

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

THESE

Apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro
em 22 de Outubro de 1914, para ser defendida por

Josè Rodrigo da Costa Azevedo

Natural de Pernambuco

Filho legítimo de Domingos Ferreira de Souza Azevedo
e D. Ignacia Malta da Costa Azevedo.

Afim de obter o gráo de doutor em medicina

DISSERTAÇÃO

Pelviologia Obstetrica

(Cadeira de clínica obstetrica)

Proposições

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso das sciencias medico-cirurgicas

CASA DAVID
TYPOGRAPHIA, PAPELARIA E
LIVRARIA ITALIANA
6, PRAÇA DOS GOVERNADORES,
Telephone 5556—Central
RIO DE JANEIRO



FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR — Dr. Ernesto do Nascimento Silva.
VICE-DIRECTOR — Dr. Antonio Augusto de Azevedo Sodré.
SECRETARIO — Dr. Eugenio do Espirito Santo de Menezes.
SUB-SECRETARIO — Dr. Carlos Augusto Brito e Silva.

PROFESSORES ORDINARIOS

Drs.	
Antonio Sattamini	Physica medica.
Tiburcio Valeriano Pecegheiro do Amaral	Chimica medica.
Antonio Teixeira do Nascimento Bitten-	
court	Historia natural medica e para-
	sitologia.
Luiz Antonio da Silva Santos	Anatomia descriptiva.
Antonio Dias de Barros	Histologia
Oscar Frederico de Souza	Physiologia.
Bruno Alvares da Silva Lobo	Microbiologia
Antonio Maria Teixeira	Pharmacologia.
Raul Leitão da Cunha	Anatomia Pathologica
Domingos de Góes e Vasconcellos	Anatomia medico-cirurgica e ope-
	rações.
Antonio Rodrigues Lima	Pathologia geral.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Therapeutica (clinica experimental
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene.
Ernesto do Nascimento Silva	Medicina legal. Pathologia cirur-
	gica.
Aloysio de Castro	Pathologia medica.
Francisco de Paula Valladares	Clinica cirurgica
Pedro Severiano de Magalhães	Clinica cirurgica
Augusto Brant Paes Leme	Clinica cirurgica.
Fernando Terra	Clinica dermatologica
Jose Antonio de Abreu Fialho	Clinica ophtalmologica.
Francisco Simões Correa	Clinica pediatria medica e hygie-
	ne infantil.
Hilario Soares de Gouvêa	Clinica oto-rhino-laryngologica.
Luiz do Nascimento Gurgel	Clinica pediatria cirurgica e or-
	thopedia.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica.
Augusto de Sousa Brandão	Clinica gynecologica.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Clinica medica.
Miguel da Silva Pereira	Clinica medica
Miguel de Oliveira Couto	Clinica medica
Antonio Austregesilo Rodrigues Lima	Clinica de doenças nervosas.

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS EFFECTIVOS

Drs.	
Henrique de Toledo Dodsworth	Physica medica.
Diojenes de Almeida Sampaio	Chimica medica.
Antonio Pacheco Leão	Historia Natural medica.
João Benjamin Ferreira Baptista	Anatomia descriptiva.
Ernani Carlos de Menezes Pinto	Histologia.
Jose de Moura Muniz	Microbiologia.
Alvaro Osorio de Almeida	Physiologia.
Luiz Pedro Barbosa	Pharmacologia. Anatomia medico
	cirurgica e operações
Francisco Pinheiro Guimarães	Pathologia geral
Agenor Guimarães Porto	Therapeutica (clinica experimental)
Julio Afranio Peixoto	Hygiene.
Augusto Paulino Soares de Souza	Clinicas cirurgicas
Octavio do Rego Lopes	Clinica ophtalmologica.
Fernando Augusto Ribeiro de Magalhães	Clinica obstetrica.
Henrique de Brito Belfort Roxo	Clinica Psychiatria
Alfredo Antonio de Andrade	Chimica analytica.

N. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.

These

DUAS PALAVRAS

«... bem feliz me sentiria, se lo-
grasse alliviar-me dos riscos de
um encargo, para o desempenho
do qual ninguem duvidaria mais
da minha competencia que eu
mesmo.

RUY BARBOSA.

Vaidades nem pretensões cabem na modestia deste trabalho que, apenas, visa, dentro das nossas forças, satisfazer uma exigencia do regulamento do ensino, fóra de qualquer intuito que não seja o de sermos sincero e muito sincero.

A escassez do tempo, que multiplas obrigações cada vez mais restringiram, e o tumulto, que a repartição da actividade intellectual engendra, ambos tão prejudiciaes aos que se entregam á difficil tarefa de escrever, quer no elaborar a obra, quer no corrigil-a, não nos consentem outras nem maiores aspirações.

Demais, resumo do que emeritos e geniaes espiritos disseram, salpicado de algumas observações pessoas, colhidas com o cuidado maximo e igual carinho, aqui e

ali nos estabelecimentos hospitalares, procuramos objectivando esforços e aproveitamentos, corresponder aos ensinamentos dos mestres, cuja trilha luminosa seguimos.

Cerrando esta pagina, permitta-se-nos gravar no portico do nosso trabalho, que é bem o termimo de um grande tirocinio escolar, o nome do illustre Professor Dr. Fernando Magalhães, como prova da nossa gratidão reconhecida, pelo muito que lhe devemos, quer como mestre, quer como amigo.





CAPITULO I



Estudo da Bacia

Em toda e qualquer obra devemos visar, em primeiro lugar, um alicerce completo e regido que nos leve com facilidade, presteza e animos ao fim delineado.

Encetando a risac traçada iniciamos nossa these, offerecendo nma descripção da bacia ossea que é o ponto basico do nosso trabalho, cujo conhecimento é tão indispensavel ao obstetra quanto a bussala aos navegantes.

A seus alumnos o professor Charles, da Universidade de Liége não se fatigava de repetir e aconselhar que se não esquivassem de ler e reler, sempre, a anatomia da bacia, trazendo, assim, photographada, em nosso cerebro a configuração pelviana.

E na verdade, nada mais preciso, mais essencial, mais necessario e de modo algum indispensavel ao medico parteiro do que a posse exacta do estudo pelviano para nos momentos imprevistos e melindrosos da clinica obstetrica não recuarmos um passo, dissolvendo com serenidade e precisão as difficuldades que se nos apresentarem.

Infelizmente, em clinica os casos não se repetem

com a mesma symptomatologia, nascendo d'ahi a phrase do grande Hyppocrates, ha doentes e não doenças.

Na pratica vemos, quotidianamente, a clinica obstetrica nos presentear casos variados, devido a diversidade da forma do canal pelviano que tem de ser transposto pelo feto.

Quasi sempre verificamos bacias com forma, disposição, planos e tamanho diversos, forçando o obstetra a praticar uma intervenção não sendo, assim, susceptivel o processamento natural do parto.

D'isto deduz-se que um estudo theorico e pratico do pelvis deve ser encarado com presisão e assiduidade pelos que se dedicam á obstetricia, habituando-se a explorar e diagnosticar com firmeza para n'uma offerecida occasião, sem hesitar um momento, siquer, seguirmos o caminho mais curto, que o caso exige, porque vemos, muitas vezes, em nossas mãos duas vidas em perigo, quando não qutzermos olhar para o restante da familia, que, de nós, anciosamente, espera uma ardente solução: salvação das vidas que nos confiaram.

Vemos, portanto que a nossa missão é difficil, espinhosa e traiçoeira e requer, além d'uu estudo methodico e progressista, que cada clinico seja revistido de coragem, calma e paciencia.

Chamamos de bacia ou pelvis ao conjuncto dos ossos illiacos ou coxae e dos dois ultimos da columna vestebreal — o sacro e o coccyx.

Em obstetricia conhecemos por bacia a parte comprehendida pelos ossos illiacos que constituem suas pa-

redes anterior e lateraes e pelos sacro e coceyx que formam sua parede posterior.

A bacia, que está situada na parte inferior do tromco, occupa o ponto mediano do corpo nas pessoas de estatura regular ; notando-se, pois, que é mais alta entre o homem do que entre a mulher.

A bacia serve de sustemtaculo ao tronco que, por seu intermedio, se acha ligado aos membros inferiores.

Como não é de grande importancia um estudo anatomico bem detalhado para o obstetra apresento uma descripção indispensavel das peças osseas, de per si, considerando, somente, os pontos de maior valia.

O sacro que é o resultado de 5 vertebrae sacras que se fundem, após a idade de 15 annos, pela transformação ossea de suas cartilagens de conjugação, é um osso impar, mediano, e symetrico.

O sacro está collocado na parte posterior da bacia, entre os ossos illiacos, abaixo da columna lombar e acima do coccyx.

Em posição normal o sacro traça uma linha obliqua que se dirige de cima para baixo e de diante para traz nascendo de sua connexidade com a columna lombar, — uma proeminencia denominada anglo-sacro-vertebral ou promontorio que é para os parteiros o ponto de predilecção na mensuração da bacia.

Disto conclue-se que o seu eixo descreve uma curva saliente, olhando para baixo e para diante.

Em seu todo o sacro offerece uma forma pyramida quadrangular e em conclusão uma base que olha para

cima ; um cume que olha para baixo e quatro faces, duas lateraes, uma anterior e outra posterior.

A base do sacro olha para diante e um pouco para cima e apresenta uma configuração igual á faee superior de qualquer vertebra lombar.

O cume do sacro é representado por uma faceta que se adapta a primeira vertebra coxygiana.

Não devemos deixar de moncionar que esta feceta dá sahida ao orificio terminal do canal sacro.

A face anterior, tambem conhecida com os nomes de pelviana e concava, mais larga em cima do que em baixo, apresenta uma grande curva, tanto no sentido longitudinal, como no transversal.

Devemos notar que na metade inferior do osso a curvatura longitudinal apresenta sua maior extensão ao passo que o contrario se verifica na curvatura transversal.

Proseguindo o estudo d'esta face vemos quatro linhas transversaes, provenientes da fusão das vertebrae sacras.

Estas linhas deixam ver em cada extremidade um orificio elliptrico, chamado, «*orificio sacro anterior* ou *foramina sacralia anterior*» que dá passagem aos ramos anteriores dos nervos sacros.

Encarando de per si as vertebrae sacras notamos que o seu desenvolvimento não é igual, principalmente entre as mulheres onde o sacro tem, devido a parturição uma importancia particular.

Na mulher, a primeira vestebra sacra mede 35 millimetros de altura, a segunda, perto, de 25 millimetros e as restantes 2 centimetros.

A face posterior apresenta uma convesidade, tanto no sentido longitudinal como no transversal.

Percorendo-a encontramos, na linha media, uma grande crista formada, pelas apophyses espinhosas das vertebrae sacras — é a crista sacra.

A crista sacra se termina na visinhança do 3.º buraco sacro, mas, ás vezes, no 4.º por dois ramos divergentes.

Nas partes lateraes vemos a «goteira sacra», que continua, exactamente, a goteira vertebral; uma serie de 5 tuberculos sacros postero-internos; uma serie de 4 orificios ovalares que deixam passar os ramos posteriores dos nervos sacros; uma outra serie de tuberculos postero-externos que estão fóra dos orificios mencionados.

As faces lateraes, muito largas superiormente, adelgadas inferiormente, onde merecem o nome de *bordos*, apresentam a «faceta auricular do sacro» que é representada por superficies rugosas, destinadas á junção com os iliacos.

Atraz da faceta auricular encontramos uma fossa «fossa crivada do sacro» que é cumulada de orificios destinados a passagem de vasos.

Nas faces lateraes encontramos, ainda, *succo pre-auricular do sacro*.

Abaixo da «facies auriculares» está situada a superficie de inserção dos lagamentos *sacro-tuberosos* e *sacro-espinhosos*.

A articulação do sacro ao iliaco concorrem, quasi sempre, as tres ultimas vertebrae sacras, porém, ha casos em que vemos a articulação comprehender duas

vertebras sacras e, tambem, podemos verificar a junção com quatro vertebras sacras e uma vertebra lombar.

Para formação do sacro concorrem, habitualmente, 5 vertebras, porém, devemos lembrar que, ás vezes, nos deparamos com 6 vertebras e, mui raramente, verificamos casos de quatro. N'este ultimo caso a disposição do sacro é modificada na forma, no comprimento e na curvatura que se forma no periodo fetal.

Um ponto de maxima importancia para n parteiro e que devemos, desde já, lhe dedicar umas linhas, é a curvatura do sacro.

Paterson avalia a profundidade da curvatura, entra 0,004 e 0,04, devendo a corda medir 0,018. Cunningham avalia a flexa do arco em 44 millimetros e a extensão de sua corda entre 11 c. a 11 1/2.

O ponto mais profundo da curvatura corresponde a 3.^a vertebra sacra.

Conhecedor da extensão do sacro, que é, pouco mais ou menos, de 9,5 centimetros e da largura, que é de 11,5 cent. Turner formulou a seguinte proporção para verificar o *index sacralis* :

$$L : 100 :: B : X.$$

N'esta proporção a letra L representa a altura e B a largura.

Paterson, de seus estudos, estabeleceu uma media do index sacro, correspondente a 106,7, nas bacias femininas.

E' em anthropometria que o *index sacralis* tem grande importancia.

Quando nos preoccuparmos da bacia obstetrica em geral, salientaremos o grande valor que tem a curvatura do sacro, fornecendo, assim, mais expansão a cavidade pelviana.

O coccyx, que entre a especie humana, representa um rudimento de cauda dos mammiferos, é um osso impar, mediano, symetrico ; situado abaixo do sacro e formado por 4 ou 5 vertebrae coccygianas e, as vezes, 6 que, largas superiormente, vão se atrophiando consideravelmente de cima para baixo.

Contrario do sacro o coccyx é despido de canal, apresenta uma forma triangular e, por consequencia, uma base, um cume, duas faces e dois bordos.

A base olha para cima e nos apresenta uma faceta, destinada a se articular com o cume do sacro. Atraz desta faceta vemos os comodos coccyx, correspondente aos cornos do sacro.

O cume do sacro coccyx é constituido por um tuberculo osseo que se acha situado na linha media, porém, ás vezes, se desvia quer para direita, quer para esquerda.

As faces são em numero de duas, uma anterior, concava e outra, posterior, convexa.

Os bordos que são obliquos para baixo e para dentro dão inserção ao ligamento sacro-sciatico e a muitos feixes de origem do musculo ischio-coccygiano.

Iliaco. O iliaco ou coxal é um osso par, chato, formado por 3 peças osseas que conservam, pouco mais ou menos, sua independencia, até a epocha da

puberdade, vindo, depois, se reunirem no centro da cavidade estxloide (estabulum) situada na face externa do osso.

A junção das 3 peças osseas descreve, devido a presença das linhas de sutura, a forma d'um Y que, após, a puberdade desaparece.

As peças que concorrem para formação do osso são: o *ilion*, em cima e para fóra; o *pubis*, adiante; o *ischion*, embaixo.

O *iliaco* tem uma forma irregularmente, quadrilátera com a parte media estreitada.

O *iliaco* apresenta duas faces, externa e interna; quatro bordos, superior, inferior, anterior e posterior, quatro angulos.

Face externa. Analysando esta face encontramos a *cavidade cotyloide* (cotyle ou acetabulum) de forma d'uma esfera oca, circundada pelo *supercilio cotyloidiano*, destinada a receber a cabeça do femur; acima da cavidade cotyloide vemos, a *fossa iliaca externa*, que, destinada a inserção dos musculos gluteos, é cortada por duas linhas rugosas, conhecidas pelos nomes de semi-circulares-anterior e posterior.

Estas linhas dividem a *fossa iliaca externa* em zonas, uma posterior, pequena, que dá inserção ao grande gluteo, uma media, regular, na qual se insere o medio gluteo, uma zona, anterior, maior, que serve de inserção ao pequeno gluteo.

E' na parte media da *fossa iliaca e externa* que encontramos o orificio nutritivo do osso.

Vemos, ainda, a goteira *supercotyloidiana* que é

cheia de orifícios para passagem dos nervos nutritivos do osso.

O *buraco obturador* ou *ischo pubiano*, que é formado pelos ramos horizontal, descendente e corpo do *pubis* e pelo ramo ascendente e corpo do *ischion*, apresenta uma forma triangular, observando-se, porém, que na bacia masculina pode se apresentar oval.

Face interna. Na face interna deparamos, logo, com a *linha inominada*, que, dirigindo-se de cima para baixo e de traz para diante, estende-se da *eminencia ileo pectinea* até a articulação sacroiliaco.

A *linha inominada* divide a face interna em duas partes: uma superior, a *possa iliaca interna*, de forma triangular, bastante larga, olhando para cima, para diante e para dentro, correspondendo ao musculo iliaco; outra inferior, apresentando uma superficie rugosa, que, olhando para baixo e para traz, serve de apoio aos ligamentos que unem o osso iliaco ao sacro, é a *tuberosidade iliaca*; outra, superficie, que comparada a uma orelha, recebeu o nome de *faceta auricular* do osso *coxal*; mais outra superficie plana, que, correspondente a *cavidade cotyloide*, serve de inserção ao musculo obturador interno; mais ainda uma saliencia em forma de «dos d'ane» que os parteiros chamam de estreito medio da bacia.

Bordo anterior. Seguindo-o de cima para baixo encontramos: a *espinha iliaca antero-superior*, onde se inserem varios musculos e a arcada femoral, uma chanfradura, sem nome, que dá passagem ao nervo femorocutaneo, a *espinha iliaca antero-inferior*, ponto de inser

ção directo do musculo recto anterior; outra chanfradura, sem nome, por onde passa o musculo psoas-iliaco; a eminencia ilcopectinea, onde se insere a fita do mesmo nome; a *superficie pectineal* limitada, atraz, pela crista pectineal, continuação da linha inominada; a espinha do *pubis*, que dá inserção a arcada femoral; e o angulo do pubis.

Bordo posterior. Percorrendo-o, tambem de cima para baixo, encontramos: a espinha *iliaca postero superior*, que serve de inserção a ligamentos e musculos; uma chanfadura, sem nome; a espinha *iliaca postero-inferior*, servindo tambem de inserção a ligamentos e musculos; a grande chanfadura sciatica que dá passagem a varios orgãos, musculo, vasos e nervos; e o corpo do *ischion* que representa o *angulo inferior* do osso.

Bordo superior. Tambem chamado *crista iliaca* tem a configuração d'um S italico, que serve de inserção a varios musculos.

Bordo inferior. Este bordo que é formado pelos ramos ascendente do ischion e descendente do pubis, apresenta, em sua parte anterior, uma feceta que se articula com a do lado opposto, constituindo, assim, a *symphyse pufiana*.

Os quatros angulos do osso iliaco são denominados: angulo-*antero-superior* que é formado pela espinha iliaca antero superior; angulo postero-superior, formado pela espinha iliaca, do mesmo nome; angulo antero-inferior ou interno, formado pelo angulo do pubis; postero-inferior ou inferior, representado pelo corpo do ischion, que é, tambem, conhecido por *tuberosidade ischiatica*, sobre a qual descança o corpo na posição sentada.

Articulações

Finalizando a descripção anatomica dos ossos da bacia é logico que, agora, cogitemos dos seus meios de união.

Os ossos iliacos ou coraeas, que, pelo seu conjuncto, constituem a cintura pelviana, ligam-se ás partes lateraes do sacro, formando a articulação sacro iliaca; estes mesmos ossos, na linha media unem-se um ao outro, formando a symphise pubiana. Vemos, tambem, a ligação das partes lateraes do sacro e do coceyx aos iliacos por intermedio dos ligamentos sacro-sciaticos.

A articulação sacro-iliaca, que apresenta ao mesmo tempo, signaes de amphiarthrose e de diarthrose é considerada pelo anatomista Sappey como o typo intermediario entre estas duas especies de articulação.

Dispensado de nos deter, um pouco, com as superficies articulares, que já foram descriptas, lembramos que ellas são mantidas por uma *capsula-fibrosa* que lhes cerca o contorno.

O papel da capsula-fibrosa é auxiliado, na face autero-inferior da articulação, pelo ligamento *sacro-anterior* e na face posterior, pelo *ligamento sacro iliaco posterior*.

Encontramos, ainda, o ligamento ilio-lombar que não

passa d'uma formação fibrosa que se estende do osso iliaco a parte inferior da columna lombar.

O mais resistente da articulação é o ligamento sacro-iliaco interosseo, que está situado atraz das superficies articulares.

Na prenhez as articulações sacro-iliacas gosam de certa mobilidade, que será melhor tratar-se na parte reservada a physiologia do pelvis.

A articulação sacro-iliaca, que é sujeita a ankylose, pela oscificação dos ligamentos periphericos, apresenta uma grande resistencia, chegando ao ponto de supportar um peso equivalente a 310 kilos.

A articulação da 5ª vertebra lombar com a 1ª sacra é mantida em posição pelos ligamentos inter-espinhoso e super-espinhoso. Alem destes ligamentos existe um outro de maior importancia — o ligamento sacro-vertebral.

A articulação sacro-coccygiana, representada pela ultima vertebra-sacra e primeira coccygiana, ou então, pelo cume do sacro e base do coccyx, pertence a classe das amphiarthroses.

Para a manutenção do sacro e coccyx concorrem nm ligamento interosseo e varios periphericos.

O ligamento interosseo que está comprehendido entre as superficies articulares, é uma especie de fibro-cartilagem que, por sua forma e significação morphologica, se assemelha as meninges interosseas.

Os ligamentos periphericos, que são em numero de quatro, se denominam : *ligamento sacro-coccygiano anterior*, *ligamento sacro coccygiano posterior* e *ligamentos lateraes*; que, em numero de tres de cada lado, se distinguem em

ligamentos interno, medio e externo. Esta articulação gosa tambem no estado gravidico, de certa mobilidade.

A articulação interpubiana ou symphyse pubiana que é proveniente da união, na linha media dos ossos coxae, representa o grupo das amphiarthroses. Para junção desses dois ossos concorrem uma fibro-cartilagem interarticular, designada *ligamento inierosseo* e outros ligamentos periphericos.

Na porção posterior esta cartilagem offerece uma saliencia, que sentimos, pesquisando o diametro promonto-pubiano. No centro-fibro-cartilagem apresenta uma cavidade central que, ás vezes de pequena dimensão comprehende em outros casos toda a altura da cartilagem.

N'ella são tambem, dignas de nota algumas variações sexuaes: mais alta no homem que na mulher, mas largas nesta que naquelle, sendo mais frequente no sexo feminino.

Diversos parteiros querem, que na prenhez a fibro-cartilagem soffra algumas modificações oriundas do engrandecimento da cavidade central.

Os ligamentos periphericos se distinguem em anterior, posperior, superior e inferior. Estes ligamentos fundidos no nivel de seus bardos, constituem uma capsula fibrosa que circumscreve a articulação. A symphise pubiana é de grande solidez, supportando em peso de 197 kilos.



Bacia em geral

De accordo com a divisão do nosso trabalho enceta-remos, agora, o estudo da bacia em geral.

Tomada em seu conjuncto, a bacia offerece uma fórma variada. Hasse é de parecer que a bacia apresenta uma direcção em espiral, tendo a parte direita mais baixa e mais larga um centimetro que a esquerda.

Outros querem que a bacia tenha a fórma d'um cone truncado, inclinado para baixo.

Notamos que a linha inominada é mais profunda á direita que á esquerda e a «foramina ischiatica» esquerda mais estreita que a direita.

E' baseado n'esta desigualdade da symetria pelviana que muitos parteiros, como Hasse Zalkz e Zewiki explicam grande numero de apresentações em O. I. E. A.

E' de grande valia para o parteiro o conhecimento exacto do interior da bacia.

A bacia divide-se em grande e pequena bacia. O traço divisorio destas partes, conhecido com o nome de *estreito superior da bacia*, começa no promontorio, acompanhando as azas do sacro, linha inominada, eminencia ileo-pectinea, e termina na porção superior da symphise pubiana. A grande

bacia que está situada acima do estreito superior, apresenta o aspecto de um infundibulo, com um declive que favorece a descida da cabeça em busca do dito estreito.

Para formação da grande bacia concorrem a quinta vertebra lombar, a face superior das azas do sacro, as fossas iliacas internas e espinhas do pubis

Constituida de partes molles a parede anterior do ventre serve de tampa da entrada da bacia.

Como pontos capitaes da grande bacia devemos considerar as duas espinhas iliacas antero-supeiores, que apresentam uma da outra a distancia de 24 centimetros e os pontos mais distantes das cristas iliacas, cujo diametro é de 28 centimetros.

As paredes lateraes da grande bacia convergem para dentro constituindo com a estrada da excavação um angulo de 125° .

A grande bacia serve de ponto de apoio ás visceras abdominaes e o feto ahi acha-se á vontade.

A pequena bacia ou excavação pelviana, ou verdadeiro canal pelviano, que está situado abaixo do estreito, é para o obstetra de um grande interesse.

A pequena bacia que está comprehendida entre os estreitos superior e inferior, é occupada pelo feto no segundo tempo do trabalho de parto, denominado de descida.

A pequena bacia offerece a fôrma concavo-cylindro-hemispherica, porém, quando a cabeça fetal dilata o soallo pelviano, a pequena bacia toma a configuração cylindrica e cylindro-conica.

A pequena bacia compõe-se de quatro paredes: antero-inferior, postero-superior e duas lateraes.

ESTREITO SUPERIOR

Chamamos de estreito superior ao orificio de entrada da pequena bacia. Fabre define: *estreito superior* é a região que transpõe a grande circumferencia da apresentação no primeiro tempo do trabalho de parto.

O estreito superior apresenta uma fôrma variadissima e nenhuma das comparações offerece uma idéa nitida de sua verdadeira configuração. Comparam-no a um oval, a um coração de carta de jogar, a uma ellipse, a um triangulo curvilineo, com os angulos bem arredondados.

Todas essas fôrmas são sujeitas a variações, de accordo com os sexos e individuos, notando-se, porém, que nas mulheres a variedade cordiforme é mais accentuada. Para demarcação do estreito superior concorrem as saliencias do angulo sacro-verlebral, o promontorio, o bordo anterior das azas do sacro, a linha inominada e o bordo superior do pubis

Ahi um ponto nos chama attenção : o promontorio fica em plano inferior ao rebordo das azas sacras e da linha inominada, notando-se, tambem una saliencia, o tuberculo pubiano que, situado abaixo da linha superior do pubis, diminue em plano inferior a extensão do diametro antero-posterior.

Segundo Commandeur o estreito superior nos fornece uma fôrma asymetrica e, na verdade, se tentarmos dividil-o, em duas partes, por um plano vertical, tocando na symphise pubiana e promontorio, veremos que a superposição d'ellas raramente se verifica. E' abaixo do estreito superior que a excavação tem seu inicio. Ella abrange duas

regiões, uma fixa que nos pede maior atenção, se denomina «osteofibrosa» e outra — a excavação muscular, que é sujeita a grandes modificações no trabalho de parto.

A parte *osteofibrosa* é formada, para traz, pela junção das quatro peças sacras, lateralmente, pela face interna do iliaco, com tudo que circumscreve a chanfradura sciatica, o fundo cotyloide e a porção superior do orifício sub-pubiano, adiante, a face posterior da symphyse, partindo do ponto post-pubiano. Lateralmente é limitada, em baixo, pela linha das inserções superiores do diaphragma coccy-perineal, a espinha iliaca, a face posterior do corpo do pubis, e embaixo pela angustia inferior ou estreito médio que, formado pela ponta do sacro, apophyses transversas da quinta vertebra sacra, o pequeno ligamento sacro-sciatico, a espinha sciatica, uma saliência linear do fundo cotyloideo, o tuberculo ischio-pubiano interno e o bordo inferior da symphyse pubiana, divide a excavação pelviana em dois andares.

O estreito inferior, como diz Fabre, é a porção da bacia que a apresentação atravessa no terceiro tempo da parturição, chamado de desprendimento.

A angustia inferior que, em parte é ossea, fornece as seguintes dimensões: diametro antero-posterior de 11 a 11 1/2 centímetros, diametro bi-sciatico 10 centímetros e meio, diametrus obliquos — 11 centímetros.

Todos os pontos que circumscrevem o estreito superior da bacia estão no mesmo nivel, exceptuando o tuberculo ischio-pubiano interno e o bordo inferior da symphyse que se confrontam com a inserção inferior do diaphragma coccy-perineal.

As paredes anterior e posterior da excavação apresen-

tam a mesma symetria, apesar da ultima ser exclusivamente formada de parte ossea, comprehendendo a excavação sacra, e a primeira constituida, superiormente, pelo pubis e inferiormente, por tecidos molles, oriundos dos musculos levantadores e aponevrose perineal media com o musculo transverso profundo do perineo.

Para formação do fundo da excavação concorrem a face anterior do coccyx e o raphe-intereano coccygeano.

A sahida do canal pelviano abrange o orificio da aponevrose perineal media, musculo transverso profundo, extremidade anterior da vagina e orificio vulvar.

Profundidade em altura da pequena bacia.

Segundo Chantreuil e Tarmier, traçando-se uma linha recta do meio do promontorio á articulação sacro-coccygiana, verifica-se que a altura do sacro é 9,5 centímetros, ao passo que Demelin em 4 mulheres que examinou, tirou a média de 10,6. Verdadeiramente, a altura da pequena bacia devia ser fornecida por uma linha, que, perpendicularmente, ao diametro promonto-sub-pubiano, terminasse na face anterior do coccyx ou nas ultimas peças sacras.

Os exames pelvigraphicos, feitos em bacias normaes, de accordo com estas linhas, por Boissard, oscilaram entre 9 centímetros e 12,6.

D'ahi, deduzimos, portanto, que não existe a menor relação entre a profundidade da pequena bacia e a extensão do orificio da entrada,

Na media podemos considerar a altura da symphyse pubiana em 45 m/m porém. devemos accrescer que Demelin achou em 37 bacias normaes uma altura de 38 m/m. Elle, comparando n'estas 37 bacias normaes a altura da sym-

physe com a profundidade da pequena bacia, não chegou a fixar uma medida certa e infelizmente, até hoje, apesar de enormes progressos da obstetricia, não se pôde avaliar a profundidade d'uma bacia. Examinando o diametro sub-coccyx-sub-pubiano, vemos que mede, na media, 8,5 a 9 centimetros.

Levado pelos exames de Demelin em 36 bacias normaes que forneceram diametros de 7 a 7,8 centimetros e, tambem, de 9, devemos pela comparação entre o diametro coccy-sub-pubiano e a linha que representa a altura ou profundidade de pequena bacia, considerar duas categorias de bacias normaes: as que medem de 9 a 10,3 de profundidade e as de 10,3 a 12,6 centimetros. As bacias da primeira categoria fornecem um diametro coccyx-sub-pubiano comprehendido entre 7 e 8,8 centimetros e as de segunda dão o mesmo diametro superior a 9 centimetros.



Planos da bacia

Cabe-nos, agora, iniciar o estudo dos planos, linhas e direcção da bacia. Na verdade, que nos adianta conhecer, amiudadamente, todas as particularidades da conformação interna da bacia, se desconhecemos, conjunctamente quaes as suas direcções, planos e diametros?

Não existindo concordancia entre os pontos limitrophes das diversas partes da bacia podemos confessar que, geometricamente é impossivel haver planos.

A phrase — planos da bacia — sendo empregada com a significação de inclinação dos differentes diametros, deveria ser substituida pela de — inclinação da bacia em relação á columna vertebral — porque, conhecer os planos, é determinar o gráo de inclinação das suas differentes partes.

Observando a inclinação dos estreitos, verificamos que uma linha horisontal forma com o diametro promonto-pubiano um angulo de 60'. Isto indica que o promontorio em bacias normaes está, relativamente, em parte superior ao pubis; explicando com outras palavras podemos informar que em relação directa e horisontal com a saliencia pubiana se acha, de accordo com a altura do pomontorio, ou a parte inferior da articulação sacro lombar ou então, o começo da curvatura do sacro.

D'ahi verificamos que, á medida que a symphise pubiana levada pela disposição da inclinação, vae subindo a linha promonto pubiana, vai se dirigindo para a linha horizontal, deduzin lo-se, portanto, que, a inclinação da bacia é dependente do angulo constituido pelas duas linhas mencionadas.

Vemos, portanto, que nos torna indispensavel a avaliação, deste gráu de inclinação que, praticamente, podemos medir com o compasso de Bandelocque.

Este compasso requer na extremidade de seus ramos dois fios, atados a dois pesos do mesmo valor.

Determinamos a inclinação, collocando uma das extremidades do compasso na apophyse espinhosa da primeira vertebra sacra e a outra anteriormente no rebordo superior da symphise.

Estando os pesos appensos nos fios em alturas diversas devido a discordancia dos pontos tomados, é bastante que conheçamos a differença entre a linha horisontal, que começa na extremidade do fio mais curto, e corta o fio mais longo e a linha inclinada que parte do mesmo ponto e vai ao fim da linha mais longa calcular o angulo de inclinação.

Apezar de ainda não termos estudos perfeitos do gráu de inclinação da bacia que tem dado que fazer a muitos parteiros, como Vagele, Bandelxque, pensa o nosso professor Dr. Fernando Magalhães, que os casos de asynclitismo tenham papel preponderante na inclinação da bacia. De accordo com seu modo de pensar, argumenta do seguinte modo: se a inclinação se faz determinando um angulo, formado entre a horisontal superiormente e o promonto pubiano inferiormente, de 60. pouco mais ou menos, dada a

inclinação do utero para adiante, o que fará pela coincidência das linhas, inclinar, para adiante a linha vertical do feto, a extremidade fetal vai encontrar ao descer um embaço representado pelo promontorio e como a maior amplitude está na parte anterior, a cabeça folgada se apresenta como o asynclitismo do parietal anterior.

A descida synclitica só é possível quando o angulo de inclinação desaparece ou diminue muito se a linha vertical do utero coincidir ou approximar-se da linha vertical do corpo humano, ou finalmente quando coincidirem a linha de direcção da bacia com a linha de direcção do utero, porque neste caso a inclinação da bacia é proporcional á direcção do utero.

Diz mais ainda nosso illustre professor : é interessante assignalar que o augmento exagerado da inclinação da bacia para baixo, isto é, o augmento do angulo entre a horizontal e a promonto pubiana, pode, ao emvez de provocar o asynclitismo anterior forçar o asynclitismo posterior. Nos casos em que esta inclinação é exagerada a linha horizontal permite um espaço maior pela distancia da parede abdominal e a parede anterior encontrando ahí uma accommodação, facilita a descida do parietal posterior.

Segundo ainda o prof. citado, a linha de direcção da bacia tambem chamada impropriamente eixo da bacia é a linha que atravessa o meio do diametro promonto pubiano, indo encontrar a articulação sacro-coccygeana e que pouco antes de chegar ao estreito inferior continua por crusamento com uma curva barabolica que marca por assim dizer a moldagem da porção inferior do canal pelvi-genital. A pri

meira parte desta linha dá-se o nome errado de eixo do estreito superior.

Em geometria «eixo» significa uma linha recta em torno da qual um plano gyra para formar um corpo solido, ou então uma linha gyra para produzir uma superficie.

Em mechanica «eixo» é uma linha, em torno da qual se forma um movimento ou uma curva de rotação; concluímos, portanto, que em obstetricia cousa alguma existe que possamos comparar com eixo de bacia.

Segundo Fochier e Sabbatoes a expressão *eixo* da bacia deve ser substituida pela linha de progressão e segundo Joulin, Schrodes deve ser pela de linha de direcção que, indubitavelmente indica melhor a expressão technica do que o chamado eixo da bacia.

Devender em 1801 e Levret em 1753 determinavam a linha de direcção da bacia, comparando-lhe a uma parabola.

Smeilie avaliava-a de accordo com a posição da mulher, deitada ou em pé:

Camper compara lhe a um arco de circo. Dubois compara-lhe a uma semi-circular e apresenta a symphise como ponto fixo, em torno da qual a cabeça descreve, no tempo de insinuação, uma semi-circumferencia.

Na parte inferior do pubis a linha de descida da bacia se apresenta em curva parallela á curvatura do sacro tomando, como ponto de apoio, o rebordo inferior da symphise.

Estando a mulher em decubito dorsal, a linha de direcção, no estreito inferior, é recta e voltada para cima.

O conhecimento de direcção da bacia é de grande valor, nos casos que requerem a pratica da applicação do

forceps que hoje está sendo condemnado, principalmente no estreito superior, e tambem nos casos de dystocias accidentaes por vicio no mecanismo do parto.

Hodge com o intuito de indicar um processo scientifico que representasse a forma exacta da excavação pelviana, tomou, como molde desta cavidade, uma porção de gesso, a qual, transformada em cylindro e dividida por diversos cortes em planos, deu a classificação de «planos parallellos». Estes planos são os que a cabeça fetal deve atravessar no tempo da insinuação.

Os planos são os seguintes :

a) primeiro plano paralelo, de forma oval, é o que passa pelo estreito superior ;

b) segundo plano paralelo é aquelle que começando no bordo inferior da symphise, vai ter ao meio do corpo da segunda vertebra sacra ;

c) terceiro plano paralelo é o que passando pelas espinhas sciaticas vai ter atraz á ultima vertebra sacra e adiante aos ischions ;

d) o quarto plano paralelo é aquelle que passa pela ponta do coccyx.

O plano do estreito inferior, que é em gráo muito menor, apresenta inclinação no mesmo sentido que o do estreito superior.

Diz Farabeuf que o eixo do estreito inferior, estando a mulher em posição obstetrica e collocado o parteiro entre suas pernas se dirige um pouco para baixo em direcção aos joelhos do obstetra.

Physiologia

No estado gravidico as articulações, devido á embebição de seus tecidos, que se relaxam, se distendem, fornecendo, assim, maior expansão aos diâmetros da bacia, gosam de certa mobilidade. E' por occasião do trabalho de parto que aproveitamos o augmento dos diâmetros quando vemos a passagem natural, em alguns casos, graças á embebição e mobilidade, de cabeças fetaes um pouco desenvolvidas. Notamos que superficies articulares folgadas se separam. Baseado nos movimentos fornecidos pelas articulações, muitos obstetras discordam ainda da attitude que as mulheres devem conservar no trabalho de parto.

O sacro, que é uma peça immovel, serve de sustentaculo aos iliacos que, a seus lados, gosam de movimentos de cima para baixo e vice-versa.

Farabeu diz o contrario: o sacro apresenta movimentos no sentido antero-posterior, conhecidos pela denominação de *bascular* ou *natação de Duncan*.

Walcher é de opinião que o *conjugata-vera* ou *diâmetro promonto-pubiano util* augmenta sempre que a parturiente, em seu lelto, deixa cahir, por seu proprio peso, os membros abdominaes. Desta posição calcula o crescimento do dia-

etrom de 8 a 13 millimetros ; Fothergil de 9 a 9,3 ; Kleim, Bar, de 4 a 7 millimetros.

Discordando da opinião de Walcher, o Prof. Fernando Magalhães argumenta da seguinte maneira : na attitude normal da mulher em decubito dorsal o ponto mais elevado da symphyse fica em determinada posição fronteira ao promontorio, com a posição de Walcher este ponto da symphyse indo para baixo vai formando cada vez mais, em relação com o promontorio, uma linha inclinada e quanto maior fôr a inclinação menor será o diametro util.

Ora si o ponto primitivo do pubis estiver em relação com o promontorio no sentido de uma linha inclinada de cima para baixo, é natural que a posição de Walcher, collocando este mesmo ponto que desce no sentido de uma linha quasi recta em relação ao promontorio, torna mais aproveitavel o diametro antero-posterior. Mas si se dá o contrario, se este ponto está, dada a posição em decubito dorsal, no sentido d'esta linha recta, isto é, no maximo da utilidade do diametro, a posição de Walcher collocando mais em baixo este ponto obriga a determinação da linha inclinada, por conseguinte diminue o diametro util. Tal é a explicação que justifica a diversidade dos augmentos notados pelos differentes observadores.

A posição de Walcher por tanto só se pode empregar, com proveito, conhecido o plano da bacia ; afóra isto é um recurso improficuo.

E ainda mais, só se deve empregar-a antes do trabalho de parto ou antes da adaptação da cabeça ao estreito superior, pois a sua indicação no momento em que a cabeça tenta vencer o estreito superior é até prejudicial.

À extremidade cephalica por um dos seus menores diâmetros procura vencer o estreito superior da bacia e colloca em relação com o diâmetro antero-posterior as extremidades do seu menor diâmetro; a accomodação obriga a vencer neste sentido a angustia do estreito superior e como este estreito em sua porção antero-posterior é fixo, a cabeça pelo seu asynclitismo é que se move.

O ponto anterior do diâmetro antero-posterior da bacia move-se para baixo, escapando, assim, á pressão da cabeça e por conseguinte destrõe o principio da accomodação pre-existente.

Budin em 80 mulheres gravidas observou, sobre os pubis, cavalgamento que, melhor, se nota com o toque digital em sentido vertical, estando a parturiente em marcha.

Já conhecemos a mobilidade da articulação sacro-coccygiana, devido ao afastamento do coccyx que, segundo Crouzat, pode ser considerado como parte molle, para traz, na passagem da cabeça fetal.

Os movimentos da bacia são reforçados pela mobilidade das symphyses e arthrodias sacro-vertebraes e articulação intercoccygiana.

Segundo Duhrssen, Fothergil, Kustner estando a parturiente em decubito dorsal, com a região sacra apoiada na extremidade d'um leito com as pernas pendentes, na posição de hyperextensão, chamada de Crouzat Walcher, verificamos um augmento do diâmetro *conjugata-vera* de 8 a 15 milímetros.

Devraigne e Descomps após longos estudos apresentaram a seguinte proposição: si collocarmos uma parturiente em decubito dorsal, com as coxas em flexão forçada sobre a

bacia, pernas em extensão com ligeira adducção das coxas (para relachar os grandes gluteos) verificamos além da mutação do sacro uma extensão energica de todos os musculns internos e posteriores das coxas, os quaes, nascendo dos ramos ischio-pubianos, puxam estes para fóra e augmentam assim o diametro bi-ischiatico. Estas posições são de grande utilidade na pratica da obstetricia.

O obstetra recorrer-se-á á posição de Crouzat Walcher quando a cabeça fetal offerecer obstaculo na passagem atravez do estreito superior e, depois, utilizar-se-á da posição de Dévraigne e Decomps quando alguma difficuldade se se apresentar no estreito inferior.

Na pratica vemos as parturientes tomarem, instinctivamente, as posições que, melhor, lhes convierem. No primeiro periodo do parto se conservam deitadas sobre o dorso, com as pernas em extensão, ao passo que no periodo de expulsão se utilizam da posição de hyperflexão. Estatica.

Importa-nos, agora apresentar, embora passageira, uma descripção sobre a estatica e dinamica da bacia,

No estado erecto os partes constituintes da bacia, observadas de per si, conservam sua posição natural.

A direcção do sacro é traçada para baixo e para dentro, os illiacos apresentam uma inclinação convergente para baixo e para diante.

E' no meio da crista iliaca que vemos o ponto mais elevado da bacia e o mais baixo na tuberosidade ischiatica.

Borelli demonstrou o centro de gravidade total, deitando um homem n'uma prancha e traçando a posição que devia tomar, pondo-a sobre a aresta d'um cutello, para permanencia de todo sástema em equilibrio, ao redor d'um ponto;

verificou que o plano vertical tirado da aresta do cutello que deveria fornecer o centro de gravidade do corpo, distanciava da planta dos pés em numero equivalente a 586 millesimas do talhe, correspondendo a cerca de um centimetro acima do promontorio.

Em suas pesquisas, o centro de gravidade do corpo humano, determinado pelos irmãos Weber em um homem de 1,666 millimetros de comprimento, distancia do craneo em 72,5 e do eixo das articulações sacro-iliacas, 87 mill...

Entre o centro de gravidade e o promontorio a distancia vertical é calculada em $8m/m7$.

O corpo estando em posição horisontal notamos que a vertical diminue em alguns centimetros, offerecendo na parte superior um pequeno desvio para traz.

Levados pela discordancia do centro de gravidade, segundo a attitude do corpo, Braune e Fischer suspenderam um cadaver congelado em diversas posições e verificaram que elle se encontra em um ponto mais proximo do ventre.

Meyer, Braune e Fischer na posição «á vontade» encontraram, tambem, um desvio do centro de gravidade total, ao passo que Meyer pensava, em ou atraz do sacro.

O centro de gravidade no soldado perfilado verificamos em um ponto situado a $0^m,047$ mais elevado do que o eixo das articulações coxo-femuraes, apresentando em um desvio de 0,004 para diante, de sorte que se põe verticalmente sobre as articulações do quadril.

As pesquisas que fizemos até agora visaram, exclusivamente, o centro de gravidade total que não é de grande interesse para o nosso trabalho.

Segundo Braune e Fisher o centro de gravidade do

tronco cahe no bordo anterior da face inferior da 11.^a vertebra dorsal, sendo que na posição normal, está disposto, em sentido vertical sobre o eixo das articulações do quadril.

O centro de gravidade total na posição á vontade se desloca em direcção ao dorso, devendo dar logar a um desvio bem pronunciado do centro de gravidade do tronco ; o desvio apresentar-se-á tanto maior quanto mais accentuado fôr para traz o encolhimento da parte superior do tronco.

Apoiando-a sobre o tronco, a direcção da gravidade, que, somente, deve ser discutida quando tratarmos do papel da bacia na estatica do corpo, será a de uma linha que, sempre, termina atraz da região do acetabulum.

No espaço a inclinação da bacia é representada por varios angulos que teem valores diversos, segundo os observadores. E' assim, que as preferencias de Roderer teem grande valôr sobre o angulo de inclinação do triangulo antero-posterior da sahida da bacia.

O calculo do angulo de inclinação do diametro da entrada da bacia varia entre 55.^o e 60.^o e do diametro da sahida entre 3.^o e 11.^o

Segundo Mayer é de 30.^o o angulo de inclinação do conjugata normal, representado por uma linha, que partindo do meio da terceira vertebra sacra, vai ao bordo superior do pubis.

Hegar, obeservando o valor dos grãos de inclinação, em posições variadas, verificou que na posição genu-pectoral, esse angulo era de 15.^o; na attitude erecta de 55.^o; na posição de talha de 20.^o; no decubito dorsal de 30.^o; na posição gynecologica de 60.^o e na de Fredelenburg 75.^o Sendo tão incerta a variabilidade do angulo de inclinação, de-

vido a posição da mulher é natural que recorramos á posição dos corpos vertebraes.

Hegar avalia a inclinação do pubis em 45° ; Charpy em 30° ; Chesshaft em 38° .

A prenhez não influencia, segundo Anna Kulmow sobre a attitude do corpo e, somente, nos ultimos mezes verificamos uma pequena diminuição na inclinação da bacia.

E' de grande valia no estudo da estatica e da dinamica da bacia o conhecimento dos pontos de maior condensação, que, segundo Frenud, é designada pelas directrices provenientes de trabeculas esponjosas, tendo como ponto final o sacro que devido a convergencia das forças se encurva.

Meyer discordando desta theoria diz que a curvatura do sacro é o producto de duas componentes : pressões thoracica e femoral auxiliadas pelas tracções ligamentosas e musculares.

Dinamica

Abandonando o estudo estatico da bacia devemos, agora, concentrar um pouco de nossa attenção, embora ligeiramente, sobre a dinamica da bacia.

Vemos, portanto, que a nossa tarefa aqui, se torna mais difficil devido ao jogo das contracções produzidas pela mobilidade muscular.

Não nos é, aqui, de grande interesse um estudo especial de cada musculo, isoladamente, cogitando nosso assumpto de suas acções combinadas.

E' racional que, entre os movimentos, tratemos em primeiro logar da marcha, pela qual o homem muda seu centro de gravidade de um ponto para outro; quer num

terreno plano, quer num pouco inclinado, Sendo o pé direito, iniciador da marcha, vemos que nas variadas posições o membro inferior fica em plena extensão, conhecida pela denominação de «momento da vertical».

Quando o pé esquerdo abandona o sólo e a perna direita entra na posição vertical verificamos, segundo Paul Richer, o «passo posterior da perna esquerda».

E' do momento da vertical da perna direita e o duplo apoio seguinte que se desenrola o «passo anterior que, conjunctamente, ao passo posterior, constituem o elemento primitivo da marcha humana».

A pressão do tronco na marcha se transmite pelas apophyses articulares do sacro aos tectos acetabulares, notando-se, porem, que nesse movimento os corpos vertebraes são mais influenciados que nas posições de repouso do corpo.

Segundo Braune e Fischer o centro de gravidade total, quando o pé que avança, cahe, completamente, no solo se desvia para diante e para o lado do dito pé.

Estando uma perna em movimento e a outra, verticalmente disposta a pressão, no chão, é fraca e do mesmo modo, a contra-pressão á bacia.

Nesta occasião se dá o maximo de pressão quando o centro de gravidade se desvia mais para diante e para o lado.

Disto resumimos que a bacia experimenta uma pressão maxima mui diminuta nos momentos em que os pés, alternativamente, pisam com toda a planta no solo.

Esta pressão, pela inclinação rapida da bacia se accentúa com mais intensidade no segmento posterior do aceta-

bulum e dahi a grande chanfradura sciatica para o angulo anterior e inferior da faceta auricular.

D'ahi a direcção da pressão se transmite as apophises articulares sacras ao passo que devido á mobilidade do tronco, as partes osseas visinhas, onde a pressão se accentua se apresentam mais estragadas.

Se a bacia offerecesse uma configuração geometrica a direcção das pressões seria exactamente conhecida em qualquer attitude.

Do exposto vemos que deixamos de penetrar na dinamica relativa á parte obstetrica porque já tratamol-a na parte dedicada a physiologia.



CAPITULO II

Mensuracões da bacia

Medidas externas

Indispensavel é ao obstetra o conhecimento exacto, em attitudes normaes, da forma e dimensões dos ossos da bacia, estudados conjunctamente, podendo-se, assim, calcular a distancia dos seus pontos principaes.

Para chegar a este ponto devemos, antes de tudo, praticar o exame externo, que, pela inspecção e palpação nos fornece o conhecimento da symetria, altura, largura, curvatura das azas, do iliaco, o angulo que, externamente constitue com a ultima vertebra lombar e o espaço de Michaelis.

Para mensurações externa da bacia empregamos o methodo *pelvimetria externa* que é executado por intermedio do compasso de Baudelocque, ainda em voga e modificado por Breisky, Martin, Schultz, Skutsche, Osiander, Callin e outros.

Para sua realisação devemos considerar, como pontos indispensaveis, as espinhas iliacas antero-superiores, as cristas iliacas e os diametros sacro-pubiano externo, ou de Baudelocque e o bi-trochanteriano.

Diz Van Huevan que cogitando da verificação da medida d'uma bacia consideremos, primeiramente, a distancia de ambas as espinhas iliacas antero-superiores e de ambas as cristas iliacas, prestando atenção na differença entre estas distancias e seus valores reaes.

Não ha medida exacta para cada um desses diametros, porem, geralmente damos em bacias normaes, uma media de : 24 cents. para o diametro B E ; 28 ao B. C. ; 20 ao S. P. E. e 32 ao B. T.

Achamos, como differença normal 3 centimetros, sendo que o exame revelando differenças menores devemos tomar como indicação de alteração rachitica.

Na *Universidade de Leidener*, o exame feito em toda collecção de suas bacias normaes forneceu differenças de 1,4 até 4,7 centimetros e as duas distancias observadas em bacias, uniformemente estreitadas dava uma differença de 1,4 até 5,8 decimos ; nas bacias rachiticas a differença foi de 1,4 decimos á 4,5 decimos e nas bacias chatas, com estreitamento geral, 0,8 decimos á 4 centimetros. D'ahi dedusimos : 1.º que a differença entre as espinhas e cristas iliacas varia entre 1 e 4 decimos e 5 centimetros, e talvez ainda mais ; 2.º que, se esta differença for grande (3-4-5 decimos) não prova presença de rachitismo ; 3.º que uma differença de 1,5 decimos até 3 centimetros não fala a favor do rachitismo ; 4.º que, absolutamente, não devemos, numa differença menor do que 1,5 centimetros, considerar presença de rachitismo.

Na collecção de bacias de Van Huevan essa differença se verifica naquellas que são estreitadas e com o conjugata vera de: 2,7; 5,7; 5,8; 6,0; 6,1; 0,3; 6,4; 7,2; 7,5; 0,8; 8,4; 8,5 e numa bacia chata e gigantesca.

Grande numero de auctores querem que, somente, no caso em que a distancia das cristas differir pouco da das espinhas haja presença de rachitismo. Alguns auctores pensam que o estreitamento transverso da bacia é veridico quando as distancias das espinhas e cristas iliacas são de 24 e 27 centimetros; Rurge pensa que isso se dá quando as distancias marcam 22 e 25 centimetros.

Segundo Schoffer, as distancias das cristas iliacas pode, no mesmo diametro transverso da entrada da bacia, variar de 3,3.

Se tomarmos em consideração, exclusivamente, as medidas externas, as bacias das mulheres de côr, segundo Williams, são estreitadas, ao passo que, com a mensuração interna, somente 18,8 por cento devem ser consideradas demasiado pequenas.

Skutoch examinando diversas bacias, que apresentavam cristas iliacas com distancia de 23,5 centimetros observou diametros transverso da entrada da bacia de 10 a 13,5 centimetros e em distancia de 28,c. diametros transversos de 11,5 a 14 centimetros.

Baissed, comparativamente a distancia das cristas iliacas e os diametros transversos teve resultados approximativos aos anteriores, desviando somente

nas distancias de 192 que forneciam diametro transverso da entrada da bacia de 12 centimetros.

Van Huevan, pesquisando com o mesmo fim as bacias da clinica obstetrica da *Universidade de Leiden* verificou nas bacias normaes e estreitadas chatamente uma variação do diametro transverso da entrada da bacia, entre 12,9 e 15,3 centimetros, (havendo um caso com 12,4) e nas bacias estreitadas e desiguaes entre 12,9 e 9,5.

Após este exame concluiu que, pelo menos nas bacias de sua collecção, as que offereciam diametros transversos da entrada = 13 centimetros e aquellas que apresentavam o mesmo diametro = 12,8 com excepção de uma, pertecem as bacias estreitadas no diametro transverso.

Estudando os casos commentados até agora, com diametros transversos de menos de 13 centimetros achamos uma grande distancia das cristas iliacas, affirmamos que, em geral, quanto menor for o diametro transverso da entrada da bacia, tanto maior será a probabilidade d'uma bacia normalmente grande; mas isso não se encontra com facilidade de modo que se possa, aproveitando a largura da bacia grande, diagnosticar um estreitamento interno transverso ou negal-o.

Auxiliado pelo Dr. Hulst na busca da medida do *conjugata vera*, Van Huevan examinando diversas bacias, em occasião de autopsias encontrou-o diminuido, em media de 50 0/0 n'aquellas cujas circumferencias

eram menores de 85 centímetros e também de 82 cents.

Nem todas essas bacias se apresentavam estreitadas transversalmente e a maioria era representada por bacias chatas, concluindo, portanto, disso que o numero das bacias, uniformemente estreitadas não attinge a 50 0/0.

O mesmo observou, em exames, feitos com regularidade, em todas as doentes chegadas a tratamento.

Passando a medida do diametro sacropubiano-externo ou de Baudelocque, cujas pesquisas, obedeciam ao intuito de conhecer o tamanho do *conjugata vera*, devemos confessar, desde logo, que se acha em abandono, devido à variabilidade de resultado.

Para conhecer a mensuração do *conjugata vera* subtrahiamos do numero fornecido pelo diametro de Baudelocque 8 centímetros.

Mme. Boiven, Credé, Caseaux, Spiegelberg e outros condemnando este processo, argumentaram, mui rasoavelmente, do seguinte modo: os limites do diametro de Baudelocque não correspondem aos limites do *conjugata vera* e nem a espessura dos tecidos permite a uniformidade do numero a diminuir.

Litzemann, das suas pesquisas concluiu que a differença entre o diametro de Baudelocque e o *conjugata vera* pode variar entre 7 e 13 centímetros.

O processo de Nagele dedicado aos diametros obliquos, cahiu completamente em despreso, devido, segundo Litzmann, á falta de correspondencia ás mensurações externas desses mesmos diametros. Breisky,

cogitando da mensuração externa da sahida da bacia, adoptou um processo que consiste em subtrahir 15 mm. na distancia das tuberosidades ischiaticas ; Chantreuil e Frankenanser apresentavam outros processos porem mais deficientes.

Gasfunkel querendo chegar a esta medida, descontava das dimensões antero-posteriores, partindo do bordo cortante do ligamento arcuatum á extremidade do sacro, 15 mm., porém Nicolas apresentava uma subtracção menor, 7 mm. Klian, visando as distancias entre as tuberosidades ischiaticas, o ligamento arcuatum de um lado e a extremidade do sacro do outro lado, idealisou um instrumento para medida do estreito inferior.

Losango de Michaelis

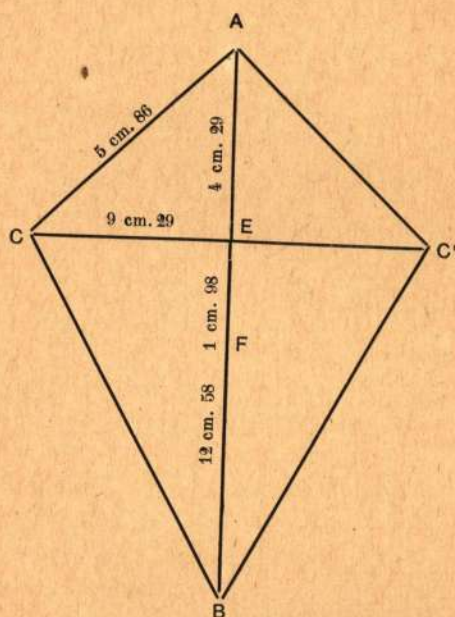
Antes de encerrar este estudo devemos nos deter um pouco sobre a parte relativa ao losango de Michaelis que tanto cuidado tem fornecido aos obstetras.

Brooke Frorie e outros quando tratavam de apresentar uma obra de anatomia artistica, deixavam bem visiveis, na região sacra, 4 fossetas que formavam o losango de Michaelis.

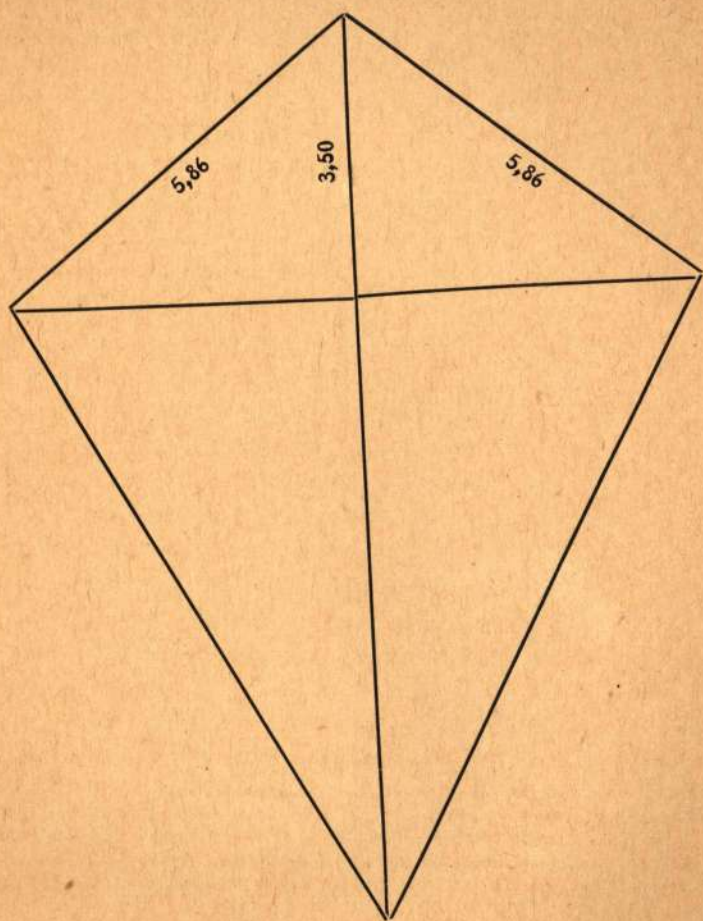
Antes destes observadores os artistas dos tempos primitivos, em suas obras de corpo de mulher em plena nudez, não se abstinham de reproduzir, na região lombo-sacra, quatro fossetas que imaginavam a idéa d'um losango.

Schema do losango de Michaëlis na bacia normal da mulher brasileira

FIG. I



a b = diagonal vertical = 12 cm, 58. **c c'** = diagonal transversa = 9 cm, 29. **c a c'** = triangulo supra sacro (isósceles). **c a, a c'** lados do triangulo supra sacro = 5 cm, 86. **a e** = altura do triangulo supra sacro = 4 cm, 29. **f** = meio da diagonal vertical **a b**. **e** = interseção dos diagonaes transversa e vertical. **e f** = distancia comprehendida entre o meio da diagonal vertical e o ponto da sua interseção com a diagonal transversa = 1 cm, 98.



Os primeiros estudos d'este losango foram feitos pelo prof. Charpy offerecendo importantes monographias.

Estudado na Allemanha por Bumm, Nægele, Michaelis recebeu o nome d'este ultimo professor que foi o primeiro a apresentar d'elle uma descripção, lembrando a importancia semeiologica que podiamos colher em caso de pelviciação.

Mais tarde, porém, diversos auctores, como Teobaldi, Soli e outros, fizeram algum estudo sobre este losango e, hoje, lemos no tratado de Tarnier, Bar e Fabre pequenas considerações sobre este assumpto.

O losango de Michaelis, após os primeiros estudos, abalou o mundo obstetrico, chegando diversos parteiros como Tarnier, Stratz, Schuder, Budin e Ruvier, o qual nos archivos mensaes de obstetricia e gynecologia d'Algeria fez sobre elle importantes estudos, a proporem a utilidade da configuração e dimensões para diagnostico da conformação da bacia e dos estreitamentos pelvianos.

Este losango apresentando certas alterações em sua forma, direcção e inclinação indica, segundo muitos auctores, modificações na parte interna da bacia.

Abaixo da apophyse espinhosa da 5.^a vertebra lombar, segundo Schroder, encontramos uma fosseta que serve de ponto posterior ao diametro de Baude-locque.

A's vezes, esta fosseta se apresenta tão accentuada que um simples olhar é sufficiente para distinguil-a; de cada lado vemos duas outras fossetas que

sê mantêm adherentes ás espinhas iliacas postero-superiores.

Se traçarmos uma linha que, partindo da fosseta da 5.^o vertebra lombar, vá se reunir ás fossetas das espinhas iliacas postero-superiores e tambem a constituida pela junção dos musculos gluteos, teremos, assim, n'uma bacia normal, a formação d'um losango, denominado de Michaelis.

N'uma bacia viciada ou rachitica não nos causa surpresa a verificação da fosseta da 5.^o vertebra lombar, abaixo do ponto commum, chegando muitas vezes a se nivelar com as espinhas iliacas postero-superiores, transformando, d'esta sorte, o quadrilatero em triangulo.

Se traçarmos duas linhas, uma vertical e outra horisontal, dividiremos este losango em quatro triangulos rectangulos.

Segundo Tarnier e Budin, a inclinação da bacia varia conforme as posições, normal, ante-versão e retro-versão.

Em ante-versão, occupando a mulher a posição vertical, observamos a direcção quasi horisontal do sacro, o afastamento dos musculos gluteos, pondo a descoberto a região anal, curvatura lombar e depressão dos tecidos acima da base do sacro.

Em caso de retro-versão observamos a parte lombar do rachis e a base do sacro em direcção quasi vertical, conservando, sem alteração com a parede posterior da bacia a columna vertebral.

A pesquisa dos pontos lateraes do losango conseguimos com tal facilidade procurando a saliencia das espinhas iliacas postero-superiores; nas mulhes rachiticas estas ispinhas se apresentam bem proeminentes, devido a projecção da base do sacro para diante.

N'uma bacia normal não é raro ver o vertice da apophyse espinhosa da 5^a lombar dar lugar a uma fosseta supra-sacra que distancia, pouco mais ou menos, 4 centimetros acima da linha que une as posetas lateraes,

E' conveniente, n'este ponto, chamar nossa atenção para as bacias rachiticas que fornecem a mesma medida, caso haja elevação do promotorio.

Com estes estudos podemos pensar n'uma bacia symetrica se o triangulo, proveniente da intersecção das linhas que ligam os pontos de reparo, fôr isosceles ou equilateral, como tambem devemos pensar logo, n'uma bacia asymerica, caso os traços lateraes do triangulo sejam deseguaes, formulando, assim, a figura d'um escaleno.

Se, na freguezia da apophyse espinhosa da 5 lombar tivermos difficuldade de encontral-a, devemos tomar as apophyses da 4^a ou 3^a vertebrae sacras e a linha que liga as espinhas iliacas postero-superiores forma a base d'um tsiangulo opposto tendo como vertice a intersecção das massas gluteas.

E' a junção d'esses dois triangulos que constituem o losango de *Michaelis*.

Para pesquisa do losango de *Michaelis* devemos, com o intuito de obter o afastamento das vestebrae

e dos pontos osseos, pôr a mulher em posição vertical ou em decubito lateral, com as pernas flexionadas sobre as coxas, que, por sua vez, se curvam sobre o ventre, com o tronco arqueado para frente.

N'estas duas posições podemos observar nas mulheres magras, tres depressões : a superior que, sempre, apresenta difficuldade de encontral-a, corresponde á apophyse espinhosa da 5.ª vertebra lombar ; segundo *Budin*, *Tarnier* devemos recorrer, caso a apophyse espinhosa da 5.ª lombar não seja perceptivel, ao vertice da 4.ª ou 3.ª lombares, para traçar o losango supra-sacro. As depressões lateraes correspondem ás espinhas iliacas postero-superiores.

Charpy é de opinião que as depressões lateraes correspondam ás tuberosidades iliacas supra espinhosas, assim como, tambem que os superiores corresponda sempre a apophyse espinhosa da 4.ª vertebra lombar. O ponto inferior d'este losango é formado pela prega interglutea.

Com estes 4 pontos de reparo traçamos o losango de Michaelis, conhecido tambem com os nomes de losango adiposo e losango obstetrico.

Rouvier para designação do ponto superior estabeleceu um processo que consiste em passar, horizontalmente, uma fita correspondente ao ponto mais elevado da crista iliaca e uma outra pela linha interglutea, em direcção vertical, ate o encontro da horizontal e o ponto de intersecção deve ser considerado o ponto superior do losango.

De posse dos pontos de reparo equivalentes aos ângulos do losango, devemos unir o ponto superior ao inferior, traçando, assim a diagonal vertical e os pontos lateraes a diagonal horizontal.

Para traçarmos o losango de *Michaelis* e bastante unir as extremidades das duas linhas horizontal e vertical.

A diagonal horizontal divide o losango em dois triangulos, um superior ou supra-sacro de *Tarnier*, o qual deve prender mais nossa atenção.

O triangulo de *Tarnier*, que, sempre, é isosceles é traçado por uma diagonal que, partindo do ponto de reparo superior do losango, vai ter ao meio da diagonal horizontal.

O triangulo supra-sacro ou de *Tarnier* é, pela diagonal vertical, dividido em dois triangulos menores e eguaes, offerecendo nas bacias normaes a mesma altura.

A apophyse espinhosa da 5. lombar, nas bacias chatas, onde a base do sacro proemina, desce encurtando a altura do triangulo.

Conhecemos casos onde a apophyse espinhosa da 5. lombar se aproxima muito da diagonal horizontal, chegando mesmo a nivelar com os pontos lateraes, transformando assim, o losango em triangulo.

Em todos os casos de bacias viciadas o losango de *Michaelis* se apresenta modificado.

Rouvier em 163 observações colhidas de mulheres gravidas verificou que a diagonal vertical do losango,

depende do tamanho do tronco e não do corpo. Esta diagonal varia entre 0, 11 e 0, 17.

O losango é pelo ponto da intersecção das duas diagonaes, dividido em 2 segmentos que nem sempre são iguaes.

Oscilla, sempre entre 0, 9 a 0, 12 centímetros o comprimento da diagonal horisontal.

Nem sempre a presença de asymetria corresponde a uma pelvificiação e isto se dá quando nos deparamos com certas separações physiologicas nas dimensões dos segmentos, formados pelo ponto de intersecção.

Segundo *Stratz e Soli* a medida do triangulo de *Michaelis* só pode dar lugar a conjecturas, não sendo possivel um diagnostico firme, e sem valor semeiologico nos fornece os mesmos resultados que os processos de medidas externas.

Em 102 observações colhidas pelo Dr. Gusmão, na maternidade das Laranjeiras, vemos que o losango de *Michaelis*, em bacia normal brasileira, è representado pelas medidas seguintes ; diagonal vertical = 12 cm, 58 ; diagonal transversa = 9 cm, 29 ; lados do triangulo de *Tarnier* = 5 cm, 86 ; altura do triangulo supra-sacro = 4 cm, 29.

Baseado n'estas medidas o Dr. Gusmão em sua these aprresentou o schema do losango da bacia brasileira, classificando o triangulo supra-sacro de isosceles.

Medindo cuidadosamente, os lados do dito triangulo, verificámos que um lado era maior que outro.

Para melhor esclarecimento d'isto é bastante que argumentemos da seguinte maneira, chamando desde já a attenção dos nossos leitores para o schema n. 1, representante do losango retirado da these do Dr. Gusmão e da schema n. 2, representante legitimo do losango de Michaelis na mulher brazileira : si os lados do triangulo supra-sacro têm 5.86, o triangulo só é isosceles se a altura fôr de 3.50 e não de 4.29 como diz o primeiro schema ; se a altura fôr de 4.29 e um lado de 5.86 o triangulo é escaleno, pois o outro lado só pode ser de 6.90 ; o segundo schema, de accordo com os dados da these, corrige o schema do pretendido losango de Michaelis na bacia normal da mulher brazileira.

Medidas internas

O pequeno valor e o incerto resultado fornecidos pela pelvimetria externa forcaram o obstetra a pesquisar a pelvimetria interna.

A pelvimetria interna pode ser praticada por dois modos : a pelvimetria interna directa e a interna indirecta.

O primeiro methodo, que pode ser auxiliado por instrumentos, se executa na vagina, methodo vaginal; na vagina e recto (methodo vagino-rectal); e na vagina e bexiga, (methodo vagino-urethral ou vagino-vesical).

Foi George Wilhelm quem, em primeiro lugar, apresentou um instrumento para pratica da pelvimetria interna-directa.

De então para cá grande foi o numero de instrumentos inventados para pratica da pelvimetria interna directa. Sendo muito o numero de pelvimetros conhecidos e nenhum tendo uso geral, devido, sem duvida, a certos defeitos, nos achamos dispensados de apresentar a descripção de cada um, importandonos citar os de Contouly, Skufsh, Crouzat, Madame Boivin, Van Huevel, Farabeuf, Gaszynski e outros.

E' justo que, abramos uma excepção, desde que toda regra a tem e offereçamos aos leitores condescendentes destas linhas, a descripção colhida na these do Dr. Miguel de Azevedo, do pelvimetro apresentado pelo Dr. Fernando Magalhães, nosso professor de Clinica Obstetrica.

O pelvimetro consta de duas partes : um transferidor de 15 cent. quadrado, tendo o seu diametro incompleto, pois a porção fixa é de 8 cent. e o restante corre por meio de uma ranhura na extremidade superior do semi-circulo. Um cent. da porção fixa é occupado por uma haste metallica de 20 cent. de extensão e 1 de largura, correndo ahi tambem por meio de uma ranhura.

Desta maneira o diametro do transferidor fica dividido em 2 porções de 7 cent. cada uma, com exclusão da parte destinada á adaptação da haste longa.

A haste metallica, provida de um anel, onde se introduz o dedo explorador, e levado até o pomontorio e collocada, tangenciando o rebordo inferior do pubis ; a escala marcará logo a dimensão do

conj. diagonalis. Immediatamente o transferidor é levado até este ponto de adaptação no pubis e, graças a sua mobilidade, inclinado de forma e levar a extremidade inferior da porção movel a se fixar sobre a symphise pubiana. Esta haste movel é de forma especial, de sorte a se ler a altura da symphyse na intersecção della com a extremidade superior do semi-circulo.

Applicado o instrumento verifica-se como é determinado a altura da symphise, como se mede o comprimento do conjugata vera, como se avalia o angulo avaliando o angulo á (angulo opposto).

Feitas as mensurações de d , s e angulo d , applica-se a formula do quadrado da hypothemisa : $V^2 = d^2 + s^2 ds \cos a$.

Os exames cadavericos e as applicações em bacias seccas dão ao pelvimetro do Dr. Magalhães um erro de 2 milímetros na avaliação do conjugata vera. A idéa da mensuração digital cabe a Smellie, que, por este meio, media a distancia que vai do rebordo inferior da symphise ao meio do promontorio.

Este methodo que, durante um certo tempo foi posto ao lado devido á apregoação do decahido methodo instrumental, e, hoje, o mais preconizado pelos parteiros.

Para o conhecimento do *conjugata vera* medimos, com os dedos o *conjugata diagonalis* e do valor achado descontamos um certo numero, segundo os auctores. O conjugata diagonal, a symphise e o conjugata vera constituem um triangulo

O conjugata vera, um dos lados desse triangulo deve ser calculado e isso depende do comprimento dos outros lados, symphise, conjugata diagonal e um dos lados do triangulo.

Chamando, para mais facil comprehensão de d , v , c , s , os angulos do triangulo vemos que a avaliação da linha d se faz introduzindo os dedos indicador e medio na vagina da mulher, até ao alcance do promontorio, marcando com a outra mão o ponto de adaptação ao ligamento arcuatum e com o auxilio do compasso de Baudelocque verificamos a distancia que vai do ponto marcado á extremidade do dedo.

A mensuração da symphise podemos fazer, directamente, com bastante facilidade.

O angulo d offerece difficil determinação, o mesmo se observando com o angulo s , devido a altura do promontorio.

Nossa attenção deve se interessar um pouco sobre a situação do promontorio, isto é, se elle corresponde ou não, a altura da symphise.

Quanto mais alto for o promontorio, tanto mais devemos subtrahir do conjugata diagonal para verificar o conjugata-vera ou promonto pubiano minimo.

Fristch subtrahe 2 centimetros e quando o promontorio se apresentar baixo se desconta 1 1/2 cent. ; Runge subtrahe 2, 1-8; Bumm 2, 5-1; Goenner subtrahe 1,5 cent. quando a symphise fôr pequena, quando, porém, a symphise fôr alta 2 cents. Grande numero de auctores contenta-se com a medida da symphise, para determinação do angulo.

Pinard, sendo a symphise menor de 4 centímetros, desconta 1, 1-5, ao passo, que vice-versa, desconta 1, 5 até 2 cents.

N'uma symphise da altura de 5 centímetros, em posição normal, Freub desconta 1 1/2 centímetros e n'uma synphise curvada para traz, 1 3/4.

Se a symphise fôr de 6 cents. 1 3/4 a 2 e com estes ultimos numeros, quasi sempre desconta 1 3/4 a 2 cents.

Ha muitos parteiros que descontam um numero certo, uns, 1,5 cents e outros 2.

Não é de extranhar que, baseando-se tudo isto em calculos, haja nos valores mencionados um pequeno desvio dos valores reaes.

Para mensuração do methodo digital, o mais preconizado pelos autores, devemos recorrer á *pelvimetria interna indirecta*, que tambem pode ser praticada por meio de instrumentos.

Proff. Bmmm, após fortes considerações sobre o emprego da pelvimetria instrumental termina assim: a mão é, pois o melhor pelvimetro; com ella podemos medir, d'um modo simples e seguro o diametro mais importante do estreito superior, «conjugata verdadeiro».

O diametro conjugata verdadeiro ou conjugata vera, tambem chamado diametro util de Pinard é aquelle que vai da face posterior do pubis ao meio do promontorio.

Para chegar ao ponto cubiçado devemos, desde que nos é impossivel a mensuração directa do dito

diametro, recorrer ao diametro mais proximo, para, possuidor de sua medida, obter, por meio de pequenas subtracções, a mensuração do conjugata vera, ou diametro promonto-pubiano minimo.

O diametro que nos fornece este grande auxilio é o promonto-sub-pubiano ou conjugata diagonalis, que, partindo da face inferior do pubis termina no meio do promontorio.

A mensuração pode ser uni ou bi-digital, sendo este mais apregoado pelos parteiros.

Para pôr em pratica o processo digital necessitamos que a paciente occupe a posição obstetrica, deitada em decubito dorsal, tendo um travesseiro ou coxim abaixo da região sacra, a cabeça um pouco levantada, as coxas curvadas sobre a bacia e em abdução.

A pratica do processo bi-digital consiste no seguinte : introduzimos na vagina da mulher os dedos indicador e medio da mão direita, os quaes, apoiado o cotovelo sobre a mesa obstetrica, vão em busca da face anterior do sacro, percorrendo-o de baixo para cima até o reconhecimento do angulo sacro vertical.

Attingida a parte mais saliente do promontorio fazemos ali uma pequena pressão com a extremidade do dedo medio, e erguemos um pouco nossa mão até que o bordo radial do index se approxime do ligamento arcuatum.

Conservando esta posição o dedo indicador da mão esquerda, introduzindo-se entre os pequenos labios, vai no ponto de contacto do ligamento arcua-

tum com o bordo radial do index direito deixar o vestigio de sua unha. Feito isto retiramos os dedos da vagina, e por meio do compasso de Baudelocque ou fita metrica, verificamos a distancia, comprehendida pela impressão ungueal e a extremidade do medio. O numero obtido é equivalente ao diametro promontório-sub-pubiano ou conjugata diagonal.

Chegado a este ponto, bastante é, para verificação do conjugata vera ou diametro util de Pinard, recorrer a subtracção d'um certo numero, sujeito a variações.

A avaliação differencia de accordo com a altura do promontorio, com a saliencia da face retro-symphisiaria e com a inclinação da bacia.

Sendo o promontorio alto é logico que a differença entre os conjugatas seja superior a commum.

Commandeur dá uma differença entre 5 mm. a 29 mm., como numeros extremos e diz que, sendo o promontorio alto, devemos subtrahir 2,0 a 2,5 cms.; se o promontorio occupar a posição normal subtrahir 1,5 cm. e no caso do promontorio baixo subtrahir 0,5 a 1 cent.

A saliencia retro-symphysiaria da fibro-cartilagem inter pubiana contribue, ás vezes, devido a um espessamento que experimenta, para diminuição do conjugata verdadeiro.

Budin commentando a influencia da inclinação da symphise sobre o conjugata vera diz : quando a symphise fôr inclinada de tal sorte que sua parede posterior se apresentar quasi parallela á face ante-

rior do sacro, é preciso supprimir pouco do diametro promonto-sub-pubiano para ter o diametro promonto pubiano minimo.

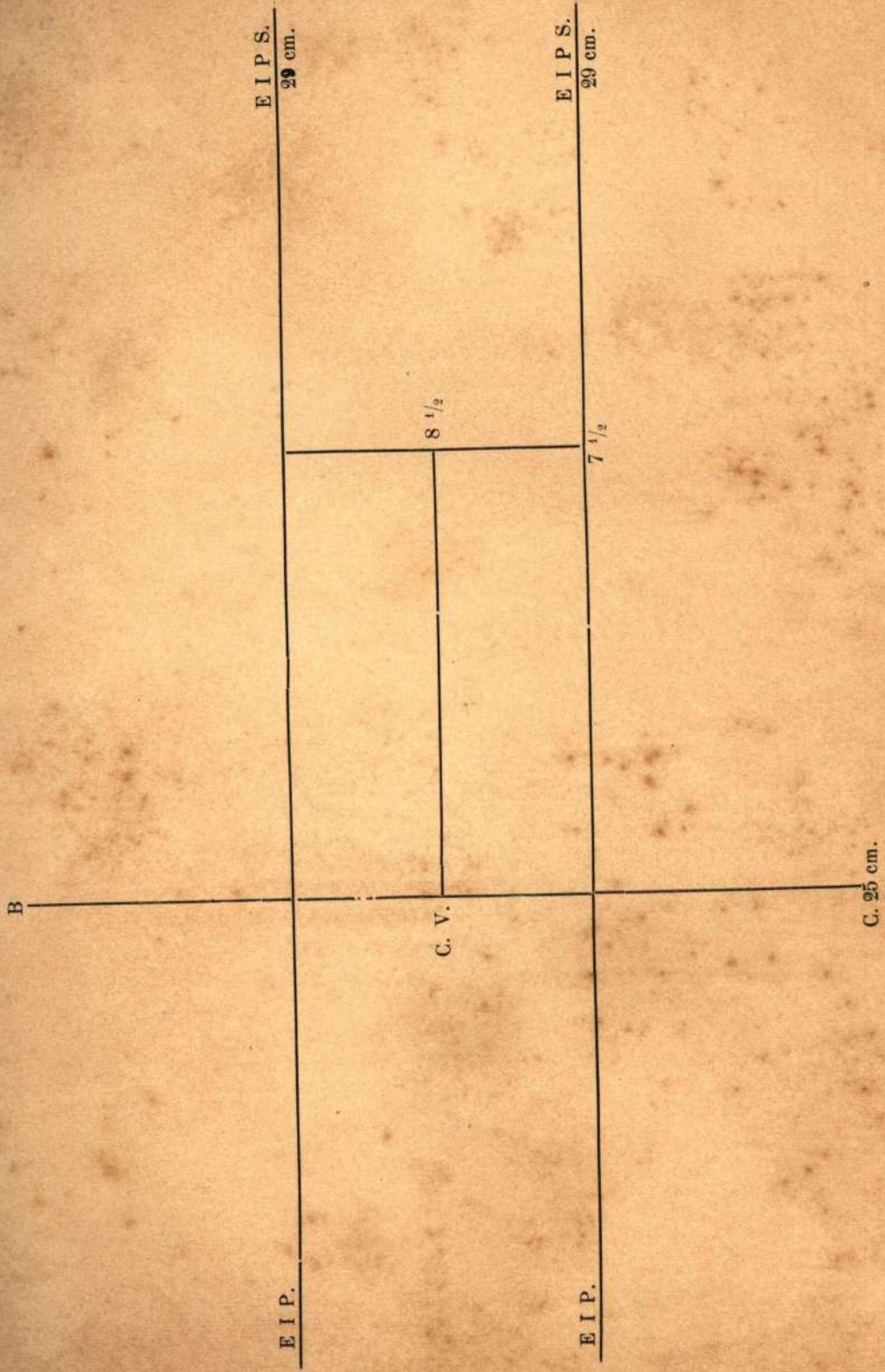
Se ao contrario a symphise fôr inclinada de tal sorte que seu bordo inferior se afaste mais da face anterior do sacro, é necessario subtrahir mais do diametro promonto-sub-pubiano para obter as dimensões do diametro minimo.

Ma França a subtracção empregada para verificação do conjugata vera é de 1,5 cent ao passo que na Allemanha a suppressão é um pouco mais elevada.

Na Maternidade da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a subtracção é feita de accordo com a situação do promontorio.



Observações



Observações

Maria José de Jesus, solteira, parda, brasileira domestica e residente a rua General Polydoro.

Antecedentes hereditarios. Paes vivos e fortes, tem 2 irmãos vivos e sadios.

Antecedentes physiologicos. Foi, pela primeira vez, menstruada com 14 annos de idade, com muitas dôres e bastante corrimento sanguineo que durou 4 dias.

Antecedentes pathologicos. Em creança teve sarampo e variola.

Gestações antecedentes. Primipara.

Evolução da gravidez. Foi, pela ultima vez, menstruada no principio de Fevereiro. Nos primeiros mezes teve muitos aborrecimentos, cephalagia e sentiu os primeiros movimentos fataes no 4 mez de gravidez.

Insjecção, Pigmentação da linha alva, ventre volumoso e presença de colastro. Apalpação. Dôrso á direita. Auscultação. Foco maximo a direita.

Toque. Dilatação do collo para 2 dedos, cabeça insinuada e presença do bolso das aguas.

Estudo da parturiente.

B C = 28

B E = 24

S P E = 20

Conjugato diagonalis 13 centimetros.

= vera 11 1/2

Diagnostico obstetrico. Prenhez simples, topica, posição longitudinal, apresentação cephalica em O. I. D. P.

Parto. A's 9 horas do dia 31 de Outubro de 1914 deu entrada ao nosso serviço obstetrico uma paciente que dizia sentir dores desde 3 horas.

Feita a antesepia indispensavel foi executado o toque que indicou dilatação para 2 dedos, presença do bolso das aguas e apresentação cephalica.

Duas horas após a sua chegada observamos que as dores eram mais intensas e constantes.

Devido a isto o interno do dia fez o 2.º toque que deu dilatação para 4 dedos, ruptura do bolso das aguas, e a apresentação em O. I. D. P.

Meia hora após o 2.º toque entrava a parturiente em periodo de expulsão e dez minutos depois veio a luz um feto vivo, a termo, do sexo masculino.

Secundamento. O delivramento, que foi natural e completo deu-se 10 minutos após o parto

Diametros : placenta 20+22 ; membranas 22+28.

Inserção do cordão, central e comprimento 55 centimetros. Peso 465 grammas.

O Recemnacido. A's 11 e 40 minutos do dia 31 de outubro de 1914 veio a luz um feto vivo, a termo, de cor parda, do sexo masculino. Diametros da cabeça fetal : B F=9 O M=13 S O F = 10 1/2 B P = 9 1/2, B A = 13 ; comprimento fetal, 50 centimetros ; circunferencia 35 ; peso 3400 grammas. Puerperio anormal. Bacia estreitada 5.

Maria Amalia, 26 annos de idade, branca, domestica, brasileira, residente na rua General Polydoro n. 87.

Antecedentes hereditarios. Paes vivos e fortes, 4 irmãos que, sempre, gosaram de boa saude.

Antecedentes physiologicos. Aos 14 annos teve a primeira menstruação que durou 4 dias, com abundancia de sangue e muitas colicas.

Fato 4: O horas do dia 31 de Outubro de 1914 deu entrada no nosso serviço obstétrico uma paciente que estava em trabalho desde 3 horas

Fato 5: A dilatação indispensável foi conseguida o tempo que passou dilatação para 2 dedos presença de bolsa das membranas apresentação cephalica

Devido a isto a dilatação para 3 dedos, ruptura da bolsa, logo que a apresentação am...

Nova hora após o 2 tempo estava a parturiente em período de expulção a cada 2 minutos depois de 1 hora a luz um feto vivo, a coram de sexo masculino.

Secundamento O secundamento que foi bastante a completo deu-se 10 minutos após a parto

Diametros: placenta 20-22; membranas 22-23

Inserção do cordão, central e comprimeida 30 centímetros. Peso 360 grammas

O recém-nascido, a 14 e 10 minutos do dia 31 de outubro de 1914 veio a luz um feto vivo, a termo, de cor parda, do sexo masculino. Diametros de cabeça fetal: B F = 9 O M = 13 S O F = 10 I T B F = 9 I T B A = 13 comprimento fetal 59 centímetros; circunferência 35; peso 3400 grammas. Peso...

parto normal. Data estréla 3.

Maria Acacia...

Antecedentes hereditários. Passa a mãe 4 filhos, 4 irmãos que sempre...

Antecedentes pessoais. Aos 24 annos teve a primeira menstruação...

17 1/2

8 1/2

17 1/2

24 cm.

Antecedentes pathologicos. Aos 16 annos teve sarampo. Confessou que até a idade de 5 annos naderam os primeiros passos, tendo as pernas tortas convergindo para fóra, obrigando-lhe a submeter a uma operação. Depois da operação conseguiu andar perfeitamente até o momento actual, tempo em que lhe appareceu um tumor na perna esquerda, paralyzando-lhe assim os movimentos.

Gestações antecedentes. Primipara.

Evolução da gravidez. Pela ultima vez foi menstruada a 19 de Fevereiro de 1913, sentindo os primeiros movimentos fetaes no 4.º mez de gravidez. Confessou que durante os primeiros mezes teve vomitos, vertigens, aborrecimento etc.

Inspeção. Pigmentação da linha alva, da aureola do seio e presença de colostro.

Apalpação. Dorso a esquerda, apresentação cephalica e cabeça movel.

Auscultação. Foco maximo a esquerda.

Toque. Collo dilatavel a um dedo, apresentação cephalica e cabeça movel.

Estudo da parturiente. A paciente mediu 1 metro e 50 centimetros; a circumferencia do ventre igual a 82 cent.; comprimento da perna directa igual a 58 cent.; perna esquerda 55; tronco 47; comprimento da columna vertebral, do buraco occipital ao coccyx, 62 cent.

A parturiente apresentava na perna esquerda uma osteite suppurada.

Medidas externas.

B E = 19.

B C = 21.

S P E = 16.

Medidas internas.

Conjugata diagnolis = 5 1/2.

Conjugata vera = 3 1/2.

Diagnostico obstetrico.

Prenhez simples, topica, posição longitudinal, apresentação cephalica.

Parto. A's primeiras horas da noite do dia 5 de Dezembro de 1913 appareceram-lhe as dores que foram espaçadas e fracas.

Pela manhã do dia 6 foi applicado o toque que deu dilatação do collo uterino para 2 dedos, formação do bolso das aguas e cabeça movel acima do estreito superior.

Devido ao estreitamento da bacia e, portanto, a impossibilidade do parto natural foi marcada para ás 14 horas d'esse mesmo dia, pelo prof. Fernando Magalhães a operação cesariana abdominal.

A's 14 horas como já ficou dito, foi iniciada a intervenção e minutos após foi retirado um feto vivo a termo, do sexo feminino.

A intervenção que correu, sem o menor accidente, occupou, somente, 30 minutos.

Secundamento. O delivramento foi feito, manualmente, logo após a retirada do feto.

Recem-nascido. A's 14 horas e cinco minutos do dia 6 de Dezembro de 1913 veiu a luz um feto vivo, a termo, do sexo feminino.

Puerperio. O puerperio se apresentou, levemente, febril nos 3 primeiros dias.

Jacintha da Conceição, 24 annos, parda, viuva, brasileira, Estado do Rio, residente em Cascadura,

Antecedentes hereditarios. Pae morto, de causa ignorada, mãe viva e sadia, 6 irmãos vivos e fortes.

Antecedentes physiologicos. Foi monsttuada pela primeira vez, aos 13 annos, com bastante sangue, muitas dores e durante 3 dias.

Diagnóstico obstétrico.
Gravidez simples, topica, posição longitudinal,
apresentação cefálica.

Parto. A's primeiras horas da noite do dia 6 de
Dezembro de 1913 appareceram-lhe as dores que
foram espasmodicas e vagas.

Pela manhã do dia 6 foi appellido o feque que
deu dilatação na cabeçca para a direita, forma-
ção do bulso das aguas e o parto normal acima do
estradio superior.

Devido ao estreitamento da bacia e parto, a
impossibilidade do parto natural foi necessria para
as 14 horas d'esse mesmo dia, pelo prof. Pederico
Magalhães a operação cesariana abdominal.

A's 13 horas como ja ficou dito, foi iniciada a
intervenção e minutos após foi retirado um feto vivo
a termo, do sexo feminino.

26 1/2

A intervenção que correu, sem o menor acci-
dente, occupou, somente, 30 minutos.

Secundamente o desbramento foi feito, na-
turalmente, logo após a retirada do feto.

Recem-nascido. A's 14 horas e cinco minutos do
dia 6 de Dezembro de 1913 veio a luz um feto
vivo, a termo, do sexo feminino.

Puerperio. O puerperio se apresentou, de modo
febril nos 3 primeiros dias.

Jacintha da Conceição, 24 annos, casada, viúva
brasileira. Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Antecedentes. Menstruação regular, sem avaria da causa
ignorada, uma vez por mês, com duração de 5 a 7 dias.

26 1/2

Antecedentes puerperales. Foi submettada pela
primeira vez, aos 13 annos, com bastante sangue,
muitas dores e durando 3 dias.

Antecedentes pathologicos. Sempre gosou perfeita saude.

Gestações anteriores. Primipara.

Evolução da gravidez. Não se recorda da epoca da ultima monstuação e nem tambem dos primeiros movimentos fetaes.

Teve vomitos, cephalea, enjôos etc.

Infecção. Presença de colostro, ventre volumoso, pigmentação da linha alva.

Apalpação. Dorso a esquerda.

Auscultação. Foco maximo a esquerda.

Toque. Cabeça movel acima do estreito superior, dilatação para dois dedos.

Estudo da parturiente. Pelvimetria externa B E = 21. B C = 24 B T = 26, S P E = 18. Pelvimetria interna.

Conjugata diagonalis = 10.

Conjugata vera = 8 1/2.

Diagnostico obstetrico.

Prenhez simples, topica, apresentação cephalica.

Parto. Na tarde do dia 10 de Junho de 1914 appareceram-lhe as primeiras dores, que foram espaçadas e com pouca intensidade.

A's 20 horas, levado pelo accrescimo das dores, foi praticado o toque que indicou dilatação para dois pouco mais ou menos e cabeça movel acima do estreito superior.

A's 22 horas, com o fim de attenuar os soffrimentos da paciente foi dada uma injeção de morphina, que, felizmente, deu optimo resultado.

No dia 14, pela manhã, o 2.º toque dada a mesma dilatação e a cabeça ainda persistia movel acima do estreito superior.

Tendo-se em vista uma bacia estreitada como revelou o exame dos diametros, foi resolvido pelo prof. Fernando Magalhães a cesariana abdominal.

Conduzida a parturiente á sala de operações ás 12 e 45 minutos foi iniciada a intervenção e ás 13 horas e 13 minutos foi terminada com o melhor exito possível, comprehendendo a operação 28 minutos.

Secundamento. O delivramento foi completo e feito, manualmente após a retirada do feto.

Recemnacido. Veiu á luz um feto vivo, a termo, do sexo masculino, de cor parda. Comprimento 49 centímetros. Circumferencia 33 cent. Peso 2750 grammas.

Diametros O F = 10, S O B = 8 1/2, O m,m = 11, S O = 9, B P = 8 1/2, B T = 7 1/2, B A = 8.

Estado puerperal. O puerperio que se apresentou febril, foi logo debellado pela drenagem prophylatica e injeções de electrargol.

A retirada do curativo revelou supuração em alguns pontos que cicatrisaram com applicações de tintura de iodo, em poucos dias.

Maria Augusta, 20 annos, parda, brasileira, casada, domestica, residente no Morro de Santo Antonio.

Antecedentes hereditarios. Paes vivos e fortes, tem 2 irmãos vivos e sadios.

Antecedentes physiologicos. Foi, pela primeira vez, menstruada aos 14 annos, durando 3 dias, com bastante sangue e dores; as menstruações posteriores experimentaram certa irregularidade, quanto á epocha do apparecimento.

Antecedentes pathologicos. Gosou, sempre saúde. Gestações anteriores. Primipara.

Evolução da gravidez. Confessou que foi, pela ultima vez, menstruada no mez de Janeiro, proximo passado, não se recordando, porém do dia.

EIP.
18 cm.

EIP.
18 cm.

Conduzida a parturiente á sala de operações ás 10 e 15 minutos foi iniciada a intervenção e às 13 horas e 15 minutos foi realizada com o melhor critério possível, com duração de 30 minutos.

Secundamento. O deslizeamento foi completo e feito, sucessivamente após a retirada do feto.

Recem-nascido. Veiu á luz um feto vivo, a termo, do sexo masculino, de cor parda. Comprimento 49 centímetros. Circunferência 33 cent. peso 3750 grammas.

Diametros C. F. = 10, C. O. B. = 12, C. m. m. = 11, S. O. = 9, B. P. = 8 1/2, C. B. T. = 11 1/2, B. A. = 18.

Estado puerperal. O período que se apresentou febril, foi logo abolido com a drenagem prophylactica e injeções de acetargol.

A retirada do curativo revolveu a parteção em alguns pontos que cicatrizaram com applicações de tintura de iodo, em poucos dias.

Antecedentes da gravidez. Sempre saudável, obs-
da, doradas, sem febre, sem vomito, sem diarréa.
Antecedentes da gestação. Sempre saudável e forte.

Antecedentes da gestação. Sempre saudável, menstrua-
ção regular, sem dor, sem febre, sem vomito, sem diarréa.
Antecedentes da gestação. Sempre saudável, menstrua-
ção regular, sem dor, sem febre, sem vomito, sem diarréa.

Antecedentes da gestação. Sempre saudável, menstrua-
ção regular, sem dor, sem febre, sem vomito, sem diarréa.
Gestação anterior. Sempre saudável, menstrua-
ção regular, sem dor, sem febre, sem vomito, sem diarréa.

Antecedentes da gestação. Sempre saudável, menstrua-
ção regular, sem dor, sem febre, sem vomito, sem diarréa.
Gestação anterior. Sempre saudável, menstrua-
ção regular, sem dor, sem febre, sem vomito, sem diarréa.

EIP.

EIP.

19 1/2

C. V. C.
3 1/2

4 1/2

Segundo as informações colhidas, teve nos primeiros mezes de gravidez, vomitos, cephalalgias, dores nas pernas, vertigens e anorexia.

Foi no 4.º mez de gravidez que sentiu os primeiros movimentos fetaes.

Pela inspecção. Pigmentação da linha alva, da aureola do seio, presença de colastro, mascara gravídica e ventre volumoso em forma globular.

Pela apalpação. Cabeça movel no estreito superior, dorso a direita e situação longitudinal.

Pela ausculta. Foco maximo, á direita, um pouco para baixo da cicatriz umbelical, com 148 pulsações fetaes, por minuto.

Pelo toque. Dilatação do collo para pouco mais de 2 dedos, com o bolso das aguas bastante tenso. Apresentação cephalica e cabeça alta.

Estudo da parturiente.

Pelvimetria externa: B E = 22 — B C = 23 — S P E = 16.

Pelvimetria interna Conjugata diagonalis = 10.

Pelvimetria por projecção: Conjugata vera = 81½.

Pelvigraphia — Linha inominada de curvatura pouco devida.

O sacro apresentava a convexidade um pouco diminuida, mais alongada.

Espinhas sacro-sciaticas pouco saliente.

Losango de Michaelis: Diagonal longitudinal = 10, 5 — diagonal transversa = 8 — altura do triangulo de Tarnier, é isosceles, 2, 6.

Diagnostic obstetrico. Prenhez simples, topica, situação longitudinal, apresentação cephalica, dor á direita.

Parto. Na manhã do dia 1 de Outubro de 1914 penetrou, no nosso serviço abstétrico uma paciente que accusava intensas dores, iniciadas na tarde do dia anterior. De accordo com as informações fornecidas,

as dores no seu inicio foram fracas, conseguindo, porém, a conciliação do somno até ás 2 horas da madrugada, tempo em que despertou debaixo de fortes dores.

Não supportando tamanho soffrimento foi chamada a Assistencia Publica, que a conduziu á nossa Maternidade.

Dada sua entrada, feita a amnese foi praticada a antisepticia e em seguida o toque que indicou a dilatação do collo para pouco mais de 2 dedos e a persistencia do bolso das aguas.

A apalpação nos indicou a cabeça movel, acima do estreito superior, dorso á direita e situação longitudinal.

Posta a parturiente em observação verificou-se, tempos após que as dores persistiam com a mesma intensidade e a cabeça, ainda, se acha movel no estreito superior.

Com o intuito de amenisar os soffrimentos da peciente, foi injectado, pelo interno do dia, 0,02 de pantopon que não retardou sua acção, pondo-a minutos depois em pleno repouso.

Aproveitando este periodo de tranquillidade foram tomadas pelo Prof. Fernando Magalhães, assistente e interno do dia as medidas externas, internas e a pelvimetria por projecção que revelaram estreitamento da bacia.

Durante o resto do dia a parturiente continuou a sentis dores, porém, com menor intensidade e apesar de duas injectões de pituitrina, que activaram mais as contracções, não se deu a insinuação da cabeça fetal no estreito superior.

Considerando que o trabalho de parto não progredia, considerando que já tinhamos esperado 24

horas pela realização normal do parto e considerando que estávamos em presença d'uma bacia estreitada foi resolvida, pelo professor da cadeira, a operação cesariana que teve seu início ás 9 horas e 30 minutos da noite de 1 de Outubro.

Aproveitando-se do caso que se nos apresentara Dr. Fernando Magalhães, com o fim de mostrar a seus alumnos que a cesariana abdominal é a mais facil das intervenções obstetricas, executou-a só, occupando, uicicamente, um auxiliar que se encarregou da chlo-roformisação.

A operação foi classica : insição longitudinal do ventre acompanhada da insição mediana do utero, retirada do feto, extracção manual da placenta, parada da hermorrhagia com uma injeccção de pituitrina na parede do utero; sutura sero-serosa e muscular a cat-gut, fechando-se a parede do ventre em dois planos de sotura, fóra o peritoneo.

A pelle foi suturada a seda.

A intervenção que teve seu início ás 21 horas e 30 minutos foi terminada ás 22 e 45, com maior exito possivel.

Secundamento. O delivramento foi feito, manualmente, após, a retirada do feto. Diametros : placenta 16+20; membranas 22+26; peso 450 grammas insição do cordão central.

O Recem-Nacido. Veiu á luz um feto vivo, a termo do sexo masculino, de côr branca, ás 10 horas e 40 minutos da noite de 1 de Outubro de 1914. Dimensões da cabeça fetal. B P=9—B T=8¹/₂—O M=13—S O F=10—S O B=9¹/₂—I B=9¹/₂—B H=12; comprimento fetal : 49¹/₂ O M=25¹/₂—M P=23; Circumferencia = 34¹/₂; Peso = 3000 grammas.

Puerperio. O puerperio que se apresentou, levemente, febril, foi debellado pela drenagem prophylactica, acompanhado de injeccões de electrargol de 10 centimetros cubicos. No dia 16 de Outubro com o levautamento do curativo foi revelado a suppuração de 2 pontos que cicatrisaram com applicação quotidiana de agua exganada e no dia 22 foi dado alta bõa e curada.



Proposições

Proposições

CHIMICA MEDICA

I

A pituitrina substancia extrahida do corpo pituitario, é, hoje, bastante empregada no trabalho de parto.

II

O emprego da pituitrina requer condições especiaes, inercia uterina, dilatação do collo para mais de tres dedos, apresentação cepblica ou de nadeegas.

III

A pituitrina é tambem empregada e com bello resultado nas hemorragias post-delivramento.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

A bacia ou pelvis apresenta a configuração dum cone truncado, com base superior e vertice inferior.

II

A bacia representa no adulto de estatura regular a parte mediana do corpo.

III

A bacia da mulher é mais fraca. inclinada e baixa que a do homem, offerecendo porém, a mesma configuração.

HISTOLOGIA

I

O ovo se compõe do embryão e de tres membranas; amnios, chorion e caduca.

II

O amnios que é a membrana interna do ovo está em contacto com o liquido amniotico no qual nada o feto.

III

O chorion que é a membrana media está entre a precedente e a caduca que, sendo a externa, se mantem em relação com a cavidade uterina.

: — — — :

PHYSIOLOGIA

I

O mecanismo do trabalho de parto se compõe de 3 tempos: insinuação, descida e desprendimento.

II

A posição de Walcher só devemos utilisal-a antes da adaptação da cabeça ao estreito superior.

III

Nos tempos de descida e desprendimento a parturiente deve occupar a posição de Devraigne e Decomps.

— — —

BACTERIOLOGIA

I

O streptococcus é o bacillo responsavel pela febre puerperal.

PSYCHIATRIA E MOLESTIAS NERVOSAS

I

A histeria é nma nevrose que se manifesta mais na mulher que no homem.

II

A histeria se caracteriza por duas formas principaes convulsiva e não convulsiva.

III

A histeria é uma molestia hereditaria ; a prenhez pode provocal-a.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

As folhas são os orgãos principaes da respiração vegetal.

II

A inspiração e a expiração constituem os tempos principaes da respiração.

III

A função chlorophiliana só se dá em presença da luz solar.

Visto. Secretaria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 1914.

Sr. Brito e Silva, Sub-secretario.

II

As parturientes tuberculosas são, sempre, susceptíveis de angariar uma pneumonia caseosa ou granulosa, devido a seu estado de debilidade.

III

N'estas doentes devemos em primeiro lugar, combater a tuberculose.

CLINICA PEDIATRICA

I

A maior parte das molestias infantis é devida ás perturbações untritivas.

II

Estas perturbações são sempre, secundadas pela má constituição do organismo infantil.

III

Estes casos se verificam nos descendentes de tuberculose.

CLINICA OBSTITRICA E GYNECOLOGICA

I

Gravidez ectopica é a evolução do ovo fecundado fóra da cavidade uterina.

II

Ha tres especies de gravidez ectopica : tubaria, abdominal e ovariana.

III

A gravidez tubaria é a mais frequente das tres.

III

Estas varices desaparecem, sempre, depois do parto.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A siphilis é uma moléstia infecciosa e hereditaria.

II

Na maioria dos casos ella é responsavel pelos abortos.

III

A siphilis se transmite ao feto por intermédio da placenta.

CLINICA MEDICA (1. CADEIRA)

I

As infecções e intoxicações são nocivas á evolução da gravidez.

II

A siphilis è das infecções a mais prejudicial.

III

O alcoolismo é o das intoxicações.

CLINICA MEDICA (2. CADEIRA)

I

E' muito importante a influencia da tuberculose durante o periodo gravidico.

III

Dos processos internos destaca-se o digital por ser o mais utilizado em obstetricia.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

Nos recém-nascidos é constante a ophtalmia purulenta.

II

Ella é, sempre, contrahida na passagem da cabeça fetal pela vagina.

III

A medicação mais precisa é a installação do nitrato de prata.

CLINICA CIRURGICA (1. CADEIRA)

I

Phmlebite é uma inflammação das veias.

II

As phebites dividem-se em constitucionaes, traumaticas, toxicas e infectuosas.

III

No estado puerperal observamos, muitas vezes, aphlebite injectuosa que recebe o nome de phlebite puerperal dos membros ouphlegmacea alba - dolens.

CLINICA CRURIGICA (2. CADEIRA)

I

Varices são dilatações das veias.

II

Durante o periodo gravidico as varices são frequentes.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

O somnambulo na maioria dos casos não deve ser responsavel por seus actos.

II

O somnambulo conhecedor de seu estado e não tomando as precauções precisas, pode ser considerado como responsavel por seus actos.

III

O somnambulismo nas creanças desaparece, quasi sempre, na época da puberdade.

—

THERAPEUTICA

I

O electrargol tem proporcionado resultados satisfactorios na febre puerperal.

II

O electrargol antes de ser empregado deve ser isotanisado.

III

O electrargol é, geralmente, empregado na dóse de 15 a 30 centímetros cubicos.

—

CLINICA PROPEDEUTICA

I

Em busca dos diametros internos da bacia empregamos os processos externos ou indirectos, ou directos e mixtos.

II

D'estes processos os internos são os mais aperfeiçoados.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

Em presença de bacias estreitadas a cesariana é a operação que devemos executar.

II

Ha duas especies de cesariana : a vaginal e a abdominal.

III

A abominal, por sua vez, se divide em conservadora e mutiladora.

ANATOMIA TOPOGRAPHICA

I

O utero é o órgão da gestação.

II

O utero está situado na excavação da bacia, relacionando-se com a vagina, o intestino delgado, bexiga e recto.

III

O utero tem a forma d'um cône, cuja base olha para cima.

HYGIENE

I

A filtração das aguas atravez das camadas do solo é o meio mais perfeito de purificação.

II

Podemos classificar de puras todas as aguas que atravessam as camadas do solo.

III

Na passagem d'agua atravez do solo toda materia organica e germens ficam retidos.

III

A dor, a impossibilidade de permanecer assentado e a exploração intra-rectal são suficientes para diagnosticar as fracturas do ischion (Forgue).

: ————— :

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Em caso de prenhez extra-uterina a parede tubaria se espessa para recebêr o ovo.

II

Esta espessura pode ser tão importante que dê lugar ao desenvolvimento, a termo, do feto.

III

Desenvolvimento, a termo é mui raro devido ás villosidades do ovo que se infiltram atravez de suas paredes, deteriorando-as.

: ————— :

PATHOLOGIA INTERNA

I

A eclampsia puerperal é uma affecção que se traduz por crises convulsivas, com ausencia da sensibilidade e da intelligencia.

II

A eclampsia que tem como prenuncio a presença d'albumina na urina se manifesta, nos ultimos mezes da gravidez, podendo tambem se manifestar no momento ou depois do parto.

III

Como tratamento da eclampsia devemos seguir o methodo Stagonoff e a sangria que tem produzido bellos resultados.

II

O streptococcus pertence a familia dos coccosis, apresentando-se, as vezes, em cadeias de 4 a 5 elementos e, em outros casos, de 20 a 30.

III

O streptococcus se cora pelos reactivos usados em bacteriologia e se desenvolve no caldo, na gelose e na gelatina.

ARTE DE FORMULAR, MATERIA MEDICA E
PHARMACOLOGIA

I

O pantopon é uma preparação proveniente de todos os alcaloides do opio.

II

O pantopon é muito empregado no trabalho de parto com intuito de enfraquecer as dores.

III

O pantopon é, geralmente, usado na dose de 1 á 3 centímetros cubicos.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

As fracturas da bacia se dividem em isoladas quando não interessam o anel pelviano e fracturas da cintura pelviana quando interessam este ultimo anel (Forgue).

II

As fracturas da porção iliaca provem, sempre, d'uma causa directa, queda ou choque.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

