceta, de modo que a ponta

avance para a parte superior, e não profure a vênha na sua parte posterior.

Retira a lanceta no sentido opposto áquelle em que a introduzio, fecha-a, e com a mesma mão péga no pulso da paciente, e retira a outra que abrangia o antebraço; dá a conveniente situação para que o sangue faça hum esguicho continuado, e mesmo manda fazer alguns movimentos com os dedos para o obter; e tendo corrido a quantidade exigida desata a fita, que abrangia o braço, e com o dedo pollex da mão esquerda comprime e puxa para a parte inferior os tegumentos que estão hum pouco abaixo do angulo inferior da scisura, para sustar o jacto do sangue.

Péga com a mão direita no chumaço, applica a sua parte média sobre a scisura, e o sustenta com o dedo pollex da outra mão, abrangendo com os outros dedos o antebraço junto ao cotovelo. applica com a mão direita hum extremo da atadura sobre o chumaço, que também segura com o mesmo pollex, e vai com a mão direita fazendo voltas com o restante da atadura, em fórma de 8 de conta, sobre a parte inferior do braço e parte superior do antebraço até chegar aos fitilhos, que os ata por hum nó seguro.

§ II. *Da sangria capillar.*

Compete-nos só tratar daquella feita por meio das sanguisugas.

As sanguisugas são huns vermes aquaticos, dos quaes só se faz uso therapeutico dos *verdes*, e dos *pardos*. Estes são alongados, achatados, e mui contracteis; terminão os seus dois extremos por hum disco carnosos, do qual estes animaes se servem para se segurarem a qualquer parte por huma acção de chupamento.

O seu dorso he convexo, denigrado e arriado de amatello; a barriga amarellada com manchas negras. A boca he triangular, provida de tres dentes incisivos.

Alimentão-se com o sangue que chupão nos outros animaes cravando-se-lhes na pelle por meio de huma incisão triangular.

Servimo-nos destes vermes como meio therapeutico para extrahir o sangue dos vasos capillares cutaneos. Molha-se a pelle da região a que se applicão com agua adoçada com asucar para mais promptamente pegarem.

Huma sanguisuga grande e vigorosa precisa, para encher-se, chupar meia onça de sangue.

Applicão-se huma a huma, ou muitas juntamente, encerrando-as em hum pequeno copo ou bicheiro de vidro, em hum pedaço de pano de linho, em hum dedal, &c. Quando se recusão a morder excitão-se: 1.^o conservando-se enxutas por algum tempo fóra d'agua; 2.^o pondo-as em huma especie de tortura; e 3.^o mettendo no fundo do copo ou bicheiro hum pedaço de cebola.

Quando estão sufficientemente cheias ca-

hem por si mesmo ; porém conservando-se afe-
radas por muito tempo , despegão-se facilmen-
te apolverisando-as com tabaco em pó, sal,
pimenta, ou qualquer substancia irritante.

Quando pelas scisuras, que ellas tem feito,
sahe pouco sangue, promove-se-lhe a fluxão ap-
plicando-lhe huma ventosa; banhando-as com
agua tepida; ou pondo-lhe em cima huma ca-
taplasma emolliente bem humedecida.

Se ha huma immoderada fluxão sanguinea
pelas scisuras, suspende-se banhando-as com
agua fria, ou mixturando-lhe huma pequena
porção de vinagre; e nos casos de maior he-
morrhagia cauterisão-se com o nitrato de prata
fundido.

Secção 2.^a Da vaccinação.

A vaccinação consiste em hum processo
operatorio, pelo meio do qual he introduzida na
economia huma substancia virulenta, chamada
vaccina, por ser originada e tirada das tetas das
vaccas.

O fluido seroso, que se accumula do quin-
to ao sexto dia nas empolas vaccinicas, he que
se emprega para transmitir, por *inoculação*,
huma affecção, que preserva das bexigas.

Esta substancia preservativa das bexigas
he hum fluido transparente, sem côr e sem
cheiro, viscoso, de sabor acre e salgado, mui
similhante á serosidade que enche as vesiculas
que os causticos produzem. No seu estado lí-
quido ou dessecado he soluvel na agua; expos-

to ao ar desseca-se logo sem perder a sua transparencia.

Os caracteres essenciaes do fluido vaccinico preservativo das bexigas são: 1.º ser viscoso; 2.º sahir vagarosamente da empola vaccinica, formando, quando a empola he picada, huma lágrima de figura de perola; 3.º fazer hum fio quando se toma entre os dedos, e estes se separão; e 4.º tomar huma côr argentina abrilhantada quando se extravasa pela areola, mui semelhante ao muco que o caracol deixa quando se arrasta.

§ I. *Processo operatorio.*

Para ser praticada a inoculação do fluido vaccinico, servir se-ha a Parteira de huma agulha de aço com a ponta lanceolada, e o cabo arredondado. Locar-se-ha assentada ou de pé defronte da pessoa, que deve ser vaccinada, de modo tal, que a luz lhe dê do lado esquerdo.

Péga na agulha pelo cabo, com os dedos pollex e indicador da mão direita, devendo ficar voltada para cima huma das faces chatas da ponta, com a qual pica a bolha vaccinica da pessoa que deve fornecer a substancia preservativa, espera que a lagrima se forme sobre a vesicula, encosta-lhe o bordo da lança da agulha para receber nó seu chato a materia affluida. Segura pela parte interna, com a mão esquerda, o braço da pessoa que se opera; faz tensa a pelle da parte externa do mesmo braço, apoia

sobre ella a ponta da agulha, e penetra no epiderme. Inclina a agulha, e impelle a ponta para esta penetrar por entre o mesmo epiderme e derme na extensão de huma linha; conserva-a, por algum tempo, deste modo para a substancia vaccinica ahi fiar depositada, e depois a retira, applicando ambas as faces da ponta da agulha sobre a picada para ficar bem impregnada da substancia.

Duas ou tres picadas, em cada braço, feitas em linha recta, de alto a baixo, com huma pollegada de intervallo, ordinariamente he as que se costumão fazer.

Alguns costumão servir-se da lanceta para com ella fazerem a vaccinação; porém nós preferimos a agulha.

§ II. *Progresso da vaccinação.*

O progresso da vaccinação póde, pouco mais ou menos, ser distinguido em períodos: 1.^o de *incubação*; 2.^o de *erupção*; 3.^o de *suppuração*; 4.^o de *dessecamento*; e 5.^o de *descamação*.

1.^o *Incubação.* He incluído no espaço dos tres primeiros dias que se seguem á vaccinação; periodo em que se não manifesta symptoma, que positivamente denote ter aproveitado.

2.^o *Erupção.* He caracterizada pela ligeira comichão que se sente nas picadas da vaccinação, que avermelhão, entumecem e fórmão hum pequeno tuberculo vermelho-acinzentado,

desigual e deprimido no centro. Na proporção que o tuberculo cresce, vai-se tornando vesicular, branco-argentino e luzente, e quando se rompe surge delle huma substancia limpida descorada similhante a huma perola.

3.^o *Suppuração.* He depois do oitavo dia que este periodo tem lugar. Manifestão-se dores nos lugares vaccinados, engrandecimento nos areolos dos tuberculos vesiculares, e maior vermelhidão; a vesicula amarellece, e desaparece-lhe a depressão central. No decimo dia estes symptomas se exaggerão, entumecem-se as glandulas axillares, e se declara o frio, a febre, a cefalalgia, e a inappetencia.

4.^o *Dessecamento.* Do decimo-primeiro ao decimo-segundo dia os symptomas acima descriptos diminuem na sua intensidade; começa a dessecação na vesicula tuberculosa do centro para a circumferencia, e ao decimo-sexto toma o aspecto crustoso, espesso, denigrado, intimamente fixado á pelle.

5.^o *Descamação.* He ao vigesimo-quinto dia que a crusta vaccinica vesicular tuberculosa se despega: a pelle que lhe subjaz existe cicatrizada, rubra e hum tanto profundada; porém passado algum tempo embranquece e se nivella com a pelle circumvizinha adjacente.

Os pericdos cujos caracteres temos enumerado, não se manifestão sempre com a regularidade que lhe designamos, e nos persuadimos que jámais elles poderão ser precisados com exacção.

INDICE.

INTRODUCCÃO	Pag.	3
PRELIMINARES		11
CAPITULO I. <i>Das partes da geração da mulher</i>		13
Artigo I. <i>Das partes duras</i>	Id.	
SECCÃO 1. ^a <i>Da bacia</i>	Id.	
— 2. ^a <i>Dimensões da bacia</i>		17
— 3. ^a <i>Da união e junção dos os- sos da bacia</i>		18
— 4. ^a <i>Do uso da bacia</i>		20
— 5. ^a <i>Da bacia revestida com as partes brandas</i>		21
— 6. ^a <i>Dos vícios da bacia</i>		22
— 7. ^a <i>Do modo como se avalia a boa ou má conformação da bacia</i>		24
Artigo II. <i>Das partes brandas da ge- ração</i>		26
SECCÃO 1. ^a <i>Das partes brandas exter- nas</i>		27
— 2. ^a <i>Das partes brandas inter- nas</i>		28
— 3. ^a <i>Das funcções do utero</i>		30
— 4. ^a <i>Dos vícios, affecções e alle- rações das partes bran- das da geração da mu- lher</i>		32

CAPITULO II. Da prenhez		33
	<i>Considerações geraes</i>	<i>Id.</i>
	<i>Prenhez intra-uterina</i>	<i>34</i>
SECÇÃO 1.^a	<i>Dos signaes da gestação</i>	<i>Id.</i>
— 2.^a	<i>Do feto e das suas dependencias</i>	<i>39</i>
	<i>Attitude do feto dentro do utero</i>	<i>43</i>
	<i>Descripção das differentes partes do feto</i>	<i>44</i>
CAPITULO III. Do parto natural, ou eutocia		49
	<i>Considerações geraes</i>	<i>Id.</i>
SECÇÃO 1.^a	<i>Das apresentações do feto</i>	<i>50</i>
— 2.^a	<i>Das posições do feto</i>	<i>53</i>
— 3.^a	<i>Das contracções uterinas</i>	<i>57</i>
	§ I. <i>Fenomenos do primeiro tempo</i>	<i>Id.</i>
	§ II. <i>Fenomenos do segundo tempo</i>	<i>58</i>
	§ III. <i>Individuações dos precedentes fenomenos</i>	<i>60</i>
— 4.^a	<i>Do mechanismo do parto natural nas apresentações cefalicas e pelvicas</i>	<i>63</i>
	§ I. <i>Mechanismo do parto natural nas apresentações cefalicas pelo vertice</i>	<i>Id.</i>
	1.^o <i>Parturição na primeira posição do vertice</i>	<i>65</i>
	2.^o <i>Parturição na segunda posição do vertice</i>	<i>69</i>

3.º Individuações relativas ás apresentações do vertice da cabeça . . .	70
§ II. Mechanismo do parto natural nas apresentações cefalicas pela face	72
1.º Parturição na primeira posição da face . . .	73
2.º Parturição na segunda posição da face . . .	74
3.º Individuações relativas ás apresentações da face	Id.
§ III. Mechanismo do parto natural nas apresentações pelvicas pelas nadegas, pés ou joelhos .	76
1.º Parturição na primeira posição das nadegas, pés e joelhos	78
2.º Parturição na segunda posição das nadegas, pés e joelhos	81
3.º Individuações relativas ás apresentações da pelve	83
CAPITULO IV. Da dequitação ou de-livramento	85
SECÇÃO 1.ª Da dequitação nos partos simples	Id.
§ I. Dequitação espontanea	Id.
§ II Dequitação promo-	

	<i>vida pela arte</i>	87
SECÇÃO 2. ^a	<i>Da dequitadura nos partos de dois ou mais fetos</i>	88
—	<i>3.^a Do delivramento depois do aborto</i>	89
CAPITULO V.	<i>Dos deveres da Parteira para com a Parturiente</i>	91
SECÇÃO 1. ^a	<i>Dos cuidados que a Parteira deve prestar á mulher em quem se annunciação os signaes do parto</i>	Id.
—	<i>2.^a Da conducta da Parteira para com a mulher parturiente</i>	93
—	<i>3.^a Do que a Parteira deve fazer á recém-parida .</i>	95
—	<i>4.^a Dos deveres da Parteira para com o recém-nascido</i>	97
	<i>Morte apparente do recém-nascido</i>	99
CAPITULO VI.	<i>Do parto difficultoso, ou da dystocia</i>	103
	<i>Considerações geraes . . .</i>	Id.
SECÇÃO 1. ^a	<i>Das causas da dystocia .</i>	104
	<i>§ I. Causas de dystocia provenientes da mãe .</i>	Id.
	<i>§ II. Causas de dystocia provenientes do filho .</i>	105
—	<i>2.^a Do partejamento manual nas apresentações do feto pela pelve</i>	Id.

SECÇÃO 3. ^a	<i>Do partejamento manual nas apresentações cefalicas, e pelas espadoas . . .</i>	109
§ I.	<i>Da versão nas apresentações cefalicas . . .</i>	Id.
§ II.	<i>Manobra da versão na 1.^a posição occipito-lateral esquerda . . .</i>	110
§ III.	<i>Manobra da versão na 2.^a posição occipito-lateral direita . . .</i>	111
§ IV.	<i>Da versão nas apresentações das espadoas . . .</i>	Id.
§ V.	<i>Manobra na 1.^a posição cefalica direita, nas apresentações das espadoas . . .</i>	112
§ VI.	<i>Manobra na 2.^a posição cefalica direita nas apresentações das espadoas . . .</i>	113
§ VII.	<i>Individações relativas ao partejamento manual, á versão e á extracção do feto . . .</i>	Id.
SECÇÃO 4. ^a	<i>Do partejamento instrumental . . .</i>	114
§ I.	<i>Do forceps, e sua applicação . . .</i>	115
§ II.	<i>Regras especiaes da applicação do forceps . . .</i>	116
§ III.	<i>Mechanismo opera-</i>	

torio nas apresentações
cefalicas 118

§ IV. Mechanismo opera-
torio nas apresentações
pelvicas 120

§ V. Individuações sobre
a applicação do forceps 121

SECÇÃO 5.^a Da alavanca obstetrica e
da sua applicação . . . 122

§ Unico. Applicações da
alavanca obstetrica . . 123

CAPITULO VII. Dos fenomenos conse-
quentes ao parto . . . 124

SECÇÃO 1.^a Dos fenomenos relativos á
mãe Id.

— 2.^a Dos fenomenos relativos ao
filho 126

— 3.^a Dos fenomenos communs
á mãe e ao filho . . . 127

§ I. Da amamentação ma-
terna Id.

§ II. Da amamentação por
mulher estranha . . . 129

CAPITULO VIII. Da prenhez extra-ute-
rina 132

SECÇÃO 1.^a Dos signaes da prenhez
extra-uterina Id.

§ I. Signaes de persuasão Id.

§ II. Signaes de convicção 133

— 2.^a Da terminação das pre-
nhez extra-uterinas . 134

CAPITULO IX. Da sangria geral e to-

	<i>pica , e da vaccinação .</i>	136
	<i>Considerações geraes . .</i>	Id.
SECÇÃO 1. ^a	<i>Da sangria em geral .</i>	137
	§ I. <i>Da sangria venosa .</i>	Id.
	§ II. <i>Da sangria capillar</i>	140
SECÇÃO 2. ^a	<i>Da vaccinação</i>	142
	§ I. <i>Processo operatorio .</i>	143
	§ II. <i>Progresso da vaccina-</i>	
	<i>ção</i>	144



101	.....	101
102	.....	102
103	.....	103
104	.....	104
105	.....	105
106	.....	106
107	.....	107
108	.....	108
109	.....	109
110	.....	110
111	.....	111
112	.....	112
113	.....	113
114	.....	114
115	.....	115
116	.....	116
117	.....	117

118	.....	118
119	.....	119
120	.....	120
121	.....	121
122	.....	122
123	.....	123
124	.....	124
125	.....	125
126	.....	126
127	.....	127
128	.....	128
129	.....	129
130	.....	130
131	.....	131
132	.....	132
133	.....	133
134	.....	134
135	.....	135
136	.....	136
137	.....	137
138	.....	138
139	.....	139
140	.....	140
141	.....	141
142	.....	142
143	.....	143
144	.....	144
145	.....	145
146	.....	146
147	.....	147
148	.....	148
149	.....	149
150	.....	150

151	.....	151
152	.....	152
153	.....	153
154	.....	154
155	.....	155
156	.....	156
157	.....	157
158	.....	158
159	.....	159
160	.....	160
161	.....	161
162	.....	162
163	.....	163
164	.....	164
165	.....	165
166	.....	166
167	.....	167
168	.....	168
169	.....	169
170	.....	170
171	.....	171
172	.....	172
173	.....	173
174	.....	174
175	.....	175
176	.....	176
177	.....	177
178	.....	178
179	.....	179
180	.....	180

ERRATAS.

Pag.	Lin.	ERROS.	EMENDAS.
3	10	e pelo menos	ou pelo menos
25	5	e o ser	6.º o ser
26	25	Artigo I.	Artigo II.
29	18	posteriormente	anteriormente
Id.	19	anteriormente	posteriormente
74	12	abdominal	perineal
93	14	<i>Secção 1.ª</i>	<i>Secção 2.ª</i>
95	21	<i>Secção 2.ª</i>	<i>Secção 3.ª</i>

INDEX

Page.	Index.	Index.
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37
38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
50	50	50

Quadros Synopticos

DAS

MOLESTIAS DAS MULHERES DE PARTO E DOS RECEM-NASCIDOS.

POR

Joaquim da Rocha Mazarem,

Lente de Partos na Escola Medico-Cirurgica
de Lisboa.

On le peut, je l'essaie; un plus savant le fasse.

La Fontaine, liv. II. fab. 1.



LISBOA: 1839.

Typ. de J. M. R. e Castro.

Travessa do Alcaide N.º 19.

Handwritten text at the top of the page, possibly a title or header.

Second block of handwritten text, appearing as a paragraph.

Third block of handwritten text, appearing as a paragraph.

Fourth block of handwritten text, appearing as a paragraph.

Small handwritten text or signature in the middle of the page.

Fifth block of handwritten text at the bottom of the page.

INTRODUÇÃO.

DETERMINANDO o Artigo 112 do Plano da Reforma Geral dos Estudos relativo ás Escolas Medico-Cirurgicas, mandado observar pelo Decreto de 29 de Dezembro de 1836, que o Lente da 6.^a cadeira, incluída no 4.^o anno do Curso Medico-Cirurgico, ensine » *Partos, molestias das mulheres de parto, e dos recém-nascidos,* » he pois necessario, como Lente que somos da respectiva cadeira, que fixemos, quaes sejam as referidas molestias, de que nos devemos occupar no progresso do anno lectivo.

Sendo as recém-paridas, e recém-nascidos sujeitos, como qualquer dos outros individuos da especie humana, a todas as molestias descritas nos quadros pathologicos; he claro, que a descripção de todas as molestias, com referencia ás mulheres de parto, e aos recém-nascidos, não poderia verificar-se, por ser huma tarefa que ultrapassaria o tempo do anno lectivo. Parece-nos pois que satisfaremos ao que a lei nos incumbe, tratando de descrever tão sómente as molestias das mulheres recém-paridas, e das crianças recém-nascidas, que provém, tanto a humas como a outras, do acto de parir.

Tambem nos parece assaz conveniente que circunscrevamos o espaço de tempo, que a huma mulher se deva chamar, *recem-parida*, e a huma criança, *recem-nascida*.

Como os Auctores não tem concordemente fixado este tempo, nós o determinaremos de hum modo que nos parece o mais racional para os ligar com os objectos que nos vão occupar, e vem a ser; para as mulheres, o tempo que decorre, desde o parto, até que o utero, e mais órgãos geradores, tenham adquirido aquelle estado normal, de que tinham sido privados pela concepção e prenhez; e para as crianças, o tempo que vai, desde o seu nascimento, até á quèda ou separação da porção do cordão umbilical, fixado no baixo ventre.

Tudo que occorrer ás recém-paridas, e aos recém-nascidos, nestas epochas, com o character morbido, proveniente ou causado pelo acto do parto, sera por nós incluído nos quadros pathologicos, que vamos apresentar.

Os objectos de que nos vamos occupar os incluiremos em duas Secções; na primeira vai ser descripto o que he concernente ás molestias das recém-paridas, e ao tratamento que lhes convem; e na segunda o que he relativo ás affecções dos recém-nascidos, e aos meios de as remediar.



SECCÃO I.

ç

DAS MOLESTIAS DAS RECEM-PARIDAS.

Considerações geraes.

Antes de traçarmos o quadro destas affecções convirá que lancemos hum rapido golpe de vista; primeiro sobre o estado, em que o utero fica depois de ter expulsado o feto, e mais productos, que com elle tiverem relação em todo o tempo da prenhez; e segundo sobre a serie de acções espontaneamente desenvolvidas nesta viscera, por meio das quaes se reduz e adquire a antecedente fórma, de que o progresso da gestação o havia feito sahir; assim como commemoraremos todos os phenomenos mais notaveis, que então se passam no orgão gestador, ou provenientes delle nas suas dependencias.

A expulsão normal do feto, e aquella das secundinas, he effectuada, essencialmente, pelas contracções do utero, e este orgão vai diminuindo de capacidade na proporção do volume das substancias, que vão sahindo do seu interior; e não obstante achar-se completamente vazio de taes substancias, comtudo elle continúa ainda a contrahir-se pelo espaço de quinze a vinte dias, até se reduzir ao tamanho, que, pouco mais ou menos, deve ter no estado de vacuidade.

As contracções, que tem lugar no utero re-
cem-vasio, são continuadas e quasi insensíveis,
quando na sua cavidade nada existe que oppo-
nha resistencia á sua restricção; porém tornão-
se intermittentes e incommodantes, quando
qualquer substancia, accumulada na sua cavi-
dade, ou nos interstícios das suas paredes, lhe
obsta o comprimir-se. Estas contracções, mais
ou menos dolorosas, são vulgarmente chamadas
dores de tortus, porém na frase medica se deno-
minão *tensmo uterino*.

Quando o utero se tem desembaraçado dos
productos da concepção, ficão existindo na sua
superficie interna os restos da membrana cadu-
ca, que tinha prendido o ovo, por todo o tempo
da prenhez, á mesma superficie, o que lhe pro-
duz algumas desigualdades, e ahi se origina en-
tão a segregação ou a fluxão chamada *lochial*.

O orificio externo do utero se conserva
hum pouco dilatado, com os seus bordos ou
labios adelgaçados, flacidos, e pendentés na
vagina, por todo aquelle tempo, em que a par-
te corpo e collo não tem obtido a sua quasi or-
dinaria restricção.

A vagina encurta-se e estreita-se, e na sua
superficie interna tornão a apparecer as rugas,
que a sahida do feto tinha esvaecido. O seu
orificio vulvar, e a mesma vulva recuperão o
antecedente tamanho.

Os grandes e pequenos labios, o perineo,
e todas as partes circunvizinhas da vulva tor-
não a adquirir aquelle estado, de que os ulti-

mos phenomenos do parto os tinha tirado. Os ligamentos largos recuperão sua antecedente fórma; e os ligamentos redondos voltão ao seu primitivo comprimento e rigeza.

As paredes anteriores do baixo ventre ficão bastantemente laxas e flacidas, e por isso deixão de exercer nas visceras, que lhe subjazem, aquella pressão branda e permanente, que tanto contribue para os seus regulares exercicios funcionaes. A' falta desta pressão normal tem sido attribuidos, por alguns pathologistas, certos phenomenos morbidos, que por não serem vulgares em todas as puerperas, não lhe damos a mesma importancia.

Por falta da pressão das paredes abdominaes, dizem elles, o sangue afflue com rapidez para o systema capillar, e para as vêas, onde se accumula; porém o utero recebendo então huma pequena quantidade d'elle, resulta disto huma tal ou qual compensação; comtudo havendo neste phenomeno huma especie de derivação na circulação, Van-Switen julga ser ella a causa das *syncopes*, que affectão as recém-paridas, em quanto que Stall olha esta derivação como a essencial causa das *peritonites puerperas*.

Limitâmo-nos só á exposição dos phenomenos, que unicamente são relativos á execução do parto; porém advertimos, que quando succede ás recém-paridas os phenomenos, que forão descriptos, outros se lhe declarão, que tem relação com a segregação do leite, de que adian-

te deveremos fallar, e que por agora só diremos o que for necessario para esclarecimento e intelligencia de alguns symptomas morbidos, que se complicão com esta segregação.

No segundo dia depois do parto a segregação leitosa he pouco abundante, e por isso as mamas não augmentão muito de volume; porém a recém-parida sendo então acommetida da chamada febre do leite, que apparece passado as vinte e quatro horas depois do parto, as mamas inchão, endurecem-se, e o seu maximo gráo de engrandecimento he levado até a febre começar a declinar. Então principião as mamas a diminuir, a secreção do leite a ter regularidade, e a ser continuada, se a recém-parida amamenta, e a diminuir progressivamente, se deixa de amamentar.

As recém-paridas, quasi se póde dizer, que não estão sujeitas a molestias particulares; comtudo o estado especial da sua economia, hum tanto deteriorado pela gestação e parturição, assim como pelas segregações que então existem nellas, faz que certas affecções lhes sejam mais frequentes, e se manifestem com caracteres particulares.

As puerperas tem huma grande predisposição para serem impressionadas pelas constituições atmosfericas epidemicas predominantes; para as affecções desenvolvidas nos orgãos, que soffrêrão modificações, ou pela prenhez ou pelo parto, e adquirem estas o caracter inflammatorio, e por isso a metrite, a ovarite, a peritonite

e a inflammação dos tecidos cellulosos circunvizinhos destes órgãos são frequentes nellas ; comtudo não devemos suppor que possam deixar de ser affectados outros órgãos contidos na cavidade thoracica e craniana , não obstante acharem-se mais ou menos distantes.

Todas as affecções , que accommettem as mulheres paridas de pouco tempo , tem huma marcha rapida , e muita tendencia para os derramamentos sero-purulentos , e para as suppurações ; e como as suas affecções quasi sempre lhe occasionão a suppressão do fluxo lochial , e da segregação leitosa , muitos pathologistas as tem julgado como produzidas pelo transporte do leite sobre as superficies serosas , sobre o parenchyma dos órgãos , ou sobre o tecido celluloso da pelve.

A suppressão da segregação leitosa , e do fluxo lochial , que symptomaticamente sobrevem no curso de qualquer affecção , e que deve ser attribuida ou á inflammação ou á grande irritação do órgão affectado , deve sempre ser encarada como huma grave complicação , e por isso muito attendida para o diagnostico , o prognostico , e a therapeutica da mesma affecção.

Comtudo devemos convir que taes suppressões não são sempre a consequencia da molestia preexistente , porém sim , algumas vezes , de impressões moraes , de hum frio intenso , ou de quaesquer transtornos eventuaes , ou de regimen. Em taes casos a suppressão póde então vir a ser a causa das molestias que mencionamos ,

ou de outras, como por exemplo das apoplexias imprópriamente chamadas leitosas. A supressão da fluxão he que merece, em taes casos, toda a attenção do Parteiro, para lhe promover o seu reaparecimento, com o qual todos os symptomas atemorisantes da molestia devem cessar.

Quando a transpiração he interceptada em huma recém-parida, isto dá lugar a rheumatismos agudos ou chronicos com inchações nas articulações; assim como a inflamações dos vasos lynfaticos dos membros abdominaes conhecidas estas affecções com o nome de *engasgos leitosos*, e mais modernamente com o nome de *flegmasia alva dolorosa* das novas paridas; e todas estas affecções se declaram mais ou menos remotamente.

A esta, tão excessiva lista de affecções, se deve ajuntar algumas outras, taes como a inflamação das mamas, denominada *pelo*; as contusões e as feridas dos órgãos genitales; as suas hernias, os seus prolapsos; e finalmente algumas nevroses, taes como as hysterias, a mania, que pódem julgar-se symptomaticas.

De todas estas affecções, nos limitamos a tratar sómente daquellas provenientes da paridura, e as referimos humas aos actos mechanicos violentos, ou por os esforços impetuosos da parturição, ou pelo impulso das mãos no partejamento; e as outras aos influxos morbidos desenvolvidos nos actos funcçionaes de alguns dos aparelhos organicos da economia em geral, ou do procreador em particular.

Olhadas assim estas molestias, faremos dellas dois quadros pathologicos, no primeiro dos quaes vão ser descriptas as molestias originadas por acções impetuosas, materialmente determinadas nos órgãos geradores na occasião da sahida do feto; e no segundo aquellas desenvolvidas por transtornos morbidos nas funcções vitaes dos apparelhos organicos em geral, ou do da geração em particular.

I.º QUADRO.

Affecções das recém-paridas, causadas por acção material nos órgãos geradores, no acto da paridura.

Comprehenderemos neste primeiro quadro pathologico as *contusões*, as *rasgaduras*, as *retenções da urina*, a sua *incontinencia*, a *versão do utero*, e o *prolapso do intestino recto*.

§ I. CONTUSÕES.

Os partos laboriosos determinão, nas partes sexuaes das parturientes, contusões mais ou menos vehementes, segundo a maior ou menor resistencia, que os tecidos organicos das partes genitales oppõem á sahida do feto.

As partes da vulva mais proximas da commissura posterior, a vagina, e o canal da urethra são aquellas, que com mais frequencia pó-

dem ser contundidas, ou simultaneamente, ou cada huma de per si; no primeiro caso, em que o damno deve ser mais intenso, reclama maior attenção.

As partes lesadas manifestão, mudança de côr, tumefacção, calor augmentado e dor, na proporção da extensão da contusão e da sua intensidade.

A côr das partes contundidas pôde ser vermelha ou livida; a intumescencia pôde adquirir hum grande desenvolvimento; o calor e a dor pôde ser maior ou menor, segundo o temperamento e disposição sanguinea ou nervosa da recém-parida.

As causas das contusões são predisponentes e occasionaes; as primeiras referem-se á desproporção que ha entre o volume do feto e as partes genitae da mãe, á rigeza destas, e ao estado individual; e as occasionaes provém das manobras inconsideradas e pouco methodicas, produzidas pelas proprias mãos do Parteiro, ou por os instrumentos empregados na intenção de extrahir o feto, ou facilitar-lhe a sahida.

A terminação das contusões pôde ser por resolução, suppuração, ou gangrena; a primeira destas terminações sendo a mais propicia, o Parteiro empregará os meios efficazes para a obter.

O gráo de intensidade das contusões he quem decide da escolha dos meios com que devem ser combatidas. A dieta, o repouso, o aceio e limpeza, as sangrias tanto geraes como lo-

caes, os medicamentos topicos emollientes ou ligeiramente resolutivos, as bebidas refrigerantes e laxativas, taes são os recursos, de que o Parteiro deve lançar mão para obter a favoravel terminação das contusões pela resolução.

Se nas contusões se declarão os signaes, que denotão a terminação suppurativa, a medicação topica será satisfeita empregando as cataplasmas suppurantes; e quando o apostema estiver formado, dever-se-ha dar sahida ao pus pelo meio do bisturi. Pelo que respeita á dieta e aos remedios internos, o estado de vigór ou de abatimento da puerpera he quem deve guiar o Parteiro na sua escolha.

Se a contusão for accommettida pela gangrena, será prudente confiar á natureza a separação das escaras gangrenosas; meio que devemos preferir áquelle das escarificações. As partes accommettidas pela gangrena deverão ser lavadas com cozimentos hum pouco excitantes, e cobertas com as cataplasmas antisepticas.

No progresso do curativo das ulceras, que resultão, tanto da suppuração, como da separação das escaras gangrenosas, deve haver o cuidado em evitar o agglutinamento, ou formação de pregas nas partes, que naturalmente se devem conservar separadas e sem estorvos nas suas superficies.

§ II. RASGADURAS.

Nas mulheres, que pela primeira vez parem, e que são de adiantada idade, os tecidos,

que entrão na conformação dos labios vulvares, tem adquirido, nesta epoca, bastante rigeza, que oppondo-se á sahida do feto, tornão muitas vezes o parto laborioso, e inevitaveis as rasgaduras dos mesmos tecidos. Em quanto áquellas, que tem tido mais partos, e ás primiparas, de idade recente, tambem nestas póde acontecer as rasgaduras, se nellas coincidirem as causas predisponentes e occasionaes, que mencionámos para a determinação das contuções.

A applicação do forceps tem muitas vezes causado o rompimento do perineo; e a rasgadura do freio tem succedido ás primiparas, e áquellas em que a extracção do feto se faz depois de ter havido a versão delle.

As rasgaduras provenientes das restricções das partes, em consequencia de violencias empregadas, ou da intensidade dos esforços para parir, pódem ser mais ou menos intensas; comprehenderem sómente o freio, o septo recto-vaginal; prolongarem-se por todo o perineo; e mesmo accometterem os grandes labios.

As rasgaduras do freio, do septo recto-vaginal, e mesmo aquellas de huma parte do perineo, são reputadas de facil curativo, bastando sómente conservar a puerpera em posição tal, que os labios das rasgaduras estejam conservados e mantidos em immediato contacto, evitando que o fluxo lochial banhe de contínuo as partes lesadas, e prestando-lhe hum tratamento dietetico e therapeutico analogo á sua disposição individual.

Quando as rasgaduras tem comprehendido o freio conjunctamente com o septo recto-vaginal, o perineo, e o esfincter do ano; a arte não possui meio mais efficaz para obter o curativo de tão consideravel estrago, que o da sutura; e posto que muitos Praticos, tendo recorrido a huma conveniente ligadura favorecida por huma adequada posição, tenham preconizado este meio e os seus bons resultados, comtudo parece-nos não offerecer huma tão segura esperanza de bom exito, como do primeiro se deve obter.

Referindo-nos aos factos, damos a preferencia á sutura encavilhada da maneira que Montaine a empregou no Hospital da Caridade da Cidade de Leão em França, em huma mulher recém-parida. Hum só ponto de sutura foi quanto bastou para elle obter o curativo do damno que a puerpera tinha soffrido. Introduzio a agulha com hum fio dobrado, seis linhas afastada do bordo da rasgadura, e hum pouco distante do intestino recto, e a fez sahir a huma igual distancia do lado opposto; metteo na ansa do fio de hum dos lados da ferida hum pequeno rolo de panno de linho, e entre os dois fios do outro labio outro rolo, e os atou sobre elle, pondo primeiro em contacto os dois labios da ferida; conservou a paciente deitada sobre hum dos lados, com as coxas aproximadas por huma conveniente ligadura, e por este modo obteve em pouco tempo huma completa cicatrização.

§ III. RETENÇÃO DA URINA.

A urethra posta por detraz dos ossos pubis, e por diante do utero, he comprimida por esta viscera contra os primeiros, na occasião da expulsão do feto; do que resulta, algumas vezes, a inflammação do seu collo, e por consequencia a estranguria. As causas predisponentes e occasionaes são as mesmas attribuidas ás contusões, que commummente a precedem.

He necessario, com promptidão, cuidar em procurar os meios de remediar a estranguria, aliás seguir-se-ha o rompimento da bexiga, as infiltrações urinosas, ou outros accidentes bastante incommodos e attenuantes.

O tratamento antiflogistico e emolliente he o que se deve empregar. As sangrias geraes e locaes; os banhos e as cataplasmas emollientes; as bebidas emulsentes, refrigerantes, e laxativas; a dieta, o uso da algalia, para extrahir a urina, e mesmo a permanencia deste instrumento na bexiga, em quanto a contusão durar; são os recursos da arte para combater este accidente.

§ IV. INCONTINENCIA DA URINA.

Esta affecção sobrevem algumas vezes ás puerperas. A impossibilidade de suster a urina na bexiga costuma durar-lhes por muito tempo, e mesmo perpetuar-se-lhes, quando se não tem recorrido aos meios adequados para atalhar hum tão incommodante symptoma.

A incontinençia da urina pôde provir de diferentes causas, sendo as mais communs a paralytia do esfincter da bexiga urinaria, o rompimento do mesmo esfincter, e a rasgadura da bexiga.

A incontinençia proveniente da paralytia do esfincter da bexiga urinaria, nas recém-paridas, reconhece por causa proxima, o ter soffrido esta parte muitas compressões no acto da parturição, por isso quasi sempre esta affecção he precedida por as contusões e retenções da urina; e por causa remota, as mesmas das contusões.

A sahida involuntaria da urina, pela rotura do esfincter, ou da bexiga urinaria, provém sempre ou da separação de escaras, resultado da gangrena, de que estas partes forão accommettidas, em consequencia de contusões; ou de lesões determinadas pela acção de qualquer dos instrumentos, de que se torna indispensavel a sua applicação nos partos difficultosos; ou finalmente das asperidades aguçadas do craneo do feto, quando tem sido perfurado sem methodo nos casos de dystocia.

Se o fluxo involuntario da urina reconhece por causa a frouxeza do esfincter da bexiga, causada por huma antecedente contusão; a sua cura deve ser commettida á natureza, que commummente a opéra no espaço de vinte até quarenta dias. O Parteiro sómente promoverá a fluxão lochial, pelo tempo que convier, pelo meio dos banhos e injecções na vulva e va-

gina, de cozimentos de plantas emollientes, e depois recorrerá a estes mesmos meios servindo-se dos cozimentos feitos das substancias adstringentes.

Se a incontinençia da urina provir de huma fistula causada por huma escara gangrenosa, convirá em primeiro lugar investigar se a lesão he na urethra, no collo da bexiga, ou no corpo deste orgão, para lhe prescrever huma therapeutica adequada. Sendo a rotura na urethra, e recente, bastará fazer sahir sempre a urina pela algalia, e curar a ulcera fistulosa com os cerotos; porém sendo esta hum tanto antiga, a urina será tambem sempre tirada da bexiga por meio da algalia, e o seu tratamento consistirá em promover a granulação da ulcera fistulosa, e entreter nos seus labios huma ligeira inflammação, que não exceda os limites da adhesiva.

Se for a rotura fistulosa no esfinter da bexiga, a cura será incerta; com tudo sempre devemos esperar obter a cura pelo meio estabelecido de fazer sahir a urina pela algalia, e tratar topicamente a ulcera fistulosa com os medicamentos apropriados ao seu estado.

Quando o rompimento fistuloso tiver a sua séde no corpo da bexiga urinaria, o curativo não he verosimil, porque a arte não possui positivos meios para sustar a continuada sahida da urina pela fistula, que he o mais poderoso obstaculo que embaraça a união dos seus labios.

Será conveniente, quando o Parteiro houver de fazer uso da algalia nos casos acima mencionados, conserva-la permanente na bexiga, e ter completamente ~~rolhada~~ a embocadura exterior della. Na occasião de começar a formar-se a cicatriz, o rolhamento da embocadura da algalia será por alguns minutos; e estes intervallos se hirão espassando na proporção que a cicatriz for adquirindo mais firmeza; para por este modo a bexiga se hir habituando; pouco a pouco, a conter em si a urina.

§ V. REVIRAMENTO DO UTERO.

Succede e pôde ter lugar o reviramento do utero quando, depois da sahida do feto, esta viscera estiver inerte, e houver a imprudencia de querer extrahir a placenta, ainda collada ao utero, puxando pelo seu cordão. Muitos pertendem que o reviramento do utero, depois do parto, possa ser espontaneo, sem que tenha precedido os empuxamentos pelo cordão umbilical. Não admittimos o reviramento espontaneo nas puerperas; e estamos convencidos que o que se tem tomado por reviramento do utero tem sido a sua descida ou prolapso, com reviramento da parte superior da vagina. He para nós de difficil comprehensão, que hum corpo conoide possa penetrar no seu apice, que tem hum limitado espaço, e franquea-lo, sem que huma força *a tergo* o compulse, ou hum esforço de diante o empuxe; além de que, a dis-

posição anatomica do utero, e as diversas ligações da sua superficie exterior com as partes vizinhas fixadas no estreito abdominal da bacia, confirmão, de hum modo indubitavel, a impossibilidade do phenomeno, espontaneamente.

O reviramento accidental do utero, depois do parto, póde ser completo ou incompleto, e succeder immediatamente a huma acção empuxante, ou effectuar-se alguns dias depois desta violenta acção.

O gráo do reviramento deve sempre corresponder á violencia da força que o opéra, e com relação á frouxidão e flacidez dos tecidos do utero, e partes circumvizinhas delle.

No reviramento incompleto ha a introdução do forro, do fundo e parte superior do corpo do utero, no orificio externo delle. No reviramento completo, não só ha a introdução, no mesmo orificio, das partes que mencionamos, como tambem do restante do corpo e o collo da mesma viscera.

Neste ultimo reviramento do utero, a sua face interna se converte em externa, formando hum tumor convexo forrado pela mucosa uterina, alojado entre os labios vulvares; a sua cavidade acha-se então forrada pelo peritoneo, continuado com a cavidade abdominal; o orificio occupa a parte mais elevada do orgão, e o focinho de tinca fórma então hum rolete, que abraça a especie de pediculo do tumor formado pelo utero revirado.

No reviramento incompleto, o fundo do

utero e a parte superior do seu corpo fórmão hum tumor hemisferico, mais ou menos prominente, sahido pelo orificio, que lhe fóрма hum circulo, de espessura variada.

As duas especies de reviramento, que temos descripto, só differem entre si pelo seu gráo; he a mesma molestia, porém com differente graduação na intensidade.

Reconhece-se a existencia do reviramento do utero, depois do parto; 1.^o por se encontrar, apalpando por cima dos pubis, no hypogastrio, huma depressão ou profundidade, em lugar de hum tumor redondo globuloso e circunscripto, que o utero ahi devia apresentar; e 2.^o por se topar na vagina, por meio do tocar, sendo o reviramento incompleto, com hum tumor formado pelo utero, representando hum segmento de esfera, occupando todo o espaço vaginal, e terminado por huma garganta que o seu orificio lhe fóрма, e sendo completo, por estar sahido fóra da vagina, ou da vulva o utero, formando hum tumor irregularmente arredondado, deprimido antero-posteriormente, e suspendido por hum collo ou gorjal, formado pelo seu mesmo orificio.

Nos reviramentos, quer completos, quer incompletos, a puerpera sente, com mais ou menos intensidade, os seguintes incommodos: dores gravativas, que se propagão ás pregas inguinaes e aos rins; tenesmos que a obrigão a fazer grandes esforços, pelos quaes, muitas vezes, os reviramentos incompletos se transfor-

mão em completos ; neste estado os symptomas se exacerbão, sobrevem deliquios, hemorragias, suores frios, convulsões, &c.

A's vezes succede reduzirem-se espontaneamente os reviramentos, por hum mechanismo proveniente da disposição anatomica do orgão revirado, e da propriedade contractil dos seus tecidos. O fundo do utero revirado traz consigo as trompas uterinas, ovarios, ligamentos redondos e largos, que no estado normal, estes ultimos, se achão implantados nas partes lateraes e exteriores desta viscera, porém no estado anormal parece sahirem da cavidade, que então fórma o fundo do utero, em fórma de raios para se terminarem no bordo do estreito abdominal da bacia.

Todas estas partes estão, tanto mais empuxadas, quanto maior he o reviramento. A contractilidade do tecido das suas fibras desenvolvendo-se progressivamente na proporção do constrangimento, que as opprime, reage sobre o fundo do utero, que as arrastou. Estas pregas ligamentosas pódem comparar-se com cordas elasticas fixadas, por hum dos seus extremos aos varios pontos do rebordo do estreito abdominal, e pelos outros extremos ao fundo do utero, transformado em cavidade pelo seu reviramento; devendo figurar tambem como contribuinte para produzir a reduccão espontanea, a contractilidade fibrilar da parte peritoneal, que reveste no seu exterior o fundo do utero.

A reduccão pelos recursos da arte deve-se

emprender quando não tem sido effectuada espontaneamente, e que os symptomas affligentes insistem e augmentão; e com tanta maior promptidão quanto estes symptomas mais ameacarem huma funesta terminação.

O processo operatorio, que se emprega para reduzir o utero revirado, não pôde ser estabelecido em preceitos fixos; a conducta do Parteiro, neste processo, deve corresponder ás circumstancias que se lhe offerecem. Elle deve procurar vencer as difficuldades por meio de tentativas, que não aggravem sua actual condição.

Quando, por antecedentés manobras immoderadas, a parte procidente revirada, estiver excessivamente entumecida, as tentativas da reducção serão precedidas de applicações topicas que lhe promovão o relaxamento e a flaccidez.

Os reviramentos completos, e antigos, que não tem podido ser reduzidos, porque hum estado espasmodico pertinaz do orificio se lhe oppõe, pôdem ser seguidos de symptomas graves e de funesta terminação: as dores são então muito intensas; ha os fluxos sanguineos e mucosos seguidos de cachexias, de violentas inflammções e de gangrena.



II.º QUADRO.

Affecções espontaneamente desenvolvidas nos actos funcçionaes das recém-paridas, por lesões determinadas no aparelho reproductor.

Neste segundo quadro vão ser comprehendidas a *metrite*, a *peritonite* e a *flegmasia alva dolorosa* das recém-paridas; porém estas affecções, posto que pareccão ter hum character distincto, comtudo parece-nos mais racional inclui-las debaixo de huma unica denominação, a de *febre puerperal*, com que antigamente erão designadas.

DA FEBRE PUERPERAL.

As recém-paridas, em consequencia do trabalho do parto, ficão expostas a variadas molestias, designadas pelos Parteiros com o nome de *febres puerperaes*.

§ I. CAUSAS.

Suppunhão os antigos provirem estas febres de hum accumulamento no baixo ventre, ou do leite, que os orgãos encarregados da sua segregação tinham já separado, ou dos humores, que devião fornece-lo.

Em tempos mais modernos se julgou dependerem de huma *metastase* leitosa para a cavidade abdominal, á similhaça das alienações mentaes que sobrevem ás recém-paridas, resultantes do transporte leitoso para a cabeça, como alguns pensão.

Estas opiniões, mais modernamente forão substituidas por outras. Querem huns que taes febres provenhão da inflammação da membrana serosa abdominal, a *peritonite*, em quanto que outros as suppõem consequencia da inflammação da membrana mucosa uterina, a *metrite*, e querendo alguns precisa-las mais, as tem feito depender de huma *flebite uterina*.

Segundo qualquer destas ultimas opiniões, a *febre puerperal* póde ser considerada tendo a sua origem, ou no *peritoneo*, ou na *mucosa* do utero, e quando ella se distender do utero ao peritoneo constitue então a *metro-peritonite*. He innegavel, que quando a affecção permanece por mais tempo ella adquire este character.

Tambem se póde admittir, que não sendo a peritonite primitiva, não he com tudo sempre consecutiva á metrite, e que o póde ser a huma *gastro-enterite* provocada pelo parto, como a peritonite ordinaria algumas vezes he desafiada pela *gastro-enterite* proveniente de outra causa sem ser a do parto.

Em huma destas opiniões, huns querem que a peritonite, que constitue a febre puerperal, seja similhante ás outras flegmasias serosas, e particularmente á peritonite ordinaria,

sendo, como ella, o seu unico caracter a intensidade da mesma inflammação; em quanto que outros, ao contrário, sustentão, que a peritonite puerperal he differente da ordinaria, e que não pódem ser confundidas. Os desta ultima opinião procurão mostrar a differença huns nos symptomas, e outros nos productos morbidos.

Tambem se tem pertendido, que a feição caracteristica da febre puerperal está, segundo huns, na infecção purulenta, de que se complica a flebite, que lhe constitue huma predisposição aggravante derivando, nas recém-paridas, da condição geral em que nellas se acha o systema sanguineo; em quanto que, segundo outros, em hum *quid speciale*, que nasce do *quid ignotum* das differentes constituições.

§ II. NATUREZA.

Devemos francamente confessar que se tem ignorado a verdadeira natureza da febre puerperal, e o caracter proprio della; que se tem desconhecido o modo da acção das suas causas, e da maneira como figurão os apparatus organicos na sua producção. Tambem os seus symptomas não tem sido bem interpretados; tem havido completo engano na origem de suas lesões organicas; e a sua historia não tem sido bem traçada.

A questão dos humores, e as indicações que a affecção reclama não se acha, até hoje,

resolvida. Attribue-se ao pus, ao que antes se attribuia ao leite. O tratamento que se lhe prescreve não tem sido fundado em principios; e não obstante serem differentes as opiniões em diversas epochas, emprega-se o mesmo para todos os casos, porém debaixo de diversas fórmas. Póde-se affirmar, que os resultados geraes da prática confirmão, que não obstante os methodos de tratamento, successivamente preconizados, a affecção continúa a ser funesta.

O quadro symptomatologico, que logo apresentaremos, mostrará, por huma parte, que a affecção que nos occupa tem a sua séde nas partes centraes do systema nervoso, e por outra parte, que as mulheres acommettidas pela febre puerperal, são especialmente de hum temperamento lynfatico, de huma plethora serosa, de carnes flacidas e pelle descorada, que são sujeitas a infiltrações e edemacias das extremidades abdominaes, e que os seus tecidos brancos são laxos e molles.

Além disto, tem-se encontrado, nas que succumbem á febre puerperal, na cavidade abdominal, e algumas vezes na thoracica, na do pericardio, na da arachnoide, e mesmo na das membranas synoviales, derramamentos de serosidade, e de lynfa concrecível, flocos formados por estas producções membrani-formes com aparelho vascular organizado, segundo o tempo que tem decorrido depois da invasão da molestia, e segundo as proporções relativas de seus elementos, a serosidade e a lynfa.

De mais tem-se visto aos lados do utero e na superficie dos ligamentos largos, nas mulheres mortas no tempo da prenhez ou em consequencia de hum parto anormal, vasos lynfaticos muito desenvolvidos, formando grossos canaes, que não podem ser confundidos com outra classe de vasos, pela sua tenuidade, pela sua brancura tirando para o amarellado, e pela sua flexuosidade.

Estas alterações não se limitão ao utero e suas dependencias; manifestão-se tambem nos vasos lynfaticos e nos ganglios das verilhas, nos abdominaes, e nos do mesenterio, que ás vezes adquirem hum consideravel volume; e nos casos de flegmasia alva, em que he acommetida huma ou outra das extremidades abdominaes, ou ambas juntamente, observa-se a mesma alteração, quer no systema lynfatico, quer nos nervos destas partes; e a lesão destes ultimos órgãos não só he designada pela dor, no estado de vida, como tambem no estado de morte, por se encontrar, pela autopsia cadaverica, os nervos inflammados como na nervite.

Por analogia poderemos concluir, que nos casos de peritonite, ou de metro-peritonite, dever-se-hão achar os nervos destes órgãos affectados, no mesmo estado dos precedentes em consequencia da flegmasia alva.

Isto não quer dizer que nos achamos reduzidos a simples conjecturas de paridade, porque tem sido encontradas lesões nos centros nervosos; muitas vezes se tem visto o cerebro in-

jectado, amollecido, no estado de suppuração, e com verdadeiros abscessos, em consequencia de febres puerperaes.

Estes dois elementos da affecção puerperal não só se patenteão pelos symptomas, como tambem pelas necroscopias.

§ III. SYMPTOMAS.

Para se apreciarem devidamente os symptomas, que se desenvolvem na febre puerperal, he necessario que conceituemos as recém-paridas dotadas de huma exaltada sensibilidade, nimjamente irritaveis e mui nervosas, o que as dispõe a serem mui facilmente impressionadas moralmente, ou por influxos miasmaticos, ou por quaesquer outros de natureza morbida; pelo que, os actos funcionaes, dos diferentes aparelhos organicos, são transformados.

Nós vamos fazer a enumeração dos symptomas, que commummente se patenteão nas puerperas, quando nellas se declara a affecção que nos occupa, tendo-se ellas exposto a quaesquer das causas acima referidas.

1.^o Dores intermittentes, mudaveis, errantes similhantes ás rheumatalgicas, nos lombos, quadris e membros abdominaes, seguidas ás vezes da edemacia destes membros, isto he, da *flegmasia alva*; e outras vezes continuadas em hum ponto fixo do abdomen.

2.^o Respiração alta, curta, anciosa e dyspnéica.

3.º Arrippios de frio com accessos febrís intermittentes; pulso pequeno, concentrado, frequente irregular, e ás vezes com intermittencia.

4.º Soluços, nauseas, vomitos continuados, ou com intervallos, sem que se denotem nas vias digestivas indícios de irritações flogísticas, nem as autopsias as terem patenteado.

5.º Augmento de volume na cavidade abdominal com grande distensão das suas paredes sem signal de derramamento, pelo menos no comêço da affecção, com rigeza dos seus musculos e grande sensibilidade.

6.º Falta na excreção da urina e das materias fecaes, ou mesmo completa suppressão destas excreções, assim como do fluxo lochial, e do leitoso.

7.º Luzimento nos olhos, e injectados os vasos da conjunctiva, sussurro nos ouvidos, peso na cabeça, agitação, insomniã, perturbação e perversão nas faculdades intellectuaes, e nos casos mais graves delirio.

8.º Rugamento da face, com rubor e palidez alternativos, como nas encefalites, decomposição das feições do rosto, convulsões e tetanismo maxillar, syncopes, surdice e coma permanente ou alternativo, hystericismo, &c.

9.º Accidentes ataxicos, apoplexia, ou quaesquer outros accidentes congestionaes declarados em qualquer orgão.

10.º Finalmente rapida successão de alguns destes symptomas ou de huma grande parte delles; o seu desaparecimento subito, sem que

se possa attribuir a acção dos medicamentos ; ou huma repentina morte, que não concorda com a lesão orgânica, que na autopsia cadaverica se vê depois.

§ IV. TRATAMENTO.

Por o que temos dito pôde-se tirar por inferencia, que não supponho a febre puerperal de natureza eminentemente flegmasica, porém sim de irritativa nervosa, e lymphatica. Os primeiros e principaes accidentes desenvolvendo-se, quasi sempre, debaixo do influxo do systema nervoso, e pelo meio do systema lymphatico, o tratamento antiflogistico, particularmente as emissões sanguineas não devem ser, neste caso, olhadas como a primitiva ressurça, ou os meios therapeuticos mais efficazes.

A therapeutica, nos parece, que deverá ser composta de duas ordens de meios; dos antiflogisticos, e dos modificadores dos centros nervosos, e do systema lymphatico. Os primeiros contribuem para o curativo, tirando á economia o elemento de reacção e estimulação, ou antes a causa do estímulo permanente, que em quanto não for tirada não poderá ser proveitosa a acção dos segundos. Contão-se no número destes ultimos os sedativos do systema nervoso, e os modificadores proprios do systema lymphatico, taes como o opio, o meimendo, o acido prussico, o quinino, as bebidas refrigerantes, as ventosas, os sinapismos, os vesica-

torios, os emeticos, o oleo essencial da therebentina, as preparações mercuriaes, quer externas, quer internas, o supra-carbonato de potassa, &c. &c.

A theoria expendida nos deve guiar na indicação dos meios mais convenientes para combater a peritonite puerperal, assim como dirigir-nos racionalmente na sua applicação. Tambem nos instrue para prevenirmos a sua invasão, aconselhando todos os meios para que a puerpera evite as emoções moraes, e o que for capaz de a impressionar activa ou morbidamente.

Nós não fizemos distincção entre a febre puerperal commum e a contagiosa, porque os symptomas de ambas são identicos; apesar de que a etiologia, na ultima, parece ser mais obscura; tambem não lhe démos o epitheto de contagiosas, como alguns as suppõem, porque a experiencia nos tem provado não terem ellas esse character.



SECÇÃO II.

DAS MOLESTIAS DOS RECEM-NASCIDOS.

Considerações geraes.

As crianças, quando nascem, pódem apresentar molestias, ou affecções, adquiridas dentro do utero materno, ou contrahidas na occasião da nascença; e quer humas quer outras, serem especiaes aos recém-nascidos, ou communs a todas as idades.

Nós só nos deveremos occupar, particularmente, das affecções dos recém-nascidos provenientes da paridura, e das contrahidas nessa occasião por qualquer dos actos, que lhe são concernentes; porém julgando de alguma conveniencia o fazer a enumeração de todas, nós as apresentamos nos tres seguintes quadros debaixo do titulo: 1.º de *affecções congenitas especiaes aos recém-nascidos*; 2.º de *affecções especiaes aos recém-nascidos provenientes dos transtornos nas suas funcções physiologicas*; e 3.º de *affecções especiaes aos recém-nascidos por eventos casuaes*.

Advertimos porém, que de algumas destas affecções só nos compete fazer dellas huma resumida exposição; em quanto que das outras não só lhe descreveremos a pathologia, como tambem a sua competente therapeutica.

I.º QUADRO.

Affecções congenitas especiaes aos recém-nascidos.

Entrão neste quadro todas as affecções nativas do recém-nascido, que *alterão, vicião*, ou produzem *deformidade* nos seus órgãos, não sómente prejudicando-lhe a regularidade das suas feições, e o transtorno no exercicio das funcções; como também causando-lhe inconvenientes taes, que a saude delle he arruinada, e a vida compromettida.

Nós podemos incluir as affecções congenitas ou nativas dos recém-nascidos; em tres ordens: 1.º na de *imperfurações* ou *obturamentos*; 2.º na de *deformidades*; e 3.º na de *signaes* ou *manchas*.

ORDEM I.ª IMPERFURAÇÕES OU OBTURAMENTOS.

As *imperfurações* pódem ter lugar nos órgãos, de modo, que só causem transtorno ao exercicio da funcção que lhes compete; ou opponhão obstaculo á entrada ou sahida das substaneias, que indispensavelmente por elles devão passar.

Quando as *imperfurações* são em alguns dos órgãos immediatos dos sentidos, as impressões dos objectos exteriores, que lhe devem pro-

duzir a sensação, não os affecta, e o sentido do órgão imperfurado fica nullo; porém sendo a imperfuração nos órgãos votados as funcções da vida de nutrição, a intercepção da funcção póde ter consequencias graves, e até mortaes, se opportunamente lhe não forem prestados os competentes auxilios.

Estes auxilios, exclusivamente cirurgicos, consistem no restabelecimento das aberturas normaes, desobstruindo-as ou substituindo-as por caminhos artificiaes; e em conserva-las permanentemente abertas. Qualquer que seja o meio therapeutico, de que se lance mão, elle não deve ter muita demora, particularmente se a imperfuração for em algum dos órgãos destinados á alimentação ou ás excreções.

§ I. ADHERENCIA NATIVA DAS PALPEBRAS.

Dá-se o nome de *ancyloblepharon* ás imperfurações ou adherencias das duas margens das palpebras; estas adherencias pódem apresentar-se por tres differentes modos: 1.º incompletamente unidas as palpebras, havendo huma pequena separação na sua parte interna ou externa; 2.º havendo a completa adherencia dellas por huma membrana posta de permeio; e 3.º completamente unidas as margens palpebraes sem membrana intermediata.

Como deste vicio de conformação póde provir a cegueira ao recém-nascido, immediatamente se deve recorrer aos meios cirurgicos,

que são próprios e capazes de o remediar. No primeiro caso o Parteiro introduz pela abertura existente a extremidade de huma sonda de rego, ficando este voltado para a parte anterior; faz tensas as duas palpebras, e incisa a membrana interpalpebral em todo o seu comprimento. No segundo caso o processo operatorio começa fazendo huma abertura no angulo ou canto externo das palpebras; e o restante da operação como no precedente processo. No terceiro caso, em que as cartilagens tarsos estão immediatamente adherentes, he preciso fazer primeiro que tudo huma pequena abertura no canto externo das palpebras, e terminar, como no segundo caso, a operação, dirigindo o golpe por entre as duas fileiras dos pelos ou celhas, que guarnecem os dois tarsos.

Para practicar a fenda, por onde o extremo da tenta de rego tem de ser introduzida, o Parteiro pega, com o dedo indicador e medio da mão esquerda, na parte média dos dois tarsos das palpebras, e os levanta para os arredar, quanto for possível, do globo do olho; e tendo na mão direita hum bisturi recto de ponta aguda, faz com elle a perforação com toda a cautela para não offender as partes subjacentes. O golpe para a separação das palpebras pôde ser feito ou com o bisturi, ou com huma tisoura. As unções feitas com liquidos mucilaginosos e anodinas prevenirão o tornarem-se a unir as palpebras.

O *ancyloblepharon* pôde complicar-se com

outra affecção tambem nativa denominada *symblepharon*, que consiste não só na adheção das palpebras huma á outra por os seus bordos livres, porém ao mesmo tempo acharem-se adherentes ao globo do olho.

O diagnostico do *symblepharon* he difficil; comtudo alguns signaes indicão o não existir, taes como o poder-se elevar a pelle das palpebras, e o fazer-se mover o globo do olho por baixo dellas.

Esta complicação deve determinar a cegueira do recém-nascido, particularmente se as adherencias se estenderem pela cornea transparente.

§ II. ATRESIA CONGENITA DA PUPILLA.

Esta affecção, conhecida tambem com o nome de *synchezese*, consiste no tapamento da pupilla por a presença da membrana pupillar, quando esta persiste até ao nascimento. Este vicio de conformação he remediavel por meio de huma operação cirurgica, que consiste em se fazer huma *pupilla artificial*; e devendo esta ser applicada quando a criança tiver mais idade, julgamos não sermos obrigados a descreve-la.

§ III. OBTURAMENTO CONGENITO DO CONDUCTO AUDITIVO.

Consiste na tapagem do conducto auditivo, produzida pela presença de huma membra-

na no exterior ou interior delle. Quando esta tapagem existe em ambos os conductos, necessariamente deve haver a surdice, e consequente a ella a mudez.

O diagnostico do tapamento exterior do conducto auditivo he facil, e o seu tratamento simples; porém quando elle he profundo, o seu diagnostico he difficil, e o tratamento implicito.

Só nos occuparemos em descrever o processo cirurgico, pelo meio do qual se desobstrue a tapagem exterior do conducto. Consiste este processo em dividir a membrana por hum golpe crucial, feito com hum bisturi de lamina recta e estreita, em excisar-lhe os pequenos retalhos, e em introduzir depois no conducto hum lichino de fios de grossura apropriada.

§ IV. ATRESIA NATIVA DA BOCA.

Sendo a atresia da boca proveniente da simples adhesão, total ou parcial, dos beiços, sem que haja outra complicação morbida, a indicação curativa consiste emprehender a sua separação, praticando hum golpe ou incisão transversal com o bisturi ou tisoura; e em obstar á reunião pela repetida introducção da ponta do dedo por entre os labios separados.

§ V. IMPERFURAÇÃO NATIVA DO NARIZ.

Tem-se visto nascerem as crianças com as aberturas inferiores do nariz tapadas por huma

membrana. Quando este tapamento he simples, as duas cartilagens azas achão-se separadas da cartilagem septo.

Destroe-se este defeito incisando-se e excisando-se a membrana, do mesmo modo como fica descripto para remediar o obturamento do conducto auditivo.

A imperfuração he muito mais difficil de ser removida, quando se achão adherentes as cartilagens azas e as lateraes á cartilagem septo. Os auctores aconselhão praticar-se, nas partes superiores e médias das cartilagens lateraes, duas aberturas semelhantes ás que tem os passaros.

§ VI. IMPERFURAÇÃO CONGENITA DO ANO.

Succede, algumas vezes, nascerem as crianças com vicios de conformação no ano e no intestino recto, que obstão a sahida do meconio.

As imperfurações do ano e ultima porção do tubo intestinal, apresentam variações, que muito convem apreciar, tanto para o seu prognostico, como para a therapeutica que convem applicar-lhe. Nós nos occuparemos em descrever, com especialidade, as imperfurações mais essenciaes incluindo-as nas quatro seguintes especies.

1.^a *Especie tapamento do ano.* — A abertura anal póde achar-se tapada por hum prolongamento da pelle; por fibras carnosas do seu esfincter; ou por huma fibro-cartilagem anormalmente desenvolvida.

Segundo a maior ou menor espessura de qualquer destes tecidos, que fazem o tapamento, assim será variavel a distancia que vai da parte inferior do recto, á superficie exterior dos tecidos que o tapão.

Esta primeira especie de obstrucção facilmente se reconhece, porque, commummente, se percebe na região anal, ou huma depressão, ou hum tuberculo; he verdade que algumas vezes nem huma nem outra cousa se divisa, porque a pelle se acha nivelada com as partes vizinhas.

Quando existe a imperfuração do ano, o recém-nascido manifesta os padecimentos que o affectão, pelos seguintes symptomas: 1.º pela difficuldade de expulsar o meconio, despreza pegar no bico da mama; 2.º o seu rosto, nos pequenos intervallos de hum choro pungitivo, alternativamente se torna pallido ou córado; 3.º os vasos jugulares se lhe intumecem, por os repetidos e inuteis esforços para expulsar o meconio; 4.º em fim elle permanece em huma continuada agitação, que he impossivel fazer cessar, em quanto a causa existe. Estes symptomas se observão tanto nesta, como em outra qualquer das *atresias congenitas do ano*.

Nesta primeira especie de *atresia* se encontra, no lugar em que devia existir a abertura anal, huma membrana na qual, ás vezes, se manifesta certo denigrado, produzido pelo meconio subjacente; ahi se fórma hum pequeno tumor na occasião, em que o recém-nascido faz

seus esforços, e tactejando-o com o dedo sente-se a fluctuação do meconio accumulado nelle.

He necessario que com a maior promptidão se restabeleça a abertura anal, aliás o recém-nascido será victima por huma congestão no cerebro ou nos pulmões; ou por o derramamento do meconio na cavidade abdominal, proveniente da rotura dos intestinos.

Primeiro que tudo deve-se dar sahida ao meconio retido; por huma abertura praticada na parte central do esfincter. O Parteiro faz, com hum bisturi, hum golpe crucial no meio da membrana que tapa o ano, e excisa-lhe os fragmentos para lhe evitar a reunião. Esta operação além de facil não he seguida de perigo, e por isso deve ser logo posta em prática.

Nos casos de muita espessura da membrana, necessariamente custará a perceber o ponto a que deve corresponder a abertura anal. Este ponto só pôde ser conhecido quando o recém-nascido fizer esforço para expulsar o meconio. Onde então a pelle se elevar, ahí deverá ser introduzida a ponta de hum bisturi recto, de lamina estreita, dando-lhe a direcção que pela anatomia nós sabemos que o intestino recto deve ter; advertindo porém, que nesta epoca de vida, a extremidade do intestino acha-se hum pouco mais afastada do osso coccyx, para a parte anterior, que na de adulto. O restante da operação he como precedentemente fica indicado.

Ainda que a operação, neste segundo ca-

so, não tenha sempre tido resultados felizes, tendo sido praticada por habéis Cirurgiões, contudo devemos sempre emprehende-la, porque praticada por outros, ella tem sido coroada de bons resultados.

2.^a *Especie.* — Tem-se visto a incompleta perfuração do ano, existindo sómente hum estreito orificio, por onde apenas póde, com custo, passar o meconio; e esta restricção prolongar-se pelo intestino recto até á distancia de huma pollegada pouco mais ou menos.

Este caso he mais custoso de se remediar, tanto pela difficuldade de se acertar com o verdadeiro trajecto do intestino, como tambem porque a restricção se renova depois de ter sido amplificada, ainda que se lhe tenha introduzido hum suppositorio para a conservar dilatada.

Nas imperfurações incompletas, como não urge de prompto dar sahida ao meconio, o Parteiro poderá differir os meios therapeuticos, que tem a empregar, para huma occasião que lhe pareça mais opportuna. Eis a maneira como se houve o Sr. Serrand de Saint-Malo com huma criança recém-nascida, em quem a restricção se alongava pollegada e meia acima do ano.

Tentou primeiro dilatar a restricção com a esponja preparada; porém não obtendo bom resultado por este meio; insinuou no recto huma tenta canula, e introduzio pelo rego da tenta, até á sua terminação em fundo de sacco, a lamina delgada de hum bisturi recto: começou a incisar da parte anterior para a posterior, e

depois da posterior para a anterior trazendo ao mesmo tempo os dois instrumentos. Depois de ter sahido o meconio introduzio no ano hum pedaço de esponja preparada proporcional á abertura, e continuou a prestar-lhe hum tratamento methodico, com o qual, em poucos dias a criança ficou curada.

3.^a *Especie.* — Consiste na completa obliteração no interior do intestino recto por hum septo membranoso, molestia a^saz perigosa: 1.^o pelo ano manifestar-se são, e a affecção estar occulta; 2.^o pelos symptomas que a revelão só serem conhecidos quando o mal já tem feito progressos; e 3.^o quando os auxilios da arte são empregados existem complicações que contra-indicão a operação, e transtornão o bom exito della.

Os seus symptomas são: 1.^o os geraes das outras *atresias* do ano já descriptos; 2.^o o encontrar o dedo, ou huma algalia de mulher, introduzido no ano, hum obstaculo a certa altura, que embaraça a sahida das fezes.

O prognostico desta *atresia* deve ser tanto peor, quanto ella occupar hum lugar mais subido do intestino, e insolito á natureza e modo da obstrucção.

Sendo o tapamento do intestino pouco distante da abertura anal, e produzido por huma membrana, o curativo se poderá obter pelo processo do Sr. Serrand de Saint-Malo acima descripto; porém se o tapamento he tão superior, que o dedo do Parteiro o não póde alcançar,

tem-se aconselhado o perfurar-se pelo meio do *trocarte* de canula com rego, para por elle ser guiado hum bisturi delgado.

Esta operação além de incerta he mui perigosa, por quanto o intestino, distendido pelas materias accumuladas, ha de ser cortado em hum ponto, que depois da sahida das substancias que o enchião, não poderá corresponder ao ponto do tapamento perfurado; do que deve resultar infiltrações, ou na excavação ou no peritoneo, que devem causar a morte. Comtudo não obstante ter tido hum resultado desastroso a operação praticada por este modo por Sabatier e Engerrand na atresia que nos occupa, ella teve hum exito hum pouco mais feliz tendo sido praticada por J. L. Petit.

Este habil Cirurgião, no caso de *atresia* que se lhe apresentou, o orificio anal era tão estreitado, que apenas pôde introduzir nelle a ponta do dedo index até a altura de huma pollegada, sem comtudo topar com a obturação; não obstante introduzio hum bisturi estreito, da maneira que lhe foi possivel; cortou o ponto obliterado; sahirão as materias retidas, a criança viveo dois mezes exercendo sempre regularmente a defecação, e succumbio a huma outra affecção.

Sendo o intestino recto obliterado, de modo que não tenha cavidade, formando huma especie de cordão ligamentoso em huma porção de sua extensão, não cedendo por isso á acção das materias fecaes impellidas pelos esforços da

defecação; neste caso não podendo haver esperança de bom resultado na perfuração do intestino pelo ano, o Parteiro recorrerá a outros meios operatorios aconselhados para as outras *altrésias* do ano, que vamos mencionar.

4.^a *Especie.*. — O ano póde deixar de existir no lugar do perineo, e nada indicar o ponto da existencia do intestino recto; ou mesmo existir tão arredado, que não seja possível alcançá-lo. Ha factos destas anomalias, que provão faltar huma porção da extremidade do intestino grosso, não existir esta fixada, e fluctuar em fórma de fundo de sacco na cavidade abdominal.

Toda e qualquer tentativa operatoria, para remediar os riscos deste tapamento, offerece tantos perigos, que bem poucos Parteiros ousarão emprehende-las receiosos de hum fatal exito.

Comtudo a humanidade exige, que algum meio se emprenda para obstar a prompta e inevitavel morte do recém-nascido, accommettindo de hum tal vicio de conformação.

Nós vamos descrever os meios operatorios, que nesta qualidade de affecções tem sido postos em prática por habéis Cirurgiões, no fervoroso empenho de abrirem huma via artificial, por onde devão ser eliminadas as materias fecaes retidas.

Bartholomeu Saviard, Cirurgião no Hospital Geral de París no 17.^o seculo, tendo-lhe sido apresentado hum recém-nascido, no qual nenhuma apparencia de ano existia, elle cra-

vou hum apostemeiro duas pollegadas de profundidade, pouco mais ou menos, até não encontrar resistencia, no lugar onde o ano deveria estar; e vendo profluir o meconio pelos labios da ferida, retirou o apostemeiro, e introduzio nella o dedo indicador para a dilatar, e depois hum lichino de fios; e por hum curativo ulterior, apropriado á criança, ella foi salva do perigo que a ameaçava.

João Luiz Petit, Professor e Demonstrador nas Escolas de París, no meio do 18.^o seculo, refere tres casos desta natureza, em que elle praticou a operação pelo modo descripto. Na primeira criança, ella lhe tinha sido apresentada tres dias depois de nascida; perfurou-lhe o perineo no lugar onde o ano devia existir; e não obstante ter obtido dar sahida ao meconio, o recém-nascido morreo passados poucos dias.

No segundo recém-nascido, em quem não existia a abertura anal, Petit depois de perfurar, e ter, com o dedo indicador introduzido na ferida, ampliado-a, não pôde encontrar o intestino nem dar sahida ao meconio. Passado tres horas formou-se, atravez da ferida, hum tumor molle e denigrado, do tamanho de huma ameixa; o tumor foi aberto, o meconio sahio, porém passados sete dias succumbio a criança.

Na terceira, que operou por causa da falta completa da abertura anal, depois de ter introduzido no competente lugar huma lanceta, sem que da abertura resultasse o desejado ef-

feito, introduzio depois por ella hum *trocarte canellado*, que produzio a sahida do meconio; porém não obstante o ter ampliado a ferida, e empregado todo o desvelo nos curativos subsequentes, a criança foi victima da affecção, nos dias immediatos.

Na operação que nos occupa, duas cousas devem essencialmente ser attendidas, que fazendo o fundamento deste processo operatorio, o Cirurgião não póde obter evidentes signaes para ter esperança no bom exito; a primeira he o hir penetrar, com o instrumento perfurante, o foco onde o meconio se acha retido; e a segunda o fazer recahir o golpe no circuito do musculo esfincter do ano.

Com effeito esta segunda circumstancia merece ser bem ponderada, porque na verdade, se a abertura anormal não occupar o ponto indicado, o individuo operado, sobrevivendo á operação, na sua futura idade fica sujeito á involuntaria sahida das fezes, que hão de causar tão amargurados incommodos, que talvez sejam menos supportaveis que a morte.

Estes ponderosos inconvenientes, inherentes ao methodo operatorio de Saviard, suggerirão a Aleixo Littre hum outro recurso, para remediar o damno desta especie de imperfuração do ano.

Litre propoz, em 1720, que se estabelecesse o ano anormal na falta de ano natural, sem vestigio de sua existencia, aconselhando que se praticasse huma abertura no baixo ven-

tre nas proximidades de huma das regiões iliacas, e ahí se procurasse huma porção do intestino colon para o romper, evacuar-lhe as materias fecaes, e fixa-lo á ferida por pontos de sutura verdadeira, e constituir por este modo o ano anormal.

Duret, Cirurgião da Armada no departamento maritimo de Brest, empregou este meio operatorio em hum recém-nascido, sem vestigio de ano, que lhe foi apresentado, trinta e quatro horas depois de nascer. Este habil Cirurgião convocou huma conferencia de collegas seus, em que foi decidido o praticar-se a operação pelo methodo de Saviard. Posta em prática a operação, nada mais se pôde obter, senão o conhecimento de que não existia o intestino recto. O baixo ventre da criança se elevou, sobrevierão-lhe vomitos, e frieza ás extremidades; e como estes symptomas annunciavão o ultimo termo da vida, o recém-nascido foi abandonado á sua sorte; porém como passado vinte e quatro horas ainda vivesse, Duret lembrou-se de lhe abrir o baixo ventre, na região iliaca esquerda, procurar-lhe o S do colon, abrir o intestino, e fixa-lo á ferida.

Ensaiou-se primeiro nesta operação praticando-a em hum cadaver de huma criança de quinze dias, e os circunstantes satisfeitos com o acerto, convierão que fosse praticada no pequeno enfermo. Immediatamente Druet a executou; prendendo o intestino aos labios da ferida por dois pontos de sutura. Pela abertura

praticada ao comprimento do colon sahio muito meconio, e grande quantidade de ar, pelo que a criança alliviou; os symptomas atemorizantes cedêrão, e progressivamente foi melhorando. Lassus a vio em Brest, quando tinha já doze annos de idade; conservava no baixo ventre o ano anormal, com reviramento da membrana interna do intestino.

Hum outro processo foi aconselhado por Callisen para instituir o ano anormal, o qual consiste em procurar o collon descendente ou lombar esquerdo, onde elle suppõe achar-se este intestino algum tanto fóra do peritoneo. Manda que o golpe se faça entre a margem das falsas costellas e crista iliaca, no parallello do bordo anterior do musculo quadrado dos lómbos.

Tem-se dado a preferencia ao methodo de Littre, porque no ano anormal, pelo methodo de Callisen, não se póde adaptar naquella região o apparelho destinado a receber as materias fecaes; além de que não se evita, por este methodo, o comprehender-se na ferida o peritoneo.

Antonio Dubois foi de opinião, que na operação segundo o methodo de Littre, depois de se abrir o intestino, se introduzisse huma algalia de mulher na porção inferior da ansa, para reconhecer o ponto do perineo, onde o intestino recto termina, para nesse lugar restabelecer a abertura anal, se a situação o permitisse; porém como este procedimento transtorna as vantagens que o methodo de Littre offerece, a opinião de Dubois não tem sido attendida.

Callisen tambem propoz huma modificação ao methodo de Saviard, a qual consistia, que depois de se ter praticado a incisão no lugar onde o anno devia existir, se não profundasse o golpe, porém sim que se introduzisse huma algalia na urethra, e depois de tirada a urina da bexiga, esta algalia servisse de guia para introduzir o dedo e dirigir o instrumento perfurante para o foco onde o meconio estivesse depositado, que pouco deveria distar do fundo da bexiga urinaria. Esta lembrança não deveria ser desprezada, porque de algum modo pôde dirigir o instrumento, e obviar a offensa de algumas partes, que correm risco quando o instrumento se profunda sem conductor.

Omittimos outros vicios de conformação dos recém-nascidos, taes como aquelles de se abrir o intestino recto na bexiga urinaria, ou na vagina; tanto porque estas qualidades de anomalias quasi sempre são mortaes, como porque não são da natureza daquellas, que reclamão promptos auxilios.

§ VII. IMPERFURAÇÃO CONGENITA DO PREPUCIO E DA URETHRA.

O prepucio pôde nativamente ser imperfurado, ou ter hum orificio tão estreitado, que prohiba a sahida da urina. Este ultimo defeito commummente provém da edemacia do mesmo prepucio.

Qualquer destes vicios de conformação são,

percebidos, tanto porque se não vê molhado o vestuário e roupas, que servem ao recém-nascido, como por se observar nelle esforços, que só lhe fazem expulsar o meconio, porém nenhuma urina.

Se o prepucio tem hum excessivo longor, neste caso a circuncisão deve ser praticada; porém havendo o seu edema dever-se-ha recorrer aos banhos de cozimentos das substancias resolutivas, e não aproveitando estes, ás escarificações.

Pelo que respeita á imperfuração urethral, o tapamento pôde ter lugar: 1.^o no meato urinario por huma membrana; 2.^o sómente em toda a glande; e 3.^o finalmente em todo o canal da urethra. O diagnostico de qualquer destes vicios he identico ao da oclusão do prepucio.

1.^o A tapagem do meato urinario pôde provir da presença de huma membrana, ou do colamento dos seus bordos. Huma incisão praticada com huma lanceta basta para abrir o caminho á passagem da urina, cuja fluxão será sufficiente para impedir huma nova adhesão.

2.^o Existindo a imperfuração sómente na glande, aconselha-se o perfura-la até hir encontrar a cavidade do canal da urethra, por meio da lanceta, ou de hum trocarie, e estabelecer na abertura, por alguns dias, huma apropriada canula.

3.^o Se a urethra he completamente imperfurada em todo o seu trajecto, a arte não possui meio capaz de remediar este vicio de con-

formação, excepto aquelle de dirigir hum trocarte na bexiga, e deixar ahi a canula para dar a sahida á urina; meio aconselhado pelos auctores unicamente destinado a conservar, por alguns dias, a vida do recém-nascido.

Neste ultimo caso nós não duvidariamos punçar a bexiga urinária pelo intestino recto, ou pela vagina, para ahi estabelecer huma abertura fistulosa, *cisto-rectal*, ou *cisto-vaginal*, e por este meio prolongar a existencia ao recém-nascido; e ainda que cheia de incommodidades, comtudo preferivel a huma afflictiva morte.

ORDEM II. DEFORMIDADES.

Debaixo desta denominação comprehendemos os desvios congenitos da nutrição, que produzem nos órgãos das crianças, onde taes desvios acontecem, conformações differentes daquellas, que lhes são naturaes, alterando-lhes, por este modo, a especie ou o sexo.

As anomalias na conformação e estrutura dos órgãos, succedidas aos productos da concepção dentro do utero, imprimem, no seu character individual, mudanças taes, que o tornão mais ou menos monstruoso; comtudo he necessario, que nestas aberrações de conformação organica, não sejam admittidas as exageradas idéas, que os nossos antepassados tinhão, relativas ás hediondas figuras dos recém-nascidos, possuidores de taes anomalias. Convem pois que as consideremos com aquella penetra-

ção filosofica, admittida hoje na cultura das sciencias.

Mui variadas tem sido as opiniões relativas ás causas destas deformidades nativas; fazendo-as depender huns da força da imaginação da mãe sobre o ente procreado existente dentro do seu utero; outros da primitiva irregularidade do germen fecundado; e outros das eventuaes alterações succedidas ao ser gerado em qualquer epoca da sua vida intra-uterina.

Destas hypotheses, a primeira, completamente se acha refutada; em quanto á segunda, posto que admittida ainda por alguns, não he geralmente hoje acolhida (1); porém pelo que

(1) Somos informados de hum facto ha pouco tempo observado nesta Corte, que muito nos dispõe para admittirmos, como huma das causas das deformidades nativas, esta segunda hypothese. No dia 3 de Dezembro do corrente anno falleceu huma menina de 4 annos e 8 mezes de idade, filha do Sr. Burney, Doutor em Medicina, na qual tinha sido observado, hum mez depois do seu nascimento, hum tumor dentro da cavidade abdominal, correspondendo no exterior á parte esquerda da mesma cavidade. Não obstante o assiduo tratamento prestado á menina, o tumor permaneceu em todo o decurso de sua vida, causando-lhe continuos padecimentos até a fazer succumbir. O Sr. Burney desejoso de investigar a causa da morte de sua filha, pelos vestigios das ruinas, procedeo á necropsia do cadáver, ajudado o Sr. J. M. Pereira e Souza, e lhe encontrou as seguintes alterações pathologicas: hum tumor enkistado occupando o hypocondrio esquerdo, desde o ovario e trompa falopiana do mesmo lado, até quasi ao diafragma, correspondendo-se com os órgãos vizinhos, sem que nenhum delles se achasse lesado, excepto o rim esquerdo, o ovario e trompa mencionados, com quem estava ligado. O tumor encerrava huma substancia cebo-
sa, muito cabello, porções osseas pertencentes á mandibula su-

diz respeito á terceira , parecendo ser mais verosimil, nós apresentamos hum resumido esboço da sua theoria.

Nesta hypothese suppõe-se, que a deformidade, no ser concebido, lhe provém de huma suspensão ou perturbação no desenvolvimento dos seus órgãos; humas vezes porque a força formadora, segundo a expressão dos Srs. Theidman e Mekel, he frôxa e debil, e por isso os órgãos não chegam a obter o seu completo desenvolvimento; outras vezes porque a mesma força, tendo sido augmentada ou exagerada, lhe produz excesso no volume ou na quantidade dos

perior, em que existião dois dentes incisivos como os dos adultos; o que positivamente mostrava ser a cabeça de hum feto incompleta e anormalmente desenvolvida. A natureza desta obra não permite que façamos longas reflexões sobre o facto referido, e particularmente por o não termos visto; comtudo sempre expendemos as seguintes considerações: 1.º Que não he repugnante suppor, que no ovo fecundado, que originou a menina fallecida, houvesse nelle elementos embryonarios pertencentes a dois individuos, dos quaes hum se desenvolveo completamente por funcções normaes na sua vida intra-uterina; em quanto que o outro só se desenvolveo por huma vida parasita, e por isso só algumas de suas partes se organisarão; e sendo assim, eis a probabilidade de poderem julgar-se causas de deformidades, a primitiva irregularidade no germen fecundado: 2.º Que tendo sido observados tumores com estes mesmos caracteres, nos ovarios de cadaveres de mulheres adultas, he, por este facto, duvidosa a opinião dos auctores, de que erão proveinentes taes tumores das prenhezês extra-uterinas ovaricas: 3.º Finalmente que a formação do tumor da menina Burney póde ser explicada por huma superfectação, posto que esta doutrina não esteja admittida por todos. Devemos á amizade do nosso illustre Collega o Sr. C. J. d'A. Bizarro a relação pathologica do tumor.

orgãos; e outras vezes porque havendo perversão na supradita força, lhe resulta modificação ou na figura, ou na situação, ou na disposição dos órgãos.

Segundo a theoria expendida podemos estabelecer tres especies de deformidades congenitas: 1.^a deformidades nos órgãos por excesso na sua nutrição e desenvolvimento; 2.^a deformidades nos mesmos por mingoa da nutrição e desenvolvimento; e 3.^a deformidades organicas por perversão na nutrição e desenvolvimento. (1)

§ I. DEFORMIDADES POR EXCESSO NA NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO NA ORGANISAÇÃO.

Comprehendem-se nesta especie de deformidades congenitas dos recém-nascidos, aquellas, em que elles se apresentam com excesso de partes, taes como as das:

1.^o Crianças com duas cabeças em hum só tronco.

(1) O Sr. Geoffroy Saint-Hilaire, convencido da necessidade de huma exposição methodica de deformidades ou monstruosidades congenitas, concebeo a idéa de lhes applicar as fórmulas didacticas da zoologia. Não obstante as difficuldades materiaes do objecto, chegou, comtudo, a fazer dellas huma classificação, ainda que parcial, que poderá talvez vir a ser regular, continuando no seu plano. O Sr. Saint-Hilaire reduzindo os factos a hum pequeno número de grupos, de idéas aproximadas, fez, por assim dizer, huma especie de ensaio, que só abrange as anomalias da cabeça, a que deo o nome de — anomocephalos. — Posto que não sigamos a sua divisão, comtudo aproveitamos parte da sua nomenclatura.

2.^o Crianças com huma unica cabeça posta em dois troncos.

3.^o Duas crianças mais ou menos perfectas, unidas pelo lado, pela pelve, ou pelo peito. (1)

4.^o Crianças que nascem com mais de duas extremidades, thoracicas ou abdominaes, e com mais de cinco dedos em cada mão ou pé.

§ II. DEFORMIDADES POR MINGOA DE NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS ORGÃOS.

Incluem-se nesta especie de deformidades os defeitos organicos provenientes da falta de

(1) Nós conservamos, na nossa pequena collecção de peças anatomicas, algumas destas deformidades ou monstruosidades, taes como a de dois gemeos unidos pela pelve, e outros dois unidos por as regiões esternaes. Fallámos com pessoa bastante iustruida, que vio em París os dois Gemeos Siames, unidos nativamente pela parte inferior do esternon. Estes Gemeos forão trazidos do Reino de Sião, por hum Capitão de Navios, Americano Inglez em 1829, aos Estados Unidos da America. Os Gemeos tinham então 19 annos de idade; forão depois conduzidos para a Inglaterra; e em 1831 para París. Os seus nomes são — Eng e Chang; — achão-se unidos pelas paredes anteriores do peito por hum prolongamento carnoso, em fórma de faixa ou listão, do tamanho e largura da mão, o qual parece conter no seu interior os dois appendices xiphoides, alongados e voltados para a parte anterior. Suppõe-se que este meio de união era brando e flexivel, quando elles nascêrão, e na sua infancia, de modo que lhes permitia o voltarem-se em differentes sentidos; julga-se mesmo que elles nascêrão vindo as cabeças de hum mettidas entre as coxas do outro, na attitude que os rapazes tomão no chamado jogo da canastra.

desenvolção dos mesmos orgão, como succede nas :

- 1.º Crianças privadas de cabeça, *acephalas*.
- 2.º Crianças não possuindo nem cerebro, nem espinhal-medulla, *anencephalas*.
- 3.º Crianças com cerebro, porém privadas dos tres orgãos dos sentidos externos, do gosto, do cheiro, e da vista, *triencephalas*.

§ III. DEFORMIDADES POR PERVERSÃO NA NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS ORGÃOS.

Nesta especie de deformidades se encerrão todas as aberrações na nutrição e desenvolvimento dos orgãos que se observão nas :

- 1.º Crianças com *tumores sanguineos* na cabeça. (1)
- 2.º Crianças com hernias do cerebro, *encephalocele*.
- 3.º Crianças cuja cavidade craneana contém excessiva quantidade de agua, *hydrocephalas*.
- 4.º Crianças com huma só camara ocular, faltando-lhe o septo que separa as duas fossas orbitas, *cyclops*, ou *rhinencephalas*.

(1) Os tumores nativos formados na cabeça, por huma congestão sanguinea subcutanea, pôdem confundir-se com o encephaloce e com o hydrocephalo interno e externo; e com este ultimo muito mais que com os dois antecedentes. Os que pretenderem esclarecer-se sobre os differentes caracteres destes tumores, e formarem delles hum diagnostico mais exacto, consultem a Memoria do Sr. F. C. Nægele impressa a pag. 227 do 13.º volume do Journal Complementaire du Dictionnaire des Sciences Médicales.

5.º Crianças com o precedente defeito, e de mais communicados os órgãos do cheiro com aquelles da mastigação, e huma tromba labial, *stonemcephalas*.

6.º Crianças com o labio superior fendido com huma ou duas rachaduras, e algumas vezes com separação das maxillas, *beijo rachado*, ou *coloboma do labio superior*.

7.º Crianças com a urethra aberta no dorso do penis mais ou menos distante da glande, *epispadias*.

8.º Crianças com a urethra aberta na parte inferior do penis por detraz da glande; se esta abertura he junto á raiz do penis, o escroto acha-se dividido por huma fenda com dois labios mais ou menos espessados, que simulão huma vulva, *hypospadias*.

ORDEM 3.ª SIGNAES OU MANCHAS.

Dá-se o nome de *signaes* ou *manchas*, a certas marcas, *nævus*, que trazem em qualquer parte do corpo as crianças quando nascem. Os individuos pouco instruidos ou supersticiosos, julgão estes defeitos congenitos produzidos por desejos da mãe, que não tinham sido satisfeitos

Posto que estes signaes possam manifestar-se em qualquer parte do corpo, comtudo elles são mais communs no rosto. Pódem ser redondos, oblongos, irregulares, diffusos, pequenos, grandes, vermelhos, lividos, azulados, violetes, escuros, amarellos ou mesclados destas cô-

res; serem planos, de relêvo com eminencias; ou de fórma variada.

As imaginações preocupadas voluntariamente achão similhança com os objectos desejados pela mã; e até se persuadem que imitam na côr as *nodvas do vinho*, na figura as *cerejas*, os *bagos das romãs*, &c. &c., ou que se parecem com objectos que lhe tem inspirado receio ou temor, como a *cabeça de hum gato*, de *hum rato*, &c. &c.

Auctoridades respeitaveis em medicina, e prejuizos populares tem arraigado estas crenças.

O célebre Buffon dizia que sería impossivel persuadir as mulheres, que os signaes de seus filhos nenhuma relação devião ter com os desejos, que não tinham sido satisfeitos; que algumas vezes elle lhes tinha perguntado, antes dellas parirem, qual era o desejo que não tinham satisfeito, e quaes devião ser as marcas, que os filhos devião apresentar? Que com esta pergunta elle as desgostava, mas não as convencia.

As exactas disseccões tem mostrado, que estes signaes provém das alterações do tecido da pelle, consequencia de alguma molestia que o feto tenha soffrido na sua vida intra-uterina.

Os vasos capillares venosos e arteriaes da região cutanea tem sido encontrados relaxados, dilacerados, aneurismados, varicosados, e anastomosados.

A observação tambem nos mostra, que em consequencia de algumas enfermidades, apparecem ás vezes nos adultos manchas identi-

cas áquellas dos recém-nascidos por sua côr e apparencia. O Professor Chaussier estava persuadido, que as manchas se observavão mais commummente nas crianças, cujas mãis tinhão soffrido erupções cutaneas no progresso da gestação.

Como estes signaes ordinariamente não produzem dor, nem inconveniente algum relativo á saude da criança, elles não reclamão, da parte do Parteiro, auxilio algum therapeutico.

II.º QUADRO.

Affecções especiaes aos recém-nascidos, provenientes dos transtornos nas suas funcções fysiologicas.

Os recém-nascidos pódem, no acto de nascer, soffrer transtornos em alguns dos seus actos fysiologicos, e apresentarem-se no estado de morte apparente, a qual se realisa pouco depois, se promptos auxilios lhes não são administrados.

A *apoplexia* e a *asphyxia* são o resultado de taes transtornos, e que imprimem ao recém-nascido este character; affecções, que pódem confundir-se, porém que devem ser distinguidas, tanto pelas causas que as determinão, como pelos symptomas que as acompanhão; são ellas as que nos vão occupar neste quadro.

DA APOPLEXIA.

He o estado de morte aparente do recém-nascido, caracterisado pela lividez e turgencia da face; pelo peijamento dos vasos sanguineos da cabeça e do peito; e pela completa immobibilidade do mesmo recém-nascido.

§ I. CAUSAS.

Esta affecção reconhece por causas: hum parto excessivamente laborioso; a compressão da cabeça do feto ou do pescoço, quando estas partes franqueião os estreitos da bacia da mãi; e finalmente algumas voltas do cordão umbilical em tórno do mesmo pescoço.

§ II. TRATAMENTO.

Os auxilios que devem ser prestados para remediar esta apoplexia consistem: 1.^o em fazer a secção do cordão umbilical, e permittir a sahida do sangue, até que os symptomas se tenham dissipado ou diminuido; e 2.^o em produzir estimulações por differentes partes do corpo, pelo meio de fricções com pannos seccos ligeiramente asperos e aquecidos.

DA ASPHYXIA.

He o estado de morte aparente do feto, e eminentemente susceptivel de se realisar, pe-

lo excessivo estado de debilidade, e por não poder nelle exercer-se a respiração, indispensavel ao seu novo modo de vida.

§ I. CAUSAS.

A asphyxia dos recém-nascidos he quasi sempre consequente aos partos mui trabalhosos; ás excessivas perdas sanguineas, que a mãe tem soffrido; á nimia debilidade do feto; á compressão do cordão umbilical, obliterando-se-lhe a vêa sem que o calibre das arterias diminua; á versão do feto, ou aos partos em que elle se apresenta pela pelve.

§ II. SYMPTOMAS.

O recém-nascido, além de não respirar, apresenta-se pallido, flacido, com molleza de carnes, frieza de pelle, sem pulsações no cordão umbilical nem na região precordial.

§. III. TRATAMENTO.

No estado de asphyxia do recém-nascido não se lhe deve praticar a incisão do cordão umbilical, principalmente se a placenta ainda estiver collada ao utero. O feto deve ser immergido em agua com certo gráo de calor, que não exceda a 90 gráos do Thermometro de Fahrenheit, podendo vigorisar-se com vinho ou aguardente, se convier.

Explorar-se-ha a boca e narizes do feto para extrahir destas partes algumas mucosidades ou coalhos que lhe vedem a passagem ao ar, que deve entrar nos seus pulmões. Promover-se-lhe-hão os espirros por meio das titillações ou coegas nos narizes; introduzir-se-lhe-ha o ar nos pulmões insuflando-lhos com a boca ou com hum pequeno folle pelo *tubo laringeo* de Chausier.

A insuflação do ar, que quasi todos aconselhão, não he tão efficaz como se tem pensado, porque della não resulta a congestão sanguinea nos vasos pulmonares, a qual deve produzir a necessidade de respirar; por isso excitar os musculos inspiradores para se contrahirem, e engrandecerem os espaços thoracicos, eis a essencial indicação.

Os meios que parecem mais proprios para sollicitar estas contracções são: o chupamento com a boca ou com ventosas nas regiões mamárias do feto, e o borrar-lhe repetidas vezes, com aguardente ou alcohol, o peito.

III.º QUADRO.

Affecções especiaes aos recém-nascidos por eventos casuaes.

São comprehendidos neste quadro: 1.º as ophthalmias purulentas; 2.º o tetanismo; e 3.º a amarellidão ou ictericia dos recém-nascidos.

DA OPHTALMIA PURULENTA DOS RECEM-NASCIDOS.

As crianças recém-nascidas costumão algumas vezes ser acommettidas, poucos dias depois de terem nascido, ou passado algumas semanas ou mezes, de huma *conjunctivite* purulenta, mui semelhante ás ophtalmias blennorrhagicas, a que se têm dado o nome de *ophtalmia dos recém-nascidos*.

Esta affecção he caracterisada pelo grande inchaço das palpebras, e por hum abundante fluxo puriforme; e posto que, ás vezes, se desenvolva com o particular aspecto de epidemia, comtudo, no maior número de casos, he esporadica, e a classe dos individuos menos abastados parece ser a que mais assaltada he della.

§ I. CAUSAS.

Scarpa suppoz, que a ophtalmia purulenta dos recém-nascidos provinha do contacto da cabeça do feto com a vagina da mãe, affectada de blennorrhœa, na occasião do parto, inoculando-se-lhe nos olhos o fluido catarroso blennorrhagico.

Posto que esta causal possa ser admittida, comtudo ella deve ser mui rara ou quasi excepcional, tanto porque muitas crianças nascem de mãis infeccionadas de catarros vaginaes, sem terem contrahido a moléstia que nos occu-

pa, como tambem muitas tem sido accommettidas della, não obstante a vagina da mãe estar isenta de catarro blennorrhagico; além de que, só depois de terem decorrido dias, semanas, e ás vezes mezes, depois do nascimento, he que em algumas crianças se tem declarado a ophtalmia; circumstancia que não concorda com a idéa de inoculação.

Alguns tem feito consistir a causa da affecção catarrosa dos olhos, na particular constituição atmosferica, o que na verdade pôde ser admittido, quando ella accommetter epidemicamente; comtudo não he possivel dizer, nem a condição material da mesma atmosfera, nem tambem a sua modificação.

O que a observação prova he que a ophtalmia se desenvolve nos lugares mal arejados, immundos, e pouco sadios, e nas crianças cujas mãis são pouco asseadas; assim como, que ellas são algumas vezes a consequencia de causas desconhecidas, manifestando-se na occasião em que reinão affecções catarrosas de diversa natureza.

Tem-se tambem julgado causa desta ophtalmia as emborçações de água fria nas cabeças das crianças na occasião do baptismo. Devemos considerar como causa occasional desta ophtalmia toda a irritação de qualquer natureza que seja, produzida sobre os órgãos visuaes do recém-nascido.

§ II. SYMPTOMAS.

Começa por huma irritação nos órgãos visuaes do recém-nascido, a qual elle manifesta pela frequencia de levar as mãos aos olhos para os esfregar; pelas importunas dores, que a luz activa lhe determina, expressadas tanto pelos repetidos choros, quando a luz o affecta, como pela demonstração de querer subtrahir-se a ella fechando os olhos; pela falta de humedecimento da conjunctiva; e por hum preludio de entumecimento das palpebras, e dos tecidos subjacentes.

A conjunctiva torna-se molle e flacida, e toma o aspecto que a mucosa apresenta nos prolapços do intestino recto; as suas maxillas, nariz, e quasi toda a face adquirem hum maior rubor, e a fluxão palpebral muco-purulenta se derrama pela face do recém-nascido com mais ou menos abundancia, produzindo-lhe algumas vezes a excoriação da pelle.

Algunas vezes tambem succede, commumente causado pelos choros, revirarem-se huma ou ambas as palpebras, particularmente se a conjunctiva está muito inchada, e as cartilagens tarsos produzirem o estrangulamento dos tecidos exuberantes.

O recém-nascido manifesta soffrer sensações dolorosas, que se lhe exaggerão quando a luz lhe impressiona os olhos; o pulso se lhe agita; apparecem ás vezes abundantes dejeções alvinas, vomitos biliosos, e tremores convulsivos.

§ III. TERMINAÇÕES.

A ophtalmia póde terminar-se pela resolução; por huma suppuração mais ou menos continuada, provindo esta, ou de ulcerações dos tecidos affectados, ou da gangrena das partes estranguladas; pelo vasamento dos contentos do globo do olho, e pelo estaphiloma da cornea.

§ IV. NATUREZA.

As opiniões não concordão sobre se a ophtalmia purulenta dos recém-nascidos, he ou não de natureza contagiosa. Tendo ella o character catarroso não deve ser considerada geralmente contagiosa, porque qualquer affecção póde ser epidemica ou mesmo miasmatica sem contudo ser contagiosa.

§ V. PROGNOSTICO.

Em quanto ao prognostico estamos persuadidos, que deve ser fundado na intensidade das causas determinantes ou occasionaes da ophtalmia, no estado da alteração que apresentarem os tecidos affectados, e na promptidão ou no abandono dos recursos therapeuticos, de que se deve lançar mão para obstar ao seu progresso.

§ VI. TRATAMENTO.

O tratamento therapeutico, a que se deve recorrer, differé segundo o periodo da affecção;

em geral deve ser analogo áquelle das conjunctivites essenciaes. No primeiro periodo da affecção convem applicar as sanguisugas ás regiões temporaes, usar internamente dos brandos laxantes, e topicamente dos banhos emollientes; no segundo periodo convirá fazer uso de vesicatorios na nuca, e dos collyrios adstringentes, taes como a dissolução de sulphato de zinco em agua distillada, ou do acetato de chumbo na mesma agua, adicionando-lhe, a qualquer delles, a tinctura d'opio.

O Dr. Kennedy, da Irlanda, diz ter obtido vantajosos resultados da cauterisação da conjunctiva inflammada por meio da dissolução concentrada de pedra infernal; elle manda dissolver duas oitavas de nitrato de prata, em huma onça de agua de rosas, e a instilla tres vezes, em vinte e quatro horas, entre as palpebras da criança affectada.

Nos casos, em que a congestão he mais violenta, manda applicar huma sanguisuga na palpebra inferior, cuja sangria repete duas vezes até tres, se a inflammação se não modera; e depois manda fazer uso de banhos aos olhos com leite amornado. A membrana mucosa, que tem sido cauterisada pela dissolução da pedra infernal, apresenta escaras brancas ou pardas, que se despegão com banhos de leite, ou de qualquer collyrio anodino em que deve entrar o opio.

Havendo o reviramento das palpebras, pelas causas já indicadas, alguém aconselha o

empresender a redução da porção da mucosa procidente, comprimindo-a com hum dos dedos indicadores, levantando ao mesmo tempo, com os dedos da outra mão, o bordo tarsiano; porém preferimos excisar toda a conjunctiva exuberante, e cauterisar o que resta com a dissolução concentrada da pedra infernal, confiando a redução á natureza.

DO TETANISMO DOS RECEM-NASCIDOS.

O apparecimento desta affecção costuma ser depois do segundo dia do nascimento até ao septimo, e raras vezes até ao nono; e os seus prodromus não pôdem ser exactamente apreciados, porque elles se confundem com os de outras molestias.

O recém-nascido mostra-se muito inquieto; acorda sobresaltado e algumas vezes gritando; dorme sem completamente fechar os olhos; o choro tem hum character particular; apprehende com avidéz a teta para mamar, porém chupa com difficuldade, e a larga repetidas vezes; desarranjão-se-lhe as funcções digestivas, manifestando-se-lhe vomitos, flatuosidades, dejecções alvinas ou verdecentes.

§ I. CAUSAS.

As causas do tetanismo do recém-nascido não estão ainda bem estabelecidas; comtudo

tendo-se observado coincidir quasi sempre com esta affecção, hum estado inflammatorio, bastante intenso, das partes vizinhas áquellas por onde o umbigo se deve separar; o haver huma suppuração de máo character, e o retardamento no progresso para a cicatrização do mesmo umbigo; não duvidamos admittir, como causa do tetanismo, tudo quanto possa prejudicar o processo que a natureza emprega na separação e cicatrização d'elle.

Tambem devemos attender á natureza fibrosa do tecido da linha branca, e á disposição nimiamente irritavel dos recém-nascidos; o que tudo deve produzir-lhe irritações e reacções no systema nervoso; e por isso talvez deva ser contemplado com o tetanismo traumatico dos adultos; ainda mais, assim como o tetanismo traumatico he endemico nos paizes quentes, assim tambem os recém-nascidos nestes paizes são muito mais sujeitos a serem acommettidos por elle.

He tambem provavel que o tetanismo nos recém-nascidos lhes provenha, algumas vezes, de hum intenso frio, da suppressão repentina da transpiração cutanea, ou de qualquer erro commettido nos cuidados hygienicos a elles prestados.

§ II. SYMPTÓMAS.

Impotencia no mamar, expressão na face de profundos soffrimentos, esterismos intermit-

tentes e pouco pronunciados no princípio da affecção, continuados e intensos depois, espasmo dos musculos do pescoço e dorso, produzindo na criança o estado episthotono, baixo ventre tenso e elevado, respiração apressada, habito do corpo pallido e descorado, convulsões violentas, gritos afflictivos, e caimeras; taes são os symptomas que successivamente se vão desenvolvendo huns após outros, no espaço de 12 a 24 horas, até que no recém-nascido se manifesta hum estado de collapso geral, sensível magreza, côr azulada, abatimento de pulso, respiração interceptada e estertorosa, extremidades frias e huma prostração precursora da morte, que não tarda a realisar-se.

Esta serie de symptomas nem sempre se patenteão no recém-nascido no sequito, em que os apresentamos; alguns succumbem no começo da invasão, declarando-se-lhes apenas a restricção das mandibulas, ou o esterismo tetanico.

§ III. DURAÇÃO.

Esta affecção costuma durar de trinta horas até tres dias; he pouco commum nos paizes frios, porém muito vulgar nos paizes quentes dentro dos tropicos, onde he conhecida com o nome de *mal dos sete dias*. Pouco se tem dito sobre esta molestia; sua therapeutica só se acha estabelecida sobre vagas inducções, e sua anatomia pathologica não está mui vulgarisada.

§. IV. NECROPSIA.

As necropsias tem mostrado derramamentos de sangue negro semi-liquido em parte, e em parte coagulado, no canal vertebral; a membrana medullar com algum rubor; os vasos da pia-mater injectados; a espinhal medulla avermelhada, humas vezes amollecida, e outras vezes endurecida. No craneo tambem se tem encontrado derramamentos sanguineos nos ventriculos e nos plexos chroidianos; e a massa encephalica algumas vezes consistente, e outras vezes amollecida. Na cavidade thoracica nada se tem observado digno de notar-se. Na cavidade abdominal tem-se achado o estomago e os intestinos descorados, e privados de sangue, humas vezes contrahidos, e outras distendidos por gazes accumulados.

Nas arterias e na vêa do cordão umbilical não se tem observado alteração morbida, as suas membranas algumas vezes mostram ter sido accommettidos de flogose.

§ V. NATUREZA.

Se attendermos ao que se tem observado nas necropsias cadavericas, isto he, aos derramamentos sanguineos, ou sero-sanguinolentos, quer no craneo, quer no canal da espinha medullar; ao estado da medulla espinhal e do cerebro, quasi sempre amollecidos; estes dois im-

portantes factos, na sua concorrência, pôdem causar a apoplexia da massa cephalo-espinhal, e ter por resultado a serie de phenomenos convulsivos e tetanicos, que accommettem os recém-nascidos affectados desta molestia.

§ VI. DIAGNOSTICO.

Os gritos, com o caracter particular de profundo sentimento, que as crianças dão, a concentração das feições esculpida no seu rosto, o esterismo, as contracções dos membros, e particularmente a coincidência destes symptomas com a inflammação e suppuração do umbigo, são sufficientes signaes por os quaes a molestia não pôde ser confundida com qualquer outra.

§ VII. PROGNOSTICO.

O prognostico deve ser de morte para os recém-nascidos accommettidos do tetanismo; as crianças vigorosas resistem mais que as debeis, e que as nascidas prematuramente; e em quanto a estas ultimas, ellas succumbem muitas vezes antes do tetanismo se declarar.

§ VIII. TRATAMENTO.

A arte possui poucos meios therapeuticos para oppor a esta affecção, porque no maior numero de casos elles são insufficientes, e por tanto he mui duvidoso adoptar hum tratamen-

to, que pareça seguro e racional. O tratamento antiflogístico tem sido aconselhado nas vistas de combater o estado congestional do cerebro e espinhal medulla. Tem-se recorrido aos antispasmodicos, como proprios para debellar os insultos nervosos e convulsivos. Por tanto as sanguisugas, as cataplasmas e os banhos emollientes, e o unguento mercurial, o opio, o almiscar, a valeriana, &c. &c. tem successivamente sido administrados, porém quasi sempre com inefficacia; com tudo os antispasmodicos parecem ser aquelles que tem produzido alguma acção salutar sobre a molestia, porque não só se tem, por meio delles, podido conservar a vida dos enfermos por mais alguns dias, como também alguns tem sido salvos.

Pelo uso do opio dado internamente, e posto externamente sobre o umbigo, obtivemos no Rio de Janeiro, alguns felizes resultados, em crianças acommettidas do chamado mal dos sete dias, ou das convulsões tetanicas.

Se pouco devemos esperar nos meios therapeuticos, quando a molestia se tem desenvolvido, muito devemos confiar nas prescrições hygienicas racionalmente aconselhadas, para que huma tal affecção se não declare. Deve evitar-se as irritações sobre o cordão umbilical, assim como qualquer violencia, ou empuxamentos sobre elle, e promover a quédia da porção esfacelada e a cicatrização; o mais breve possivel.

He por estes meios proficuos, que se obtem

frustrar huma tão terrivel molestia, a qual, quando se declara e se torna refractaria a todos os meios therapeuticos, produz huma morte penosa e afflictiva.

DA AMARELLIDÃO OU ICTERICIA DOS RECEM-NASCIDOS.

Algumas crianças são acommettidas, pouco depois de nascerem, de amarellidão por toda a periferia, esculpindo-se-lhe mais no rosto.

§ I CAUSAS.

Tem-se julgado provir esta affecção de diferentes causas: 1.^o da mudança das funcções fysiologicas do figado na occasião da transição da vida intra-uterina para a vida extra-uterina do feto; 2.^o da primitiva impressão do ar atmosferico sobre a sua pelle, e superficie interna dos conductos aereos pulmonares; 3.^o da pressão das mãos, da pessoa que apara a criança no momento de nascer, sobre a sua região hepatica, ou da compressão do vestuario sobre a mesma; e 4.^o da retenção do meconio no tubo intestinal.

Todas estas causas pôdem, conjunctas, separadas, directa, ou sympathicamente, actuar sobre o figado, modificar-lhe as funcções, determinar-lhe contusões, inflammações, ou lesão organica no seu tecido.

§ II. SYMPTOMAS.

Os symptomas, que com mais frequencia se manifestão nesta affecção são: amarellidão geral da pelle e conjunctiva; augmento de calor e certa aspereza na mesma pelle; moderação, ou quasi nenhum appetite de mamar; as urinas e as materias fecaes muito tinctas de amarello; frequentes dejecções biliosas; abdomen e hypochondrios tensos; falta na excreção do meconio; e choros e gritos pungentes.

§ III. PROGNOSTICO.

O prognostico funda-se na maior ou menor intensidade das causas presumiveis da affecção; na robustez ou debilidade da criança affectada; e na regularidade ou irregularidade, que o exercicio de suas funcções manifesta. Geralmente o prognostico da ictericia deve ser favoravel. (1).

(1) A Faculdade de Medicina de Paris, no seu Programma de 29 de Dezembro de 1785 propoz » Huma descripção clara da ictericia dos recém-nascidos, e huma distincção entre as circumstancias em que este phenomeno exige os soccorros da arte, e aquelles em que he preciso esperar tudo da natureza. » O Professor Baumes da Universidade de Montpellier foi quem obteve o premio, escrevendo huma Memoria com este titulo. *Traité de l'ictère, ou jaunisse des enfans naissans*. Fez-se huma 2.^a edição em 1806. Tudo que ha bom sobre este objecto he tirado desta Memoria, á qual devem recorrer aquelles que desejarem esclarecer-se.

§ IV. TRATAMENTO.

O tratamento deve variar segundo o modo do influxo das causas, o estado de vigor do recém-nascido, e a maneira como as suas funções são exercidas. Em todo o caso a criança deve ser posta debaixo de hum regimen hygienico, que melhor se proporcione com as suas circumstancias. Pelo que respeita aos meios therapeuticos consistirão, em promover-lhe a excreção do meconio se estiver supprimida; em empregar as sangrias topicas ou geraes conforme convier, em usar dos banhos mais ou menos quentes e das fricções sêccas na pelle: estes meios nos parecem os mais adequados á condição dos recém-nascidos affectados da ictericia.

N. B. *Na linha 14 da nota, a paginas 51 onde diz » ajudado o-Sr. J. M. Pereira e Souza » deve ler-se » ajudado por o Sr. J. M. Pereira e Souza.*



INDICE.

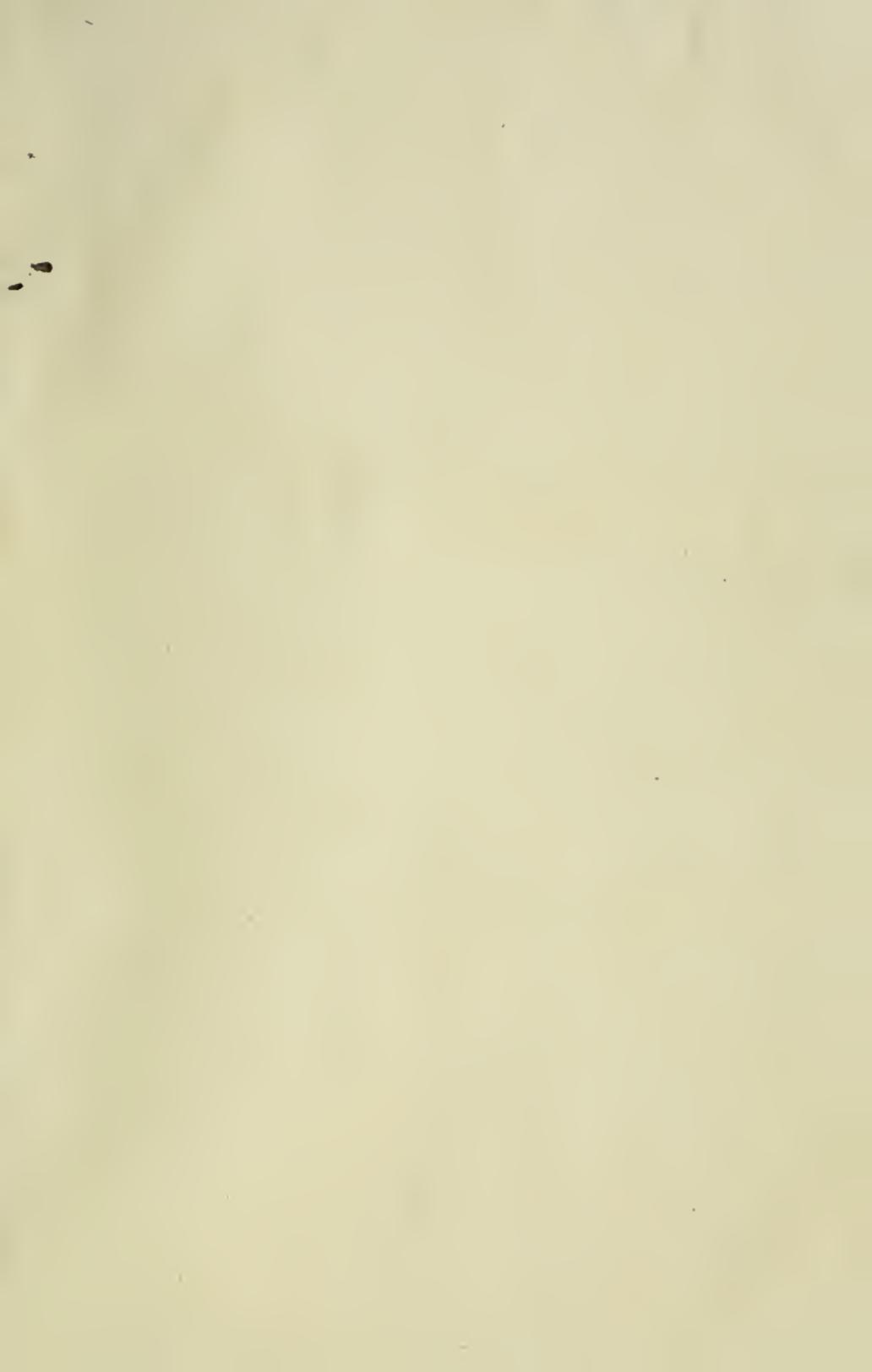
INTRODUCCÃO	Pag.	1
SECÇÃO I. <i>Das molestias das recém-paridas</i>		3
I. QUADRO. <i>Affecções das recém-paridas, causadas por acção material nos órgãos geradores no acto de parir</i>		9
§ I. <i>Contusões</i>		Id.
§ II. <i>Rasgaduras</i>		11
§ III. <i>Retenção da urina</i>		14
§ IV. <i>Incontinencia da urina</i>		Id.
§ V. <i>Reviramento do utero</i>		17
II. QUADRO. <i>Affecções espontaneas desenvolvidas nos actos funcionaes das recém-paridas, por lesões determinadas no apparelho reproductor</i>		22
<i>Da febre puerperal</i>		Id.
§ I. <i>Causas</i>		Id.
§ II. <i>Natureza</i>		24
§ III. <i>Symptomas</i>		27
§ IV. <i>Tratamento</i>		29
SECÇÃO II. <i>Das molestias dos recém-nascidos</i>	pag.	31
I. QUADRO. <i>Affecções congenitas especiaes aos recém-nascidos</i>		32
Ordem I. <i>Imperfurações ou obturamentos</i>		id.

§ I. Adherencias nativas das palpebras	33
§ II. Atresia congenita da pupilla	35
§ III. Obturamento congenito do conducto auditivo . . .	id.
§ IV. Atresia nativa da boca	36
§ V. Imperfuração nativa do nariz	id.
§ VI. Imperfuração congenita do ano	37
§ VII. Imperfuração do prepucio e urethra	48
Ordem II. Deformidades	50
§ I. Deformidades por excesso na nutrição e desenvolvimento na organização	53
§ II. Deformidades por mingua na nutrição e desenvolvimento nos órgãos	54
§ III. Deformidades por perversão na nutrição e desenvolvimento dos órgãos	55
Ordem III. Signaes ou manchas	56

II. QUADRO Affecções especiaes aos recém-nascidos provenientes dos transtornos nas suas funcções fisiologicas	58
Da Apoplexia	59
§ I. Causas	id.
§ II. Tratamento	id.

	<i>Da Asphixia</i>	id.
	§ I. <i>Causas</i>	60
	§ II. <i>Symptomas</i>	id.
	§ III. <i>Tratamento</i>	id.
•	III. QUADRO <i>Affecções especiaes aos re-</i>	
	<i>cem-nascidos por eventos ca-</i>	
	<i>suaes</i>	61
	<i>Da Ophthalmia purulenta dos</i>	
	<i>recem-nascidos</i>	62
	§ I. <i>Causas</i>	id.
	§ II. <i>Symptomas</i>	64
	§ III. <i>Terminações</i>	65
	§ IV. <i>Natureza</i>	id.
	§ V. <i>Prognostico</i>	id.
	§ VI. <i>Tratamento</i>	id.
	<i>Do tetanismo dos recém-nas-</i>	
	<i>cidos</i>	67
	§ I. <i>Causas</i>	id.
	§ II. <i>Symptomas</i>	68
	§ III. <i>Duração</i>	69
	§ IV. <i>Necropsia</i>	70
	§ V. <i>Natureza</i>	id.
	§ VI. <i>Diagnosticos</i>	71
	§ VII. <i>Prognostico</i>	id.
	§ VIII. <i>Tratamento</i>	id.
	<i>Da amarellidão ou ictericia</i>	
	<i>dos recém-nascidos</i>	73
	§ I. <i>Causas</i>	id.
	§ II. <i>Symptomas</i>	74
	§ III. <i>Prognostico</i>	id.
	§ IV. <i>Tratamento</i>	57

14	...	...
15	...	...
16	...	...
17	...	...
18	...	...
19	...	...
20	...	...
21	...	...
22	...	...
23	...	...
24	...	...
25	...	...
26	...	...
27	...	...
28	...	...
29	...	...
30	...	...
31	...	...
32	...	...
33	...	...
34	...	...
35	...	...
36	...	...
37	...	...
38	...	...
39	...	...
40	...	...
41	...	...
42	...	...
43	...	...
44	...	...
45	...	...
46	...	...
47	...	...
48	...	...
49	...	...
50	...	...





COUNTWAY LIBRARY OF MEDICINE

RG
521
M457

