www.e-rara.ch

Manuale dell'arte ostetricia ad uso delle levatrici

Schultze, Bernhard Sigmund

Coira, 1885

Kantonsbibliothek Graubünden

Shelf Mark: KBG Bn 74

Persistent Link: https://doi.org/10.3931/e-rara-59683

www.e-rara.ch
Die Plattform e-rara.ch macht die in Schweizer Bibliotheken vorhandenen Drucke online verfügbar. Das Spektrum reicht von Büchern über Karten bis zu illustrierten Materialien – von den Anfängen des Buchdrucks bis ins 20. Jahrhundert.

e-rara.ch provides online access to rare books available in Swiss libraries. The holdings extend from books and maps to illustrated material – from the beginnings of printing to the 20th century.

e-rara.ch met en ligne des reproductions numériques d'imprimés conservés dans les bibliothèques de Suisse. L'éventail va des livres aux documents iconographiques en passant par les cartes – des débuts de l'imprimerie jusqu'au 20e siècle.

e-rara.ch mette a disposizione in rete le edizioni antiche conservate nelle biblioteche svizzere. La collezione comprende libri, carte geografiche e materiale illustrato che risalgono agli inizi della tipografia fino ad arrivare al XX secolo.

Nutzungsbedingungen Dieses Digitalisat kann kostenfrei heruntergeladen werden. Die Lizenzierungsart und die Nutzungsbedingungen sind individuell zu jedem Dokument in den Titelinformationen angegeben. Für weitere Informationen siehe auch [Link]

Terms of Use This digital copy can be downloaded free of charge. The type of licensing and the terms of use are indicated in the title information for each document individually. For further information please refer to the terms of use on [Link]

Conditions d'utilisation Ce document numérique peut être téléchargé gratuitement. Son statut juridique et ses conditions d'utilisation sont précisés dans sa notice détaillée. Pour de plus amples informations, voir [Link]

Condizioni di utilizzo Questo documento può essere scaricato gratuitamente. Il tipo di licenza e le condizioni di utilizzo sono indicate nella notizia bibliografica del singolo documento. Per ulteriori informazioni vedi anche [Link]

Visual Library

R. 213.

Bn 74

Bn 74

MANUALE

DELL'ARTE OSTETRICIA AD USO DELLE LEVATRICI

DEL

D^RE. BERNARDO SIGISMONDO SCHULTZE

PROFESSORE ORDINARIO D'OSTETRICIA, DIRETTORE DELL'INSTITUTO OSTETRICO
E DELLA SCUOLA DELLE LEVATRICI A JENA.

EDIZIONE SETTIMA.

CON 90 INCISIONI.

IN ORDINE DEL CONSIGLIO DI SANITÀ DEL CANTONE DEI GRIGIONI
TRADOTTO DA

TOMASO LARDELLI, MED. PRACT.

COIRA.
DAI TIPI DI MANATSCHAL & EBNER.
1885.

Prefazione.

Esaurite le copie tedesche dell' edizione del piccolo manuale ad uso delle levatrici del dottore J. H. Schmidt stata ordinata dal consiglio di sanità del cantone dei Grigioni nell' anno 1850, questo collegio decise d' introdurre d' ora in avanti nei corsi cantonali d' ostetricia minore il manuale del professore B. S. Schultze. A tal uopo fu pregato il signor autore di compilare quel supplimento tanto necessario per le condizioni del nostro paese che tratta delle operazioni col forcipe e del rivolgimento, ed in pari tempo fu ordinata coll' autorizzazione dello stesso la traduzione del libro in italiano ed in romancio.

Coira, nel November 1885.

Il consiglio di sanità del cantone dei Grigioni.

Indice delle materie.

Pagina

Introduzione. (§ 1—10.) 1

Parte prima.

Nozioni preparatorie. (§ 11—64.)

Capitolo primo. Del corpo umano in generale. (§ 11—24.) . . . 7
Capitolo secondo. Del corpo del bambino. (§ 25—28.) 13
Capitolo terzo. Del bacino della donna (§ 29—44.) 15
Capitolo quarto. Della struttura e situazione delle parti genitali della donna. (§ 45—55.) 26
Capitolo quinto. Delle funzioni delle parti genitali della donna. (§ 56—64.) 34

Parte seconda.

Della gravidanza normale. (§ 65—144.)

Capitolo primo. Origine e durata della gravidanza. (§ 65—68.) . . 41
Capitolo secondo. Cambiamenti nell' uovo, nel feto e nell' utero nelle prime dodici settimane della gravidanza. (§ 69—73.) . . . 42
Capitolo terzo. Cambiamenti ulteriori nel feto sino alla sua maturanza. (§ 74—76.) 46
Capitolo quarto. L' uovo maturo. (§ 77—82.) 49
Capitolo quinto. L' utero gravido. (§ 83—88.) 51
Capitolo sesto. La situazione del feto nell' utero. (§ 89—96.) . . 54
Capitolo settimo. L' esplorazione ostetrica. (§ 97—109.) 60
Capitolo ottavo. Il modo di riconoscere la gravidanza, i segni della gravidanza. (§ 110—116.) 67
Capitolo nono. I segni per distinguere la primipara dalla multipara nello stato di gravidanza. (§ 117—123.) 71

Pagina

Capitolo decimo. I segni per determinare la data della gravidanza. (§ 124—137.) 75
Capitolo undicesimo. Igiene della gravidanza. (§ 138—144.) . . . 83

Parte terza.

Del parto normale. (§ 145—230.)

Capitolo primo. Delle forze espellenti, dei periodi e della durata del parto. (§ 148—166.) 92
Capitolo secondo. Del modo col quale il feto esce dall' utero, del meccanismo del parto. (§ 167—178.) 100
Capitolo terzo. Dell' igiene del parto e dell' assistenza della levatrice al parto normale. (§ 179—230.) 110

Parte quarta.

Del puerperio e dell' allattamento normale. (§ 231—272.)

Capitolo primo. Cambiamenti normali nell' organismo della madre. (§ 233—247.) 144
Capitolo secondo. Cambiamenti normali nel bambino. (§ 248—251.) 150
Capitolo terzo. Cura alla madre ed al bambino. (§ 252—272.) . . 151

Parte quinta.

Delle irregolarità nell' andamento della gravidanza. (§ 273—333.)

Capitolo primo. Presentazione anormale del feto. (§ 273—280.) . . 163
Capitolo secondo. Della gravidanza multipla. (§ 281—285.) . . . 168
Capitolo terzo. Della gravidanza fuori della cavità dell' utero. (§ 286—287.) 170
Capitolo quarto. Del vomito, della diarrea, della stitichezza e delle ernie nelle donne incinte. (§ 288—291.) 172
Capitolo quinto. Delle difficoltà ad orinare e degli spostamenti dell' utero nelle donne gravide. (§ 292—300.) 174
Capitolo sesto. Delle varici e di altre enfiagioni patologiche nelle donne incinte. (§ 301—303.) 181
Capitolo settimo. Efflusso di mucco e di acqua dalle parti genitali delle donne gravide. (§ 305—307.) 183
Capitolo ottavo. Delle perdite di sangue, specialmente delle emorragie dall' utero delle donne gravide e dell' interruzione prematura della gravidanza (aborto, parto prematuro). (§ 308—324.) . 185
Capitolo nono. Della morte del feto durante la gravidanza. (§ 325—330.) 194
Capitolo decimo. Deliquio, morte apparente e morte della donna incinta. (§ 331—333.) 197

Pagina

Parte sesta.

Delle irregolarità nell' andamento del parto. (§ 334—490.)

Capitolo primo. Il parto del feto che si presenta colla testa in posizione anormale.. (§ 334—335.) 201
1. Seconda variante della presentazione del vertice, la piccola fontanella rivolta indietro 201
2. Posizione trasversa della testa discesa nel fondo del bacino . 204
Capitolo secondo. Il parto del feto che si presenta colla testa in portamento anormale. (§ 336—346.) 205
1. Presentazione del parietale 205
2. Presentazione della fronte 206
3. Il parto nella presentazione della faccia 206
4. Obliquità della testa 212
5. Procidenza di un braccio o di un piede nella presentazione della testa 212
Capitolo terzo. Il parto nella presentazione anormale del feto.
1. Presentazioni pelviche; parto nella presentazione dei piedi, dei ginocchi e delle natiche. (§ 347—367.) 213
Capitolo quarto. Il parto nella presentazione anormale del feto.
2. Presentazioni oblique e trasverse. (§ 368—375.) 230
Capitolo quinto. Il parto nella gravidanza composta. (§ 376—385.) 234
Capitolo sesto. Complicanze del parto dipendenti d'un volume o d'una forma anormale del feto. (§ 386—390.) 238
Capitolo settimo. Complicanze del parto dipendenti dai vizi e dalle deformità del bacino della madre. (§ 391—410.) 241
Capitolo ottavo. Delle doglie anormali. (§ 411—425.) 253
1. Della mancanza di energia delle doglie 254
2. Delle doglie troppo energiche 256
3. Delle doglie spasmodiche 257
Capitolo nono. Vizi di conformazione delle parti genitali esterne ed interne, lacerazioni nelle vie genitali. (§ 426—440.) . . . 259
Capitolo decimo. Irregolarità nel liquido dell' amnio e nelle membrane dell' uovo. (441—447.) 265
Capitolo undicesimo. Irregolarità nel cordone ombellicale. (§ 448—458.) 268
Capitolo dodicesimo. Debolezza e malattia della partoriente, vomito, deliqui, convulsioni. (§ 459—465.) 272
Capitolo tredicesimo. Le emorragie nel periodo di dilatazione e durante l'espulsione del feto. (466—468.) 275
Capitolo quattordicesimo. Morte apparente e morte della partoriente. (§ 469.) 277
Capitolo quindicesimo. Morte del feto nel parto. Morte apparente del neonato. (§ 470—478.) 277
Capitolo sedicesimo. Secondamento anormale. (§ 479—490.) . . . 286

Pagina

Parte settima.

Del puerperio e dell' allattamento anormale. (§ 491—534.)

Capitolo primo. Malattie delle parti genitali e malattie generali della puerpera. (§ 491—503.) 295
Capitolo secondo. Patologia dell' allattamento, allattamento per mezzo di una balia, allattamento artificiale e disordini negli organi della digestione del bambino. (§ 504—526.) 303
Capitolo terzo. Di alcune altre malattie dei neonati e dei bambini lattanti. (§ 527—534.) 315

Appendice.

Capitolo primo. Come la levatrice si debba contenere quando collidono diversi dei suoi doveri. (535—540.) 323
Capitolo secondo. Del modo di applicare i rimedii. (§ 541—553.) . 325
Capitolo terzo. Doveri della levatrice in casi di repentine disgrazie. (§ 554—557.) 337
Capitolo quarto. Dei doveri della levatrice per il ben publico e dei suoi rapporti colle autorità. (§ 558—565.) 340

Supplimento.

Operazioni (§ 566—597.)

Capitolo primo. Il rivolgimento coll' estrazione ecc. (§ 566—585.) . 345
Capitolo secondo. Delle operazioni col forcipe. (§ 586—597.) . . 353

Indice delle incisioni.

			Pagina
Fig. 1.	Effigie di una donna col suo scheletro . . .	1/10 grand. nat.	7
Fig. 2.	Cranio del neonato veduto di sopra	1/3 „ „	14
Fig. 3.	Cranio del neonato veduto da un lato . . .	1/3 „ „	14
Fig. 4.	Sacro e coccige	1/3 „ „	17
Fig. 5.	Osso innominato sinistro veduto da destra .	1/3 „ „	17
Fig. 6.	Osso innominato destro veduto da destra . .	1/3 „ „	18
Fig. 7.	I tre pezzi dell' osso innominato	1/3 „ „	18
Fig. 8.	Bacino femminile veduto dalla parte anteriore inferiore in una linea perpendicolare sull' asse dello stretto superiore	1/3 „ „	19
Fig. 9.	Bacino femminile veduto dalla parte anteriore superiore nella direzione dell' asse dello stretto superiore	1/3 „ „	20
Fig. 10.	Bacino femminile veduto dalla parte inferiore nella direzione dell' asse dell' apertura di escita	1/3 „ „	22
Fig. 11.	Metà sinistra del bacino veduta da destra, rappresentante i diametri retti e la linea dirigente	1/3 „ „	24
Fig. 12 e 13.	Inclinazione del bacino aumentata e diminuita volontariamente	1/3 „ „	25
Fig. 14.	Le parti genitali esterne della donna . . .	1/3 „ „	27
Fig. 15.	L' utero colle sue appendici veduto dalla parte anteriore	1/3 „ „	29
Fig. 16.	La superficie interna delle parti genitali della donna veduta posteriormente dopo averne levato la parete posteriore	1/3 „ „	30
Fig. 17.	La metà sinistra del bacino della donna colle parti molli veduta da destra	1/3 „ „	32
Fig. 18.	Le intestina del bacino della donna vedute in una linea perpendicolare sullo stretto superiore	1/3 „ „	33

			Pagina
Fig. 19.	Situazione dell' uovo fecondato nella muccosa dell' utero	Grand. natur.	43
Fig. 20.	Uovo col feto a 6 settimane	„ „	44
Fig. 21.	Uovo col feto a 12 settimane	„ „	45
Fig. 22.	L' utero alla fine della gravidanza, metà posteriore veduta davanti in una linea perpendicolare sull' asse	1/5 grand. nat.	55
Fig. 23.	Il feto maturo in portamento normale veduto dalla stessa parte	1/5 „ „	55
Fig. 24.	Il feto maturo nel suo portamento normale veduto dalle natiche	1/5 „ „	56
Fig. 25.	La posizione del feto nell' utero	1/5 „ „	56
Fig. 26.	Prima posizione della presentazione del vertice	1/5 „ „	57
Fig. 27.	Seconda posizione della presentazione del vertice	1/5 „ „	57
Fig. 28.	Taglio in profilo di una donna gravida a 40 settimane	1/6 „ „	59
Fig. 29.	L' apertura vaginale di una primipara	1/2 „ „	73
Fig. 30.	L' apertura vaginale di una multipara	1/2 „ „	73
Fig. 31. 32. 33.	La parte vaginale dell' utero di una primipara nella seconda metà della gravidanza	1/3 „ „	74
Fig. 34. 35. 36.	La parte vaginale dell' utero di una multipara nella seconda metà della gravidanza	1/3 „ „	74
Fig. 37.	Calendario della gravidanza		77
Fig. 38.	Fondo dell' utero, parte vaginale e parete del ventre nei differenti periodi della gravidanza	1/5 „ „	79
Fig. 39.	Effetto delle doglie nel periodo di dilatazione	1/5 „ „	94
Fig. 40.	Effetto delle doglie nel periodo di espulsione	1/5 „ „	96
Fig. 41. 42. 43	Il distacco naturale delle secondine	1/5 „ „	98
Fig. 44.	La metà sinistra del bacino veduta dalla parte destra coll' asse e colla direzione della forza espellente	1/3 „ „	101
Fig. 45.	Il bacino veduto dall' apertura di escita, meccanismo del parto nella prima posizione della presentazione del vertice	1/3 „ „	103
Fig. 46.	La metà sinistra del bacino veduta da destra, meccanismo del parto nella prima posizione della presentazione del vertice	1/3 „ „	106
Fig. 47.	Il bacino veduto dall' apertura d' escita, meccanismo del parto nella seconda posizione della presentazione del vertice	1/3 „ „	108
Fig. 48.	Il bacino veduto dall' apertura d' escita, meccanismo del parto nella seconda variante della seconda posizione della presentazione del vertice	1/3 „ „	109

				Pagina
Fig. 49.	La metà sinistra del bacino veduta dalla parte destra, cambiamento di direzione della forza espellente per mezzo della flessione e del distendimento della parte lombare della spina dorsale	1/3	grand. nat.	121
Fig. 50.	La metà sinistra del bacino veduta dalla parte destra, rapporti della testa col perineo .	1/8	„ „	123
Fig. 51.	Figura femminile nella posizione sul fianco sinistro, custodia del perineo da parte della levatrice	1/8	„ „	125
Fig. 52.	Custodia del perineo nella posizione sul fianco	1/5	„ „	127
Fig. 53.	Custodia del perineo nella posizione supina .	1/5	„ „	128
Fig. 54.	Presentazione della faccia, prima posizione .	1/5	„ „	164
Fig. 55.	Presentazione della faccia, seconda posizione	1/5	„ „	164
Fig. 56.	Prima variante della prima posizione della presentazione delle natiche	1/5	„ „	165
Fig. 57.	Seconda variante della seconda posizione della presentazione delle natiche	1/5	„ „	165
Fig. 58.	Prima variante della prima posizione della presentazione trasversa	1/5	„ „	165
Fig. 59.	Seconda variante della seconda posizione della presentazione trasversa	1/5	„ „	165
Fig. 60.	Gravidanza gemellare, tutti e due i feti nella presentazione del vertice	1/5	„ „	169
Fig. 61.	Gravidanza gemellare, un feto nella presentazione del vertice, l'altro nella presentazione delle natiche	1/5	„ „	169
Fig. 62.	Retroversione dell' utero gravido	1/4	„ „	176
Fig. 63.	Retroflessione dell' utero gravido	1/4	„ „	177
Fig. 64. 65. 66.	Fascia addominale per sostenere l'utero gravido nell' antiversione	1/15	„ „	180
Fig. 67.	Il bacino veduto dall' apertura d' escita, seconda variante della presentazione del vertice .	1/3	„ „	202
Fig. 68.	La metà destra del bacino veduta dalla parte sinistra, seconda variante della presentazione del vertice	1/3	„ „	203
Fig. 69.	Il bacino veduto dall' apertura d' escita, posizione trasversa della testa discesa nel fondo del bacino	1/3	„ „	204
Fig. 70.	Il bacino veduto dell' apertura d' escita, presentazione della fronte	1/3	„ „	206
Fig. 71.	Il bacino veduto dall' apertura d' escita, presentazione della faccia	1/3	„ „	207

			Pagina
Fig. 72.	La metà sinistra del bacino veduta dalla parte destra. Il parto nella prima posizione della presentazione della faccia	1/3 grand. nat.	208
Fig. 73.	La metà destra del bacino veduta da sinistra, parto nella presentazione delle natiche. Il modo di abbassare la spalla onde facilitare il disimpegno del braccio salito in alto .	1/3 „ „	224
Fig. 74.	La metà sinistra del bacino veduta da destra, il disimpegno del secondo braccio . .	1/3 „ „	225
Fig. 75.	La metà sinistra del bacino veduta da destra, modo di disimpegno della testa	1/3 „ „	227
Fig. 76.	Parto gemello, discendono contemporaneamente quattro piedi ed un braccio	1/5 „ „	236
Fig. 77.	Modo di allentare il funicolo attortigliatosi intorno al collo, disimpegno della spalla dopo nata la testa	1/3 „ „	240
Fig. 78.	Bacino rachitico ristretto nel diametro retto .	1/3 „ „	244
Fig. 79.	Bacino ristretto nel diametro trasverso . . .	1/3 „ „	245
Fig. 80.	Bacino ristretto nel diametro obliquo	1/3 „ „	246
Fig. 81.	Bacino con lussazione delle vertebre . . .	1/3 „ „	246
Fig. 82.	Bacino osteomalacico	1/3 „ „	247
Fig. 83.	Bacino con tumori	1/3 „ „	247
Fig. 84.	Pelvimetria interna digitale	1/3 „ „	250
Fig. 85 e 86.	Respirazione artificiale col metodo del palleggiare		282. 283
Fig. 87.	Prolasso dell' utero inverso	1/5 grand. nat.	292
Fig. 88.	Poppatojo di vetro e gomma	1/3 „ „	304
Fig. 89.	Irrigatore per sciacquare la vagina e per applicare i clisteri	1/5 „ „	326
Fig. 90.	Sifone per lo stesso uso	1/5 „ „	327

Introduzione.

§ 1.

Donne incinte, partorienti, puerpere e neonati, anche essendo perfettamente sani, trovansi in condizioni, nelle quali abbisognano del consiglio, della cura e dell' ajuto attivo di persone dell' arte. **Si è la vocazione della levatrice** di prestar loro questo *consiglio,* questa *cura* e quest' *ajuto.*

§ 2.

Il corso della gravidanza, del parto e del puerperio può deviare dalla regola a motivo di differenti disturbi. Per ciò tanto la vita quanto la salute della madre o del bambino o d' amendue ponno correre pericolo. In molti casi la levatrice tenor § 1 può *tener lontani tali disturbi,* in altri casi, dove già minaccia un pericolo, deve essere in caso di ricondurre lo stato normale, cioè *d' allontanare il pericolo dalla madre o dal bambino.*

§ 3.

Havvi però dei casi, ove le cognizioni e l' abilità, alle quali può pervenire la levatrice, non bastano per deviare il pericolo, casi che richiedono cognizioni più profonde, abilità maggiore ed anche altri mezzi, di cui la levatrice non se ne intende. Queste cognizioni più perfette, questa maggiore abilità e questi mezzi possiede il medico e specialmente l' ostetricio. È perciò necessario e decisivo pella vita e la salute delle madri e dei bambini, *che la levatrice riconosca a tempo quelle circostanze, che richieggono l' assistenza del medico e dell' ostetricio.*

§ 4.

Arrivato l' ostetricio i doveri della levatrice non cessano. *Anzi ella deve assistere coscienziosamente l' ostetricio eseguendo i suoi ordini puntualmente ed espertamente.*

§ 5.

Onde poter adempire questi 4 doveri cardinali della sua vocazione, la levatrice deve acquistarsi molte cognizioni. Ella si acquista queste cognizioni 1) nelle *lezioni a voce* del maestro, 2) *nell' istruzione pratica*, visitando donne incinte, partorienti, puerpere e neonati 3) e rileggendo questo *manuale.*

Ella dovrà dimostrare nell' *esame* alla fine di questa istruzione, se abbia acquistato tante cognizioni e tanto giudizio, che lo stato le possa confidare le sue madri ed i suoi bambini.

§ 6.

Ma la levatrice dovrà continuare ad imparare anche dopo aver assolto questa scuola di levatrici. Ella aumenterà vieppiù le sue cognizioni durante l' esercizio della sua professione 1) Osservando attentamente le donne ed i bambini affidati alla sua cura. 2) Ella ripeterà e completerà l' istruzione ricevuta dal suo maestro cogl' insegnamenti che le daranno i medici, coi quali converrà al letto di parto, al letto della puerpera e dell' ammalato. 3) Ella custodirà questo manuale, come un amico che l' accompagna dappertutto col suo consiglio. Lo stato avrà cura di persuadersi, che la levatrice non dimentichi ciò che le fu insegnato.

§ 7.

Oltre i sunominati 4 doveri cardinali della sua vocazione, la levatrice deve coltivare attentamente una serie di virtù comuni. Essa si mantenga *il timor d' Iddio e l' onestà,* che si supponeva dovesse avere quando fu scelta levatrice, si mantenga in ogni riguardo la sua *buona riputazione.*

Si mantenga quelle *cognizioni che ha acquistato in iscuola* e cerchi di aumentarle vieppiù.

Sia *sempre pronta a prestar il suo ajuto al povero come al ricco* e non cerchi mai prestando quest' ajuto di lasciarsi guidare

dalla speranza di maggiore o minore mercede, ma bensì unicamente dal bisogno più o meno urgente.

Onde poter esser sempre pronta col suo ajuto, sia sempre sobria e frugale, bada a *conservare la propria salute* e si attenga anche lei stessa alle massime, che imparerà a compartire alle donne incinte ed alle puerpere, qualora dovesse venire nello stesso caso.

Sia scrupolosamente *pulita ed ordinata,* tanto nel proprio corpo e nei suoi abiti, quanto in casa sua.

§ 8.

La levatrice dovrà qualche volta dietro domanda, molte volte ancora anche senza essere domandata dar *ragguaglio* alle autorità e al medico di ciò che vien a sapere, e di ciò che osserva nella sua vocazione. Verso chiunque altra persona è tenuta di mantenere la più severa *segretezza.*

Ad uso proprio noterà esattamente in apposito *giornale* tutti gli avvenimenti che stanno in connesso colla sua vocazione.

§ 9.

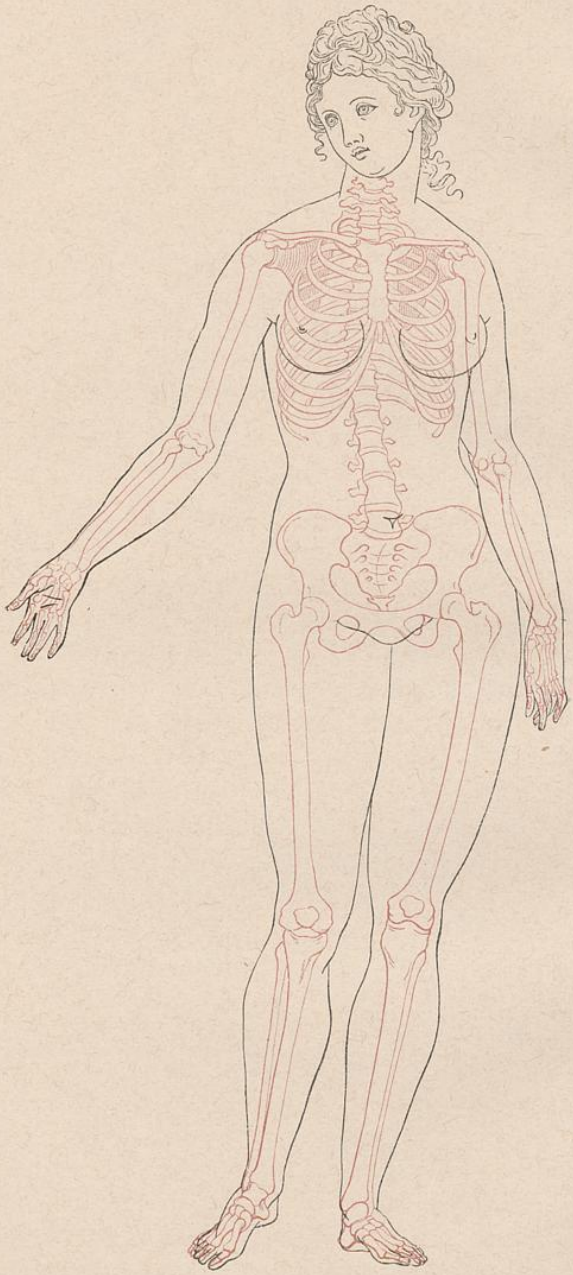
Sia *indulgente* e *prodiga di conforto* verso i sofferenti, *compassionevole,* ma mai pusillanime; *seria e severa,* ove occore, mai però rozza; *paziente, sempre paziente* quando deve aspettare, mai però indifferente o disattenta; *coraggiosa* e *risoluta* quando occorre agire, mai però sfrontata ed indiscreta. Grazie le cognizioni, che si acquista durante questa scuola, troverà sempre il limite; se avrà imparato bene ciò che deve sapere, saprà anche in chiunque occasione dove termina il suo sapere ed il suo potere.

§ 10.

La levatrice sia mite nel giudicare le sue colleghe, anche quando dovesse conoscere una loro debolezza. Verso il medico sia modesta e piena di stima; mai non dimentichi che il medico sa molto più di lei, ammesso pure che essa sappia tutto ciò che stà in questo manuale.

Parte prima.

Nozioni preparatorie.



Capitolo primo.

Del corpo umano in generale.

§ 11.

Il corpo umano deve la sua configurazione massimamente alla sua **parte ossea,** allo **scheletro.**

Il pezzo principale di tutto lo scheletro è *la spina dorsale,* la quale si estende nella parte posteriore del corpo dalla nuca sino alle natiche; è composta delle *vertebre,* di ossi corti, che giaciono l'uno sull'altro e che sono congiunti fra loro per mezzo di articolazioni e cartilagini, che non permettono però che un movimento limitato. Le prime sette chiamansi *vertebre del collo.* Nella nostra fig. 1 non sene vedono che le tre infime perchè le 4 superiori vengono nascoste dalla parte inferiore della faccia. Seguono le 12 *vertebre pettorali,* poi le 5 *vertebre lombali* ed infine *l'osso sacro* coll'*osso coccige.*

Colla vertebra superiore del collo si articola il *cranio,* il quale forma la base della testa. Ogni vertebra pettorale porta a destra ed a sinistra una costa, cosicchè contiamo 24 *coste* congiunte tutte colla spina dorsale a mezzo di un' articolazione. Le coste destre e sinistre si congiungono davanti collo *sterno* per mezzo di cartilagini che permettono loro un certo movimento, e formano così la *cavità del petto.* Dalla sommità dello sterno e congiunta collo stesso con un' articolazione parte a destra e a sinistra una *clavicola;* ogni clavicola porta verso la schiena una *scapula* e questa porta le ossa del braccio. Dalla parte inferiore della spina dorsale, cioè dall' osso sacro partono le *ossa laterali del bacino* (ossa inno-

minate) il cui margine superiore chiamasi *cresta dell' illio.* Dalla parte inferiore delle due ossa laterali del bacino ed appunto dall' acetabolo partono le ossa delle cosce.

§ 12.

Lo *scheletro* è coperto da parti molli dette comunemente **carne** e rinchiude coll' ajuto della stessa diverse cavità per le **intestina.** La superficie del corpo vien formata senza eccezione dalla **pelle.**

§ 13.

La levatrice deve imparare a conoscere perfettamente la **superficie** del corpo, acciochè possa denominare con sicurezza le singole parti della stessa ed intenda il medico qualora questi le nominasse; deve anche sapere quali parti ed in ispecie quale ossa si possano palpare sotto la pelle nelle singole parti del corpo, perchè molte volte dovrà riconoscere unicamente col tatto qual parte del corpo essa tocchi col suo dito.

§ 14.

Il corpo umano va suddiviso in 3 parti, che sono la **testa,** il **tronco** e le **membra.**

§ 15.

La **testa** è composta della faccia e del cranio. Le singole parti della *faccia* sono notissime a tutti. Corrispondendo a queste parti si distingue una regione degl' occhi, un' altra del naso, delle guance, delle gote, della mascella superiore ed inferiore, delle labbra e del mento. Le ossa della faccia sono congiunte fra loro immobilmente ad eccezione della mascella inferiore, le cui articolazioni si ponno toccare davanti le cartilagini delle orecchie. L' orecchio occupa il confine fra la faccia ed il cranio.

La parte anteriore del *cranio* chiamasi *fronte,* la parte media e superiore *vertice,* la parte posteriore *occipite,* la parte laterale davanti e sopra l' orecchio *tempie.* L' ossatura del cranio dell' adulto palpata attraverso alla pelle appare dappertutto come un osso solo liscio; le singole ossa del cranio, che nella prima infanzia erano

congiunte fra loro in modo da permetterne un certo movimento, nell' adulto si saldano perfettamente e nell' età più avanzata non formano che *un solo* pezzo. Questo guscio osseo rinchiude la *cavità del cranio* ed in questa trovasi il *cervello.*

§ 16.

Il **tronco** è composto del *collo,* del *torace,* del *ventre* e del *bacino.*

§ 17.

La parte anteriore del **collo** chiamasi *gola*, la posteriore *nuca.* Nella parte superiore della gola e giustamente sotto la mascella inferiore trovasi l' *osso ioide,* al quale è attaccata la lingua, un poco più in giù trovasi la *laringe* nella quale si forma la voce quando si parla o si canta. In fondo, appunto a metà del collo e sopra il margine superiore dello sterno trovasi un' affondatura detta *fossa della gola* la quale nelle persone corpulenti è riempita dal loro grasso, nelle persone magre invece permette di palparvi la *trachea* che le è sottoposta.

Nel mezzo della *nuca* si vede subito sotto l' occipite la *fossa della nuca* e più in giù anche nel mezzo si palpano sotto la pelle le apofisi posteriori oppure i processi spinosi delle *vertebre del collo;* è questa la *regione vertebrale* del collo.

§ 18.

Al collo si unisce il **torace** la cui parte anteriore e laterale chiamasi **petto** e la posteriore **dorso.** Il confine tra il collo ed il petto vien formato dalla *clavicola,* da un osso a forma di S, il quale è palpabile appena sotto la pelle nell' intiero suo tragitto dalla fossa della gola sino alla spalla e che nelle persone magre demarca al di sopra ed al di sotto una fossa, dette *fosse clavicolari superiore ed inferiore.* La parte media anteriore del petto chiamasi dalla fossa della gola all' ingiù *regione dello sterno,* oppure *seno* quando trattasi di donne adulte; ai lati dello stesso trovansi le due regioni delle mammelle colle *glandule lattee* ed il *capezzolo.* Più in là sotto il braccio trovasi l' *ascella* e più sotto ancora la *regione laterale del petto;* quì le *coste* hanno una direzione

obliqua e ponno venir distinte col tatto attraverso la pelle meglio che ovunque altrove.

La parte media del dorso chiamasi come quella della nuca *regione vertebrale* e si distingue causa i processi spinosi delle *vertebre pettorali,* che ivi si ponno palpare attraverso alla pelle. Ai lati trovansi in cima le *regioni delle scapule.* La *scapula* appare come un osso movibile di forma triangolare. *Spina della scapula* chiamasi una lista sporgente, che attraversa la stessa in direzione obliqua e che va a finire con un' apofisi detta *acromio* nella parte esterna della clavicola, colla quale forma la *spalla.* Sotto al regione della scapula trovasi d'ambo le parti la *regione posteriore delle coste.*

Internamente il torace è cavo; la sua cavità dicesi *cavità del petto.* Le intestina principali della stessa sono i *polmoni* che servono assieme alla trachea ed alla laringe alla respirazione ed il *cuore* il quale per mezzo della sua pulsazione regolare caccia il sangue per tutto il corpo. Il sangue circola nei cosidetti *vasi del sangue.* Quei vasi che servono a portare il sangue dal cuore in tutte le parti del corpo chiamansi *arterie;* quelli invece che riconducono il sangue da tutte le parti del corpo al cuore, *vene.*

§ 19.

Nel mezzo ed in cima del **ventre** appena sotto il settore delle coste si distingue la *fossetta dello stomaco* ed ai lati le *regioni delle cartilagini costali.* Al di sotto della fossetta dello stomaco attorno all' *ombellico* trovasi la *regione ombellicale* ed ai lati sotto le regioni delle ca tilagini costali, fra il margine inferiore delle coste e la cresta dell' illio, che sono ambedue marcabili attraverso alla pelle, l' *anguinaja.* Sotto la regione ombellicale si estende sino al bacino la *regione del basso ventre* le cui parti laterali inferiori là dove si avvicinano alla *piega delle cosce* si chiamano *regioni inguinali.* Queste ultime sono di grande importanza perchè dispesso lasciano sortire delle *ernie.*

Nella parte posteriore del ventre trovasi dinuovo la spina dorsale, che ora chiamasi *spina dorsale lombale;* i suoi processi spinosi sono però meno distinguibili dei pettorali attraverso alla pelle. Ai lati delle regioni vertebrali lombali, fra queste e le

anguinaje e fra le coste e la cresta dell' illio trovansi le *regioni lombali*. Le pareti del ventre consistono per la maggior parte di carne e rinchiudono la *cavità del ventre,* la quale è divisa dalla cavità del petto dal *diaframma* (vedi fig. 28 & 36). Le intestina principali del ventre sono: in cima sotto le coste inferiori a destra il *fegato*, il quale prepara il fiele, a sinistra la *milza,* e più sotto il *ventricolo* e le *budella*. Le *reni* che separano l' orina, trovansi nelle regioni lombali.

§ 20.

Il **bacino** è composto d'un cerchio osseo sodo di cui parleremo più tardi ancora esattamente, perchè è di una importanza speciale per il parto. La parte anteriore della regione del bacino chiamasi *regione del pube*. Qui trovansi il *monte di venere,* che negli anni della pubertà si copre di peli, e sotto lo stesso le *parti genitali:* nell' uomo il membro virile e lo scroto coi testicoli, nella donna l'apertura della vagina colle due grandi labbra. La parte inferiore del bacino che si trova fra le cosce forma la *regione dell' ano*, dove si discerne l'*ano,* il *coccige* ed il *perineo,* quest' ultimo fra l'ano e le parti genitali. Ai lati del bacino giaciono le *regioni delle anche* dette semplicemente *anche,* le quali si confondono colla superficie esterna del femore. La parte posteriore media chiamasi *regione del sacro,* denominata così dall' osso sacro, che le sottostà appena sotto la pelle; ai lati della stessa giaciono le *natiche*. Lo spazio cinto dalle pareti del bacino, chiamasi *cavità del bacino;* essa non è che una continuazione della cavità del ventre. Delle sue intestina parleremo più tardi ancora.

§ 21.

Le membra superiori, le **braccia** sono attaccate alle spalle per mezzo *dell' articolazione dell' omero;* vi si distinguono il *braccio* al quale si unisce l'*avambraccio* nell' *articolazione cubitale,* indi la *giuntura della mano* e la *mano* stessa. Il braccio rinchiude un osso solo, l'*omero*, l'avambraccio invece ne ha due, cioè l'*ulna* dalla parte del dito mignolo, il *radio* dalla parte del pollice. La mano è composta del *carpo* colle sue 8 piccole ossa, del *metacarpo,* il quale contiene 4 ossi lunghi e delle *dita* di cui ognuno ne ha 3, detti *falangi*. La prima falange del pollice trovasi nella

carne della mano. La superficie interna della mano chiamasi *palma della mano* e quella esterna *dorso della mano.*

§ 22.

Le membra inferiori, le **gambe** sono attaccate alle anche. La loro parte superiore chiamasi *coscia* e contiene il *femore*, un osso molto grande e forte. Quindi segue il *ginocchio* colla *fossa poplitea* dalla parte posteriore, e colla *rotella*, un osso rotondo e movibile, anteriormente. Poi seguono le *crura*, che hanno come l'avambraccio due ossa di cui il più forte detto *tibia* giace nella parte anteriore interna, ed il più debole, *peroneo*, occupa la parte posteriore esterna. L'accumulamento di carne nella parte posteriore delle crura chiamasi *polpaccio*. La *giuntura del piede* unisce le crura col *piede*. Internamente ed esternamente della giuntura del piede trovansi i *malleoli*. La parte posteriore del piede si chiama *calcagno*, l'inferiore *pianta*, la superiore *dorso* e l'anteriore *dita*.

§ 23.

In chiunque parte del corpo, che si trovi pure *in qualsiasi posizione* e *situazione*, si determinano **superiori** quelle parti che stanno verso il vertice, **inferiori** quelle verso la pianta del piede, **anteriori** quelle dalla parte del ventre, **posteriori** quelle dalla parte del dorso, **destre** e **sinistre** quelle che corrispondono alla parte destra e sinistra della persona *di cui* si parla e mai di colui che parla, se non chè quando egli parlasse del proprio corpo.

§ 24.

La levatrice si acquisterà esattamente tutte queste cognizioni confrontando lo scheletro col corpo vivente e studiando la figura qui incisa; cercherà inoltre di mantenersele sempre presenti alla mente palpando il proprio corpo e quello dei neonati affidati alla sua cura, acciochè in caso di bisogno non abbia a deplorare di averle dimenticate.

Capitolo secondo.

Del corpo del bambino.

§ 25.

Il corpo del bambino si distingue da quello dell' adulto non solo causa le sue dimensioni minori ma bensì anche causa la sua maggiore mollezza e pieghevolezza, che dipende massimamente da una minore solidità dello scheletro. Già le singole ossa sono meno solide e poi anche le congiunture sono fra loro molto più tensili e in molti luoghi dove l'adulto ha un osso solo, il bambino ne ha diversi congiunti in modo da permetterne ancora un certo movimento, oppure solamente cartilagini, in modo che il bambino può sopportare senza danno dei movimenti e delle deviazioni dello scheletro, le quali nell' adulto non sarebbero possibili che a costo di un dislogamento o di una rottura.

Questa qualità del corpo del bambino è di grande importanza per il parto, perchè nello stesso il bambino deve passare per il bacino della madre, le cui pareti sono ossee e non cedono. La levatrice deve conoscere la grandezza e la forma del bambino *dell' età in cui nasce,* — cioè del bambino *maturo* — se vuol avere un' idia del parto stesso.

§ 26.

La parte più grande e mercè le sue ossa più solida del corpo è già nel bambino maturo il **capo.** Perciò la forma e la grandezza del capo e massimamente del cranio del bambino sono della più alta importanza per il parto.

Come già dissimo il *cranio* del bambino non è formato da un osso solo compatto, ma bensì da *diversi ossi* mobili. Gli spazi lineari formati dai margini di due ossi del cranio, là dove si congiungono per mezzo di una membrana, chiamansi *suture;* le superfici dove confluiscono diverse suture, chiamansi *fontanelle.*

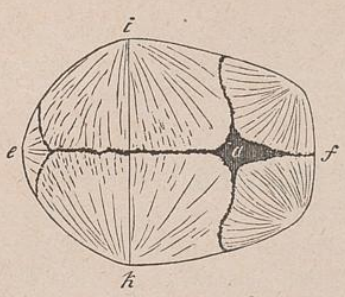


fig. 2. 1/3 della grandezza naturale.

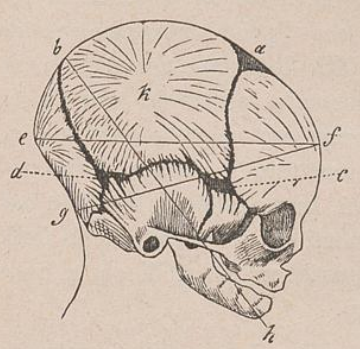


fig. 3. 1/3 della grandezza naturale.

Sotto la pelle della fronte giace a destra ed a sinistra un *osso frontale* e fra loro la *sutura frontale* fig. 2 e 3 *f*; sotto la pelle del vertice a destra ed a sinistra un *osso parietale* fig. 2 *i, k,* fig. 3 *k*, fra loro la *sutura sagittale* fig. 2 *e a*, fig. 3 *a* fino *b*; sotto la pelle dell' occipite giace l' *osso occipitale* fig. 2 e 3 *e* diviso dalle ossa parietali dalla *sutura* detta *lambdoidea* perchè unita alla sutura sagittale ha la forma dell' elle dei Greci che si chiama lambda. fig. 3 *b* fino *d*.

La *sutura coronale* dipende dalla non riunione dei parietali coi frontali, fig. 3 *a* fino *c*. Al margine inferiore del parietale si unisce l' *osso temporale* per mezzo della *sutura squamosa,* fig. 3 *c* fino *d*. Là dove confluiscono i 4 margini dei parietali e dei frontali, cioè dove si tagliano la sutura sagittale colla frontale e colle due metà della coronale formasi mercè il tondamento degli angoli delle ossa un' apertura quadrangolare, detta *gran fontanella, a.*

Dove la sutura sagittale arriva all' osso occipitale e si congiunge coi rami della sutura lambdoidea si trova la *piccola fontanella, b* la quale forma un triangolo.

Due altre *fontanelle* si trovano per ciascun lato della testa, una davanti, l'altra dietro il temporale e queste si dicono *temporoparietali, c* e *d.*

§ 27.

La grandezza e la forma della testa si deduce il meglio dai differenti *diametri* presi nelle singole parti della stessa. I principali diametri della testa del bambino maturo sono:

1. L' *occipito frontale* o il *diametro retto,* fig. 2 e 3 *e f,* dal punto di mezzo delle due bozze frontali alla bozza occipitale, importa 12 centimetri. La circonferenza della testa importa nella stessa direzione 35 centimetri.

2. Il *biparietale* o *trasverso grande* fig. 2 *i k* da una bozza parietale all' altra importa 9 1/2 centimetri.

3. Il *diametro trasverso piccolo oppure anteriore* davanti alla sutura coronale da un frontale all' altro misura 8 centimetri.

4. Il *diametro obliquo grande* oppure *occipito mentoniero,* fig. 3 *b h,* dal mento alla protuberanza occipitale, misura 13 1/2 centimetri.

5. Il *diametro obliquo piccolo* oppure *sotto occipito frontale,* fig. 3 *g f* dalla nuca al solito punto del frontale misura 10 centimetri.

§ 28.

Le altre parti del corpo del bambino assomigliano tutt' affatto a quelle dell' adulto già descritte nel capitolo anteriore. La levatrice potrà palpare tutte queste parti attraverso alla pelle.

La *lunghezza del bambino* è di poca importanza per il parto, essa importa nel bambino maturo circa 50 centimetri. Il *diametro biacromiale (trasverso delle spalle)* importa 11, il *diametro trasverso* delle *anche* solamente 9 centimetri.

Capitolo terzo.

Del bacino della donna.

§ 29.

La statura della donna cresciuta è generalmente minore di quella dell' uomo. Le sue ossa sono più snelle, il panno grassoso che ricuopre i suoi tessuti è più abbondante, cosicchè le sue forme sono più rotondeggianti. Le spalle ed il torace sono più stretti,

le anche invece più larghe che nell' uomo. La differenza principale passa però fra uomo e donna negli organi della generazione, che appunto perciò chiamansi parti genitali. Di quelle della *donna* ci occuperemo nel capitolo seguente. Dopo le parti genitali riscontriamo la differenza più importante nella struttura del bacino.

§ 30.

Il **bacino**, vedi fig. 1, è il cerchio osseo situato nella parte inferiore della colonna vertebrale il quale quando l' uomo sta in piedi porta tutto il resto del tronco. Le ossa del *bacino della donna* sono più sottili e leggere di quelle dell' uomo; la sua cavità interna è in tutti i versi più spaziosa, le sue pareti sono invece senz' eccezione più basse che nell' uomo. Oltre all' importanza che il bacino umano ha come sostegno del tronco, il bacino della *donna* ne ha *per noi* una maggiore ancora per il motivo che il *feto nascendo deve traversarlo.*

§ 31.

L' anello del bacino è composto principalmente di tre ossa, del *sacro* e dei due *ossi innominati.* L' appendice del sacro che forma l' estremità inferiore della colonna vertebrale chiamasi *coccige.* Questo è composto di quattro ossetti, cosicchè il bacino della donna cresciuta conta in tutto *sette ossi.*

§ 32.

Il **sacro**, fig. 4 *a*, ha la forma di una piramide e forma la parete posteriore del bacino; è la continuazione della colonna vertebrale; *e* è la quarta, *d* la quinta vertebra lombale. Nel bambino il sacro è composto di 5 singole vertebre, nell' adulto queste stanno strettamente unite fra loro, quattro rilievi trasversali, a guisa di linee, ne indicano il luogo di connessione. La faccia anteriore oppure interna è concava, vedi la superficie liscia rivolta verso noi nella fig. 1 e nella fig. 4.

La faccia posteriore giace appena sotto la pelle, è convessa e ha nel suo mezzo diverse apofisi oppure rilievi, che nelle donne magre si ponno palpare attraverso alla pelle come le altre vertebre.

Vedi fig. 11, 12, 13, 17, 28. Questi rilievi terminano da una parte e dall' altra in quattro fori.

A destra e a sinistra trovasi nel sacro una faccetta incavata, configurata a guisa d' orecchio *c*. Il margine superiore della faccia anteriore del sacro, congiungendosi coll' ultima vertebra lombare *d* forma una prominenza, detta *promontorio, b*.

Col suo margine inferiore il sacro si congiunge col coccige.

Il **coccige**, fig. 4 *f*, è composto di 4 piccole vertebre che si articolano fra loro e col sacro.

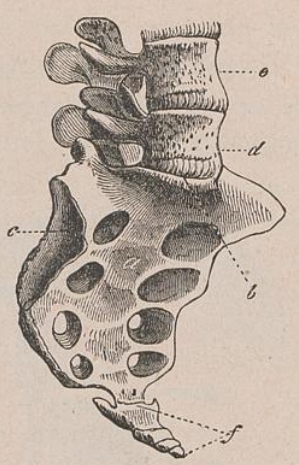


Fig. 4. 1/3 della grand. naturale

§ 33.

Gli **ossi innominati** formano le pareti laterale ed anteriore del bacino. Ambedue sono curvati quasi a semicerchio e hanno la faccia interna scavata e l' esterna convessa. La *faccia interna* degli ossi innominati, fig. 5 ne rappresenta la sinistra, è liscia, ad eccezione dell' angolo superiore posteriore. Là trovasi come nella parete laterale del sacro una superficie incavata a guisa d' orecchio, *c*. Un angolo arrotondato della faccia interna si fa in una linea curva, che dicesi *linea arcuata* fig. 5 sotto *i*.

Nella *faccia* convessa *esterna* degl' ossi innominati, fig. 6 ne rappresenta la destra, giace un avvallamento rotondo, liscio, con un orlo rilevato, che si chiama *acetabolo, u*, destinato a ricevere il capo del femore, vedi fig. 1 e fig. 10. Davanti e sotto l' acetabolo trovasi il *foro ovale, v*, dietro l' acetabolo trovansi la *grande x* e la *piccola incisura ischiatica, y*.

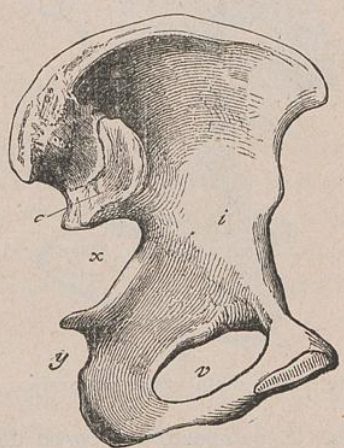


Fig. 5. 1/3 della grandezza naturale.

§ 34.

Nelle prime età della vita l'osso innominato è composto di tre *ossi*, che si congiungono nell' acetabolo. Nell' adulto essi compongono un *osso solo*, le cui parti mantengono però il loro nome proprio. Nella fig. 7 si vede l'osso innominato sinistro, veduto dalla parte interna come in fig. 5, colla differenza però che vi sono marcati i tre ossi originarii per mezzo di linee: 1. è l'*ileo*, 2. l'*ischio*, 3. il *pube*.

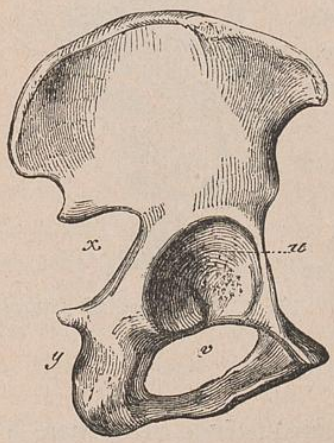


Fig. 6. 1/3 della grand. naturale.

L' **ileo**, 1, è in alto, il suo margine superiore chiamasi *cresta dell' ileo, hk*, e va a finire davanti nella *spina iliaca anteriore superiore, vs*, che può essere apprezzata col tatto attraverso la pelle, indietro nella *spina iliaca posteriore, hs*, che resta più nascosta nelle carni. In basso ed indietro l'ileo si congiunge coll' ischio, in avanti ed in basso col pube.

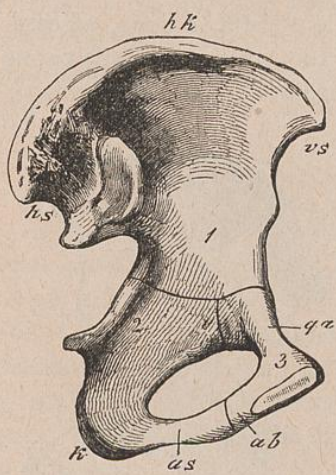


Fig. 7. 1/3 della grand. naturale.

Nell' **ischio**, 2, distinguesi la *spina ischiatica*, un rilievo appuntato indietro fra la grande e la piccola incisura ischiatica. Al di sotto trovasi la *tuberosità ischiatica, k*, quella prominenza grossa e scabrosa, sulla quale riposa il corpo nel sedere. Dalla stessa parte trovasi anteriormente il *ramo ascendente dell' ischio, as*, il quale forma il margine inferiore del foro ovale.

Il **pube**, 3, forma la parte anteriore inferiore dell' osso innominato. È composto del *corpo* del pube, del *ramo orizzontale, qa*, che va a finire nell' acetabolo, e del *ramo discendente, ab*, il quale

si unisce col ramo ascendente dell' ischio nell' orlo anteriore inferiore del foro ovale.

§ 35.

I corpi del pube dei due innominati si congiungono fortemente insieme per mezzo di tendini in quel punto, che si chiama **sinfisi del pube**, fig. 8 *ag*. Essa chiude davanti il cerchio del bacino. Di dietro i due innominati stanno strettamente uniti col sacro per mezzo delle faccette auricolari dell' *ileo* che si uniscono perfettamente anch' esse col mezzo di ligamenti a quelle del sacro. Queste unioni chiamansi **sinfisi sacro iliaca** destra e sinistra, fig.

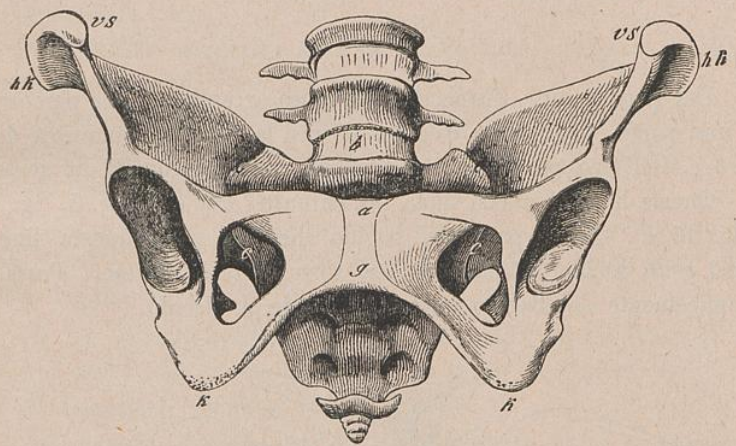


Fig. 8. 1/3 della grandezza naturale.

8 e 9 *cc*. Ecco come le tre ossa chiudono il cerchio, che si chiama bacino. Congiungendosi nella sinfisi del pube i due pubi formano nella parete anteriore del bacino un margine a guisa d'arco colla concavità in basso, *kgk*, il quale è confinato dai rami discendenti del pube e dai rami ascendenti dell' ischio e che dicesi **arcata del pube.**

§ 36.

Il bacino è rivestito da parti molli, che ci nascondono la sua forma (vedi fig. 1) non solo esternamente, ma bensì anche internamente. Desse sono però così dilatabili ed occupano tanto

poco posto quando la testa del feto attraversa il bacino, che la forma della cavità interna del bacino vien determinata principalmente dalle pareti ossee. Di grand' importanza pella forma della cavità del bacino sono inoltre i forti ligamenti, che vanno dalla spina ischiatica, fig. 9 *g*, e dalla tuberosità ischiatica al margine laterale del sacro, fig. 9 *hh*. Questi ligamenti formano assieme colle *incisure ischiatiche* i *fori sacro ischiatici*.

Dove manca l'osso, come nei fori ovali e sacro ischiatici, la parete del bacino vien formata da parti molli. La cavità del bacino si apre in *alto* nella cavità del ventre. In basso è chiusa dalle piccole vertebre del coccige e da parti molli, fra le quali sboccano l'ano e l'apertura della vagina.

§ 37.

Dal promontorio distaccasi una linea arrotondata che percorre da una parte e dall' altra a guisa d'arco la superficie anteriore del sacro e dell' ileo per ricongiungersi nei rami orizzontali del pube.

Questa linea chiamasi **linea innominata** (arcuata), fig. 5, fig. 9 e fig. 11 *i*. Quella parte del bacino che sta sopra questa linea dicesi *gran bacino*, quella che sta sotto, *piccolo bacino*. Parlasi semplicemente del bacino, allora s'intende il piccolo.

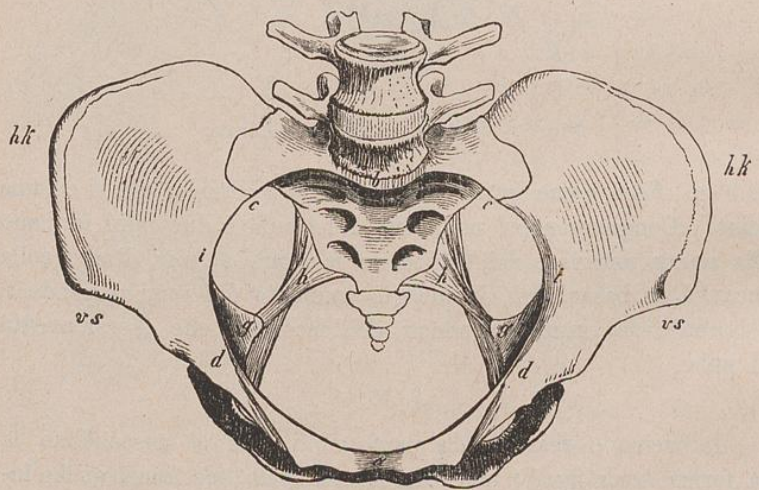


Fig. 9. 1/3 della grandezza naturale.

§ 38.

Il **gran bacino** misura da destra a sinistra, da una cresta iliaca all' altra nei loro punti più distanti, fig. 8 e 9 *hk, hk*, 28 centimetri, da una spina iliaca anteriore superiore all' altra, *vs, vs*, 25 centimetri. Le pareti del gran bacino si calano a guisa d' imbuto verso la linea innominata.

§ 39.

Nel **piccolo bacino** si prendono diversi diametri in differenti altezze, cioè 1. nell' *apertura d' ingresso* (stretto superiore) 2. nell' *apertura media* (escavazione), 3. nello *stretto inferiore*, 4. nell' *apertura di escita.*

Lo **stretto superiore** è definito dalla linea, che pone il confine fra il grande ed il piccolo bacino.

Il suo *diametro retto* (sacro pubico) va dalla metà del promontorio fino al margine superiore della sinfisi del pube, fig. 9, fig. 11, *ab,* ed importa 11 centimetri.

Il suo *diametro trasverso* va dalla metà della linea innominata d' un lato all' altra metà del lato opposto, fig. 9 *ii* e conta 13 1/2 centimetri.

I *due diametri obliqui* vanno dalla sinfisi sacro iliaca di un lato al punto di riunione dell' ileo col pube dell' altro, fig. 9 *cd, cd* ed importano cadauno 12 centimetri.

Il diametro obliquo che va da destra di dietro a sinistra al davanti chiamasi destro oppure *primo*, l' altro da sinistra di dietro a destra al davanti chiamasi sinistro oppure *secondo.*

§ 40.

Nell' **escavazione** il *diametro retto* va dalla metà dell' escavazione del sacro, vale a dire dal margine superiore della terza vertebra del sacro, alla metà della sinfisi del pube, fig. 11 *dc,* ed importa 13 centimetri.

Il *diametro trasverso* va dalla parte interna del bacino corrispondente all' acetabolo di un lato all' altra traversando il diametro retto nel suo mezzo ed importa 12 centimetri.

I *diametri obliqui* dell' escavazione sono i più lunghi dell' intiero bacino. Nello stesso tempo sono dilatabili perchè le loro estremità riposano nelle pareti molli dell' incisura ischiatica e del foro ovale. Misurano circa 14 centimetri.

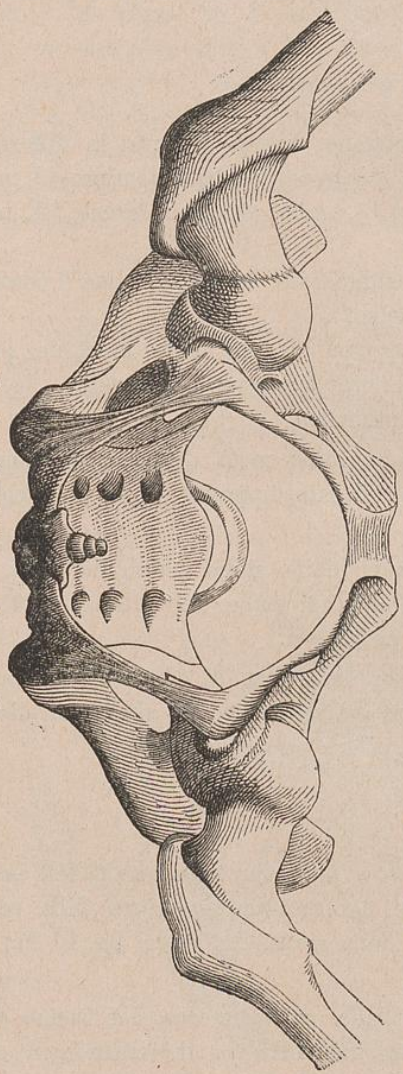


Fig. 10. 1/3 della grand. naturale.

§ 41.

Nello **stretto inferiore** il *diametro retto* va dal luogo di riunione del sacro col coccige al margine inferiore della sinfisi del pube, fig. 11 *fe,* ed importa 11 centimetri.

Il *diametro trasverso*, dalla tuberosità ischiatica di un lato a quella del lato opposto, importa 10 1/2 centimetri ed è il più corto dell' intiero bacino, fig. 9 *gg.*

I *diametri obliqui* toccano bensì parti molli, sono però molto meno dilatabili causa i ligamenti robusti che vanno dalla spina ischiatica e dalla tuberosità ischiatica al sacro, fig. 9 *hh.*

§ 42.

Nell' **apertura di escita** il *diametro retto* va dalla punta del coccige al margine inferiore della sinfisi del pube fig. 11 *hg.* Non misura che 9 1/2 centimetri quando il coccige trovasi curvato in avanti, può però, come effettivamente succede nel parto e come si vede nella fig. 11,

dilatarsi fino a 11 1/2 centimetri quando il coccige si addirizza indietro.

La distanza da una tuberosità ischiatica all' altra forma il *diametro trasverso* e misura 11 centimetri.

I *diametri obliqui* toccano davanti l'arco del pube e di dietro le parti molli dilatabili.

La fig. 9 rappresenta il bacino veduto dalla parte anteriore superiore e nella direzione dell' asse dell' apertura d' ingresso, fig. 10 dalla parte inferiore nella direzione dell' apertura di escita. La fig. 10 rappresenta i ligamenti solidi, che vanno dalla tuberosità e dalla spina dell' ischio al sacro. Le articolazioni dei femori colle ossa innominate sono intatte; d'ambedue le parti vedesi il femore nell' acetabolo. I femori sono allargati e voltati in fuori precisamente come anche nella fig. 14. La levatrice conosce ormai i singoli ossi del bacino, cosicchè è sembrato superfluo di tracciarli nuovamente nella fig. 10.

§ 43.

Le pareti destra e sinistra del bacino sono formate egualmente, vedi fig. 8, 9 e 10, l'anteriore e posteriore differiscono invece fra loro. Fig. 11 rappresenta la metà sinistra di un bacino segato perpendicolarmente dal davanti al di dietro, cioè nella direzione della sutura sagittale del cranio. La **profondità** del bacino è *posteriormente,* cioè dal promontorio *b* alla punta del coccige *h*, di 13 1/2 centimetri; *anteriormente*, dal margine superiore della sinfisi del pube all' inferiore *ag*, di 4 centimetri; nel *mezzo,* dalla linea innominata *i* alla tuberosità ischiatica *k*, di 9 1/2 centimetri.

La parete posteriore del bacino essendo concava e quella anteriore un poco incavata nel bacino, la **direzione** del **canale formato dal bacino** è in tutta la sua lunghezza concava in avanti. Questa direzione è rappresentata da una linea che taglia tutti i diametri retti più sopra descritti nel loro mezzo e che dappertutto distà egualmente dalle pareti del bacino. Questa linea chiamasi **linea dirigente** (asse) del bacino *lm*. Dessa è di grande importanza pella levatrice, perchè tutto ciò che passa per il bacino dall' alto al basso o dal basso all' alto, il feto, la mano della levatrice o qualunque altra cosa deve prendere questa direzione.

Quando il coccige addirizzandosi è portato indietro, anche la linea curva dell' asse trovasi più indietro nell' apertura di escita *ln*, così avviene, per esempio, quando la testa del feto esce dal bacino.

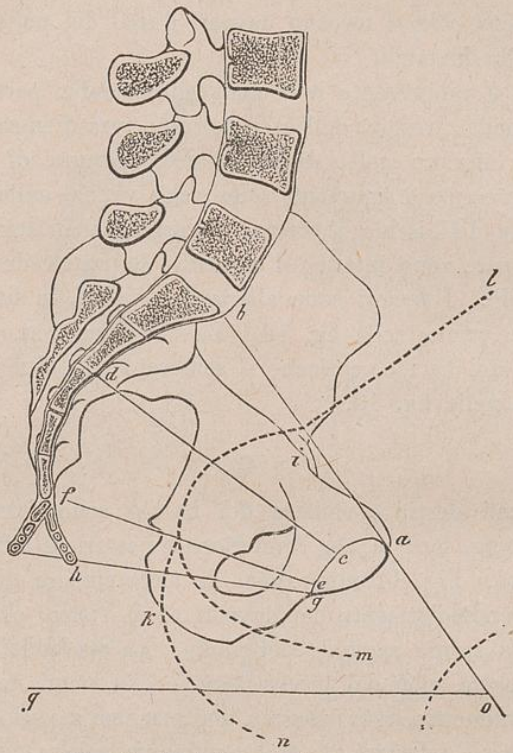


Fig. 11· 1/3 della grandezza naturale.

§ 44.

Secondo che noi stiamo a sedere, a giacere od in piedi, il nostro bacino cambia la sua posizione verso l' altre parti del nostro corpo e verso il suolo; stando ritti in piedi possiamo *cambiare* la posizione del bacino anche *volontariamente*. Stando e camminando però in atteggiamento naturale il bacino ha sempre una posizione precisamente determinata, perchè solo in quella il corpo è sostenuto *comodamente* dal bacino.

Questa posizione del bacino relativa al suolo dicesi **inclinazione del bacino.** L' inclinazione regolare del bacino della donna

è circa tale che quando questa sta ritta in piedi in atteggiamento naturale le *spine iliache* anteriori si trovano *sullo stesso piano perpendicolare col margine superiore della sinfisi del pube.* Perciò l'apertura d'ingresso del bacino guarda più in avanti che non in alto, fig. 11 rappresenta questa inclinazione regolare del bacino; anche nelle fig. 1 e 17 il bacino è inclinato regolarmente.

Fig. 12 dimostra qual atteggiamento il corpo debba prendere onde diminuire volontariamente l'inclinazione del bacino, fig. 13 onde aumentarla. Nel primo caso il margine superiore della sinfisi del pube sta molto più in avanti della spina iliaca anteriore, in modo che l'accesso alle parti genitali giace quasi davanti le cosce. Nel secondo caso, fig. 13, la spina iliaca anteriore sta molto più in avanti della sinfisi del pube e l'accesso alle parti genitali è nascosto del tutto fra le cosce e trovasi molto più indietro.

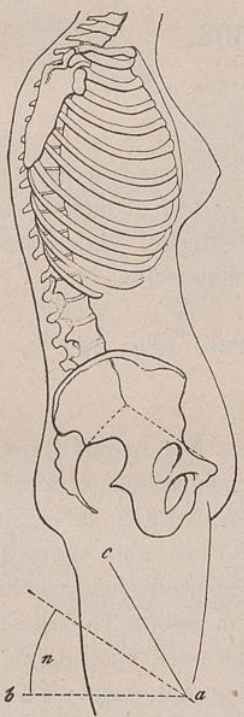


Fig. 12. 1/8 della grand. nat.

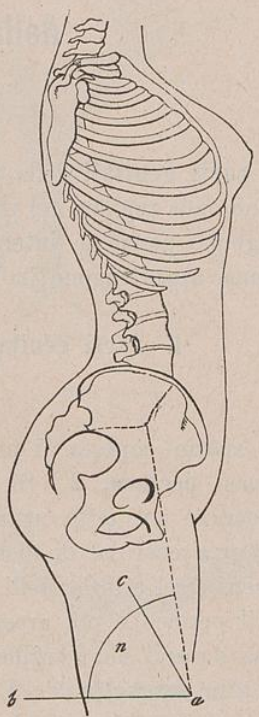


Fig. 13. 1/8 della grand. nat.

L' inclinazione del bacino vien indicata dall' angolo che il prolungamento del diametro retto dello stretto superiore forma col suolo. Nella fig. 11 *qo* rappresenta la direzione del suolo, *bo* il diametro retto dello stretto superiore prolungato. L' angolo *o* è dunque l' *angolo d' inclinazione.* Anche nelle fig. 12 e 13 è segnato l' angolo d' inclinazione con una *n* presso l' arco dell' angolo. In tutte e due le figure la linea *cab* rappresenta l' angolo d' inclinazione come regolarmente dovrebbe essere.

Capitolo quarto.

Della struttura e situazione delle parti genitali della donna.

§ 45.

Le **parti genitali** della donna si trovano in parte al di fuori del bacino nella regione del pube, in parte nell' interno del bacino; si distinguono perciò in **interne** ed **esterne.** Alle parti genitali della donna appartengono inoltre le **mammelle.**

1. Parti genitali esterne. (Fig. 14.)

§ 46.

Lo spazio coperto di pelle liscia che trovasi davanti l' ano, 1, chiamasi **perineo,** 2. Si estende lateralmente fino al punto ove si toccano col tatto attraverso la pelle le tuberosità ischiatiche e forma così dal di dietro al davanti uno strato largo 3 a 4 centimetri fra l' orifizio dell' ano e l' apertura della vagina. Presso all' ano il perineo è più grosso, poi va assottigliandosi sempre più e termina davanti nel margine posteriore dell' apertura della vagina nella sottile **forchetta** 3. Vedi la figura seguente 17.

Davanti il perineo fra le cosce trovasi la **fessura della vulva,** che ha una lunghezza di circa 8 centimetri. Ai lati della fessura

della vulva giaciono due grossi rilievi, le **grandi labbra,** 4, che nelle vergini stanno perfettamente a contatto e che esternamente sono coperti di pelle e di peli ed internamente di una membrana muccosa liscia ed inumidita. Indietro esse si congiungono col margine anteriore del perineo per mezzo della già menzionata forchetta, in avanti ed in alto si confondono nel **monte di Venere,** 5, il quale sta davanti la sinfisi del pube, è pure coperto di peli e confina col ventre.

§ 47.

Allontanando le grandi labbra scopriamo quelle parti che le giaciono disotto e che sono rosse come la superficie interna della

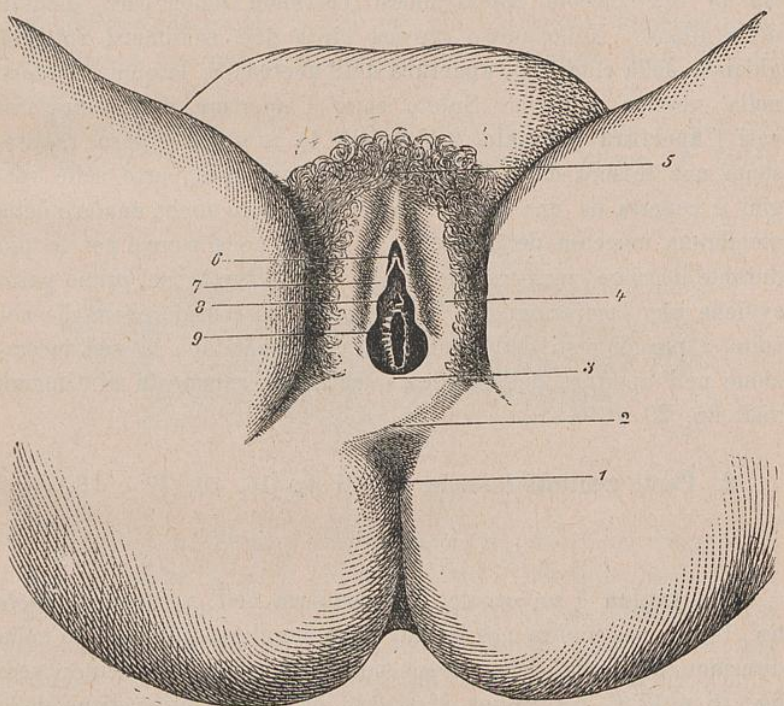


Fig. 14. 1/3 della grandezza naturale.

bocca, perchè come questa sono coperte di membrana muccosa. Nel fondo dell' apertura della vagina un pò al di sopra della metà trovasi un corpiciatolo rilevato, grande come un pisello, che dicesi,

ghianda della clitoride, 6. Più in alto si tocca attraverso alla membrana muccosa il rimanente della clitoride a guisa di corda dura.

Davanti la clitoride è circondata da una piega della pelle, detta **prepuzio della clitoride.** Dalla ghianda della clitoride partono in basso ed indietro due piccole pieghe della pelle, che chiamansi **frenulo della clitoride.** Il prepuzio ed il frenulo si congiungono da ogni lato con una piega della pelle, che scendendo lungo la superficie interna del gran labbro va a riunirsi collo stesso. Queste due pieghe della pelle sono le **piccole labbra,** 7. Nelle donne che hanno partorito, quasi sempre, molte volte però anche nelle vergini le piccole labbra sporgono dalle grandi. Lo spazio fra le due piccole labbra dicesi **vestibolo** delle parti genitali della donna. Nello stesso trovasi circa due centimetri sotto la ghianda della clitoride l' **apertura dell' uretra,** 8, la quale conduce nella vescica urinaria. Subito sotto l' apertura dell' uretra trovasi l' **apertura vaginale,** 9, la quale in istato di riposo rappresenta una fessura dall' alto in basso, la cui gran parte nelle vergini è coperta da una piega falciforme oppure anche anulare della membrana muccosa detta **imene,** 9. L' imene si rompe per lo più durante il primo coito, raramente appena nel parto; nel primo parto avviene una lacerazione dell' imene ancor più considerevole che nel coito, i piccoli resti dell' imene, che vediamo dopo la sua lacerazione nell' apertura della vagina si chiamano **caruncole mirtiformi,** vedi fig. 29 e 30.

2. Parti genitali interne. (Vedi fig. 15, 16, 17 e 18.)

§ 48.

La **vagina** è un canale che comincia nell' *apertura vaginale* fig. 14, 9, e s' inoltra nel bacino nella lunghezza di un dito nella direzione dell' asse dello stesso per terminarvi ciecamente; vedi fig. 16 e 17 *f,* La vagina è coperta da una continuazione della membrana muccosa menzionata nel paragrafo antecedente. Le sue *faccie anteriore* e *posteriore* hanno pieghe trasversali, che diventano però liscie e floscie se vengono dilatate dispesso nel coito e nel parto. In istato di riposo la faccia anteriore si trova ad-

dossata alla posteriore. Nelle vergini la vagina è discretamente stretta. In conseguenza del coito e più ancora dei parti diventa molto più spaziosa. La parte superiore della vagina si chiama **seno vaginale,** *e*; esso abbraccia la parte inferiore dell' utero, che si intromette nella vagina come un tappo dentro a una bottiglia e che perciò chiamasi *parte sotto vaginale dell' utero* fig. 15 *d.*

§ 49.

L' **utero** giace sopra la vagina circa nella prolungazione dell' asse del bacino. Fig. 15 rappresenta l' utero visto *dal disotto* e *davanti* in connessione colla vagina e con altre parti che descriveremo più tardi. È un organo quasi con forma di pera, schiacciato davanti indietro, di grosse pareti muscolari, lungo 8 centimetri, in alto largo 5 centimetri e che in istato verginale pesa 30—40 grammi.

Vi si distingue una superficie anteriore ed una posteriore, due margini laterali ed il margine *superiore*, oppure il **fondo**

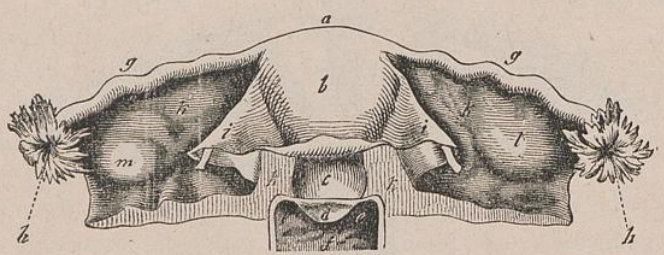


Fig. 15. 1/3 della grandezza naturale.

dell' utero *a;* inoltre la porzione superiore, che è la maggiore e si chiama **corpo** *b,* e la porzione minore inferiore, detta **collo** dell' utero, *c*, la cui parte infima è appunto la già nominata **parte sotto vaginale,** *d.* Quest' ultima ha un labbro anteriore ed uno posteriore e fra gli stessi una fessura trasversale (vedi fig. 17.)

§ 50.

Fig. 16 rappresenta l' utero colla vagina, colle parti genitali esterne, colle trombe falloppiane e colle ovaie, visto *di dietro.* La parete posteriore delle parti genitali esterne, della vagina, dell' utero

e delle trombe falloppiane è levata via, cosicchè si vedono le loro cavità colla parete anteriore.

L' utero è un organo cavo. Il collo dell' utero rinchiude una cavità detta **canale del collo dell' utero,** *qp,* nel corpo dell' utero trovasi la **cavità dell' utero,** *n.* Il canale del collo dell' utero sbocca verso la vagina in quella fessura trasversale fra il *labbro* anteriore ed il posteriore del *collo dell' utero* che dicesi **orifizio esterno del collo,** *q,* in alto comunica colla cavità dell' utero per mezzo dell' **orifizio interno dell' utero,** *p.* La cavità dell' utero forma un triangolo colla base leggermente curva; l' angolo inferiore si confonde con l' orifizio interno, i due superiori trovansi da una parte e dall' altra del fondo dell' utero. Vista lateralmente la cavità dell' utero è molto più ristretta, vedi fig. 17, perchè la parete anteriore si avvicina alla posteriore quasi a contatto. La membrana muccosa della vagina s' estende sulla parte sotto vaginale dell' utero e di là attraverso l' orifizio ed il canale del collo nella cavità dell' utero.

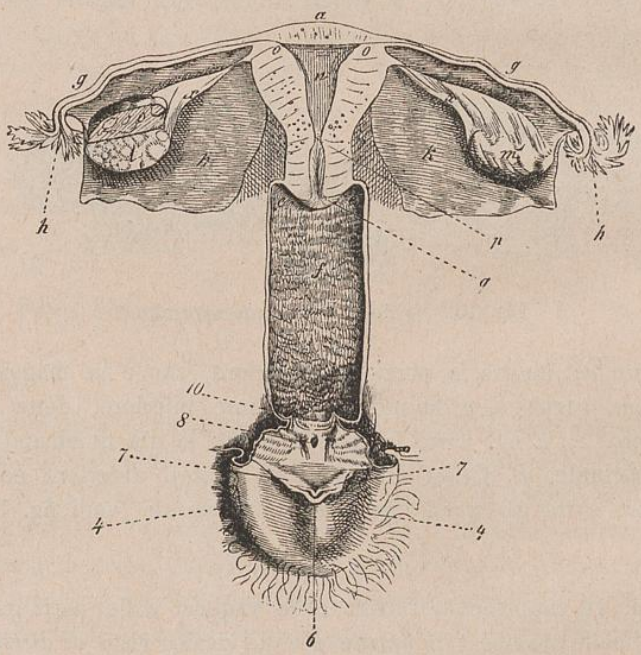


Fig. 16. 1/3 della grandezza naturale.

§ 51.

Dai due angoli del fondo dell' utero si staccano a destra ed a sinistra *le* **trombe falloppiane,** fig. 15 e 16 *gg,* due canali sottili, lunghi 11 centimetri, i quali formano una prolungazione della cavità dell' utero, *oo*, e sono coperti dalla membrana muccosa prolungata dello stesso. Le loro estremità sono foggiate a guisa di tromba, *hh,* terminano con margini frastagliati e si aprono liberamente nella cavità del ventre.

§ 52.

Parimente ai lati dell' utero, ma un pò più *indietro* e *in basso* trovansi le **ovaje,** *l* e *m,* due corpi a guisa di mandorla, che rinchiudono molte vescichette di cui ognuna contiene un uovo del diametro di 1/40 centimetro. L' ovaja sinistra, *l*, è tagliata per mezzo per cui fa vedere queste vescichette.

Dall' ovaja all' utero parte da ogni lato *posteriormente* il **ligamento ovarico,** fig. 16 e fig. 18 *xx*. Dall' utero si stacca d' ambo le parti un **ligamento** detto **rotondo** che si porta anteriormente a guisa d' arco sul pube, fig. 15 e fig. 18 *ii*.

Questi ligamenti, le ovaje e le trombe sono rivestite dai **ligamenti larghi,** di cui ne parte da ogni lato uno dall' intiero margine laterale del corpo dell' utero alla parete laterale interna del bacino, fig. 15, 16 e 18, *kk*.

L' utero è fissato nella sua situazione senza però essere immobile per mezzo di questi ligamenti, della sua connessione col vestibolo della vagina e massimamente per mezzo di una forte pelle tendinosa che riveste internamente l' intiero bacino.

§ 53.

Oltre alle parti genitali descritte nei paragrafi antecedenti il bacino della donna rinchiude ancora altri organi, fra i quali sono d' importanza l' intestino retto e la vescica urinaria.

Le due figure seguenti dimostrano i **rapporti** di tutte queste parti nel bacino fra di loro.

Fig. 17 rappresenta il bacino colle sue parti molli esterne ed interne spaccato precisamente nella stessa direzione come nella

fig. 11, cioè la sua parte sinistra veduta da destra. La levatrice vi distinguerà nella parte posteriore la spina dorsale spaccata, rappresentata da una parte della terza, dalla quarta e quinta vertebra lombare, dal sacro e dal coccige. Anteriormente trovasi presso 5 la sinfisi del pube tagliata per mezzo. Nel bacino trovasi posteriormente l'intestino retto, l'ultima parte delle budella, per cui passano i residui dei cibi, i quali vengono evacuati come

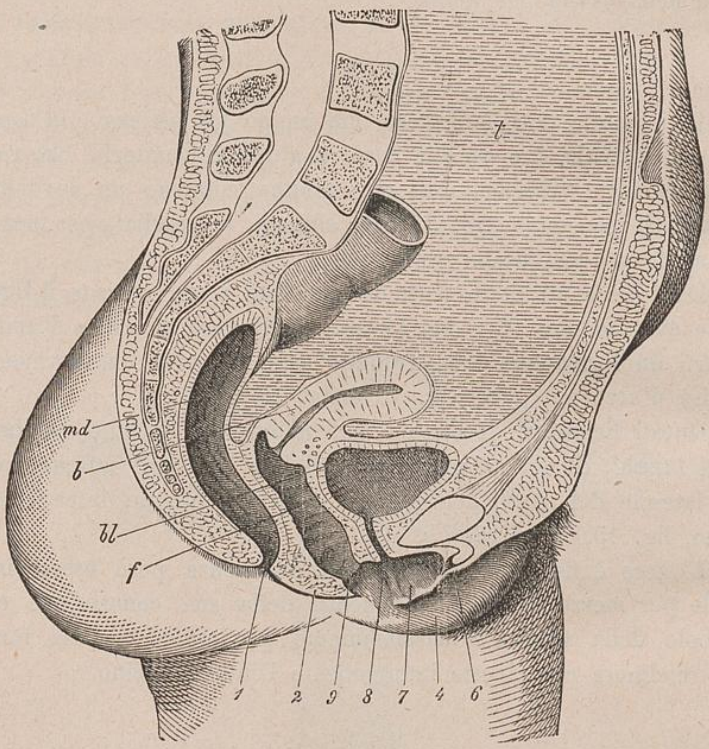


Fig. 17. 1/3 della grandezza naturale.

sterco dall' ano; *md* rappresenta la sua cavità aperta, la sua estremità superiore passa alla sinistra del promontorio in alto. Davanti il retto trovansi l'utero *b* e la vagina *f*. Più avanti ancora vedesi la vescica *bl*, la quale raccoglie l'urina separata dalle reni, finchè non vien evacuata dall' uretra presso 8. La vescica e l'intestino retto occupano più o meno posto secondo il loro contenuto. Va-

riando così di volume essi spostano l'utero, il quale vi si trova nel mezzo. Anche le altre intestina del ventre, che riempiono lo spazio *t*, esercitano un' influenza sulla situazione dell' utero per mezzo della loro pressione che non è sempre egualmente forte. La fig. 17 rappresenta retto, vagina e vescica in uno stato di medio dilatamento, quando invece sono vuoti, l'utero si abbassa di più nel bacino; quando il retto è riempito più fortemente, l'utero vien respinto più in avanti, quando lo è invece la vescica, esso trovasi più indietro.

Le parti esterne della fig. 17 sono segnate come nella fig. 14, cioè 1 l'ano, 2 il perineo, 4 il gran labbro, 6 il clitoride, 7 il piccolo labbro, 8 l'apertura dell' uretra, 9 l'apertura vaginale.

§ 54.

La fig. 18 rappresenta le intestina del bacino vedute dalla parte della cavità del ventre. Vi vediamo il bacino precisamente nella stessa direzione come nella fig. 9 sulla pagina 21. *md* è l'intestino

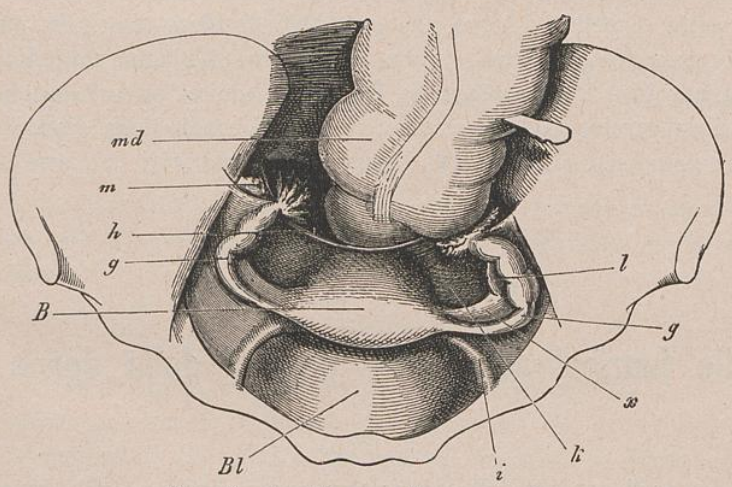


Fig. 18. 1/3 della grandezza naturale.

retto, *B* l'utero, *Bl* la vescica. Questa figura ci dimostra la situazione naturale delle trombe e delle ovaje. Nella forma rappresentata nelle fig. 15 e 16 esse non hanno posto nel bacino, per addattarsi quindi al piccolo spazio, che rimane fra l'utero e le

pareti laterali del bacino, le trombe sono tortuose e coprono assieme colla duplicatura del peritoneo, alla quale esse sono attaccate, quasi intieramente le ovaje. *gg* sono le trombe, dell' ovaja destra non si vede nella nostra figura che il suo margine posteriore presso *m*, e della sinistra il margine interno presso *l*. Per mezzo della figura 18 la levatrice si potrà fare inoltre un' idea giusta della situazione dei ligamenti dell' utero. *i* è il ligamento rotondo, *x* il ligamento ovarico, *k* il ligamento largo della parte sinistra. Il margine posteriore dei ligamenti dell' utero, *h*, forma anch' esso da ogni lato un ligamento, detto ligamento posteriore dell' utero, il quale è pure d'importanza per la fissazione dell' utero.

3. Mammelle.

§ 55.

Ai lati del petto, davanti le coste, trovansi colmate da grasso le due **glandule lattee** (vedi fig. 1 e 28), dalle quali vien separato il latte dopo il parto. Nel centro della mammella, che del resto è coperta di pelle, si trova una superficie circolare di colorito per lo più rosso nelle vergini, oscuro nelle donne che hanno fatto figli, detta **areola.** È sormontata da un rilievo conico estensibile, che dicesi **capezzolo.** Nel capezzolo terminano i canali della glandula lattea in numero di circa 12, i quali sono i portatori del latte.

Capitolo quinto.

Delle funzioni delle parti genitali della donna.

§ 56.

Le parti genitali della donna *servono principalmente* alla **generazione,** vale a dire a riprodurre nuovi esseri umani, e *tutte* le loro *funzioni* convengono a questo scopo. I capitoli seguenti di questo manuale tratteranno della **gravidanza,** del **parto** e del **puerperio.** Prima però occorre che la levatrice sappia anche qualche cosa delle funzioni quando esse non compiono l'atto generativo.

§ 57.

Nell' **infanzia** le parti genitali non hanno funzioni visibili, esse vengono nutrite e crescono lentamente col resto del corpo. Benchè le parti genitali siano internamente rivestite nella loro totalità di membrana muccosa, la loro secrezione in questa età è così scarsa, che in istato normale non si manifesta veruna umidità esternamente.

§ 58.

All' epoca in cui il corpo ha quasi raggiunto la sua grandezza stabile, da noi per lo più nel 15° anno, le parti genitali si sviluppano rapidamente fino al loro compimento. Ciò si manifesta esternamente coll' ingrandirsi ed indurirsi delle grandi labbra, coll' apparire dei peli sul monte di Venere e coll' accrescersi delle mammelle. Proporzionatamente si sviluppano anche le parti interne, diventando più vigorose esse raggiungono la grandezza che hanno nelle donne cresciute. Nell' ovaja *maturano* le uova che fin' allora non erano ancora sviluppate.

Appena arrivato a maturanza il primo uovo nell' ovaja si manifesta anche la **prima perdita di sangue** dalle parti genitali, che dicesi **mestruazione**, *luna*, *corsi*, *regole*, che poi si rinnuova ad intervalli regolari, nella più parte delle donne ogni 4 settimane.

Coll' apparire di questa prima perdita di sangue la bambina entra nell' *età pubescente* e diventa una *giovine* **atta a divenir madre.**

§ 59.

Nella maggior parte delle donne la mestruazione è preceduta ed accompagnata da malessere, massimamente da un sentimento di stanchezza e da dolori nella regione del sacro e delle cosce. Le parti genitali diventano più calde e più molli; subentra una secrezione maggiore di mucco; dopo un certo tempo sgorga il sangue. Il flusso mestruale viene dalla membrana muccosa dell' utero e dura generalmente da 4 a 5 giorni; poi va pian piano perdendosi diventando più acquoso e mescolandosi dinuovo con un poco di mucco e finalmente cessa ogni secrezione.

§ 60.

La *quantità* del sangue, la *durata* del flusso mestruale, anche gli *intervalli* da una mestruazione all' altra e l' *epoca della prima comparsa* variano assai nelle singole donne, per cui una **irregolarità** che *non disturba la buona salute della donna* non significa ancora una malattia.

§ 61.

Se invece il primo flusso mestruale non si manifesta nella giovinetta al tempo dovuto *quantunque* essa accusi il sovraccennato malessere, oppure se la mestruazione dopo *essersi presentata già altre volte in regola* non si annunzia più che con questi soli sconcerti, oppure se quei disturbi durano *più a lungo e con maggiore intensità* di prima combinandosi talvolta anche con *incomodi nell' emissione dell' orina* e con *difficoltà ad evacuare le fecce;* oppure se il sangue invece di essere liquido esce *aggrumato*, o se desso è molto *più abbondante* e se appare *più dispesso* di prima; se finalmente una donna non è libera di sensazioni moleste nel bacino e di flusso dalle parti genitali neppure negli intervalli della mestruazione, *allora trattasi di* **malattia** e devesi consultare il *medico.* Trascurando simili cose si può cagionare sterilità ed altri malanni incurabili. *Peggio ancora della trascuranza si è l' applicazione di mezzi non adattati.* La levatrice non è in caso di riconoscere le malattie delle quali si tratta; mai non si permetta di ordinare medicamenti o pessari od altre simili cose. Dappertutto trovansi praticanti ignoranti che fanno tali cure; la *levatrice* però sa che solamente il *medico* conosce le malattie e può applicarvi i mezzi *giusti.*

§ 62.

Durante la mestruazione le donne si devono contenere saviamente e guardarsi massimamente da raffreddori, dal riscaldarsi e da commozioni violenti d' animo. In questo tempo esse sono più sensibili a tutte le influenze dannose alla salute.

§ 63.

La **mestruazione dura** in media fino a 45 anni, talvolta di più, talvolta anche di meno e non è interrotta che durante la gravi-

danza e l'allattamento. Solamente durante questo tempo, dunque durante circa 30 anni, la donna può diventar gravida, perchè solo allora le ovaje producono delle uova atte alla fecondazione. Per lo più nel tempo della mestruazione un ovicino abbandona l'ovaja e passa per una tromba nell' utero, dal quale se non si dà l'occasione che sia fecondato, va nella vagina per poi disperdersi inosservato.

§ 64.

Il **tempo nel quale cessa per sempre la mestruazione** nella maggior parte delle donne passa senza molestie. Talvolta però la scomparsa è preceduta e accompagnata da malessere e le perdite di sangue già cessate da più tempo si rinnuovano. Anche adesso puonsi sviluppare ancora delle malattie stabili se non vien consultato per tempo il medico.

Cessando la mestruazione nell' età avanzata finisce anche la funzione dell' ovaje e le parti genitali ritornano ad uno stato che rassomiglia a quello della fanciullezza.

Parte seconda.

Della gravidanza normale.

Capitolo primo.

Origine e durata della gravidanza.

§ 65.

Gravidanza è lo stato in cui la donna si trova dal momento in cui accade la **fecondazione** di un uovo fino al **parto,** tempo in cui il frutto prodottosi nell' uovo abbandona il ventre della madre.

§ 66.

Nell' avvicinamento sessuale di uomo e donna, nel **coito,** il seme virile passa nelle parti genitali della donna. Quando incontra nell' utero o nelle trombe un uovo maturo scioltosi dall' ovaja, lo feconda ed allora dicesi della donna che **ha concepito,** che è **incinta.**

La fecondità del coito è maggiore poco dopo la mestruazione, perchè allora avviene più facilmente che il seme incontri per via un uovo; per lo più vien perciò fecondato l' ovicino scioltosi durante l' ultima mestruazione. Avviene però anche che il seme introdotto prima della mestruazione resti generativo sino che sorte il prossimo ovicino e fecondi questo.

§ 67.

La gravidanza dura circa **280 giorni,** oppure 9 mesi e 4, 5, 6 o 7 giorni secondo il maggior o minor numero di giorni che contano questi mesi. 280 giorni equivalgono a 10 volte 28 giorni oppure a 10 volte 4 settimane vale a dire a **40 settimane.**

§ 68.

Onde poter apprezzare meglio i cambiamenti che avvengono nell' organismo della donna e dell' uovo, i 280 giorni della gravidanza sono stati divisi in **10 periodi di 4 settimane.** Questi periodi di 4 settimane diconsi anche mesi e la gravidanza dura allora 10 di questi „mesi". La levatrice deve sapere ciò onde non cadere in errore quando altri adoperassero tale termine. 10 mesi del calendario fanno 303—306 giorni, 10 mesi lunari (da una luna piena all' altra) sono 295 giorni, la gravidanza della donna dura 280 giorni.

Capitolo secondo.

Cambiamenti nell' uovo, nel feto e nell' utero nelle prime 12 settimane della gravidanza.

§ 69.

Nel tempo della mestruazione la membrana muccosa dell' utero s' ingrossa ogni volta e si rammollisce. Quando l' uovo non vien fecondato la membrana interna dell' utero ritorna nel suo stato normale. L' uovo fecondato invece si annida nella membrana molle, la quale poi lo ricuopre e lo insacca. L' ovicino cresce, ritirando il suo nutrimento dalla membrana muccosa, la quale s' ingrossa e s' ingrandisce vieppiù; nello stesso tempo si dilata anche la cavità dell' utero e s' ingrossano le sue pareti. Nell' uovo si sviluppa il nuovo essere umano, il **feto.**

La figura seguente rappresenta l' utero in grandezza naturale poco dopo il principio della gravidanza. L' uovo fecondato è disceso dalla tromba nella cavità dell' utero, la cui membrana muccosa ingrossata lo ha rinchiuso. L' uovo ha già la dimensione di 1 centimetro, le pareti dell' utero sono ingrossate, nel canale del collo trovasi un mucco viscoso e vitreo, che vien separato dalla membrana.

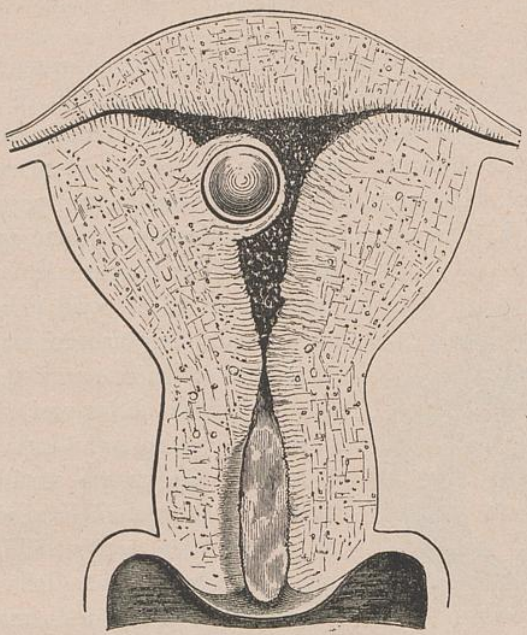


Fig. 19. Grandezza naturale.

§ 70.

Trascorse le prime **quattro settimane** l'uovo, che nell' ovaja non misurava che 1/40 cent., è cresciuto fino alla grandezza di quasi 2 centimetri. La sua membrana esterna non è più liscia, ma coperta di puntine teneri (villi), che si calano nella muccosa dell' utero, ed ora chiamasi **corio.** La membrana interna dell' utero che riveste l'uovo e che vien in gran parte espulsa collo stesso alla fine della gravidanza si chiama **decidua** o *caduca;* quella parte della stessa, che ricuopre le pareti dell' utero, dicesi *vera,* quella che è ripiegata sopra l'uovo si chiama *reflessa.* A contatto colla parte interna del corio trovasi un' altra membrana sottile, cioè l' **amnio.** Esso rinchiude il liquido dell' amnio, nel quale galleggia il feto. Il feto è attaccato all' amnio, ed ha già una lunghezza di quasi 1 centimetro, senza però lasciar ancora distinguere ad occhio nudo forme umane.

§ 71.

La fig. 20 rappresenta l'uovo col feto in grandezza naturale alla fine della **sesta settimana.** Il feto è lungo più di 1 centimetro. Nella sua testa sproporzionatamente grande si distinguono gli occhi, nel tronco le membra. Esso non stà più come prima a contatto coll' amnio; dalla parte inferiore del suo ventre passa attraverso all' amnio, *b,* e va nel corio, *c,* il **funicolo o cordone ombellicale,** *a.*

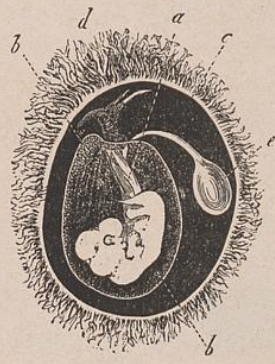


Fig. 20. Grandezza naturale.

La vescichetta trasparente, *e,* che trovasi fra l'amnio ed il corio è la vescichetta ombellicale, l'avanzo del torlo dell' uovo. Il *cordone ombellicale* persiste fino al parto ed è composto di *tre vasi, due* dei quali chiamati *arterie ombellicali* riconducono il sangue, che ha già servito alla nutrizione, dal cuore del feto ai villi del corio, *d,* e così alla parete dell' utero, nella quale circola il sangue della madre. Dal sangue nelle arterie della madre passa il nutrimento nel sangue del feto e ciò per mezzo del *terzo* vaso del cordone ombellicale, detto *vena ombellicale.* Così vien nutrito il feto durante l'intiera gravidanza. **Il flusso mestruale proveniente dall' utero cessa durante la gravidanza.**

A **otto settimane** l'uovo ha già raggiunto la lunghezza di 5 centimetri e l'utero si è ingrandito, mentre la sua cavità ha preso una forma più rotonda. Il feto è lungo $2^1/_2$ centimetri, pesa circa 4 grammi e presenta già visibilmente forme un po' più umane che non nella fig. 20.

§ 72.

A **dodici settimane** troviamo l'utero e l'uovo già ingranditi non poco. Nel punto ove l'uovo dapprincipio si attaccava alla membrana muccosa dell' utero (decidua serotina) i villi si sviluppano maggiormente ed ingrossano e vi si diramano i vasi del cordone ombellicale. Anche nella membrana muccosa dell' utero si sviluppano in questo punto moltissimi e più grossi vasi *prove-*

nienti dalla madre, i quali s'intrecciano coi vasi del feto nei villi *però senza che il sangue della madre si mescoli con quello del feto.*

Questo ammasso di vasi intrecciati, che sta congiunto colla parete dell' utero e nel quale si inserisce il cordone ombellicale, da cui il feto ritira il suo nutrimento si dice **placenta**, fig. 21 *D. D. D.*

Nella parte rimanente della superficie dell' uovo i villi del corio diminuiscono e quasi scompajono, cosicchè il corio più tardi diventa liscio. In questo tempo il feto misura dal vertice fino alle calcagna 7 centimetri. Pesa circa 20 grammi. Occhi, orecchie e naso, collo, braccia e gambe sono sviluppati distintamente e vi si trovano già delle ossa. Il cordone ombellicale è più lungo del feto ed è attorcigliato come una fune. All' esterno solitamente non si può ancora distinguere il sesso del feto, perchè nei feti femminini il clitoride è così lungo come il membro virile e nei feti

Fig. 21. Grandezza naturale.

maschi lo scroto è ancora fesso come la fessura della vulva. Fig. 21 rappresenta in grandezza naturale l'uovo col feto a 12 settimane; la metà anteriore dell' uovo è levata via.

§ 73.

L' **uovo** contiene già adesso tutte quelle parti di cui è composto durante l'intiera gravidanza.

1) Esternamente trovasi la **decidua** che ha la sua origine dall' utero; è composta da uno strato esterno più grosso, fig. 21 *gg*, che si ripiega vicino al margine della placenta in uno strato *interno*, fig. 21, *ff*, il quale è molto più sottile e sta a contatto col corio. Più tardi questi due strati si uniscono in uno solo.

2) Il **corio.** Se si leva la decidua vi si vedono ancora dappertutto i villi, fig. 21 *dd*. Esso circonda l'uovo intiero. Una parte della sua superficie aderisce fermamente alla

3) **Placenta,** fig. 21 *D D D*, la quale è congiunta col feto per mezzo del

4) **Cordone ombellicale.**

5) L' **amnio** fodera tutto il corio nella sua parte interna e riveste poi anche l'intiero funicolo, fig. 21 *b*.

6) L'amnio contiene un liquido detto **liquido dell' amnio,** in cui trovansi il cordone ombellicale ed

7) il **feto.**

Capitolo terzo.

Cambiamenti ulteriori nel feto sino alla sua maturanza.

§ 74.

A **sedici settimane** il feto ha raggiunto una lunghezza di 14 centimetri ed un peso di 120 grammi. Il cordone ombellicale è due a tre volte più lungo del feto. Il liquido dell' amnio è

abbondante, nel feto si distingue il sesso essendosi **chiuso lo scroto** nel feto maschio.

A **venti settimane**, cioè alla metà circa della gravidanza il feto è lungo 27 centimetri e pesa circa 300 grammi, la sua pelle è coperta d'una sottile *lanugine* e separa una massa biancastra sebacea, detta vernice caseosa, di cui si cuopre. Il liquido dell'amnio ha dinuovo aumentato considerabilmente. Il feto che già prima nuotava nella sua acqua è ora in grado di muovere le sue membra ingrandite così vigorosamente, che la madre ne può percepire i **movimenti.**

A **ventiquattro settimane** il feto è lungo 33 cm. e pesa circa 600 grammi. La lanugine è diventata molto più fitta.

§ 75.

A **ventotto settimane** il feto è lungo almeno 38 cm. e pesa 1 kilo. La lanugine e la vernice caseosa si producono al grado massimo, le membra sono più rotonde e più grasse di prima. Nel feto maschio lo scroto è solitamente ancor vuoto. Le parti interne sono ora sviluppate in modo che il feto nascendo a quest' epoca talvolta può esser mantenuto in vita, ciò che prima non sarebbe stato possibile. Perciò dicesi **vitabile** il feto, che dopo quest' epoca nasce vivo e ben proporzionato.

A **trentadue settimane** il feto è lungo almeno 42 cm. e pesa circa 1½ kilo.

A **trentasei settimane** il feto è lungo almeno 45 centimetri e pesa circa 2 kili, la lanugine è meno densa di prima, i capelli invece sono più lunghi e più coloriti, per lo più si trovano tutti e due i testicoli nello scroto.

A **quaranta settimane** termina la gravidanza ed il feto che ha raggiunto il suo sviluppo normale chiamasi **maturo.** La lunghezza del feto è ora di almeno 46 cm., in medio di 50 cm., molte volte anche di più fino a 60 centimetri. Il peso del feto maturo importa in medio qualcosa più di 3 kili.

§ 76.

Conviene che la levatrice sappia distinguere se un feto sia maturo o no. A questo scopo confronteremo i **segni di maturanza** con quelli di *non maturanza.*

Il **colorito** del feto maturo è rosso chiaro, poco più rosso di quello dell' adulto; il feto immaturo ha la pelle del corpo intiero molto rossa, talvolta rosso turchina.

Il feto maturo ha perduto quasi intieramente la **lanugine**, la quale molte volte non si trova che sulle spalle; i **capelli** invece sono fitti e coloriti. Ciglia e sopraciglia sono ben sviluppate Il feto immaturo ha molta lanugine sul corpo, pochi capelli, scarse ciglia e sopraciglia.

Le **unghie** del feto maturo sono solide e sorpassano l' estremità dell' ultima falange. Nel feto immaturo le unghie sono più molli, trasparenti e più corte.

Lo **scroto** del feto maturo è poco più rosso dell' altra pelle, ha delle rughe trasversali e contiene nel suo fondo i testicoli. Nel feto immaturo è più rosso, quasi liscio e non contiene ancora i testicoli se non in cima presso la regione inguinale.

Le **grandi labbra** del feto maturo sono quasi sempre così sviluppate da coprire le piccole ed il clitoride. Nel feto immaturo le piccole labbra e la clitoride sono le molte volte sporgenti oltre le grandi.

Corpo e **membra** del feto maturo sono rotondi, ben foderati di grasso e si muovono e distendono con forza. Nel feto immaturo corpo e membra sono più magri, i movimenti più deboli, il feto tiene le membra piegate sul corpo.

La **voce** del feto maturo è chiara e forte, il feto immaturo geme con voce debole.

Nel respirare il **torace** del feto maturo si estende regolarmente e resta rotondo, nel feto immaturo diventa stretto ed accuminato in avanti (come nei bambini rachitici).

Orecchie e **naso** del feto maturo sono cartilaginosi, però più molli che nell' adulto. Nel feto immaturo sono molli.

Le proporzioni della **faccia** del feto maturo col cranio sono simili a quelle dell' adulto, la faccia è piena e rotonda; nel feto immaturo essa è più piccola, il cranio più grande, e la faccia essendo magra ha un aspetto senile.

Nel feto maturo le ossa del **cranio** nelle suture non sono divise che da spazi lineari. I 4 lati della gran fontanella formano una superficie di più di 1 centimetro quadrato, nella piccola fon-

tanella invece le tre ossa si avvicinano in modo che non vi si scorge più un' apertura, ma solamente le tre suture. Nel feto immaturo le suture sono più larghe, la gran fontanella è più grande e la piccola rappresenta anch' essa una superficie.

Il **peso** del feto varia assai e non ha grand' importanza qual segno di maturanza. Alcuni feti maturi pesano 2000 grammi, altri 5000 e più ancora; il feto maturo che pesa 5000 grammi sarebbe stato più pesante di altri, anche se fosse nato prima della maturanza, cosicchè anche feti immaturi possono avere un peso rilevante.

La **lunghezza** del feto maturo varia bensì da 46 a 60 centimetri, è però durante tutta la gravidanza di massima importanza onde calcolare l' età del feto ed è anche il **segno principale della maturanza.** La levatrice riguarderà un feto lungo 49 o più centimetri per *maturo*, se non gli mancano *molti* dei sumenzionati segni di maturanza. Un feto lungo meno di 49 centimetri è *maturo solamente quando* presenta *tutti gl' altri* segni di maturanza.

Capitolo quarto.

L' uovo maturo.

§ 77.

Maturando, le *altre parti dell' uovo* si sono bensì ingrandite, ma del resto ben poco cambiate. L' uovo intiero misura dall' alto in basso circa 30 centimetri e trasversalmente 20—25 centimetri. È composto delle parti descritte nel § 73 e nella fig. 21.

§ 78.

Il **cordone ombellicale** è composto dei tre vasi già descritti nel § 71 ed ha l'apparenza di una fune attorcigliata, grossa come

un dito. Le *spirali* variano assai di numero, per cui parlasi di cordoni ombellicali contorti fortemente e di altri contorti debolmente. Le spirali scorrono per lo più in direzione opposta a quella che si osserva nella vite, perchè si vedono scorrere da destra a sinistra, vedi fig. 22, 23. La *lunghezza* del cordone ombellicale varia assai, supera però quasi sempre quella del feto maturo ed importa circa 55 centimetri. I tre vasi sono congiunti fra loro con una sostanza gelatinosa, detta *gelatina* del cordone ombellicale. Questa gelatina talvolta è copiosa, altre volte è scarsa, per cui il cordone si distingue in grasso e magro. L' intiero cordone ombellicale è involto in una *vagina* membranosa sottile, che dalla parte dell' ombilico si perde nella pelle del ventre fetale, e dalla parte della placenta, nell' amnio.

§ 79.

L' **amnio** dell' uovo maturo è una membrana solida e opalescente, forma la superficie interna dell' uovo e contiene il **liquido dell' amnio** ed il feto. Nell' uovo maturo questo liquido è bianco giallognolo e pesa da 500 a 1000 grammi.

§ 80.

All' esterno dell' amnio trovasi il *corio* colla *placenta*. Il **corio** è per lo più attaccato fermamente all' amnio, altre volte è diviso dallo stesso da uno strato contenente un liquido gelatinoso. Il corio è sottile e si straccia facilmente; all' esterno vedonsi quà e là residui dei villi.

§ 81.

La **placenta** giace all' esterno del corio, ha un diametro di circa 20 centimetri ed è grossa più di 2 centimetri nel centro ed un po' di meno verso il margine. È formata dai villi stessi del corio, che contengono le diramazioni dei vasi del cordone ombellicale e che si addentrano nelle pieghe della muccosa uterina, la quale si è ingrandita (decidua serotina) e contiene le diramazioni dei vasi dell' utero. La faccia rivolta verso l' uovo è liscia ed è rivestita dall' amnio, ad eccezione del punto, d' onde parte il cordone

ombellicale, il quale trovasi per lo più nel centro, raramente anche verso il margine. La placenta dell' uovo maturo pesa circa 500 grammi.

§ 82.

All' esterno del corio, partendo dal margine della placenta, si estende quasi sopra l'intiera superficie esterna dell' uovo maturo una pelle *grossa*, *soffice*, talvolta anche stracciata. È la **decidua**, l' antica membrana muccosa dell' utero.

Abbiamo tralasciato di rappresentare con incisioni le singole parti dell' uovo maturo, perchè vogliamo che la levatrice esamini attentamente in natura le secondine del feto maturo e ne confronti le singole parti colla descrizione che le abbiamo dato nei paragrafi antecedenti.

Capitolo quinto.

L' utero gravido.

§ 83.

La cavità del corpo dell' utero da sola lo spazio per lo sviluppo dell' uovo. Vieppiù arrotondandosi essa perde pian piano la sua forma triangolare schiacciata e le sue pareti s' ingrossano ed aumentano di volume. Anche il collo dell' utero subisce già da principio dei cambiamenti; la parte superiore dello stesso s' ingrossa, la parte sotto vaginale si gonfia e si rammollisce e perde così la sua forma a guisa di due labbra, in modo che l' orifizio esterno del collo appare ora come una fossetta centrale rotondeggiante con margine molle. Nella seconda metà della gravidanza la cavità del corpo dell' utero prende una forma quasi ovale. Il canale del collo non si dilata e non si scorcia che verso la fine della gravidanza ed in parte appena durante il parto.

§ 84.

Nelle prime 10 a 12 settimane l'utero si trova ancora nel piccolo bacino. Quando la donna sta in piedi esso scende più in basso del solito causa l'aumento del suo peso.

Passate le prime 12 settimane l'utero aumentato di volume non ha più posto nel piccolo bacino e si porta in alto verso la cavità del ventre. Il fondo dell' utero si volge più in avanti verso la parete del ventre; causa questo cambiamento normale nella posizione dell' utero la parte sotto vaginale da questo tempo in poi s'innalza sempre più nel piccolo bacino. Non dobbiamo però immaginarci che questo cambiamento di posizione si faccia repentemente. Nel primo tempo della gravidanza, come anche quando non è gravido, l'utero cambia posizione ogni giorno ed ogni ora secondo il contenuto della vescica e dell' intestino retto; esso vien spinto indietro dalla vescica ripiena, in avanti dal retto ripieno, si porta in alto quando si empiono vescica e retto e scende più in basso quando questi si vuotano. A 12 settimane invece il corpo dell' utero si è già ingrandito talmente, che non può più discendere nel piccolo bacino, nemmeno quando vescica e retto sono vuoti.

La parete anteriore dell' utero resta ora sino alla fine della gravidanza a contatto colla parete anteriore del ventre. Frattanto le intestina vengono respinte in dietro e dalle parti, cosicchè il ventre diventa già prima della metà della gravidanza molto più largo.

Dopo la metà della gravidanza, a 24 settimane circa, il fondo dell' utero trovasi al livello dell' ombilico.

§ 85.

A 36 settimane, talvolta però anche solamente a 37 o 38, l'utero raggiunge la sua maggiore altezza; esso riempie l'intiera parete anteriore del ventre sino alla fossetta dello stomaco. A quest' epoca notiamo un' apparizione particolare, che serve a preparare l'utero al parto. **Esso discende,** vale a dire si porta più in basso e col fondo più in avanti e diventa nello stesso tempo più rotondeggiante e più solido. Così avviene, che nel seno vaginale si può facilmente apprezzare col tatto attraverso il segmento

inferiore sottile dell' utero la parte del feto che vi si trova, che l'orifizio esterno del collo ritorna più in basso e si volge nello stesso tempo ancor più indietro, che le pareti del ventre, le quali prima erano distese fortemente, adesso si rilassano dinuovo nella regione della fossetta dello stomaco; di tutte queste apparizioni parleremo più tardi ancora, giacchè sono d'importanza per determinare la data della gravidanza. (Vedi fig. 38.)

§ 86.

Più tardi parleremo più minutamente anche dei cambiamenti che durante la gravidanza subisce la parte sotto vaginale dell'utero. Frattanto diremo che verso la fine della gravidanza essa si scorcia distintamente e che finalmente sparisce del tutto. Dicesi allora che **la parte vaginale si distende.**

La parte vaginale si distende tanto più presto e più perfettamente quanto più in basso la parte previa del feto spinge il seno vaginale; ciò avviene nella primipara nelle ultime settimane della gravidanza, nella multipara invece appena durante il parto.

§ 87.

Alla fine della gravidanza l'utero si è talmente ingrandito, che senza il suo contenuto pesa circa 1000 grammi. A quest' epoca ha una forma ovale coll' estremità più stretta in basso risguardante il collo e con quella più larga in alto verso il fondo dell'utero. Dall' orifizio esterno sino al fondo l'utero misura circa 30 centimetri, dalla parete anteriore alla posteriore nel punto più largo circa 20 centimetri e dal lato destro al sinistro nel punto più largo 25 centimetri. Queste misure devono massimamente illustrare la *forma* normale dell' utero. Del resto variano nelle singole donne gravide, siccome varia anche la grandezza del feto maturo e la quantità del liquido dell' amnio, e sono talvolta più grandi, altre volte anche più piccole.

§ 88.

L'utero gravido devia alquanto dalla linea retta, il suo fondo si porta regolarmente un po' a destra; la parete anteriore dell' utero

non guarda direttamente in avanti, ma bensì un poco d' una parte, talvolta a sinistra, più dispesso però a destra, cosicchè una superficie laterale dell' utero coi suoi annessi, talvolta la destra o più dispesso ancora la sinistra, si trova più in avanti dell' altra.

Capitolo sesto.

La situazione del feto nell' utero.

§ 89.

Appena che si è formato il cordone ombellicale rappresenta l' unico mezzo di congiunzione fra il piccolo germe e l' uovo e la parete dell' utero. Il germe vi è sospeso nel liquido dell' amnio e siccome il cordone ombellicale s' inserisce nella parte inferiore del tronco, il germe che è più pesante del liquido dell' amnio sta in chiunque posizione della madre colla testa più in basso possibile. (Vedi fig. 20.)

§ 90.

Ma già a 12 settimane circa il cordone ombellicale è più lungo del feto ed anche più lungo del diametro dell' uovo. D' ora in poi esso è più lungo di questo diametro durante l' intiera gravidanza, cosicchè il feto non è più sospeso liberamente, ma riposa sulla parete dell' uovo. (Vedi fig. 21).

§ 91.

Sino dopo la metà della gravidanza la cavità dell' utero è bastantemente spaziosa onde permettere al feto ogni situazione, e diffatti il feto cambia dispesso la sua situazione tenor la posizione e situazione della madre. Ma avvicinandosi la gravidanza vieppiù al termine, il feto s' ingrandisce sempre più fortemente in proporzione allo spazio dell' uovo, la cavità dell' utero e l' uovo che prima avevano una forma rotondeggiante prendono una forma ovale,

il feto perde così il campo da muoversi e da cambiar situazione ed è sempre più obbligato di prendere colle parti del suo corpo un portamento preciso ed una situazione precisa.

§ 92.

Il feto prende una forma ovale corrispondente a quella dell' utero come lo rappresenta la figura seguente vista dalla parte del ventre della madre. È questa la stessa situazione, nella quale si sviluppò il feto (vedi fig. 20 e 21), è questa quella situazione, nella quale il feto occupa senza incomodi il minor spazio possibile anche a gravidanza avanzata. Il feto corrisponde il meglio alla forma della cavità dell' utero quando tiene come lo dimostra fig. 23 il mento piegato sul petto, il dorso curvato, le cosce piegate sul basso ventre, le gambe sulle cosce, i piedi sulle gambe e le braccia incrociate sul petto; è questo il **portamento normale del feto** nell' ultimo tempo della gravidanza.

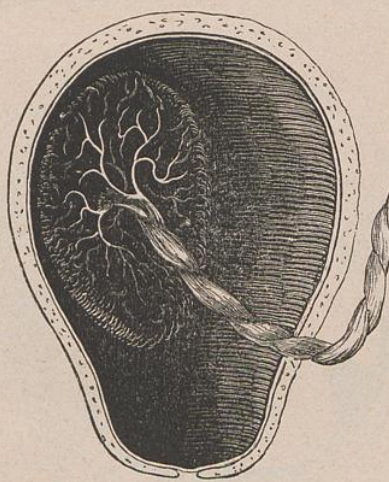


Fig. 22. 1/5 della grand. natur.

Fig. 23. 1/5 della grand. natur.

§ 93.

L' estremità grossa del feto ripiegato in forma ovale, fig. 23, corrisponde alle natiche coi piedi e non troverebbe comodamente posto dalla parte dell' orifizio dell' utero, per cui si volge verso il

fondo dell' utero, la piccola corrisponde alla testa col cranio rivolto in basso ed occupa la parte inferiore della cavità dell' utero, fig. 22 e 23. È questa **la situazione normale del feto,** detta anche **presentazione del vertice.**

§ 94.

Trovandosi in portamento e situazione normale il feto può avere ancora differenti **posizioni,** vale a dire il dorso può guardare a destra od a sinistra, un po' più in avanti o più indietro. Fig. 24 rappresenta il feto veduto dalle natiche nel suo portamento normale. Fig. 25 rappresenta uno spaccato al livello dell' ombilico della parete del ventre e dell' utero di una donna a gravidanza avanzata. L' utero trovasi, come per lo più avviene, un po' a destra nel ventre; è, ciò che avviene molto sovente, girato intorno alla sua asse longitudinale, in modo che la sua parete laterale sinistra si trova più in avanti. Nell' utero giace il feto nel portamento rappresentato nelle fig. 23 e 24. *t* è lo spazio rimasto nel ventre per le intestina.

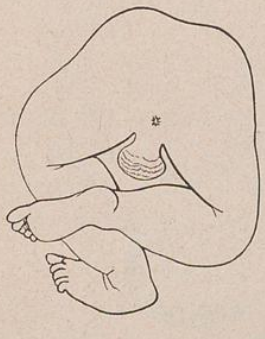


Fig. 24. 1/5 della grand. nat.

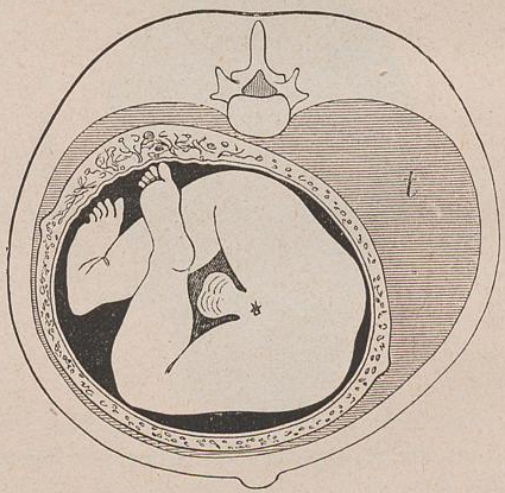


Fig. 25. 1/5 della grand. natur.

Le natiche colle gambe riunite e ripiegate, ossia la parte più grossa del feto nel suo portamento normale, fig. 24, è più larga nella direzione dal dorso al ventre che da destra a sinistra. L' utero

invece è più largo da destra a sinistra che dal di dietro al davanti; confronta in merito § 87 e fig. 25. In conseguenza il dorso del feto troverà più comodamente posto o a sinistra od a destra. Probabilmente causa il solito rivolgimento dell' asse dell' utero, il dorso si trova però di rado direttamente a destra o a sinistra, anzi il dorso del feto che giace a sinistra si volge per lo più un po' in avanti e quello a destra in dietro. Ora il dorso del feto, che è la parte più pesante e più larga, trova più comodamente posto nella parete anteriore dell' utero, la quale guarda un po' in basso quando la donna sta ritta in piedi (vedi fig. 28) e che presenta oltreciò una volta più regolare, perchè si trova a contatto colla parete dilatabile del ventre.

§ 95.

Siccome per i motivi addotti la presentazione del vertice è la *situazione* più comune e normale del feto alla fine della gravidanza (su 100 feti maturi 96 si trovano in questa situazione), così trovansi per altri motivi già addotti due terzi di questi feti col

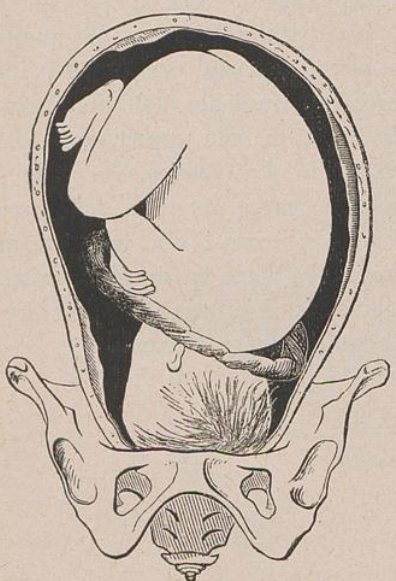


Fig. 26. 1/5 della grand. naturale.

Fig. 27. 1/5 della grand. naturale.

dorso a sinistra ed in avanti, oppure nella **prima posizione della presentazione del vertice,** fig. 26. L'altro terzo trovasi col dorso a destra e per lo più indietro, oppure nella **seconda posizione della presentazione del vertice,** fig. 27.

La levatrice non dimenticherà, che la situazione normale del feto non diventa stabile che nell' ultimo tempo della gravidanza (§ 91). Ancora nelle ultime settimane della gravidanza il feto cambia regolarmente situazione e posizione, più di rado nelle primipare più dispesso nelle multipare.

§ 96.

La fig. 28 rappresenta una primipara gravida a 40 settimane spaccata in profilo. Anche l'utero è spaccato dal taglio, non però il feto, che vi si trova nella prima posizione della presentazione del vertice. La levatrice confronterà la fig. 28 colla fig. 17 onde imprimersi meglio i cambiamenti che la gravidanza ha prodotto nel bacino. L'utero che prima della gravidanza si trovava intieramente nel piccolo bacino, ora che è dilatato si trova quasi del tutto al disopra del piccolo bacino. Fra il suo fondo ed il diaframma, il quale separa la cavità del ventre da quella del petto, non è rimasto che un piccolo spazio per le altre intestina del ventre. Anche la parte sottovaginale dell' utero trovasi molto più in alto che nello stato di non gravidanza. La vagina è molto più lunga e più larga. La vescica, la quale è attaccata colla sua parte posteriore alla parete anteriore dell' utero ha dovuto portarsi in alto coll' utero e trovasi ora in parte al disopra del bacino; nello stesso tempo ha meno spazio per l'urina, perchè non si può più dilatare indietro. L'uretra ha una direzione più perpendicolare che nello stato di non gravidanza.

Fig. 28. 1/6 della grandezza naturale.

Capitolo settimo.

L' esplorazione ostetrica.

§ 97.

Onde riscontrare quanto possibile anche nella donna vivente i cambiamenti che avvengono nell' utero e nei suoi annessi e che abbiamo descritti nei capitoli antecedenti, facciamo uso del *tatto*, della *vista* e dell' *udito*. Degli stessi mezzi facciamo uso per la ricerca di simili cambiamenti nelle partorienti e nelle puerpere. Perciò chiamiamo il procedimento necessario allo scopo menzionato compendiosamente **esplorazione „ostetrica"**. Noi la distinguiamo in esplorazione **esterna** ed **interna**. Si fanno solitamente tutte e due tenendo la donna supina colle cosce un po' piegate sul basso ventre; in alcuni casi speciali si preferisce però un' altra situazione, oppure l' esplorazione della donna in piedi.

1. Esplorazione esterna.

§ 98.

Palpando il basso ventre e comprimendolo lentamente colle dita di una mano o di tutte e due le mani posate dalla sinfisi del pube in alto, oppure in direzione opposta, ricerchiamo *se l' utero veramente sporge* oltre il piccolo bacino *nel ventre*. Noi esaminiamo la grandezza, la forma, la situazione e la mobilità dell' utero ed affondando il margine della mano corrispondente al mignolo apprezziamo il *luogo* ove sta il fondo dell' utero. Nello stesso tempo avvertiremo se si trovano forse altri tumori nel ventre. Per mezzo della palpazione riconosciamo anche la *grandezza* dell' intiero ventre, il *distendimento* della pelle del ventre nelle differenti regioni del ventre e lo stato della *cicatrice ombellicale*, la quale nell' ultimo tempo della gravidanza forma una prominenza. Palpando il ventre dopo la metà della gravidanza possiamo dispesso avvertire i *movimenti del feto;* altre volte questi si possono eccitare palpando il

ventre colla mano fredda. Comprimendo il ventre verso la fine della gravidanza con tutte e due le mani si possono quasi sempre distinguere le *singole parti del feto,* le gambe ed i piedi, le natiche, la testa, cosicchè si può costatare la *situazione del feto nell' utero.* La palpazione ci da finalmente ancora alcuni schiarimenti riguardo alla *struttura del bacino,* giacchè ci permette di ricercare il grado di concavità della regione lombare e la distanza, la forma e la direzione delle creste dell' illio.

§ 99.

Per mezzo della vista la levatrice riconosce già da lontano i cambiamenti che la gravidanza produce *nell' aspetto* e nel *portamento* della donna. Onde mantenersi in equilibrio la donna deve curvare la parte superiore del corpo tanto più indietro quanto l'utero è divenuto più grande e più pesante e quanto più esso si è abbassato in avanti. Donne molto deboli nella regione lombare sanno diminuire la loro disfigurazione modificando l'inclinazione del bacino.

L'ispezione oculare del ventre ci dimostra i *cambiamenti di forma* che abbiamo già riscontrati più esattamente per mezzo della palpazione e ci permette di avvertire anche i movimenti del feto, talvolta persino attraverso gl' abiti. Sulla *pelle del ventre* vedesi per lo più già nei primi tempi della gravidanza una *striscia di colore oscuro,* che dal pube va all' ombellico e che talvolta sorpassa anche l'ombellico. A gravidanza inoltrata in quasi tutte le primipare si sviluppano nella regione ipogastrica causa il distendimento della pelle del ventre delle *striscie rosse,* la cui direzione corrisponde a quella della piega inguinale e che talvolta sono percettibili anche col tatto. Nelle multipare queste striscie (che provengono dalla prima gravidanza) non sono rosse ma bensì bianche e lucenti e più facilmente percettibili col tatto causa il rilassamento della pelle del ventre.

§ 100.

Le *parti genitali esterne* delle donne gravide sono un po' più grandi, più molli, più umide e più calde e per lo più di un colore più oscuro. Allontanando le grandi labbra osserviamo che la

muccosa delle parti *interne* non è più di color rosa come in istato di non gravidanza, ma bensì di un colore più oscuro, azzurro-rossiccio.

L' *areola del capezzolo* diventa nel corso della gravidanza sempre più oscura e più grande e vi si fanno più evidenti i follicoli (vedi fig. 28). La *mammella* stessa aumenta di volume e verso la fine della gravidanza appare granosa. Dal capezzolo, il quale ora è quasi sempre più sporgente si può esprimere un liquido latteo.

§ 101.

Applicando l' orecchio sul ventre della donna gravida la levatrice sente i *movimenti del feto,* talvolta anche prima che li possa riscontrare col tatto. Dopo la metà della gravidanza si sentono quasi sempre i *battiti del cuore fetale,* che rammentano il tic tac d'un orologio di tasca. Nell' ultimo tempo della gravidanza questi battiti, premesso che la situazione del feto sia normale, si sentono a sinistra, più di rado a destra sotto l' ombilico. Nella seconda metà della gravidanza la levatrice sente oltreciò quasi ogni volta un rumore ritmico somigliante il soffio di un mantice e quasi sempre più distinguibile al di sopra delle regioni inguinali della donna, il quale proviene dai vasi di sangue della madre e dicesi *soffio uterino.* Molto più di rado la levatrice sentirà coll' orecchio applicato al ventre della donna gravida un sibilo ritmico molto più celere del soffio uterino. Questo rumore dicesi *soffio ombellicale.* Onde distinguere esattamente i battiti del cuore del feto ed i due soffii menzionati, la levatrice deve toccare contemporaneamente il polso della donna. Il rumore prodotto nei vasi di sangue della madre ha precisamente la stessa battuta del suo polso. I battiti del cuore del feto ed il soffio ombellicale sono molto più celeri. Si bada oltreciò di non confondere coi rumori provenienti da una gravidanza il gorgogliare del ventre, il battito della grande arteria del ventre ed i *battiti del cuore della donna stessa,* che talvolta si sentono nel ventre.

2. Esplorazione interna (riscontro).

§ 102.

Dalla levatrice l' esplorazione interna vien praticata unicamente per mezzo del tatto, introducendo l' indice ben oliato oppure l' in-

dice ed il medio nelle parti genitali della donna. Con due dita si esplora solitamente meglio, che con un dito solo. Nelle parti genitali a lei ancora sconosciute, la levatrice farà però sempre meglio d'introdurre prima solamente l'indice; poi vedrà se può introdurre senza incomodare troppo la donna anche il medio, oppure se ciò è assolutamente necessario. La levatrice piegherà fortemente i due o tre ultimi diti sulla palma della mano, circa come si vede nella fig. 84. Quindi applicherà l'indice oliato colla superficie che guarda verso il pollice sul perineo ed ivi lo introdurrà nell'apertura della vagina. Costeggiando così coll'indice la parete posteriore della vagina, il pollice va a riposare accanto al monte di Venere e le altre dita si stendono lungo il perineo.

Arrivato nel seno della vagina il dito cercherà in prima linea il **collo uterino.** Il seno della vagina forma dispesso delle pieghe quando è vasto; il collo uterino appare come un tappo intorno al quale si può condurre liberamente il dito esploratore, e questa sua qualità lo distingue appunto dalle pieghe menzionate; dopo aver incontrato il collo uterino la levatrice ne ricercherà la lunghezza e la larghezza, la forma e la consistenza e portando quindi il dito dalla periferia verso il centro costaterà le **qualità** dell' **orifizio,** ricercando se è chiuso o aperto ed in quest' ultimo caso se i suoi margini sono lisci oppure cicatrizzati o frastagliati e se il dito entra più o meno nel canale del collo. È pure d'importanza di tasteggiare il corpo dell' utero davanti, di dietro ed ai lati del collo uterino. A gravidanza alquanto inoltrata si trova per lo più sullo stretto superiore una **parte del feto, della quale dicesi allora che tende ad avanzarsi,** nei casi i più frequenti il cranio, vedi fig. 28. Onde riscontrarla si piegano nuovamente sulla palma della mano le dita che stavano distese sul perineo, cosicchè la superficie palmare del dito esploratore guardi la parete anteriore del bacino e quindi s'inoltra l'indice al di dietro della sinfisi del pube in alto; quì si riscontra per lo più facilmente la parte fetale che discende, anche quando si trova molto in alto.

Facendo l'esplorazione interna si deve badare anche alla **struttura del bacino.** Trattandosi di un bacino normale la levatrice non raggiunge solitamente nè con un dito nè con due il

promontorio; se invece lo riscontrasse *facilmente* dovrà dedurne che il diametro retto vi sia scorciato. La levatrice raggiunge all' incontro con facilità il sacro ed esaminerà se il suo appendice, vale a dire il coccige, è mobile o no. Ritirando il dito dalle parti genitali rimarcherà infine la larghezza dell' *arco del pube* e le **qualità del perineo.**

§ 103.

Tutto ciò che durante l' esplorazione interna ci sembra deviare dalla regola, tanto nelle parti molli quanto nelle dure, deve attirare la nostra attenzione. Non dobbiamo però dimenticare, che nelle donne gravide l'*uretra* appare al di dietro della sinfisi del pube come una corda grossa quasi come un dito e che nell' intestino retto, che trovasi al di dietro della vagina si riscontrano dispesso degl' *ammassi di sterco* considerabili e talvolta duri quasi come l' osso.

§ 104.

Se la vagina è molto stretta o chiusa o molto sensibile, oppure se l' introduzione del dito nella vagina vien ricusata, la levatrice può essere obbligata di fare l' esplorazione interna introducendo il dito nell' *intestino retto.* In questo caso non dimenticherà, che il collo uterino appare molto più grosso, giacchè fra lo stesso ed il dito esploratore si trovano ancora le pareti della vagina e del retto.

§ 105.

Tanto l' esplorazione esterna quanto l' interna vengono fatte tenendo la **donna supina**; come letto si preferisce una panca imbottita mediocremente, un canapè oppure un materasso ad un letto di piuma. La levatrice si siede, la faccia rivolta verso la donna supina, sul margine del canapè o del letto, porta la mano rivolta verso l' esploranda fra le cosce della stessa, in modo che l' intiero suo avambraccio si trovi nella direzione della donna ed introduce il dito nel modo che abbiamo già descritto. Onde procedere all' esplorazione interna la donna deve portare in avanti il sacro, vale a dire diminuire l' inclinazione del bacino e curvare la porzione lombare della spina dorsale, acciochè la levatrice possa

introdurre liberamente il dito nell' apertura della vagina. Se la donna non sapesse tenersi in questa posizione, la levatrice le metterà un cuscino duro sotto le natiche.

§ 106.

Talvolta, per esempio quando si tratta di ricercare un utero che non sporge ancor molto oltre il piccolo bacino è bene **combinare l' esplorazione interna coll' esterna,** onde poter così avvertire i movimenti, che impressi all' utero dal di fuori si comunicheranno al collo e viceversa. Quando la parte del feto che tende ad avanzarsi si trova tanto in alto da impedirne il riscontro, la levatrice la spingerà contro il dito esploratore comprimendo fortemente il ventre coll' altra mano.

§ 107.

Onde ricercare l' inclinazione del bacino ed il distendimento della pelle del ventre, oppure la parte del feto che tende ad avanzarsi, sarà talvolta ben fatto di visitare la **donna tenendola in piedi.** La levatrice si mette in ginocchio davanti la donna ed in questa posizione porta tastando la mano al ventre della stessa. Onde esplorare internamente la levatrice, supposto che ponga in terra il ginocchio sinistro, mette la mano sinistra intorno alle anche della donna e porta la mano destra, appoggiando il cubito sul ginocchio destro, sotto le vesti ed introduce il dito dal perineo precisamente come lo abbiamo già descritto.

§ 108.

La levatrice deve saper esplorare colla mano sinistra così bene come colla destra.

La mano della levatrice sia **assolutamente pulita,** senza calli e porri e senza magagne, le unghie devono essere tagliate corte e liscie.

Non solamente il decoro richiede che la mano esploratrice sia pulita, ma molto più ancora la salute della donna esplorata. La minima immondizia sulla mano della levatrice, purchè non si possa ancor avvertire nè coll' occhio nè coll' odorato e che forse vi si attaccò mentre posava sopra un saliscendo od una balustrata

di scala stati toccati prima da qualcheduno colle mani sporche, tradotta sulla muccosa delle parti genitali è capace di produrre una malattia e persino una malattia grave. Ciò avviene tanto più facilmente quanto più vicino è il parto.

Prima di ogni esplorazione interna la levatrice si laverà quindi le mani regolarmente e senza eccezioni, adoperando dell' acqua calda leggermente fenicata oppure una soluzione di permanganato di potassa, sapone e spazzola ed asciugandosi con una salvietta netta. A questo scopo la levatrice chiamata a prestar il suo ajuto non dimenticherà mai di prendere seco una soluzione di acido fenico o di permanganato di potassa. Quando venisse chiamata in una casa dove probabilmente mancheranno anche gli altri requisiti prenderà seco anche il sapone, la spazzola e l' asciugamano. La levatrice farà bene di prendere seco anche un po' d' olio, massimamente un po' d' olio fenicato al 5 % per ungere il dito.

Per lavarsi le mani si adoperano 30 grammi di acido fenico o 1 gramma di permanganato di potassa per ogni litro di acqua. Il permanganato di potassa è un sale cristallino. La levatrice lo conserverà in una boccettina tale quale, oppure in una soluzione di 10 grammi su 140 grammi di acqua. Per lavarsi le mani prenderà per ogni litro di acqua 2 cucchiaijni del tè di questa soluzione.

L' acido fenico puro o una soluzione saturata dello stesso è un caustico potente che richiede la massima precauzione!

Della soluzione saturata la levatrice ne adopera 2 cucchiaj da minestra per ogni litro d' acqua; se invece non ne avesse che una soluzione diluta dovrà calcolare in base alle proporzioni indicate più sopra quanta ne debba prendere per ogni litro d' acqua.

Anche *dopo* ogni esplorazione interna la levatrice dovrà lavarsi nello stesso modo.

§ 109.

La palpazione e l' ascoltazione del ventre si eseguiscono *sopra la camicia*. Rari sono i casi dove occorra denudare il ventre. Esplorando internamente si deve schivare di scoprire la donna e di palpeggiare inutilmente le parti genitali.

La levatrice dovrà prima sapere esattamente ciò che vuol esplorare e poi dovrà tenersi ad un modo di procedere affatto preciso, onde non allungare soverchiamente l'esplorazione e quando il dito abbandona le parti genitali essere al chiaro riguardo a tutti i punti che voleva ricercare. Non si può però sempre ricercare tutto con *una sola* esplorazione ed allora si deve riperterla dopo un certo tempo.

Capitolo ottavo.

Il modo di riconoscere la gravidanza, i segni della gravidanza.

§ 110.

I cambiamenti prodotti dalla gravidanza si distinguono tenor l'importanza che hanno per *riconoscere* la gravidanza in segni *incerti* e *certi*. I cambiamenti nello stato generale della donna e quelli nelle parti genitali che spesso permettono di presumere una gravidanza già nei primordii costituiscono i segni incerti; i segni certi partono dal feto stesso e non si riscontrano che verso la metà della gravidanza.

I. Segni incerti.

§ 111.

Nel principio della gravidanza avvertiamo dispesso una serie di cambiamenti nello stato generale della donna che non sono senza importanza. Molte donne gravide accusano nausea e massimamente a digiuno vomitano dell' acqua e del mucco, dimostrano avversione per certi cibi, ai quali prima erano abituate e ne preferiscono altri, ai quali non erano avvezze, contro il loro solito

soffrono di stitichezza o di diarrea. Talune hanno l'orina più colorita, altre hanno delle difficoltà oppure continuo stimolo e dolori nell' orinare. Altri segni incerti della gravidanza sono: cambiamenti nell' espressione del volto, macchie oscure nella faccia ed in altre parti della pelle, cerchi turchini intorno agli occhi, eruzioni cutanee; alterazioni dell' umore, mal di testa, stanchezza; palpitazioni di cuore, dolore di denti, sangue di naso; gambe rigonfie, varici ecc. ecc.

§ 112.

Ma tutti questi segni ponno derivare anche da altre cagioni senza che la donna sia gravida; ponno anche mancare e la donna è tuttavia gravida.

Finchè altri segni più verosimili non appoggiano la pesunzione che la donna sia gravida, resta altrettanto grave il sospetto, che i cambiamenti già descritti non siano prodotti da malattia.

La presunzione che si tratti di una gravidanza diventa più probabile se la donna accusava in una gravidanza antecedente gli stessi disturbi nel suo stato generale come presentemente.

§ 113.

La **mancanza della mestruazione** può derivare tanto da una gravidanza, quanto dalla cessazione della facoltà di generare nell' età avanzata e da diverse malattie; ma quando una donna perfettamente sana e atta a generare perde la sua mestruazione, *probabilmente* è *gravida*.

Anche i **cambiamenti nelle mammelle** descritti nel § 100 indicano con *probabilità* che la donna sia gravida. Questo segno è di maggiore importanza nella donna che non ha ancora fatto figli, che nella donna che ha già allattato un bambino.

§ 114.

Tutti i **cambiamenti nel ventre** che abbiamo descritti nei § 98 e 99 ed anche il soffio uterino, § 101, ponno dipendere tanto da una gravidanza quanto da una malattia; diversi fra loro, come il

rialzamento della cicatrice ombellicale e le strisce sul ventre, ponno anche mancare fino al termine normale della gravidanza. L'utero stesso od un'altra parte quando si ammalano ponno formare un tumore nel ventre che somiglia molto all'utero gravido. Anche i **cambiamenti** che una gravidanza produce **nella parte sotto vaginale** dell'utero assomigliano a quelli dipendenti da un ingrandimento od empimento patologico dell'utero. Lo stesso dicasi dei cambiamenti nelle parti genitali esterne descritti nel § 100.

Per questo motivo tutti questi segni che palpiamo, vediamo e sentiamo nel ventre della donna e che abbiamo nominati poc' anzi, *non* sono ancora *sicuri*, rendono però *probabile* una gravidanza, perchè tutte quelle malattie sono molto più rare della gravidanza; anzi essi diventano ancor più probabili quando mancano altri sintomi di malattia che accompagnano *quei* casi, quali sarebbero dolori, emorragie e consumazione: essi diventano *quasi certi*, quando li vediamo prodursi nello stesso **ordine** come nella gravidanza e secondo la **data** del loro apparire durante la stessa.

§ 115.

Gravidanza apparente chiamansi quei prodotti di malattia che si ponno facilmente confondere colla gravidanza. Nei casi ove l'utero contiene un tumore patologico parlasi anche di **gravidanza falsa.** Questo modo di esprimersi è biasimevole, perchè non dice nulla e nasconde la verità. *Una donna è gravida o non è gravida; la levatrice lo può riconoscere o non lo può.* Una seconda o una terza esplorazione le da forse sicurezza in merito. Se la donna volesse aver subito questa certezza, la levatrice non le dirà di più di ciò che sa e manderà la donna dal medico. Se però la donna accusasse qualche apparizione patologica o se la levatrice esplorandola non trovasse tutte le parti in regola, allora è suo *dovere* di mandare la donna *subito* da un ostetrico; la donna ha forse una malattia che adesso può ancora venir curata, ma non più dopo alcune settimane; oppure la donna è forse gravida e nello stesso tempo anche ammalata e se non si fa curare subito convenevolmente rischia un aborto colla morte sicura del feto e gran pericolo e lunghi patimenti per sè stessa.

2. Segni certi.

§ 116.

L'esistenza di una gravidanza è certa:

1) quando la *levatrice* avverte colla palpazione o coll'ascoltazione i **movimenti del feto** (§ 89 e 101).

Colla mano applicata sul ventre la levatrice non riscontrerà i movimenti del feto che nella seconda metà della gravidanza, coll'udito invece li potrà spesso rilevare anche prima della metà della gravidanza.

Le *donne* s'ingannano facilmente riguardo ai movimenti che sentono nel proprio ventre.

2) quando la levatrice sente distintamente i **battiti del cuore fetale** oppure il **soffio ombellicale** (§ 101). Anche ciò non è possibile che nella seconda metà della gravidanza.

3) quando la levatrice esplorando internamente o esternamente discerne delle **parti fetali** oppure quando riscontra l'**uovo** nell'orifizio del collo. Attraverso alla parete del ventre o al seno anteriore della vagina la levatrice non discernerà le *parti fetali* che nella seconda metà della gravidanza. Nelle primipare la levatrice non riscontrerà *l'uovo* nell'orifizio che nel principio del parto (vedi fig. 33), nelle multipare invece talvolta già a 35 settimane (vedi fig. 35); per lo più noi troviamo gli altri segni certi della gravidanza lungo tempo prima. Ma nei parti abortivi il riscontro dell'uovo nell'orifizio è sovente il primo segno che indica con certezza che si tratta di una gravidanza.

Ognuno dei tre segni nominati rende da sè solo assolutamente certa l'esistenza di una gravidanza.

Ma quando un tumore che empie il ventre sino sopra il livello dell'ombilico non presenta *nessuno di questi tre segni,* la levatrice dovrà ritenere, che probabilmente *non* si tratti di una gravidanza.

Capitolo nono.

I segni per distinguere la primipara dalla multipara nello stato di gravidanza.

§ 117.

Noi abbiamo già detto più volte che la gravidanza non si manifesta sempre in egual modo e che i segni della gravidanza non hanno tutti lo stesso valore nelle donne che hanno già partorito ed in quelle che sono gravide per la prima volta. Ne troviamo il motivo nella circostanza che la prima gravidanza ed il primo parto producono nelle parti della madre dei cambiamenti stabili, i quali in parte si presentano molto più chiaramente in una seconda gravidanza. I *segni* che principalmente distinguono la *primipara* dalla *multipara* nello stato di *gravidanza* sono i seguenti:

§ 118.

In conseguenza del dilatamento che ha sofferto nella prima gravidanza la **parete del ventre** non ricupera più la sua elasticità anteriore. Nelle multipare l'utero pende perciò durante l'intiera seconda metà della gravidanza più in avanti e non raggiunge neppure a 36 settimane l'altezza che ha nelle primipare. Questa circostanza è di gran peso quando si vuol calcolare la grandezza dell' utero e la data della gravidanza in base dell' altezza del fondo dell' utero. Causa questa mancanza di elasticità la pelle del ventre della multipara non è mai così tesa come quella della primipara, perciò nella multipara si ponno per lo più palpare le parti fetali molto prima e più distintamente che nella primipara. Massimamente la **pelle** del ventre è rilassata, cosicchè strisciando colla mano ben impressa dalla regione inguinale in alto possiamo sollevarla in pieghe, ciò che non ci riuscirà così facile in una primipara. Contemporaneamente avvertiremo col tatto quelle **strisce cicatrizzate** che abbiamo menzionato nei § 99 e 114. Onde calcolarne l'età preferiremo però di servirci della vista.

Questi segni devonsi però considerare come *incerti*, perchè molte donne o hanno già da bel principio un ventre rilassato o se erano grasse lo acquistano diventando magre e perchè anche quelle strisce cicatrizzate ponno essere state prodotte da una dilatazione patologica del ventre, come per esempio da un' idropisia. Dall' altra parte molte donne hanno una pelle così elastica che le gravidanze precedenti non lasciano indietro nessune o almeno pochissime traccie.

Ciò che abbiamo detto riguardo alle strisce cicatrizzate non vale che per le strisce che si trovano sul *ventre*, giacchè quelle che si trovano sovente sulle cosce e sulle natiche di ragazze e di donne che non sono e non sono mai state gravide, hanno tutt' altro significato.

§ 119.

Le **mammelle** delle multipare sono per lo più vizze ed hanno dispesso sulla pelle che le ricuopre delle strisce cicatrizzate, simili a quelle della pelle del ventre. Queste strisce si formano verso la fine della gravidanza, oppure durante l' allattamento, si formano però anche indipendentemente dalla gravidanza mercè uno sviluppo rapido delle mammelle. Queste strisce sono dapprincipio rosse, più tardi bianche come quelle che si trovano sul ventre e sulle cosce.

§ 120.

Esaminando le **parti genitali esterne** di una multipara vi riscontreremo la fessura della vulva più larga e più floscia, perchè le labbra non stanno più del tutto a contatto. Molte volte la fessura della vulva è anche prolungata in basso causa la mancanza della forchetta e talvolta anche della parte anteriore del perineo. La distruzione della forchetta deriva generalmente dal parto; *in più della metà dei parti* la forchetta resta però *illesa*. Quasi così dispesso come nel perineo trovansi delle cicatrici derivanti dal primo parto anche lateralmente nella parete anteriore del vestibolo e talvolta ai lati dell' apertura dell' uretra.

§ 121.

I segni che indicano con maggior certezza che una donna abbia già partorito si scorgono nell' **apertura vaginale.** Nella

Fig. 29. 1/2 della grand. naturale.

Fig. 30. 1/2 della grand. naturale.

donna che ha partorito un feto maturo l'imene è distrutta e nell' apertura vaginale non vediamo che le caruncole mirtiformi.

La fig. 29 rappresenta l'apertura vaginale di una primipara, la fig. 30 quella di una donna che ha già partorito un feto maturo. Nella fig. 29 la levatrice vede ancora un resto dell'imene a guisa di una piega anulare, *a, b, c* quà e là bensì lacerata ma non interrotta. Nella fig. 30 non vediamo che sotto l'apertura dell' uretra presso *d* ancora un pezzo alquanto grande dell' imene. *e, f, g, h* sono caruncole mirtiformi. La levatrice confronterà con queste figure la fig. 14, nella quale abbiamo disegnato un' imene intatta.

La vagina non offre che poche differenze. Nelle primipare è solitamente più stretta e più tesa ed ha ancora le pieghe trasversali, che poi spariscono dispesso dopo un parto.

§ 122.

Nella *parte sotto vaginale dell' utero* troviamo quasi sempre delle diffe-

renze molto importanti. Nella **primipara** dessa è liscia e di una durezza uniforme e non si rammolisce che pian piano cominciando dai suoi strati esterni; l'orifizio è rotondo e liscio e rappresenta una fossetta che permette bensì d'introdurvi la punta del dito, ma non d'infossarvi il dito stesso. La fig. 31 rappresenta la parte vaginale dell' utero di una primipara a 20 settimane.

Queste figure, come anche le seguenti, rappresentano la metà posteriore dell' utero e della vagina vedute davanti. Nel segmento inferiore dell' utero trovasi l'uovo illeso.

Fig. 31.

Fig. 32.

Fig. 33.

A trenta settimane la parte vaginale appare più corta, l' orifizio invece non si è cambiato, fuorchè in pochi casi, nei quali si apre in modo da potervi infossare il dito; il suo margine resta però sempre liscio e regolare. La fig. 32 rappresenta la parte vaginale di una primipara a 36 settimane.

Nelle ultime settimane della gravidanza la parte vaginale si *risolve* completamente. L'orlo dell' orifizio è allora sottile quasi come la carta e a 40 settimane l'orifizio stesso comincia a dilatarsi. Vedi fig. 33.

Nella **multipara** invece il collo dell' utero è irregolare, perchè presenta quà e là delle parti più dure cicatrizzate. L'orifizio esterno non è circolare e liscio, ma trasversale e sfrangiato e l'estremità inferiore del canale del collo è aperta a guisa d'imbuto. La fig. 34 rappresenta la parte vaginale di una multipara a 20 settimane.

Fig. 34.

Fig. 35.

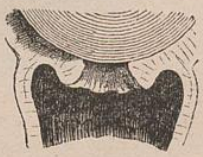


Fig. 36.

Verso la fine della gravidanza troviamo anche nella multipara la parte vaginale più corta, ma questo scorciamente avviene più tardi, ad un' epoca ove l' orifizio è gia talmente dilatato, che possiamo infossare la prima falange del dito nel canale del collo e nelle ultime 8 settimane della gravidanza riscontrare molte volte anche l'uovo. La fig. 35 rappresenta la parte vaginale di una multipara a 36 settimane.

Avvicinandosi il tempo del parto, il canale del collo diventa sempre più corto e più largo, ma non *si risolve completamente* neppure alla fine della 40ma settimana. Anzi una parte non piccola del canale del collo e della parte vaginale rimane ancora sino dopo il principo del parto, fig. 36.

§ 123

Quando la prima gravidanza non ha raggiunto il suo termine normale o quando è già trascorso lungo tempo dopo il primo parto le differenze di cui parlammo nei § 121 e 122 ponno essere piccole. Ma quando la levatrice è certa che non furono eseguite nessune operazioni mediche nel collo dell' utero o nell' apertura vaginale o nelle parti genitali esterne, *trovandovi* quei cambiamenti che distinguono la multipara dalla primipara, saprà che non ponno dipendere che da un parto precedente.

Capitolo decimo.

I segni per determinare la data della gravidanza.

§ 124.

La donna gravida vuol sapere dalla levatrice quando debba accadere il parto.

Onde determinare la data della gravidanza si ponno scegliere diversi metodi:

§ 125.

1) Si calcola la data della gravidanza tenendo conto dell' **ultima mestruazione.**

I 280 giorni che l'uovo adopera per svilupparsi cominciano dal momento in cui esso abbandona l'ovaja. Ciò succede quasi sempre durante la mestruazione. E giacchè la mestruazione cessa dopo che l'uovo è fecondato, si contano i 280 giorni della gravidanza cominciando dall' epoca in cui entrava per l'ultima volta la mestruazione. Questo conteggio non dà precisamente nel segno, ma nella maggior parte dei casi non sbaglia che di pochi giorni. Tre sono i motivi per cui non ci possiamo però fidare di questo metodo *solo* neppure quando conosciamo perfettamente la data dell' ultima mestruazione. Il primo si è, che il coito fecondo può aver avuto luogo poco avanti la mestruazione che mancò (§ 66); il secondo, che in alcune donne la mestruazione continua per uno o più mesi anche durante la gravidanza; ed il terzo, che talvolta la donna può concepire anche quando le manca la mestruazione già da più tempo in conseguenza di una malattia o dell' allattamento. Nel primo caso il parto avverrà 4 settimane più tardi, nel secondo 4 a 8 settimane più presto e nel terzo lo sbaglio sarà spesso ancor maggiore. La levatrice eviterà questi errori mercè l'esplorazione, della quale parleremo più tardi.

§ 126.

Il calcolo stesso è molto semplice. Nove mesi susseguenti fanno 273 a 276 giorni; onde trovare il 280° giorno dobbiamo quindi aggiungere ai nove mesi che trascorsero dopo l'ultima mestruazione quattro a sette giorni. Noi troveremo più presto il novesimo mese contando tre mesi indietro, invece di contarne nove in avanti. In questo mese aggiungeremo al giorno corrispondente a quello delle regole 4 a 7 giorni, cioè nel febbrajo 4, nel dicembre e gennajo 5, nell' aprile e settembre 6 e in tutti gli altri mesi 7 giorni. (Negli anni bisestili aggiungeremo in questi ultimi mesi solamente 6 e nell' aprile e settembre solamente 5 giorni.)

La figura 37, il **calendario della gravidanza**, facilita il calcolo. La levatrice lo avrà imparato ben presto a memoria. Il numero grande, posto al di sotto del nome del mese, indica quanti giorni

Calendario della gravidanza.

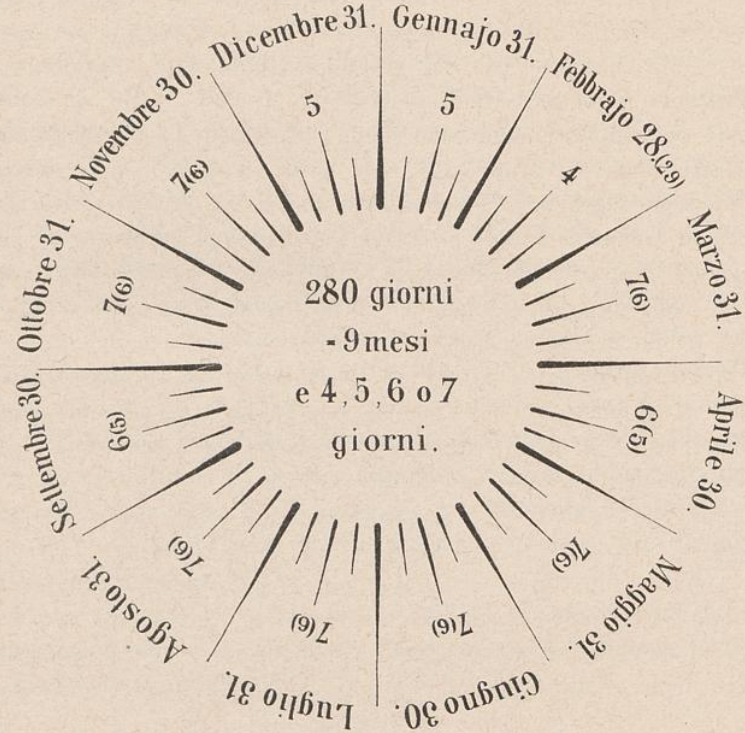


Fig. 37.

mancano ai 9 mesi trascorsi per compiere i 280 giorni. Il numero minore, posto fra parentesi accanto al grande, accenna l'aggiunta che conviene all' anno bisestile.

§ 127.

Alcuni esempi schiariranno il calcolo.

Una donna ha avuto l'ultima mestruazione il 10 maggio; tornando tre mesi indietro giungeremo ai 10 di febbrajo e nella sezione del calendario appartenente a questo mese noi troveremo che si debbano aggiungere 4 giorni, per cui il parto dovrebbe accadere ai 14 di febbrajo. Un' altra donna ha avuto l'ultima mestruazione ai 30 di ottobre. Il 30 luglio è il 273° giorno ed il 6 agosto il 280° giorno. Per converso noi possiamo calcolare, conoscendo il giorno del parto, anche la data dell' ultima mestruazione, vale a dire l'epoca in cui cominciò presuntivamente la gravidanza. Una donna ha partorito ai 14 di febbrajo un feto maturo. Se tutto andò regolarmente, essa deve aver avuto l'ultima mestruazione 280 giorni prima. Dal giorno 14 di febbrajo contiamo tre mesi in avanti ed arriviamo ai 14 di maggio e giacchè il parto accadde in febbrajo ritorniamo 4 giorni indietro; essa deve aver avuto l'ultima mestruazione li 10 maggio dell' anno scorso. L'altra donna ha partorito li 6 agosto; contando 9 mesi indietro (o tre in avanti) arriviamo ai 6 di novembre e ritornando 7 giorni indietro ai 30 di ottobre; in questo giorno essa deve aver avuto l'ultima mestruazione.

Come abbiamo già detto questo metodo non dà sempre precisamente nel segno, ma *eccettuata l' esplorazione* (§ 130 e seguenti) è preferibile a tutti gli altri.

§ 128.

2) I 280 giorni della gravidanza si contano anche cominciando col giorno in cui ebbe luogo il **coito fecondo.** Rari sono però i casi, nei quali si possa conoscere il giorno preciso di una fecondazione. Nel coito *fecondo* la donna non accusa nessuna sensazione *speciale* la quale potesse servire alla levatrice onde determinare la data della gravidanza; e precisamente nel caso in cui una donna pretende di aver avuto un unico avvicinamento sessuale essa ci

indica dispesso una data falsa. Se però questo coito fu veramente l'unico, la gravidanza finirà quasi esattamente 9 mesi dopo.

§ 129.

3) Per valutare la data della gravidanza è di grand' importanza il giorno in cui la donna sentì per la prima volta i **moti del feto.** Questi movimenti del feto si *ponno* avvertire più presto o più tardi tenor la vigorosità del feto e la quantità del liquido dell' amnio; il momento preciso della loro comparsa non è cognito che alla donna attenta. Per lo più la madre avverte i moti del feto verso la metà della gravidanza, oppure circa 4 1/2 mesi prima del parto normale. Le multipare che già conoscono questa sensazione avvertono i movimenti prima delle primipare. Questo segno perde di valore per il motivo che dopo la metà della gravidanza noi possiamo determinare la data più esattamente per mezzo dell' *esplorazione.*

§ 130.

4) *Ciò che la levatrice riscontra colla mano perita acquista un valore maggiore di tutto ciò, che la donna gravida le può indicare.* *L'* **esplorazione ostetrica** le permette di formarsi un giudizio sicuro riguardo alla data della gravidanza. Confrontando *il calcolo dedotto dall' ultima mestruazione* col *risultato dell' esplorazione*, essa potrà predire la data del parto più precisamente possibile.

Lasciamo seguire in periodi di 4 a 4 settimane i segni della gravidanza normale atti a determinarne la data.

§ 131.

La fig. 38 dà un prospetto dei cambiamenti nell' altezza del fondo dell' utero, della posizione della parte vaginale e della forma della parete del ventre durante la gravidanza.

I numeri notati sull' ombilico, sul fondo dell' utero e sulla parte vaginale indicano le settimane della gravidanza. Tutto il resto non richiede ulteriori schiarimenti. Dobbiamo però osservare, che nella nostra figura le pareti del ventre sono *fortemente tese* e che il feto nell' ultimo tempo della gravidanza trovasi nella pre-

sentazione del vertice, cosicchè nelle multipare e nella presentazione trasversa del feto la posizione del fondo dell' utero resta un po' più bassa.

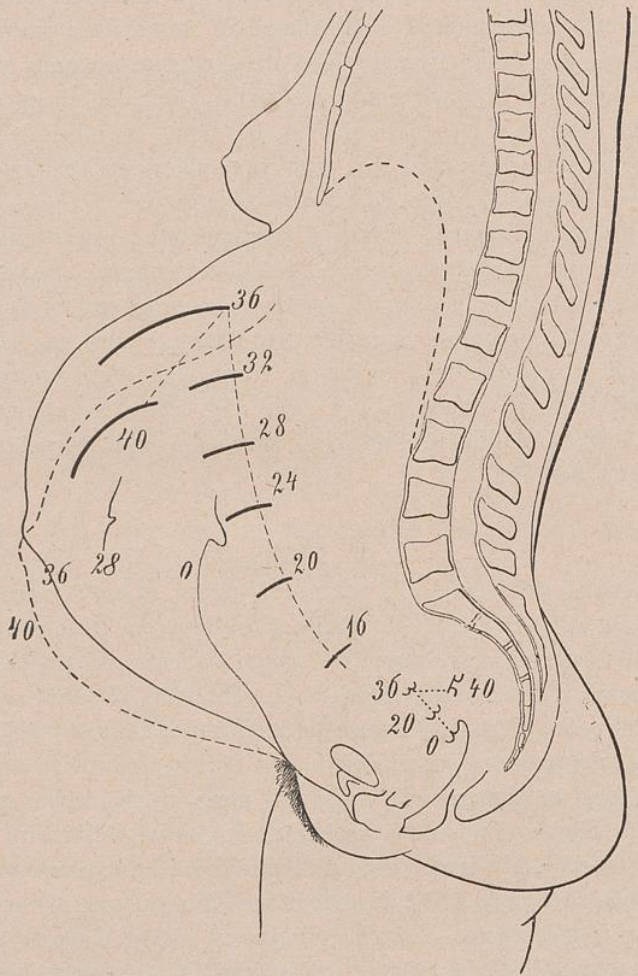


Fig. 38. 1/5 della grandezza naturale.

§ 132.

A quattro settimane. Quando la mestruazione mancò per la prima volta il dito esploratore riscontra la parte vaginale già un po' più grossa, più rotondeggiante e nella sua punta più rammollita

che in istato di non gravidanza; nelle primipare l'orifizio del collo, che prima aveva una forma a guisa di due labbra, è ora rotondo. (Gli stessi cambiamenti avvengono durante la mestruazione.)

Ad otto settimane. I cambiamenti di forma della parte vaginale restano gli stessi. Quando la levatrice esplora la donna supina, applicando il dito di una mano alla parte vaginale ed approfondando la punta del dito dell' altra mano sopra la sinfisi del pube nel ventre, essa riscontrerà nel seno vaginale anteriore, benchè la vescica sia vuota, il corpo dell' utero ingrandito.

A dodici settimane. Causa il cambiamento di posizione, che come abbiamo già descritto nel § 84 subisce l'utero, la parte vaginale trovasi ora più in alto ed appare in conseguenza più corta. Per mezzo del riscontro combinato troviamo nel seno vaginale anteriore più distintamente di prima il corpo dell' utero ingrandito. Nelle primipare la muccosa del collo dell' utero si rammollisce vieppiù. Nelle multipare l'orifizio esterno del collo permette l'infossamento del dito.

§ 133.

A sedici settimane. Il collo dell' utero si trova ancora un po' più in alto ed è talvolta diretto già adesso un poco a sinistra. Facendo l'esplorazione esterna nel modo indicato nei § 105 e 106 riscontriamo il fondo dell' utero 3—5 centimetri al disopra della sinfisi del pube. I cambiamenti nelle mammelle, descritti nel § 100, sono già chiaramente percettibili.

A venti settimane. Il collo dell' utero trovasi ancor più in alto ed è diretto alquanto a sinistra. Il fondo dell' utero oltrepassa la metà della linea tirata dall' ombilico al margine superiore della sinfisi del pube. Applicando l'orecchio sul ventre sentiamo per lo più già adesso il soffio uterino (§ 101) dispesso anche i moti attivi del feto e talvolta anche i battiti del cuore fetale.

A ventiquattro settimane. La parte vaginale s'innalza talmente, che non ci riesce che a stento di riscontrarla. Sembra perciò ancor più corta. Nelle primipare il fondo dell' utero si trova 2 centimetri sopra il livello della cicatrice ombellicale, la cui piega inferiore comincia a distendersi. Coll' ascoltazione si sentono d'ora in poi quasi sempre il soffio uterino e per lo più

anche i battiti del cuore del feto; i moti attivi sono ben chiari alla palpazione.

§ 134.

A ventotto settimane. Il collo uterino si è scorciato e si trova ancor più in alto. Nella primipara l'orifizio esterno è ancor sempre chiuso ed appare come una fossetta poco profonda; nella multipara invece il dito esploratore può insinuare l'intiera prima falange nel canale del collo quando la direzione dello stesso glielo permette. Nel seno vaginale anteriore il dito esploratore sente per lo più la testa del feto, che essendo spostabile appena toccata rimbalza. Il fondo dell'utero si trova 5 centimetri sopra il livello dell' ombilico, le cui pieghe si distendono sempre più.

A trentadue settimane. Il collo dell' utero è ancor più corto e misura nella primipara meno di un centimetro; esso s'innalza ancora di più. Attraverso al segmento inferiore dell' utero si sente la testa del feto più distintamente; essa è ancor sempre mobile. Il fondo dell' utero sta 10 centimetri al disopra dell' ombilico, il quale per lo più è totalmente disteso.

§ 135.

A trentasei settimane. Nella primipara il collo uterino è lungo appena 1/2 centimetro ed è quasi così molle come il seno vaginale, l'orifizio esterno appare ancora per lo più come una fossetta chiusa, talvolta però anche come una piccola apertura con una periferia rotonda marcata distintamente. Nella multipara lo scorciamento della parte vaginale è meno chiaro, però il dito attraversa quasi sempre con facilità il canale del collo e riscontra le membrane dell' uovo. La parte vaginale trovasi molto in alto, rivolta a sinistra ed indietro. Attraverso il seno vaginale anteriore si sente la testa, che è ancora mobile, ma molto più pesante di prima. Il fondo dell' utero arriva sino alla fossetta dello stomaco e lateralmente, massimamente a destra, sino sotto le coste. La cicatrice ombellicale è solitamente un poco prominente. Nella primipara le strisce sul ventre (§ 99) sono pronunziatissime, nella multipara ne compajono delle fresche appresso alle vecchie.

Dalla trentesima settima settimana **sino alla fine della gravidanza** la parte vaginale si abbassa dinuovo e si volge nello stesso tempo più indietro verso l'escavazione del sacro; nella primipara essa si distende totalmente e si apre dispesso un poco; nella multipara è lunga ancora alcuni millimetri, il canale del collo si scorcia e si dilata. La testa del feto trovasi immobile sullo stretto superiore e spinge il seno vaginale anteriore in basso nella vagina. Il fondo dell' utero torna dinuovo in basso e a 40 settimane si trova all' altezza che aveva a 32. La parte superiore del ventre, che fino alla 37ª. settimana si era vieppiù distesa, ora si rilassa in modo, che si può deprimerla colla mano fino a raggiungere il fondo dell' utero. Per conseguenza il ventre è tanto più prominente nella sua parte inferiore. La cicatrice ombellicale è prominente al massimo grado.

§ 136.

Siccome i segni *per riconoscere* la gravidanza (capitolo 8) non hanno tutti lo stesso valore, così non lo hanno neppure quelli per *determinare la data* della gravidanza. **La grandezza del feto e dell' utero formano sempre il segno principale.** Noi calcoliamo la grandezza del feto per mezzo della palpazione e se la testa si trova molto bassa, anche per mezzo dell' esplorazione interna. Quando l'utero ha una forma regolare noi apprezziamo la sua grandezza tenendo conto del **livello del fondo dell' utero**; noi dobbiamo però rammentarci che l'utero nelle persone col ventre rilassato e massimamente nelle multipare non s' innalza tanto come nelle donne colle pareti del ventre distese e come nelle primipare.

§ 137.

Il secondo segno principale per determinare la data della gravidanza riguarda i *cambiamenti nella parte vaginale.* Questi cambiamenti sono più distinti e perciò anche più importanti nelle primipare. Nelle multipare invece la parte vaginale varia nell' istessa epoca della gravidanza in riguardo alla sua lunghezza, larghezza e consistenza, perchè i cambiamenti prodotti dai parti anteriori variano nelle singole persone. Nelle multipare acquistano nelle

ultime settimane della gravidanza un certo valore per determinarne la data la larghezza ed in parte anche la lunghezza del canale del collo.

I segni desunti dalla *parte previa del feto* sono di poca importanza per determinare la data della gravidanza; essi variano quando il feto occupa una posizione irregolare e variano più dispesso ancora tenor la quantità del liquido dell' amnio; se questo è abbondante la parte previa resta mobile sino alla fine; se invece è scarso la parte previa può essere immobile già prima del solito.

Per i motivi di cui parlammo nel § 118 i segni desunti dalla *pelle del ventre* e dai cambiamenti nella *cicatrice ombellicale* non hanno gran valore per determinare la data della gravidanza. Una certa importanza spetta però sempre al *rilassamento che nelle ultime settimane osserviamo nelle pareti del ventre* sopra il fondo dell' utero. Noi ci rammenteremo tuttavia che il fenomeno della discesa dell' utero spettante alle ultime quattro settimane può apparire anche prima della 37ª. settimana nei casi, nei quali soprastà un' interruzione della gravidanza prima del suo termine normale.

Capitolo undicesimo.

Igiene della gravidanza.

§ 138.

L' esperienza d' ogni dì insegna alla levatrice che una donna gravida sana non ha bisogno di una cura speciale. In generale una donna gravida deve attenersi al suo solito modo di vivere, se vi si trova bene. Ma i cambiamenti, che subiscono molti dei suoi organi interni, la rendono più suscettibile per diverse influenze esterne, che alla donna non gravida non arrecano nessuno o almeno ben poco danno. La donna gravida ha il doppio dovere di preservare da qualunque danno il proprio corpo ed il feto che porta. Essa va incontro al parto ed al puerperio, nei quali anche il minimo disordine nello stato di salute può avere triste conseguenze.

Per questi tre motivi la donna gravida deve aver maggior cura della sua salute. Nel contegno delle donne gravide richieggono una cura speciale massimamente i seguenti punti.

§ 139.

1) La donna gravida deve in prima linea poter respirare un' *aria salubre e netta.* A questo scopo essa ventilerà bene la sua abitazione e schiverà di trattenersi lungo tempo in luoghi chiusi e mal aëreati, come per esempio in luoghi dove si trovano molte persone; in questi luoghi essa esporrebbe oltrecciò il suo ventre agli urti della folla.

2) *Il moto a piedi,* specialmente se potrà farsi all' aperta campagna, è utile e necessario come per ogni persona sana. Noi faremo invece che eviti qualunque movimento congiunto con scosse violenti del corpo, come viaggi lunghi in vetture cattive o per strade sassose, come pure il cavalcare, il ballare ed il saltare, perchè le sono nocivi. Lavori materiali e persino gravi lavori non le arrecano danno se vi è assuefatta, se non sono congiunti con un forte distendimento del corpo o con una piegatura del tronco o con qualsiasi compressione del ventre, e se non consumano le forze.

3) Le *vestimenta* devono essere adattate alla stagione ed all' abitudine. Giacchè la prominenza del ventre fa sì, che le sottane distanno dal corpo, la donna gravida deve portare mutande onde preservare il basso ventre e le gambe da raffreddamenti. Come punto d' appoggio per le sottane si sceglieranno le spalle a preferenza delle anche, onde evitare una pressione nociva sul ventre. Le mammelle devono essere sostenute da un corpettino adattato, il quale però non sia serrato soverchiamente alla vita. Anche i legaccioli delle calze non devono stringere per non aumentare la disposizione che la donna gravida ha già per le varici.

4) Onde mantenersi la salute è necessario che anche la donna gravida procuri di tenersi *netta.* Non deve assolutamente aver paura di lavarsi il corpo e di cambiare diligentemente la biancheria. Bagni caldi ai piedi invece sono nocivi ed i bagni caldi o freddi a tutto il corpo non ponno farsi che dietro ordine del medico.

§ 140.

5) Il *nutrimento* corrisponda al bisogno; se questo fosse maggiore del solito si potrà bensì soddisfarlo, però la donna gravida non deve forse credere che debba mangiare e bevere per due per l'unico motivo, che porta un feto. Non si sforzerà di mangiare cibi che le ripugnano; dall' altra parte non cederà alle sue voglie che quando si riferiscono a cose innocue. La nausea ed il vomito, che accompagnano il principio della gravidanza, non devono indurre la gravida ad astenersi dal mangiare, giacchè appunto il mangiare ne è molte volte il rimedio. Mangi però sempre poco alla volta, perchè un pasto abbondante può avere l'effetto contrario ed eccitare direttamente il vomito tanto nel principio quanto verso la fine della gravidanza. Molte gravide vomitano solamente quando si *alzano digiune* alla mattina. Facendo colazione al letto un po' prima d'alzarsi ponno evitare il vomito. La gravida eviterà ciò che è indigesto e flatulento e si studierà di attenersi a quei cibi che per esperienza sono adatti al suo stomaco. Eviterà inoltre tutte le bevande molto riscaldanti. Essendone già abituata potrà però bevere un bicchiere di vino o di buona birra sinchè trova che le fa bene. Qualunque eccesso è da evitarsi, anche il caffè forte ed il thè sono nocivi.

6) *L'emissione dell' orina e la defecazione* sono dispesso disturbate nelle gravide, per cui sarà nostra cura di rimediarvi meglio possibile. Un modo di vivere regolato in tutti i riguardi, il moto a piedi all' aria aperta, un bicchiere di acqua fresca la mattina a digiuno, alcune frutta fresche o cotte, un bicchiere di siero del burro promuovono la defecazione. Quando la stitichezza arreca degli incomodi la levatrice applicherà un clistere tiepido di acqua o di tè di camomilla con un po' di miele, sciroppo o latte, olio o buon sapone. L'ordinazione dei purganti spetta unicamente al medico. Appena che la gravida sente il bisogno di orinare lo soddisferà senza riguardi.

§ 141.

7) Le *commozioni d'animo* violenti e durature d'ogni specie, come lo spavento, la gioja, la collera, l'affanno e l'angoscia ponno far gran danno alla gravida e sono quindi da evitarsi più che

possibile. La levatrice si guarderà massimamente di non raccontare alla gravida la storia di qualche parto difficile di un' altra donna per non inspirarle maggior timore ancora per il parto soprastante. Combatterà anche l'idea stolta che una gravida si possa *impressionare* di una cosa di modo che il feto ne porti il *segno*.

8) L'*avvicinamento sessuale* non fa danno ad una gravida sana. Noi consiglieremo però ai conjugi di non effettuarlo troppo violentemente e troppo spesso od in modo di comprimere il ventre.

§ 142.

Nel volgo troviamo in uso molti arcani ed altre *ciarlatanerie*. Esse sono *sempre* più dannose che utili. La levatrice procurerà sotto responsabilità, che la donna gravida affidata alla sua cura non faccia uso di simili mezzi. In casi di malattia o di lesioni esterne, il cui trattamento non le fu insegnato nelle lezioni di ostetricia, la levatrice per i motivi adotti nel principio di questo capitolo consiglierà alla gravida di rivolgersi al medico, il quale poi ordinerà i medicamenti necessarii. In certi luoghi si usa cavar sangue alle gravide. Ciò è di rado utile e necessario ed in questo caso l'ordinerà il medico.

§ 143.

10) Quando una donna gravida le domanda un consiglio la levatrice dovrà anzitutto **farle una visita** più esatta possibile e se la gravida dovesse opporvisi le metterà avanti i vantaggi di una tale esplorazione. Talvolta la levatrice troverà inaspettatamente delle irregolarità, la cui presenza è bene conoscere già prima del parto, tanto pella madre quanto per il feto. In questo caso la levatrice esporrà cautamente e senza spaventare la gravida la necessità di consultare il medico. La levatrice visiterà senza fallo anche le *mammelle*. I *capezzoli* sono dispesso e massimamente nelle primipare poco atti all' allattamento e vogliono esservi *preparati*. Se nella seconda metà della gravidanza essi fossero ancora piccoli e poco sviluppati si dovranno prolungare, facendovi con maniera giornalmente delle trazioni con due dita. In questo semplice modo ci riesce dispesso di sviluppare i capezzoli convene-

volmente; altre volte però essi giaciono molto profondi ed allora si devono succhiare fuori applicandovi una volta al giorno un poppatojo di gomma. Questi poppatoji hanno differenti forme. I più semplici sono i migliori. In mancanza di un poppatojo la levatrice si può servire di una solita bottiglia di vetro o di terra cotta col collo largo come il capezzolo; l'empirà con acqua calda, poi la vuoterà dinuovo ben presto e l'applicherà col collo sul capezzolo. La bottiglia allora succhierà fuori il capezzolo. Si desisterà da questa manipolazione appena recasse dolore. Quando i capezzoli sono molto sensibili o hanno delle escoriazioni si laveranno con un po' di rhum o di vino rosso mescolato coll' acqua o con un decotto di noce di galla, di scorza di quercia o di salice. Quando invece sono duri e grossi si spalmeranno dispesso con olio fino e si laveranno quindi accuratamente con sapone fino.

§ 144.

Per ottenere un parto e puerperio normale è assolutamente necessario che la donna gravida abbia quiete d'animo e di corpo nelle ultime settimane della gravidanza. Essa si occuperà convenientemente del corredo del futuro neonato.

Parte terza.

Del parto normale.

§ 145.

Il **parto** consiste nell' espulsione di tutto l'uovo dall' utero alla fine della gravidanza.

§ 146.

L'uovo può essere espulso in tutti i tempi della gravidanza. In certi casi però, di cui parleremo ancora nel § 287, l'espulsione non avviene mai.

Tenor il tempo in cui il parto avviene noi lo distinguiamo in:

1) **Aborto,** che corrisponde all' espulsione avvenuta durante le prime 28 settimane della gravidanza. Il feto non è ancora capace di vivere al di fuori del ventre della madre.

2) **Parto prematuro,** oppure parto ove il feto, sebbene capace di vita, non è ancora maturo. Questo parto avviene dalla 29ª alla 39ª settimana della gravidanza.

3) **Parto maturo,** ovvero parto ove il feto è maturo. Avviene regolarmente alla fine della 40ª settimana.

4) **Parto tardivo.** Il parto avviene raramente anche dopo le 40 settimane, a 44, 46, e persino a 48 settimane. Per lo più però dobbiamo ammettere un *errore di calcolo* (vedi § 125) quando il parto non avviene all' epoca calcolata.

§ 147.

Noi distinguiamo il parto ancora in *difficile* e *facile, naturale* ed *artificiale, normale* ed *anormale, felice* ed *infelice,* in *semplice* e *composto* e così via. Il significato di queste distinzioni è chiaro.

La distinzione più importante è quella in **normale** ed **anormale** e perciò l'adotteremo anche *noi* nei seguenti capitoli.

L'aborto, il parto prematuro ed il parto tardivo sono sempre parti anormali ed anche il **parto maturo** non è sempre normale, giacchè il parto può deviare dalla regola anche in altri riguardi e non solamente nel tempo.

Delle irregolarità parleremo più tardi. Questa parte tratta del **parto normale.**

Capitolo primo.

Delle forze espellenti, dei periodi e della durata del parto.

§ 148.

L'espulsione naturale di tutto l'uovo avviene massimamente per mezzo delle **contrazioni dell' utero,** dette **doglie** o **dolori del parto.** Queste contrazioni sono involontarie e per lo più accompagnate da dolori acuti.

All' espulsione giova in secondo luogo la **pressione addominale,** la quale consiste in uno **spingere e premere,** simile a quello che serve alla defecazione difficile, ed in forti movimenti di respirazione coi quali si contraggono i muscoli del ventre e del diaframma. Questa pressione dipende *in parte* dalla volontà della donna.

Anche la *vagina* si contrae come l'utero involontariamente. Nel parto maturo le sue contrazioni sono di poca importanza.

§ 149.

I **dolori sono intermittenti.** Negli **intervalli** la donna rimane tranquilla. Durante la doglia la donna prova verso l'osso sacro dei **dolori acuti** che si propagano verso il basso ventre. Questi dolori cominciano pian piano e si rendono progressivamente sempre più sensibili per poi cedere dinuovo successivamente. In egual modo comincia anche la **contrazione dell' utero** lentamente, diventa

poi sempre più forte e scompare finalmente a poco a poco. La palpazione fa sentire che l'utero s'indurisce ossia si contrae. Contraendosi l'utero diventa più rotondo di prima e non trovando luogo posteriormente rialza il ventre anteriormente, come si sente distintamente colla palpazione. Durante i dolori il polso della donna si fa più frequente, fra un dolore e l'altro esso si rallenta dinuovo.

§ 150.

Nel **principio** del parto i dolori sono meno frequenti, più corti e meno forti; progredendo il parto essi diventano sempre più frequenti, più lunghi, più forti e svegliano una sensazione sempre più molesta. **Verso la fine** del parto i dolori diventano violentissimi e non si limitano all' osso sacro ed al basso ventre, ma si propagano verso le anche, le cosce e dispesso anche verso le gambe. Nello stesso tempo la **pressione addominale si fa involontaria**; la donna diventa irritabile e smaniosa, ha la faccia rossa e calda, suda, trema e geme o emette grida di dolore; talvolta essa deve anche vomitare.

§ 151.

Secondo la qualità dei dolori e l'effetto che producono, il parto vien diviso in sezioni o periodi ed i dolori stessi prendono differenti nomi.

Il parto consiste di tre sezioni o periodi:

1) **La dilatazione dell' orifizio dell' utero**;
2) **L' espulsione o discesa del feto**;
3) **L' espulsione delle secondine o secondamento.**

Conformemente distinguiamo *tre specie di dolori del parto.* Ma giacchè vi sono dolori anche *prima del parto* e *dopo* il parto noi dobbiamo distinguerne in tutto **cinque specie.**

§ 152.

I *primi dolori* sono chiamati **presagenti,** perchè accennano al prossimo parto. Si manifestano già quando l'utero comincia *ad abbassarsi*, vale a dire nelle ultime 3 o 4 settimane della **gravidanza**; dapprincipio sono meno frequenti e più deboli, più tardi però e massimamente negli ultimi giorni prima del parto

si fanno già più frequenti e più forti. Fanno pause di uno o più giorni. Nelle primipare queste doglie sono più o meno dolorose, nelle multipare invece quasi mai. Durante questo tempo e per effetto di questi dolori presagenti, nelle primipare si distende l'ultimo resto della parte vaginale e nelle multipare si scorcia il canale già dilatato del collo dell' utero. In tutte e due la vagina si dilata e diventa molle, calda e lubrica causa un aumento di secrezione. Anche le parti genitali esterne quasi sempre si dilatano e diventano più molli. Facendo la palpazione la levatrice sentirà che l'utero s' indurisce e si arrotonda (§ 149) e nelle multipare facendo il riscontro sentirà oltreciò le membrane dell'uovo distese dall' amnio.

§ 153.

La seconda specie dei dolori del parto vien rappresentata dai dolori **preparanti** o **dilatanti** oppure *dolori delle acque*. **Essi segnano il principio del parto.** La donna si chiama adesso **partoriente.**

Questi dolori e le contrazioni dell' utero sono più violenti e più lunghi dei dolori presagenti e si fanno più frequenti e più regolari. Gli intervalli sono più corti e non durano quasi mai più di 1/4 d' ora. Rarissimi sono i casi nei quali anche le doglie dilatanti sono poco o punto dolorose.

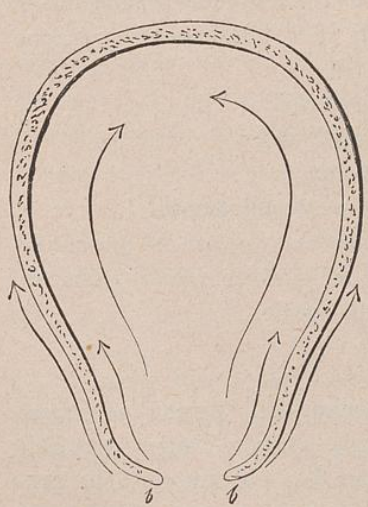


Fig. 39. 1/5 della grand. naturale.

La contrazione che accompagna la doglia è sempre più forte nel *fondo* dell' utero e perciò ogni parte dell' utero vien tirata nella direzione dalla parete dell' utero al fondo. Le freccie nella nostra figura indicano questa direzione. In questo modo i margini dell' orifizio dell' utero devono divergere, fig. 39 *bb*, e l' orifizio si apre e si allarga.

§ 154.

Causa la dilatazione dell' orifizio dell' utero vi s' intromette una parte sempre maggiore dell' uovo. Una parte ancor maggiore dell' uovo si *distacca* dalla parete dell' utero, la quale durante le contrazioni vien dislocata verso il fondo. Ma giacchè la decidua, che è l' antica membrana muccosa dell' utero, resta attaccata all' uovo, il suo distacco deve essere accompagnato da *una piccola emorragia.* Le muccosità che scolano dalle parti genitali sono mescolate con sangue. Allora dicesi che il mucco **tinge.** Questo fenomeno che accompagna la dilatazione dell' orifizio dell' utero *segna il vero principio del parto.*

§ 155.

La contrazione fa impiccolire la cavità dell' utero e perciò durante ogni doglia il sacco delle acque s' intromette fortemente nell' *orifizio dell' utero* ed *ajuta così a dilatarlo.* Quando facendo il riscontro si sente attraverso l' orifizio dell' utero che le membrane dell' uovo si distendono durante la contrazione, allora dicesi **che la borsa delle acque è formata.** Fuori del tempo della contrazione l' utero s' ingrandisce dinuovo ed il sacco delle acque diventa floscio. Consecutivamente l' orifizio dell' utero si dilata tanto, che non se ne trova più che un piccolo orlo nelle pareti anteriore e laterali del bacino. Ciò chiamasi **sparire dell' orifizio dell' utero.** Allora l' utero resta più piccolo anche fra un dolore e l' altro ed anche la borsa delle acque resta distesa, per cui dicesi che *la borsa* **è vicina a rompersi.** Durante la prossima doglia gagliarda **la borsa si apre** ed una parte del **liquido dell' amnio, le prime acque, scolano al di fuori.**

§ 156.

Così termina il primo periodo del parto, cioè il periodo di dilatazione. Rammentiamoci però bene che la fine di questo periodo *non* è marcata dallo *scolo delle acque,* ma bensì **dalla dilatazione completa dell' orifizio dell' utero.** (Nel parto anormale la borsa delle acque può aprirsi prima ed anche più tardi.)

§ 157.

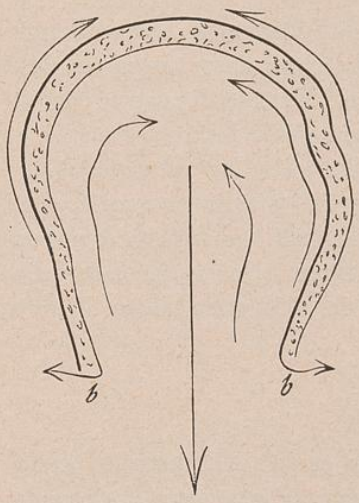


Fig. 40. 1/5 della grand. naturale.

In alcuni pochi casi subentra ora nei dolori una pausa di 15 minuti sino ad 1 ora. Generalmente però i dolori si fanno subito più *frequenti e più forti*. Questi dolori corrispondono al secondo periodo del parto e si dicono **espulsivi** o **dolori del feto,** perchè spingono il feto nel bacino ed a traverso lo stesso. Le contrazioni sono anche quì come nel primo periodo più forti nel fondo dell' utero, ma giacchè il margine inferiore dell' utero dopo la dilatazione completa dell' orifizio non può più venir tirato più in alto, perchè è attaccato al bacino per mezzo della vagina, del peritoneo e dei ligamenti dell' utero, fig. 40 *b b*, *il fondo dell' utero e con esso il feto deve scendere in basso* nella direzione indicata nella fig. 40 dalla freccia diritta.

§ 158.

I *dolori preparanti* e più ancora i *dolori espulsivi* sono accompagnati da quel bisogno di spingere e premere, che le madri inesperte ritengono come uno stimolo alla defecazione e che noi conosciamo già come *pressione addominale*. Nel principio del secondo periodo questa pressione è ancora *volontaria* e la partoriente cerca di appoggiarsi colle mani e colle piante dei piedi e ritiene il fiato onde **renderla più efficace.**

§ 159.

Quando la **testa** del feto si trova colla sua massima circonferenza nell' orifizio dell' utero dicesi che **la testa è coronata.** Quando è giunta nel fondo del bacino si osserva che durante ogni doglia **si tendono il perineo e la vulva,** e l' orifizio vaginale si

dilata in modo che ne lascia vedere una parte. Dicesi allora che **la testa è giunta all' orifizio della vagina.** Oltre il dolore delle doglie la partoriente sente adesso un altro dolore acuto, causato dal distendimento delle parti genitali esterne che va congiunto colla discesa della testa. Questo dolore rinforza le doglie ed invita imperiosamente la donna a premere e spingere, cosicchè la *pressione addominale diventa* molte volte *del tutto involontaria.* Frattanto l'agitazione della donna è al colmo. Per questo motivo gli ultimi dolori espulsivi si dicono *conquassanti.* Essi diventano vieppiù violenti e spingono la testa sempre più in avanti nell' apertura della vagina. Fra un dolore e l'altro la testa retrocede come la borsa delle acque nel primo periodo del parto, dapprincipio di più, poi sempre di meno. Finalmente la vagina si dilata tanto che vi s' impegna una buona porzione della testa, la quale non si perde di vista nemmeno nel rilasciamento. Allora dicesi che la **testa occupa l' orifizio della vagina.** La testa vien poi **espulsa** con dolori vivissimi dalla prossima doglia.

§ 160.

Molte volte subentra ora dinuovo una breve pausa, dopo la quale una o poche doglie spingono fuori le altre parti del corpo fetale accompagnate dal **residuo delle acque.** Così termina il secondo periodo del parto, cioè il periodo di espulsione. Per opera delle contrazioni uterine tutto l'utero e così anche il luogo ove era attaccata la placenta è diventato più piccolo. Ora giacchè la placenta non si può contrarre come l'utero, una parte si deve distaccare già adesso dalla parete dell' utero. Questo distacco è necessariamente congiunto con un' *emorragia.* Quasi subito dopo l'espulsione del feto si osserva perciò uno sbotto di sangue.

§ 161.

Ora comincia il *terzo periodo del parto*, oppure il *secondamento.* Attraverso alle pareti rilassate del ventre noi riscontriamo ora colla palpazione l'utero qual corpo duro e rotondo, che occupa lo

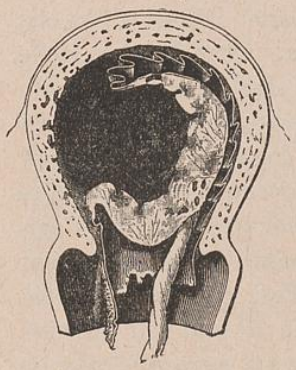


Fig. 41. 1/5 della grand. nat.

spazio fra il pube e l'ombilico. Nell' utero si trattengono ancora la placenta, le membrane dell' uovo e parte del cordone ombellicale — le *secondine*. L'espulsione delle secondine è accompagnata da nuove contrazioni e dolori, che chiamansi **dolori delle secondine** e che la *levatrice* può avvertire distintamente coll' esplorazione, mentre *molte partorienti* e massimamente le primipare non ne provano nessun dolore.

§ 162.

Durante ogni dolore delle secondine **scola un po' di sangue al di fuori.** Finchè la **placenta** non **si è distaccata** in totalità, i vasi uterini rimangono aperti e danno sangue, perchè la placenta come corpo estraneo impedisce la completa contrazione delle fibre dell' utero. Ma appena che la placenta è distaccata completamente i dolori l' **espellono** unitamente alle membrane dell' uovo ed al sangue solitamente aggrumato, che si era accumulato nella cavità dell' utero. Contemporaneamente si contraggono anche le fibre dell' utero, chiudendo e comprimendo così i vasi uterini in modo, che lo scolo

Fig. 42. 1/5 della grand. nat.

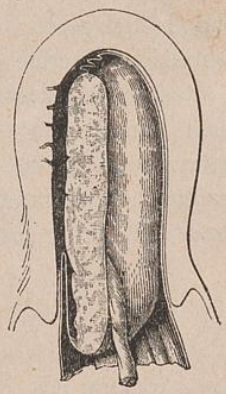


Fig. 43. 1/5 della grand. nat.

di sangue dopo l'espulsione delle secondine termina o diventa almeno irrilevante.

Coll' espulsione completa delle secondine **termina il parto** e la donna si chiama *puerpera.*

§ 163.

Anche nei primi giorni del puerperio l'utero si contrae di tempo in tempo diminuendo così il suo volume. Queste contrazioni producono massimamente nelle multipare una sensazione molesta ed anche dolorosa e si chiamano **morsi uterini.**

§ 164.

Tre sono adunque i **periodi del parto:**

primo periodo del parto — periodo di dilatazione.
secondo periodo del parto — periodo di espulsione.
terzo periodo del parto — secondamento.

Noi distinguiamo invece **cinque specie di dolori,** perchè osserviamo dolori anche prima e dopo il parto:

1) **dolori presagenti** . . . . — **dolori della gravidanza.**
2) **dolori dilatanti** o **preparanti** . .
3) **dolori espulsivi** o **dolori del feto** } **dolori del parto.**
4) **dolori delle secondine** . . . .
5) **morsi uterini** . . . . . — **dolori del puerperio.**

§ 165.

La **durata del parto** varia molto. Il primo ed il secondo periodo del parto sono più brevi nelle *multipare.* Il secondamento invece è più breve nelle *primipare.*

In media la durata del parto normale, nelle *primipare* è di:

primo periodo del parto	16
secondo periodo del parto	1 3/4
terzo periodo del parto	1/4 d'ora
totale	18 ore

e nelle *multipare* di:

primo periodo del parto	10
secondo periodo del parto	1
terzo periodo del parto	1/4—1/2 ora
totale circa	12 ore.

Noi abbiamo calcolato questa durata media del parto sommando la durata di 10000 parti normali e dividendone l'importo con 10000. D'altronde il parto *normale* si compie **generalmente** più presto.

§ 166.

Prima si soleva dividere il parto in cinque periodi. Il primo periodo del parto corrispondeva agli ultimi dolori presagenti e per conseguenza il secondo al periodo di dilatazione; il terzo periodo era dalla rottura del sacco amniotico sino al momento in cui la testa è giunta all' orifizio della vagina ed il quarto da questo momento all' espulsione completa del feto. Il secondamento formava poi il quinto periodo del parto.

Capitolo secondo.

Del modo col quale il feto esce dall' utero, del meccanismo del parto.

§ 167.

Il bacino normale è così poco spazioso, che il feto maturo non vi può passare che a stento; la forza espellente deve superare degli ostacoli rilevanti nel bacino. Ogni parte più voluminosa del feto, come la testa, le spalle e le natiche, il cui diametro cuopre quasi intieramente i diametri del bacino, trova passando frammezzo al bacino differenti ostacoli nelle pareti dello stesso, che l'obbligano di fare certi movimenti di rotazione e di deviare in diversi riguardi dalla direzione, nella quale vien spinta. **Ciò dicesi meccanismo del parto.**

§ 168.

La parte fetale che discende deve in primo luogo progredire **nella direzione dell' asse del bacino.** L'asse (vedi § 43 e fig. 11)

ha un' altra direzione di quella, nella quale vien spinto il feto. La direzione della forza espellente è rappresentata da una linea, che distà egualmente dalla parete anteriore e posteriore e dalla parete destra e sinistra dell' utero. Supposto che l'utero si trovi nella metà del ventre e che si appoggi posteriormente alle tre ultime vertebre lombari e che abbia un diametro di circa 22 centimetri, questa linea si trova 11 centimetri davanti alla terza ver-

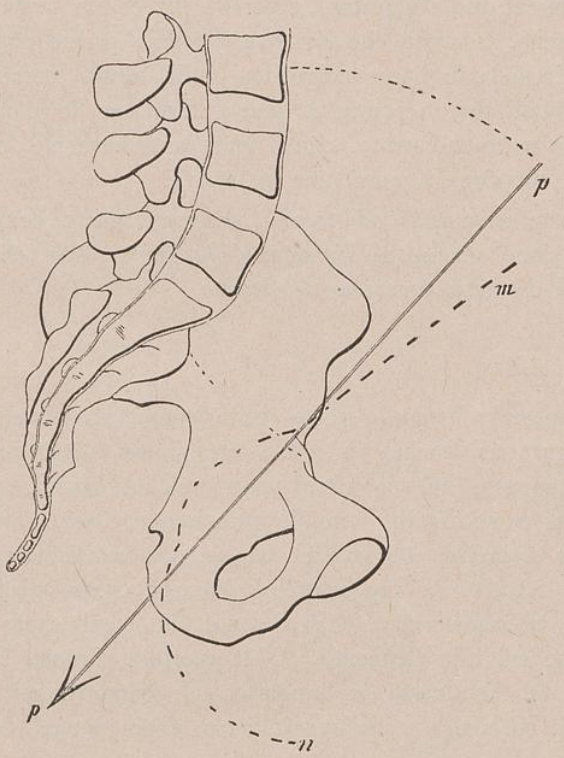


Fig. 44. 1/3 della grandezza naturale.

tebra lombare e percorrendo in basso taglia il centro dello stretto superiore e dell' orifizio dilatato dell' utero. Essa corrisponde quindi alla linea *pp* nella figura 44. L'asse, figura 44 *mn*, devia dalla direzione della forza espellente dapprincipio un po' indietro, poi alquanto in avanti. Per questo motivo la parte fetale che discende, per esempio la testa, ammesso che occupi intieramente i diametri

del piccolo bacino, vien spinta nell' apertura d' ingresso più fortemente verso la parete anteriore del bacino e nell' apertura d' escita più verso la parete posteriore e giacchè queste pareti sono oblique essa scivola sulle stesse, benchè perdendo una parte della forza espellente. Così si spiega, perchè nel principio dell' espulsione la parte antestante, che si adatta alla parete anteriore del bacino, *progredisca più presto* e trovandosi *più bassa* venga raggiunta più facilmente col dito esploratore, e perchè invece più tardi, nell' apertura d' escita, la parte che si trova verso la parete posteriore del bacino discenda in basso volgendosi nello stesso tempo in avanti ed abbandoni per la prima in questa direzione le parti genitali, mentre la parte antestante, che si trova anteriormente, ne forma il punto di rotazione e quasi non si muove.

Questo *movimento ad arco* è necessariamente congiunto con una rotazione attorno al *diametro della parte fetale,* che è in rapporto col *diametro trasverso del bacino.*

§ 169.

In secondo luogo la parte fetale spinta in basso dall' utero deve entrare nel bacino in modo che il *suo* diametro maggiore sia in rapporto col diametro maggiore del *bacino;* per questo motivo la parte fetale entra dapprincipio col suo diametro maggiore nel diametro *obliquo* del bacino, poi arrivata nello stretto inferiore si mette in rapporto col diametro *retto,* giacchè colà i diametri trasverso ed obliquo sono più corti causa le spine ischiatiche coi loro ligamenti. Nell' apertura d' escita la parte antestante del feto resta in rapporto col diametro retto, il quale quando il coccige si addirizza indietro è più lungo del diametro trasverso.

La figura 45 rappresenta questa rotazione nella posizione normale della presentazione del vertice. Nell' apertura d' ingresso la piccola fontanella si trova presso *a;* nello stretto inferiore essa si trova invece sotto l' arco del pube presso *b.* Nella figura 45 il bacino è rappresentato come nella figura 10.

La parte fetale antestante discende quindi per mezzo di un movimento **ad arco** e di un altro **a vite**; il movimento *ad arco*

dipende dalla direzione dell' asse, quello a vite dalla differenza di lunghezza dei diametri retti e trasversi del bacino. La figura 46 rappresenta tutti e due questi movimenti nella testa che discende regolarmente.

§ 170.

Siccome la *presentazione del vertice* è l' unica *presentazione* normale, così anche il **parto del vertice colla piccola fontanella rivolta in avanti è l' unico parto normale.**

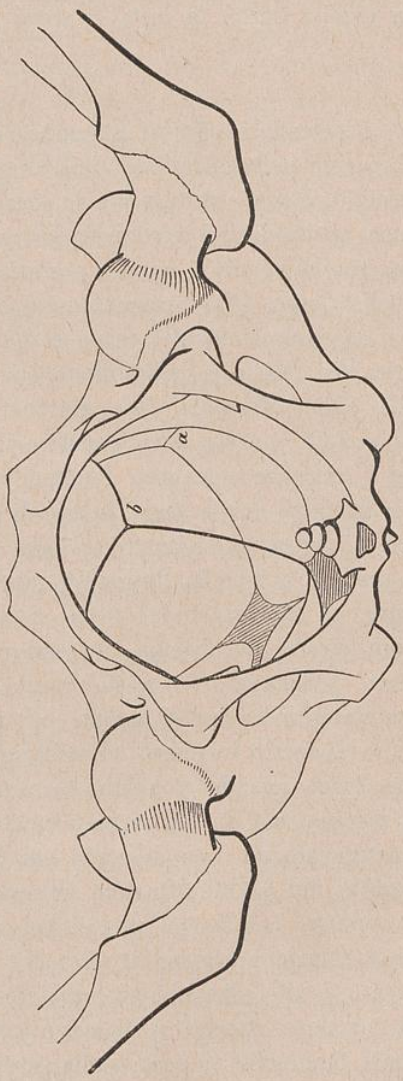


Fig. 45. 1/3 della grandezza naturale.

§ 171.

Verso la fine della gravidanza la testa come già sappiamo s' impegna quasi sempre più e più nell' apertura d' ingresso e talvolta s' intromette persino nel bacino stesso, cosicchè facendo il riscontro si può apprezzarla attraverso il seno della vagina. Per opera dei dolori presagenti e dei primi dolori dilatanti, i quali spingono il liquido dell' amnio verso l' orifizio dell' utero, essa ora *si rialza* dinuovo un poco e diventa mobile, in modo che il dito esploratore non la raggiunge che a stento o più del tutto.

Una volta dilatato completamente l' orifizio dell' utero, aperto il sacco amniotico e scolate le prime acque, le

contrazioni dell' utero *spingono* la testa, che ora è nuda, nello stretto superiore e nell' orifizio. La posizione più frequente della testa è quella colla *piccola* fontanella rivolta a *sinistra* ed un po' in *avanti* **(prima posizione della presentazione del vertice).** La *gran* fontanella si trova allora a *destra* vicino alla parete *posteriore* del bacino (vedi fig. 45, fig. 46 1) ove il dito esploratore la raggiunge con facilità finchè la testa si trova nello stretto superiore.

§ 172.

Ripetendosi e fattesi più spesse le contrazioni, la testa discende nel bacino nella direzione dell' asse (confronta il § 168): l' osso parietale, che si trova verso la parete anteriore del bacino, nella prima posizione del vertice il destro, scende più in basso di quello che guarda verso la parete posteriore del bacino. Le teste 1 e 2 nella figura 46 rappresentano questo movimento.

Le contrazioni del corpo e del fondo dell' utero agiscono sul *tronco* del feto e si trasmettono sino alla *testa* del feto per mezzo della *spina dorsale.* Ora giacchè la spina dorsale si articola coll' *occipite,* questo deve scendere il primo più in basso, mentre che il *sincipite* e la gran fontanella rimangono vieppiù indietro. Così avviene che la testa, invece di entrare nel bacino col diametro *retto,* vi entra col diametro *obliquo piccolo,* il quale è più corto. Le teste 1 e 2 nella figura 46 rappresentano anche questo movimento. A misura che la testa si abbassa nelle regioni inferiori e più strette del bacino, è sempre più obbligata di tenersi in questo portamento. Questo cambiamento nel portamento della testa descritto or ora si compie per mezzo di una rotazione intorno al suo diametro trasverso ed assomiglia al movimento, che facciamo colla testa quando vogliamo accennare di sì. Non manca mai nel meccanismo di un parto normale del vertice ed accompagna il movimento ad arco descritto nel § 168 ed il movimento a vite descritto nel § 169. Quando la testa arriva nello stretto inferiore ed appunto nel luogo ove si trova la testa 2 della fig. 46, a questa rotazione attorno al diametro trasverso si unisce quel movimento a vite, che abbiamo già descritto e che non è altro che una rotazione attorno al diametro verticale della testa, per cui la piccola fontanella si porta dalla parete sinistra del bacino in avanti

verso la sinfisi del pube, mentre la faccia si volge verso il sacro ed il coccige (vedi la testa 3 nella figura 46).

§ 173.

Quando la testa incontra nel bacino una maggiore resistenza, e ciò avviene talvolta già nello stretto superiore, talvolta però solamente verso l'apertura d'escita, le ossa del cranio, che sono mobili mercè le suture, si sovrappongono con una piccola parte del loro margine e massimamente l'occipite vien spinto un poco sotto il margine posteriore dei parietali. In questo modo il cranio si adatta meglio alla forma del bacino e discende più facilmente. Mentre il *cranio* s'impiccolisce, la *pelle* che lo ricuopre diventa floscia e si compone in pieghe, apprezzabili anche col riscontro sul parietale destro che è disceso più in basso. Persistendo questa compressione del cranio, si forma poi il **tumore sanguigno**, il quale distende dinuovo le pieghe (vedi le teste 3, 4 e 5 nella fig. 46). Questo tumore si forma anche nelle altre presentazioni del feto in quella parte che prima discende e ovunque risieda si dice *capo succedaneo*. Siccome un membro si gonfia, quando lo stringiamo fortemente con un nastro, così anche la parte antestante del feto si gonfia nel punto più basso, intorno al quale il bacino esercitò la compressione. Ciò succede tanto più facilmente in quanto che quella parte del feto che si è impegnata nell' orifizio dell' utero si trova sotto una pressione minore di quella parte che si trova ancora nell' utero e che va soggetta alla pressione delle contrazioni dello stesso.

§ 174.

In questo modo la testa discende sino all' apertura d'escita del bacino. Ora l'occipite si trova sotto l'arcata del pube e la nuca del feto è spinta verso la faccia posteriore della sinfisi del pube; il mento si flette sul petto del feto e la fronte e la faccia del feto guardano verso l'escavazione del sacro e del coccige. Progredendo in questa direzione e posizione, la testa dovrebbe passare attraverso il perineo e l'ano. I dolori la spingono bensì in questa direzione (*pp* nelle figure 44 e 46 indicano la direzione della forza espellente) e le parti molli del fondo del bacino e massimamente

il perineo si tendono fortemente; ma la resistenza che esse oppongono alla testa, l'obbligano di cambiar direzione e di volgersi in avanti verso la vulva. Ciò succede nel modo seguente. I dolori

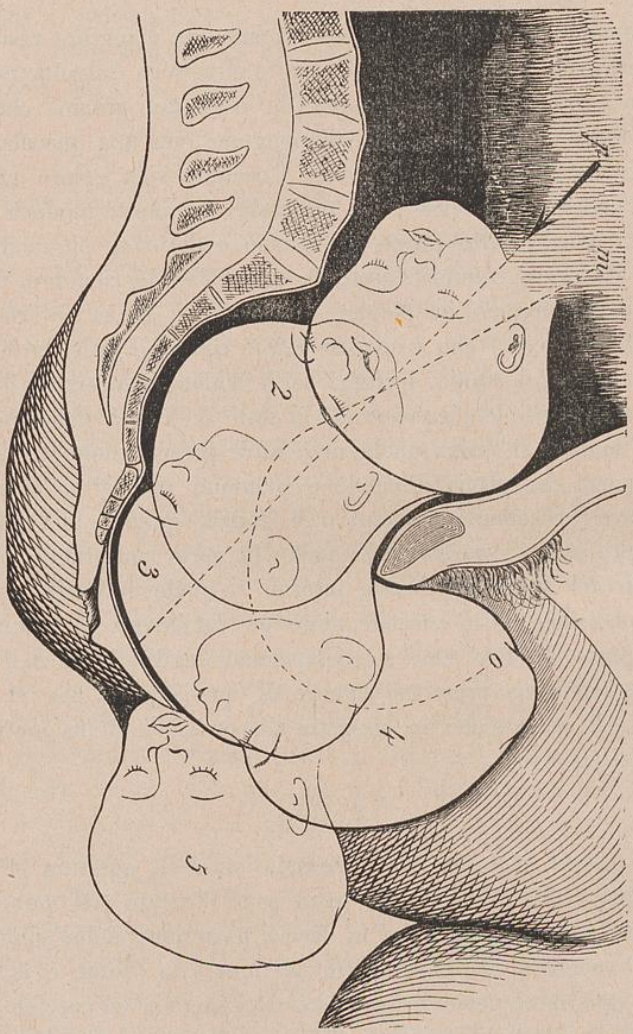


Fig. 46. 1/3 della grandezza naturale.

spingono la testa, che si trova coll' occipite quasi nella fessura della vulva, sempre più verso il fondo del bacino, essi spingono anche il tronco del feto vieppiù nel bacino. Ora il petto spinge

in avanti il mento, cosicchè il vertice e la fronte del feto devono spingere il perineo ed il coccige sempre più in basso ed *indietro* (testa 3 nella figura 46). Il fondo del bacino, che resisteva al progredire della testa, forma così pian piano un angolo ottuso colla direzione della forza espellente, cosicchè la testa finalmente può scivolare sulla doccia perineale e, *allontanando il mento dal petto,* sortire dalla vulva dilatata. La fossa della nuca del feto è ferma sotto l'arcata del pube, la testa fa una rotazione intorno al suo diametro trasverso, l'occipite fa prominenza al di fuori dell' arcata del pube e *con dolori vivissimi vien espulso prima il vertice, dopo la fronte e finalmente anche la faccia* (teste 3 e 4 nella fig. 46). Così la testa sorte dalle parti genitali nella direzione dell' asse prolungato del bacino. Fig. 44, *m—n*, fig. 46, *m—o*.

§ 175.

Ora la testa è nata. In questo frattempo le **spalle** discesero come la testa nel diametro obliquo *sinistro* del bacino. Nello stretto inferiore sono obbligate anch' esse di mettere come la testa il loro diametro *grande* in rapporto col diametro retto del bacino. Il dorso resta nella situazione che aveva e si trova quindi a sinistra ed un po' in avanti; la spalla destra si appoggia dietro l' arcata del pube e la sinistra si disimpegna per la prima dalla commissura posteriore nello stesso modo come il sincipite.

§ 176.

Dopo che la testa ha abbandonato le parti genitali, essa non sarebbe più obbligata di tenersi in una posizione precisa. Tuttavia volge la sua faccia come prima un po' a destra. Durante la rotazione delle spalle nel bacino la faccia si volge ancor di più verso la coscia destra della madre. Questo movimento fu detto **rotazione esterna della testa,** vedi fig. 46, 5.

Le *altre parti* del corpo fetale hanno diametri più piccoli e non empiono completamente il bacino. Oltreciò la testa e le spalle hanno già dilatato le parti molli del bacino in modo, che il rimanente del corpo fetale *può* passare frammezzo al bacino in qualunque posizione; solitamente esso si mantiene però in quella

direzione che aveva durante il disimpegno delle spalle e vien quindi espulso col ventre rivolto a destra. Durante il *disimpegno delle anche* il feto fa talvolta un altro movimento di rotazione, per opera del quale la sua faccia si volge nella direzione della faccia della madre.

Nella prima posizione della presentazione del vertice, il *tumore sanguigno* risiede nel parietale *destro* vicino alla piccola fontanella. Vedi fig. 46, 3, 4, 5.

§ 177.

Nella **seconda posizione della presentazione del vertice** il dorso del feto e quindi anche la piccola fontanella si trovano a *destra* ed il parietale *sinistro* in avanti. Coi soli rapporti variati il meccanismo del parto corrisponde esattamente alla prima posizione. Nello stretto inferiore la testa si volge verso il diametro retto e la piccola fontanella si porta da *destra* sotto l'arcata del pube, nella fig. 47 da *a* verso *b*.

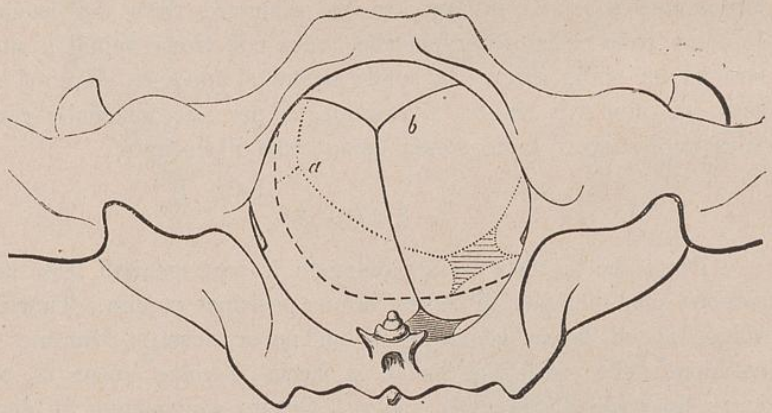


Fig. 47. 1/3 della grandezza naturale.

Nata la testa, la faccia si volge verso la coscia *sinistra*, la spalla *sinistra* s'impegna sotto l'arcata del pube, il feto vien espulso col ventre rivolto a *sinistra*, ed il tumore sanguigno risiede nel parietale *sinistro* vicino alla piccola fontanella.

§ 178.

Nella prima e più dispesso ancora nella seconda posizione della presentazione del vertice, la **piccola fontanella** si trova un po' **più indietro,** quando la testa s'intromette nel bacino. Ciò non è che una *variante* di quelle due posizioni, giacchè allora la testa si porta *solitamente* ben presto prima nel diametro trasverso del bacino e poi nel diametro obliquo opposto, cosicchè la piccola fontanella si volge in avanti. La fig. 48 rappresenta questo movimento. Nell' apertura d'ingresso la piccola fontanella si trova a

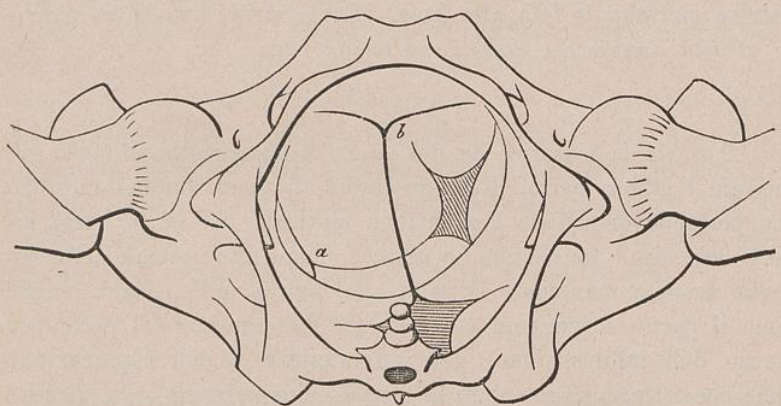


Fig. 48. 1/3 della grandezza naturale.

destra in dietro presso *a;* verso l'apertura d'escita è discesa sotto l'arcata del pube e si trova presso *b.* Il parto si compie poi nel modo normale, come se il dorso si fosse trovato già dapprincipio in avanti.

Capitolo terzo.

Dell' igiene del parto e dell' assistenza della levatrice al parto normale.

§ 179.

Il parto normale si compie felicemente per la madre e pel feto mercè le forze espellenti naturali. **Queste forze e non la levatrice mettono il feto alla luce.** La levatrice non entra perciò in *attività diretta* che *dopo il parto* del feto.

§ 180.

Tuttavia la levatrice ha dei *doveri* di massima importanza già durante l' intiero parto. Essa procurerà di tener lontano tutto ciò che potrebbe disturbare l' andamento normale del parto; farà invece osservare tutto ciò che favorisce l' andamento normale del parto e che serve a mantenere la salute del feto e della madre anche dopo il parto; sorveglierà assiduamente l' andamento del parto per mezzo dell' **informazione**, dell' **osservazione** e dell' **esplorazione** onde possa riconoscere subito la benchè minima irregolarità, giacchè allora è di grand' importanza che agisca correttamente e per tempo, come le insegneremo nella parte sesta di questo manuale.

§ 181.

Quando la levatrice arriva presso una partoriente bisognerà che si faccia anzitutto le seguenti domande:

1) È gravida la donna o no?
2) Quanto tempo dura la gravidanza?
3) Era sana la donna durante la gravidanza intiera e lo è ancora adesso?
4) È la donna in sopraparto?
5) In quale periodo del parto si trova la donna e corrispondono i dolori allo stesso per la loro frequenza, durata e forza?

6) Vive il feto?
7) Come è situato il feto?
8) Come è il bacino e come sono fatte le parti molli dello stesso?
9) Ha già partorito altre volte la donna e quale fu l'andamento dei parti antecedenti?

§ 182.

Se la levatrice ha avuto occasione di visitare la partoriente durante la gravidanza, diverse di queste domande saranno superflue, perchè ne conoscerà già la risposta. Anche quando la partoriente le è affatto sconosciuta, la levatrice potrà costatare quasi sempre già dopo un *esame superficiale*, se la donna è gravida, se è in sopraparto, se il feto vive e come esso giace. La levatrice farà però bene di rammentarsi, *che deve rispondere a tutte quelle domande.* Ciò che la levatrice può costatare per mezzo dell' *esplorazione* non cercherà mai di voler eruire coll' *informazione;* non domanderà per esempio alla donna che è inquieta per l'incalzare delle sofferenze, se è gravida, oppure come sia situato il feto.

§ 183.

La levatrice dovrà essere molto cauta nel pronosticare l'andamento del parto in base ai **parti antecedenti**, perchè solamente ove le *circostanze* fossero le stesse in tutti i rapporti, il *parto* dovrà essere eguale. Ora nelle multipare il parto è solitamente più facile che nelle primipare, perchè le parti molli del bacino sono più dilatabili. Ma i feti che nascono più tardi sono quasi sempre più grandi del primogenito. Se il parto antecedente fu anormale, ne può forse essere stata la causa la presentazione, la posizione, il portamento del feto, oppure la poca salute e robustezza della madre o qualche insulto esterno. Questa volta, queste circostanze ponno invece essere più favorevoli. Dall' altra parte, se il parto antecedente fu felice, non ne segue ancora, che anche il presente debba esserlo, giacchè certe circostanze *questa volta* ponno essere *meno favorevoli.* Perciò la levatrice non potrà dedurre dal parto antecedente sull' andamento del presente che **con**

riserva e prendendo quanto possibile in considerazione tutte le circostanze, che accompagnavano allora ed accompagnano adesso il parto.

§ 184.

Quando la levatrice trova che la gravidanza è al suo termine normale, che la donna è in sopraparto e che anche le risposte sulle altre domande che deve farsi sono favorevoli, ne dedurrà che il parto si compierà *probabilmente* in modo normale; essa comunicherà questa buona prospettiva alla partoriente e se questa fosse inquieta cercherà di pacificarla. Lei stessa però continuerà a sorvegliare attentamente il parto, perchè sa che da un momento all'altro può ancor sempre *sopraggiungere* qualche irregolarità.

Se una o l'altra di queste risposte lasciasse invece un qualche *dubbio* o fosse affatto *sfavorevole,* la levatrice agirà come le è stato insegnato, senza però *mai* manifestare il suo dubbio alla partoriente.

§ 185.

Quando la **levatrice** crede **necessario** di consultare un medico, lo dirà schiettamente e senza preamboli. Se la **partoriente** od i suoi *parenti* **desiderassero** consultare un medico, la levatrice non cercherà mai di dissuaderneli, nemmeno quando trovasse tutto in ordine; essa si addosserebbe una responsabilità talvolta fatale.

§ 186.

Finito l'esame della partoriente, la levatrice **disporrà tutto ciò che è necessario.**

La **camera** per partorire sarà la stessa, nella quale la donna passerà il puerperio. (Negli ospedali invece si devono separare le partorienti dalle puerpere.) Se la levatrice può scegliere, preferirà una camera alta, chiara, asciutta e lontana dal rumore della strada e della casa. Procurerà di tener via la luce diretta del sole, farà in modo che la camera sia rischiarata convenevolmente di notte e se la stagione lo richiede, che venga riscaldata a circa 14°. L'aria deve essere netta; buoni e cattivi odori di qualche intensità la corrompono e devonsi perciò allontanare. La

levatrice deve rimuovere garbatamente d'attorno alla donna ogni persona molesta e perfino i parenti troppo commossi. Una o due assistenti, donne che vanno a genio alla partoriente, resteranno nella camera. Si terrà inoltre pronta una seggetta od una secchia, nella quale la partoriente possa fare i suoi bisogni, essendole vietato di recarsi a tal uopo sul cesso.

§ 187.

Il **letto per partorire** deve essere adatto a farci stare la donna anche durante il puerperio, per cui si farà bene di apparecchiarlo sopra una solita lettiera. Deve presentare una certa resistenza. Perciò preferiremo una materassa od un pagliericcio ad una còltrice molle, nella quale la partoriente si sprofonda. La sponda inferiore del letto deve offrire alla partoriente un punto d'appoggio per le piante dei piedi. Quando la partoriente sente il bisogno di fare trazioni colle mani, la levatrice attaccherà ai piedi inferiori della lettiera due corde o due salviette e ne darà a tenere i due capi alla partoriente, la quale vi troverà un punto d'appoggio molto gradito. Del resto il letto per partorire deve essere apparecchiato in ogni riguardo in modo, che il corpo vi si possa adagiare comodamente nella solita posizione. Diremo più tardi in quali casi la partoriente debba coricarsi in una posizione speciale. Sotto alle lenzuola si deve collocare una tela incerata, oppure un altro impermeabile per impedire che i liquidi, che sgorgono nel tempo del parto, bagnino il letto intiero. Il letto per partorire deve essere accessibile da tutte due le parti e non deve essere esposto alle correnti d'aria delle finestre o delle porte ed al calore della stufa.

§ 188.

Le **vestimenta** della partoriente devono essere sciolte ed ampie, ma calde. Le mutande devonsi levare. Si farà bene di coprire la partoriente con una coperta di lana o con un preponte con una fodera di lino. La levatrice metterà in assetto i capelli per mezzo di una cuffietta o di un fazzoletto di capo, giacchè nei prossimi giorni non ponno venir pettinati.

§ 189.

La levatrice avrà inoltre cura, che si possa sempre aver subito *acqua bollente ed acqua più fredda possibile.* Farà preparare un catino grande o una *tinozza* per lavare il neonato. Procurerà che sian pronti il *lettino* e le *vestimenta* **per il bambino**, ed allestirà ciò che, come vedremo più tardi, è necessario pella *fasciatura* dell' ombilico del feto. S' intende da sè che anche gli *apparati,* che essa possiede come levatrice, devono trovarsi alla mano ed in buon ordine, onde potersene servire in ogni momento. Farà preparare anche alcuni recipienti d' acqua calda, sapone e salviette per lavarsi ed asciugarsi le mani dopo ogni riscontro interno. Se la levatrice non fosse assai netta lei stessa, le starebbe male di voler domandare che lo sia chi è affidato alla sua cura. Inoltre è necessario avere un *vaso* per raccogliere l' orina, lo sterco ed il liquido dell' amnio, ed un altro per le secondine. Per certi casi anormali si deve infine avere in casa ancora un fiasco con *aceto* ed un po' di *vino,* rhum o cognac.

§ 190.

La partoriente potrà **mangiare** e **bere** quando *ne sente il bisogno*, ma non ne prenderà che poco alla volta, onde non doverlo rigettare, ed eviterà robe indigeste e riscaldanti, come le frutta fresche, tutte le verdure, la carne grassa od affumicata, il vino, la birra, l' acquavite, il caffé forte e tutte le sorta di tè. La bevanda più adattata è un sorso di acqua fresca; cibo non occorre se non quando il parto dura lungo tempo. Solitamente basterà un po' di latte, di latte ed acqua, di caffè e latte, una tazza di brodo di carne, una zuppa d' acqua con un po' di riso od un decotto di avena mondata con un po' di pan bianco.

§ 191.

Nel periodo di dilatazione la levatrice deve aver cura che **l' orina e le fecce vengano evacuate perfettamente.** Onde evacuare l' orina, basta dispesso invitare la partoriente ad orinare; se non lo può stando in piedi o mettendosi in carpone, forse glielo riesce giacendo supina; se la testa discendendo comprime l' uretra, la levatrice può

rialzarla un poco col dito, acciochè l'orina possa passare. Per mezzo dell' esplorazione esterna la levatrice può avvertire in ogni tempo, se la vescica è piena o vuota. Scorgendo che la vescica contenga ancor sempre dell' orina, la levatrice farà il *cateterismo.* (§ 544.)

Onde evacuare le fecce è necessario dare un clistere; il clistere si darà anche quando la partoriente fosse andata di corpo poco tempo prima, perchè contribuisce a mantener regolari i dolori. Il clistere si prepara con acqua calda ed un pajo di cucchiaj d'olio. Quando esiste stitichezza vi si aggiunge ancor un poco di sapone od un cucchiajo da tavola di sale.

Quando la levatrice giunge presso la partoriente nel periodo di espulsione, dopo che la testa è discesa nel bacino, allora dovrà quasi sempre desistere dall' evacuare l'orina, perchè la testa comprime già troppo fortemente l'uretra. Allora tralascierà anche il clistere, perchè nè il clistere nè le fecce non potranno più passare al di dietro della testa.

§ 192.

Nel periodo di dilatazione del parto normale la partoriente può variar stazione come più le aggrada e quindi camminerà o starà in piedi o si coricherà o dormirà a suo comodo. Durante i dolori cercherà un qualche appoggio. Quando giace sul sofà o nel letto non avrà bisogno di altro appoggio, quando passeggia si siederà o si appoggierà colla schiena alla parete e si terrà colle mani alla spalliera di una sedia od alle mani della levatrice. Si concederanno alla partoriente tutte queste comodità col patto che non abusi dell' appoggio per *spingere e premere.* **Nel periodo di dilatazione la pressione addominale è molto nociva,** perchè fa rompere prematuramente il sacco amniotico e produce dolori convulsivi, *ritardando* così il parto e rendendolo più *doloroso* e talvolta persino *pericoloso.*

§ 193.

Nel periodo di dilatazione la levatrice deve ripetere di tempo in tempo l'**esplorazione.** Essa visiterà la partoriente esternamente ed internamente tenor le *solite* regole, e non dimenticherà di lavarsi le mani prima e dopo ogni riscontro interno (§ 108). Prima di

passare al primo riscontro farà regolarmente anche un' irrigazione della vagina, e laverà ben bene le parti esterne e i loro dintorni. Nel periodo di dilatazione osserverà poi *massimamente* le seguenti cautele:

1) Si guarderà di non stirare l' orifizio dell' utero, per non cagionare doglie spasmodiche.

2) Si guarderà di non spingere bruscamente il dito esploratore contro la borsa delle acque, perchè non si rompa prematuramente.

3) Si guarderà di non spingere in alto la testa, che si trovasse ancora mobile nello stretto superiore, onde non rischiare che prenda una posizione anormale.

4) Non visiterà più spesso del bisogno.

§ 194.

La levatrice ripeterà l' esplorazione solamente finchè avrà schiarito i seguenti cinque punti:

1) In prima linea la levatrice deve sapere, **se precede la testa o no,** perchè in quest' ultimo caso deve mandar a chiamare l' ostetrico. La levatrice conosce la sensazione che la testa fa, e la può distinguere attraverso il seno vaginale anteriore ed anche attraverso l' orifizio dell' utero, quand' esso è già alquanto dilatato. Non potendo discernere nessuna parte antestante col riscontro interno, farà l' esplorazione esterna, la quale talvolta le schiarirà tutto. Nella presentazione normale del feto l' utero ha la sua solita forma ovale, e nel suo fondo si sente un corpo rotondo e molle, che corrisponde alle natiche, e vicino a questo, solitamente a destra, si sentono delle piccole parti, cioè i piedi del feto. I battiti del cuore fetale si sentono con maggiore chiarezza un po' al di sotto e solitamente a sinistra, più di rado a destra dell' ombelico. **Talvolta** si distingue quel corpo duro e rotondeggiante che è la testa **meglio** attraverso la pelle al di sopra della sinfisi del pube, **che attraverso al seno vaginale.**

Se la levatrice vuol riconoscere la situazione del feto e la parte che discende, dovrà fare tanto l' esplorazione interna come l' esterna solamente **negli intervalli** fra un dolore e l' altro.

§ 195.

2) Già col primo riscontro interno la levatrice **deve** esaminare l' **orifizio dell' utero,** per vedere se ha quelle qualità, che dovrebbe

avere, cioè se è bastantemente sottile e disteso nelle primipare, ed in tutti i casi, se diventa molle e floscio fra un *dolore e l' altro.* In sul principio del parto l' orifizio dell' utero si trova molto indietro verso l' escavazione del sacro e quasi sempre un po' a destra od a sinistra.

§ 196.

3) Onde sapere se il **sacco amniotico** è ancora chiuso, la levatrice s' informerà dalla partoriente, se le acque sono già scolate o no. Certezza assoluta in questo riguardo le da però solamente l' esplorazione. Il sacco ammotico è liscio ed il dito vi distingue quasi sempre l' acqua che contiene; sulla **testa nuda** invece si sentono i capelli.

§ 197.

4) La levatrice deve sapere **come progredisce la dilatazione dell' orifizio;** a questo scopo dovrà **ripetere** di quando in quando l' **esplorazione.** Scorgendo che l' orifizio si dilata lentamente, non ripeterà il riscontro che dopo ogni terza o quarta doglia; nel caso contrario invece dovrà esplorare dopo ogni doglia. Nel principio l' orifizio si dilata *quasi sempre* lentamente, ed i dolori cessano talvolta persino per diverse ore, *senza* che ne risulti un danno nè pella madre nè per il feto. La levatrice allora inviterà la partoriente ad *approfittare di questo tempo per riposarsi.*

§ 198.

5) La levatrice può presumere, che le **doglie** siano **regolari** quando hanno un **buon effetto** sulla dilatazione del collo dell' utero, e quand' anche questo fosse piccolo, se la partoriente non sente *nessun dolore* negli intervalli *fra una doglia e l' altra.* Dubitando però per un motivo o l' altro della regolarità delle doglie, la levatrice farà l' esplorazione interna ed esterna *durante la doglia.* Se questa è regolare, l' orifizio del collo sarà bensì *più disteso,* ma *non* diventerà *più stretto,* ed il sacco amniotico vi s' intrometterà. L' esplorazione esterna farà sentire l' utero nella sua totalità più duro e più rotondo di prima; cessando la doglia, l' orifizio e l' utero diventeranno dinuovo flosci e molli. Facendo quest' esplorazione

la levatrice baderà, se la vescica contenga molt' orina, onde poterla in caso evacuare.

§ 199.

Quando l' orifizio è dilatato in modo che non se ne riscontra più che un piccolo orlo, („**l' orifizio è sparito**") la borsa delle acque è vicina a rompersi. La partoriente deve ora giacere supina, e la levatrice le metterà sotto un vaso, onde ricevere il liquido dell' amnio.

§ 200.

Subito dopo lo scolo delle acque, vale a dire nel principio del **periodo di espulsione**, la levatrice ripeterà il riscontro interno colla massima esattezza. La levatrice sa già che discende il *cranio* e solitamente conosce già anche la posizione del feto mercè l' esplorazione esterna; ora deve persuadersi per mezzo del riscontro interno **in qual posizione discenda il cranio e se discenda solo.** Può accadere, che discenda con esso una mano od un piede od il funicolo; la levatrice porterà quindi il dito esploratore intorno all' intiera testa fetale. La levatrice riconoscerà la *posizione* del cranio tenendo calcolo della piccola fontanella e della direzione della sutura sagittale. Il cranio può anche essere deviato dallo stretto superiore nel momento della rottura del sacco amniotico. Essendo ciò possibile, la levatrice, esplorando, si guarderà di non premere troppo contro il cranio, perchè non osservando questa precauzione potrebbe appunto occasionare direttamente questo deviamento.

§ 201.

La partoriente ora **non deve più abbandonare il letto.** Se in conseguenza dell' esplorazione la levatrice è convinta, che la presentazione del feto sia assolutamente normale, allora potrà permettere alla partoriente di giacere a piacimento, supina o inchinata da un lato o dall' altro. Dovrà invece proibire severamente ogni movimento brusco e l' incurvare del sacro, che molte partorienti cercano d' effettuare. Quando la partoriente è nella posizione sul fianco, la levatrice, onde alleggerirla, le sosterrà durante i dolori la regione del sacro colla mano. Ora la partoriente *ha più bisogno* di prima di un

appoggio durante i dolori, accordandoglielo ed insegnandole a farne uso, si potrà indurla facilmente a contenersi quieta anche quando fosse alquanto agitata. Nella posizione supina la partoriente fisserà le piante dei piedi sulla sponda inferiore del letto, piegando leggermente le gambe e le cosce, e si terrà colle mani ai capi delle salviette state attaccate ai piedi del letto.

§ 202.

In questa posizione la partoriente può anche soddisfare il meglio il bisogno che sente imperiosamente di **spingere e premere**, e che ora è opportuno. A tal uopo la levatrice le dovrà sostener la testa con un cuscino o colla propria mano, inclinandola un poco verso il petto, e la partoriente stessa arresterà il respiro e premerà poi come si fa nella defecazione. Questa pressione addominale non è permessa che **durante i dolori**, fra un dolore e l' altro sarebbe nociva. Questa „cooperazione dei dolori" è *utile* quando l' effetto delle doglie stesse è piccolo.

§ 203.

Ripetendo di quando in quando il riscontro interno, una volta durante, l' altra volta subito dopo la doglia, e confrontandone il risultato con ciò che abbiamo detto nei paragrafi 172, 173, 174 in riguardo alla discesa della testa, la levatrice potrà giudicare se l' effetto delle doglie è normale o no.

La levatrice baderà anche all' effetto del parto *sullo stato del feto*. Diremo più tardi in che modo la vita del feto possa correre pericolo causa il parto. Frattanto la levatrice noti una volta per sempre, che può farsi in ogni tempo un giudizio in riguardo allo stato del feto nel ventre della madre, tenendo conto dei battiti del cuore fetale. Non trascuri perciò, anche se l' andamento del parto sembrasse affatto normale, di ascoltare ogni 4 – 6 doglie, *se i battiti del cuore fetale sono regolari.*

La massima attenzione richiede l' epoca, nella quale la testa discendendo fa, che **si tendano** il perineo e l' ano; ora la levatrice deve aver cura, che la **fessura della vulva** e specialmente il **perineo** restino illesi, quando vien espulsa la testa. Quattro sono i principali punti, ai quali la levatrice deve ora badare.

§ 204.

Primo. Nell' epoca in cui la testa entrava nel bacino, la partoriente, che ha un bacino normale, poteva scegliere senza danno una posizione semi-seduta od una posizione col sacro rialzato. Ora però che la testa ha raggiunto il fondo del bacino, queste posizioni sarebbero molto nocive, perchè essendo congiunte con una flessione della parte lombare della spina dorsale diminuiscono alquanto l'inclinazione del bacino verso il tronco.

La levatrice ha già rilevato dalle figure 12 e 13, che la parte lombare della spina dorsale è alquanto flessibile, e può ogni momento osservare questa flessibilità sul proprio corpo e nelle donne che esplora. La figura seguente 49 dimostra la flessibilità media della parte lombare della spina dorsale della donna, come risulta da misure esatte. Giacchè la posizione dell' utero dipende, massimamente nella posizione supina, in gran parte dalla parete posteriore del ventre, così la direzione dell' utero e quindi anche la direzione della forza espellente verso l'asse del bacino deve variare a norma che la spina dorsale lombare si flette o si distende.

La posizione delle tre ultime vertebre lombari ha un' influenza diretta sulla posizione dell' utero. La levatrice osservi la fig. 28 a pagina 59 e la fig. 44 a pagina 101. Nella posizione supina l'influenza della parte lombare della spina dorsale sui rapporti dell' utero col bacino è più decisiva che non nella posizione in piedi o sul fianco, perchè nella donna, che giace supina, l'utero riposa sulle ultime vertebre lombari. Ciò spiega la figura seguente 49. La linea, che indica la direzione della forza espellente, passa circa 11 centimetri davanti alla terza vertebra lombare. Quando la spina dorsale lombare è distesa, fig. 49 *a*, per esempio per mezzo di un cuscino che le è stato sottoposto, la forza espellente dell'utero prende la direzione della linea *p p*. Quando invece è piegata, *a* 1, per esempio rialzando le natiche od il tronco, la direzione della forza espellente sarà quella della linea *p* 1, *p* 1. La linea puntata *o* rappresenta l'asse; la testa può discendere *unicamente* nella direzione dell' asse. A misura che la direzione della forza espellente si avvicina a quella dell' asse, la forza espellente agisce sempre più completamente sulla testa e sempre meno inutilmente

sulle pareti del bacino, e le parti molli del bacino vengono sempre meno compresse e stirate.

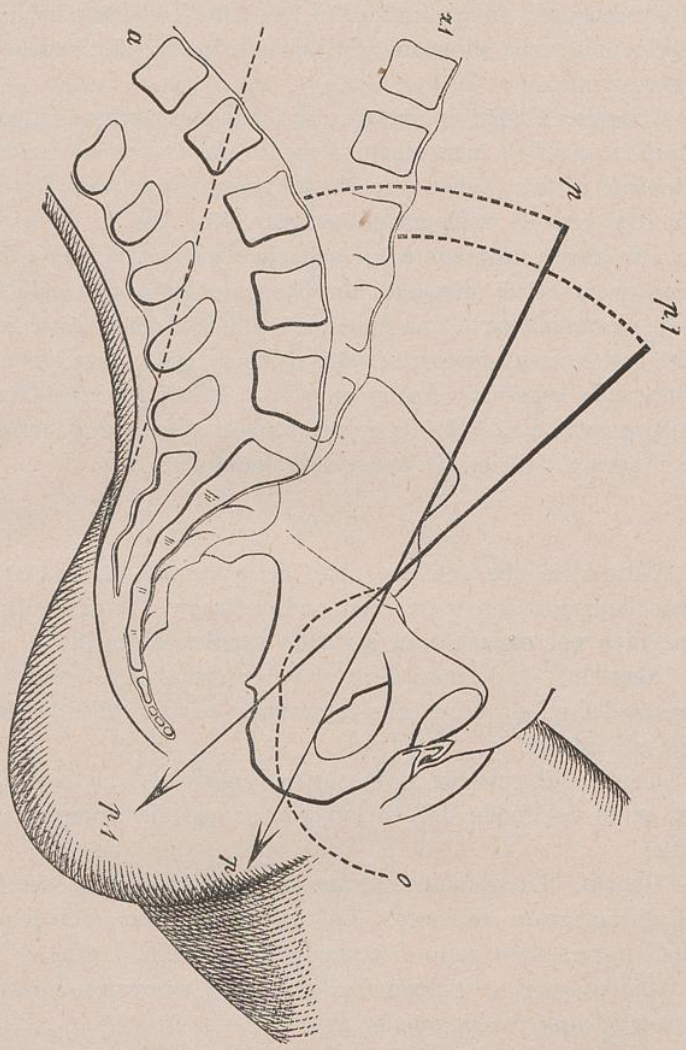


Fig. 49. 1/3 della grandezza naturale.

Nella figura seguente 50, *p* rappresenta dinuovo la direzione della forza espellente, quando la spina dorsale è distesa, e *p* 1, quando è piegata in avanti. Invece dell' asse del bacino vi abbiamo disegnato la testa fetale, l'ano ed il perineo della donna.

La levatrice capirà facilmente, che per espellere la testa dall' apertura genitale nella direzione *p*, basterà una forza minore di quella, che è necessaria nella direzione *p* 1, e che il soprappiù di forza, che ci vuole nella direzione *p* 1, deve stirare e fors' anche lacerare il perineo.

Quando la testa è arrivata nel fondo del bacino, la levatrice collocherà perciò la partoriente in modo, *che la regione lombare sia fortemente distesa,* vale a dire che „il tronco sia curvato fortemente indietro" come lo vediamo nella figura 49 *a*. Se la donna è coricata sul tronco, le metterà *un guanciale sotto alla regione lombare* e non come si fa dispesso abusivamente sotto alle natiche; in quest' epoca del parto una giacitura colle natiche rialzate sarebbe quasi così nociva alla partoriente, come lo era la posizione semiseduta sulla seggiola. Anche quando la donna giace sul fianco, la levatrice avrà cura, che la *regione lombare sia distesa fortemente,* che il *tronco sia curvato fortemente indietro.*

§ 205.

Oltre a ciò che abbiamo detto nel paragrafo antecedente, dovremo badare ancora a tre cose, onde ottenere l'intento di **salvare il perineo nel momento in cui vien espulsa al testa:**

Secondo. L' occipite deve cioè presentarsi *intieramente* sotto l'arcata del pube, prima che il sincipite scivoli sulla doccia perineale all' infuori.

Terzo. Il sincipite deve sortire *lentamente*, in modo che le parti molli del fondo del bacino si possano distendere bastantemente.

Quarto. La testa deve restare nella direzione dell' asse, finchè si è disimpegnata del tutto. La fossa della nuca del feto deve quindi restare *fissa* sotto l'arcata del pube della madre.

In conseguenza la levatrice deve badare successivamente ancora a tre cose mentre vien espulsa la testa:

§ 206.

Ad 2. Quanto maggiori sono i diametri e le circonferenze che la testa nell' escire impegna nell' apertura vaginale, tanto più le parti molli del fondo del bacino si devono dilatare e tanto più

facile è la *rottura* del perineo, una volta che le parti molli hanno raggiunto il sommo grado di dilatazione. Quando la testa del feto, giunta all' orifizio della vagina (vedi fig. 50), si ferma col punto *a* sotto l'arcata del pube, mentre il vertice, la fronte e la faccia scivolano sulla doccia perineale al di fuori, il diametro maggiore, col quale verrà espulsa, sarà *a c* e la fronte dovrà descrivere disim-

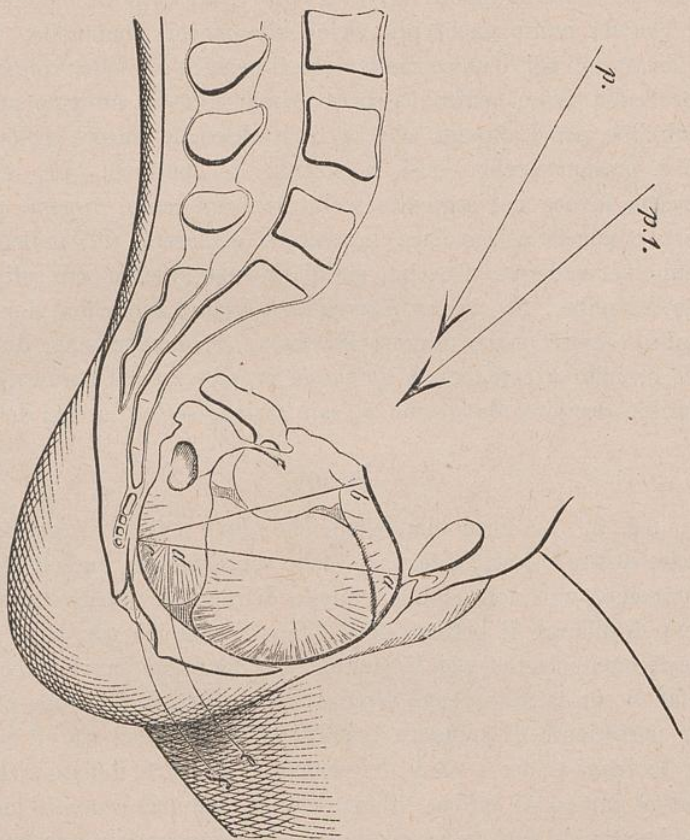


Fig. 50. 1/3 della grandezza naturale.

pegnandosi l'arco *c f*, in modo che il perineo si deve poter dilatare sino alla linea *c f*, oppure rompersi. Quando invece la testa prima di disimpegnarsi del tutto discende sino al punto *b* sotto l'arcata del pube, il diametro obliquo piccolo *b c* sarà il diametro maggiore che si presenta nell' apertura vaginale. Quando invece del punto *a*, si trova il punto *b* sotto l'arcata del pube, la fronte non

arriverà che fino a *d*, e sortendo descriverà l'arco *de*. In conseguenza anche il perineo non dovrà dilatarsi che sino alla linea *de*, e ciò sarà più facilmente fattibile senza che si rompa.

Massimamente nei casi ove il perineo è molto sodo, più dispesso quindi nelle primipare e particolarmente nelle primipare in età avanzata, la testa comincia di già a scivolare sulla doccia perineale all' infuori, appena arrivata sotto l'arcata del pube col punto *b* o con un punto ancor più vicino alla piccola fontanella. Se ora la levatrice, per l'unico motivo che il perineo si tende, volesse premere colla mano contro lo stesso, come si usava anticamente, impedirebbe per l'appunto che la testa discenda ancora colla parte *ab* e promuoverebbe così la rottura del perineo. La levatrice proceda invece nel seguente modo: in ogni caso, appena che la testa comincia a scivolare in avanti, esplorerà coll' indice e col medio per vedere se l'occipte sia già disceso intieramente sotto l'arcata del pube. *Se ciò non fosse ancora il caso,* applicherà dopo ogni doglia, oppure anche durante la stessa, le sumenzionate due dita sull' occipite e cercherà di *spingerlo in giù* verso il perineo, finchè l'intiero occipite, da *a* sino *b*, sarà disceso sotto l'arcata del pube.

§ 207.

Ad. 3. La forte dilatazione che deve subire il perineo per lasciar sortire la testa, si farà più facile senza rottura, quando succede lentamente, che non quando avviene di repente. La levatrice tralascerà di dilatare il perineo colle dita e di ungerlo con olio, perchè queste manipolazioni *non* lo rendono più dilatabile; avrà invece cura di far sì che la testa venga espulsa *lentamente*. A tal scopo proibirà alla partoriente di spingere e premere, le prenderà via gli appoggi per le mani e per i piedi, le vieterà di ritenere il fiato e le permetterà invece di gridare liberamente quando ne sente il bisogno, e se occorre le farà cambiare posizione, assegnandole una posizione sul fianco sinistro o destro invece di quella sul dorso. In quest' ultimo caso la partoriente piegherà leggermente le cosce e le ginocchia come si vede nella fig. 51, e la levatrice le interporrà un guanciale fra le ginocchia in modo che il perineo e le parti genitali siano accessibili liberamente dalla parte della schiena. La levatrice sa (§ 188) che la partoriente deve giacere nel letto ben

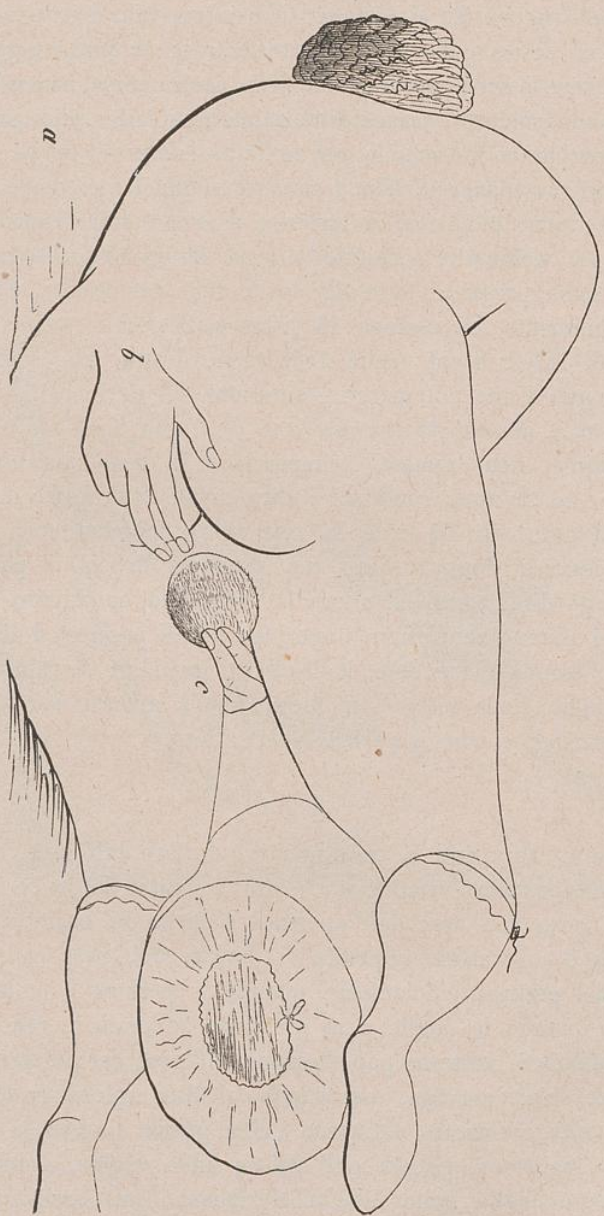


Fig. 51. 1/8 della grandezza naturale.

vestita e ben coperta. Se abbiamo lasciato via i vestiti e le coperte nella figura 51 si è onde dimostrare chiaramente alla levatrice come debba collocare la partoriente ed in qual atteggiamento debba tenere le sue proprie mani. Nella posizione sul fianco la partoriente può spingere e premere molto meno, e la levatrice può osservare il perineo molto meglio, che nella posizione sul dorso. Quando la partoriente giace sul fianco sinistro e quindi col dorso verso il margine destro del letto, la levatrice si siede sulla sponda destra un po' più vicina alla sommità del letto, figura 51 presso *a*, oppure su una sedia presso al letto alle spalle della partoriente, ed osserva il distendimento del perineo in parte coll' occhio, principalmente però coll' indice e col medio della mano destra, che stende passando sopra l'ano sul margine anteriore del perineo, figura 51 *b*. *Se questo si distendesse durante una doglia in modo di far temere una rottura,* non lascierà disimpegnarsi la testa durante questa doglia, e a tal uopo condurrà l'altra mano dalla parte del ventre verso la testa, fig. 51 *c*, e la respingerà indietro con due dita finchè cessa la doglia. Fino alla prossima doglia il perineo ha ora tempo di dilatarsi ed allora la testa può continuare a disimpegnarsi senza danneggiare il perineo. Se il perineo si distendesse dinuovo troppo fortemente, la levatrice impedirà da capo il disimpegno totale della testa. In questo modo la testa si disimpegna così dolcemente, che il perineo resta illeso.

§ 208.

Ad 4. In avanti la testa non *può* deviare dall' asse, quando la base dell' occipite è impegnata sotto l'arcata del pube, allora la testa si trova nell' asse dell' apertura d' escita del bacino. *In dietro* la testa è solitamente impedita di deviare dall' asse causa la tensione del perineo. Solamente quando il perineo è molto floscio, oppure quando le doglie o la pressione addominale sono eccezionalmente forti, la testa può deviare dall' asse *verso il perineo.* La levatrice se ne accorge, osservando col dito esploratore uno spazio fra la testa e l'arcata del pube. Per questo motivo la levatrice, quando la testa è giunta nell' orifizio della vagina, esplorerà durante ogni doglia colle dita, che riposano sull' occipite del feto, fig. 51 *c*, onde persuadersi, se la testa è fissa sotto l'arcata del

pube. *Nel caso eccezionale* che l'occipite *non* sia fisso sotto l'arcarta del pube, è necessario *di sorreggere il perineo* nel momento in cui vien fuori la testa. A tal uopo la levatrice cambierà l'atteggiamento della mano, che fin' ora riposava *palpando* sul perineo, fig. 51 *b*, in modo, che il pollice sia rivolto al margine destro e l'indice al margine sinistro del perineo, fig. 52. Colla palma della mano farà poi delicate pressioni nella direzione dell' arcata del pube, in modo che l'occipite non possa deviare e la fronte e la faccia del feto possano disimpegnarsi fra il suo pollice e l'indice.

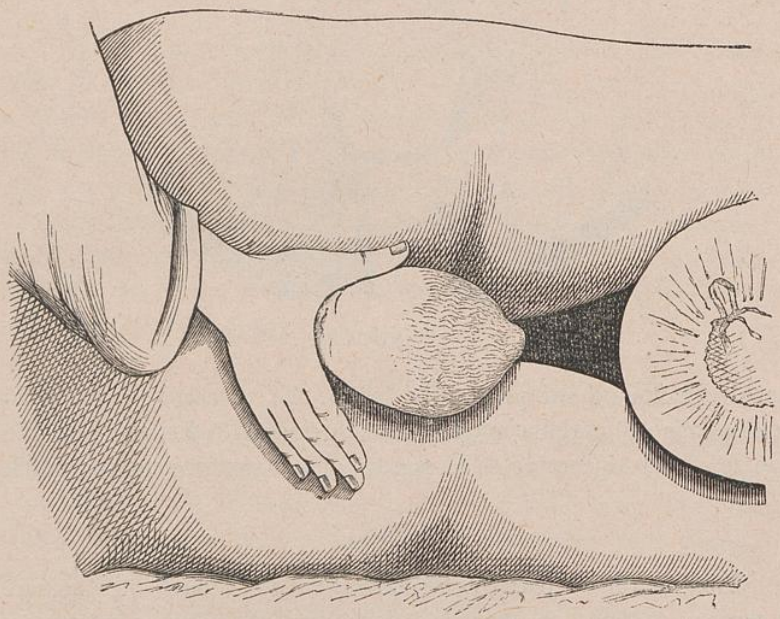


Fig. 52. 1/5 della grandezza naturale.

§ 209.

Quando la partoriente giace supina, la levatrice si siederà sulla sponda destra o sinistra del letto, ai piedi della partoriente, colla faccia rivolta verso la faccia della partoriente. Sedendo sulla sponda destra del letto, la levatrice sorveglia sotto le coperte del letto il disimpegno dell' occipite ed il distendimento del perineo colle dita della mano destra. Onde rallentare occorrendo il disimpegno della

testa, la levatrice tien pronta la mano sinistra sulla testa stessa. *Quando occorresse la terza* manipolazione, cioè il sostegno del perineo, nella posizione supina della partoriente si applicherà la mano

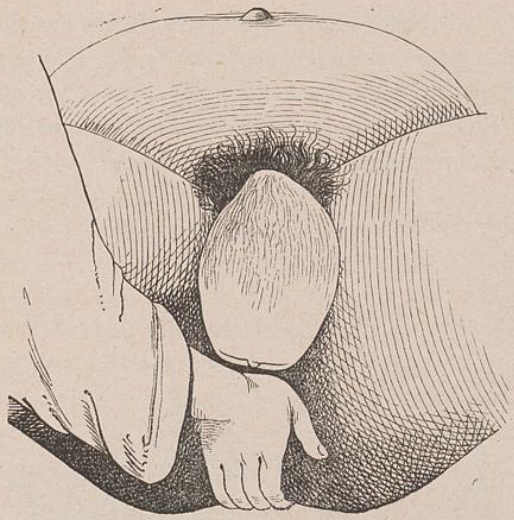


Fig. 53. 1/5 della grandezza naturale.

longitudinalmente sul perineo in modo che il carpo della mano corrisponda al margine anteriore del perineo e le dita siano rivolte con le punte al coccige ed al sacro, come lo rappresenta la fig. 53.

§ 210.

Non in tutti i parti occorrono *tutti e tre i modi* per salvare il perineo, tuttavia la levatrice deve *far attenzione a tutte e tre quelle cose*, di cui abbiamo parlato nel § 205. Se l'occipite fosse *già* diceso *intieramente* sotto l'arcata del pube, sarebbe del tutto superfluo di spingerlo ancora più in giù. Se la testa si disimpegnasse da se stessa *dolcemente*, senza distendere troppo l'apertura vaginale, sarebbe mal fatto di ritenerla più a lungo nell' orifizio della vagina. Così pure sarebbe sbagliato di spingere l'occipite ancor più fortemente contro l'arcata del pube, se come al solito vi si fosse già adattato. *In pochi casi* è necessario di spingere in giù l'occipite, *in quasi tutti* invece di rallentare il disimpegno della

testa, fig. 51, ed *in pochissimi* di sorreggere il perineo durante il disimpegno della *testa*. Il maggior **danno** la levatrice farebbe però volendo sorreggere il perineo **prima che l' occipite sia disceso intieramente sotto l' arcata del pube.** Allora ne impedirebbe la discesa e la testa s' impegnerebbe nell' apertura vaginale colla grande circonferenza *trasversa* e non, come è regola, colla *piccola obliqua*, producendo così la *rottura del perineo*, che la levatrice voleva per l' appunto impedire.

§ 211.

Se la testa nel traversare spreme delle fecce dall' intestino retto, la levatrice le raccoglierà in uno straccio, che terrà pronto a questo scopo, onde non sporcare sè stessa e la partoriente più del bisogno. L' usanza di coprire la mano che sorveglia il perineo con una salvietta o con un cencio è da rigettare, perchè impedisce di controllare col tatto il distendimento del perineo. Occorrendo, la levatrice non deve aver ribrezzo di toccare colle dita qualunque cosa che provenga dal corpo umano. Dopo potrà sempre ricorrere all' acqua ed al sapone.

§ 212.

Nata la testa, la levatrice si persuaderà palpando intorno al collo del feto che non vi sia avvolto il *funicolo*, perchè in questo caso dovrà allentarlo tanto che vi possano passare le spalle (§ 452). Quindi sorreggerà colla mano la testa, acciochè non penda in giù; si guarderà però di non coprire colla mano la bocca ed il naso del feto, perchè talvolta il feto respira già adesso.

§ 213.

Colla prossima doglia escono le **spalle**, e la levatrice deve procurare colla mano stesa sul perineo che la spalla anteriore nell' escire s' impegni sotto l' arcata del pube. Se ciò non succede, il perineo può rompersi talvolta ancora durante il traversare delle spalle. Onde salvare il perineo basta fare una pressione ben meditata verso l' arcata del pube, senza però impedire il disimpegno stesso. Questa pressione deve farsi, nella posizione sul fianco della

donna, nel senso rappresentato nella fig. 52 e nella posizione supina nel modo rappresentato nella fig. 53.

§ 214.

Escite le spalle, il feto *solitamente non tarda* a seguirle. Allora la levatrice lo accompagna colla mano che prima riposava sul perineo e lo allontana dai genitali della donna, quanto lo consente la lunghezza del funicolo, in modo che la bocca ed il naso restino liberi. Trascurando questo soccorso potrebbe arrecare danno alla madre come al feto.

§ 215.

Nel periodo delle secondine la levatrice deve accordare la sua attenzione ed il suo ajuto tenor il bisogno presto alla madre e presto al feto. Il feto, che appena nato comincia a respirare ed a gridare, deve restare ancora alcuni minuti in connessione colla madre. **Frattanto la levatrice guarderà se l'utero** sia ben contratto, in modo che non sia da temere un' emorragia e se sia diventato così piccolo, che non possa più contenere un secondo feto.

Poi laverà la faccia al bambino.

Quando la levatrice trova che l'utero è ben contratto e talmente impiccolito che il suo fondo si trovi più o meno sotto il livello della cicatrice ombellicale, *quando il feto respira e grida regolarmente,* e quando anche le pulsazioni del funicolo sono cessate del tutto od almeno quasi del tutto, allora passerà alla **sezione del cordone.**

§ 216.

Quattro dita al disopra dell' ombelico farà la **legatura** del cordone adoperando un nastro resistente, grosso come uno o due fili di paglia, e facendo un solito nodo che poi stringerà con un nodo doppio. Tre dita più in sù **taglierà poi il funicolo** con una forbice smussa, e ripiegandolo indietro sulla legatura già praticata, ivi lo stringerà facendo un altro nodo doppio coi capi del nastro, che servì pella prima legatura. Facendo la legatura la levatrice deve far ben attenzione di non *stirare* il cordone nè dalla parte del feto nè da quella della madre. Stirando il cordone dalla parte della

madre potrebbe promuovere un' emorragia dall' utero e stirandolo dalla parte del feto un' infiammazione pericolosa dell' ombelico. Stringendo i nodi, la levatrice deve inoltre tenere i carpi delle mani l'un contro l'altro, onde non scivolar colle mani, qualora si rompesse il nastro.

Altrove si usa legare il funicolo in due luoghi e tagliarlo poi fra le due legature. Questa usanza non è cattiva, anzi ha persino il vantaggio che scorre meno sangue nel letto, e che la placenta, rimasta grande causa la retenzione del sangue, *sollecita dolori delle secondine più gagliardi.* La levatrice sappia però che la legatura della parte placentare del funicolo *non è necessaria* e che, se la sezione del funicolo fosse urgente, non deve perder tempo col legarlo doppiamente. *La partoriente non perde neppure una goccia di sangue dal funicolo che non è legato.*

§ 217.

Dopo aver separato il feto dalle secondine, la levatrice rivolgerà la sua attenzione dinuovo alla **madre.** Il bambino vien perciò ravvolto in un panno caldo ed affidato ad un' assistente intelligente o in mancanza di una tale, collocato dolcemente in un luogo sicuro, e la levatrice si accerta nuovamente che l'utero sia ancora ben contratto e che la *perdita di sangue* dalle parti genitali sia insignificante; s' informa quindi se la partoriente è senza dolori e se si sente bene anche del resto, e cerca massimamente d' eruire, se lo stato generale della donna presenta sintomi *di emorragia* (§ 308). Facendo l' esplorazione esterna la levatrice avrà cura di esaminare se la *vescica* che giace davanti all' utero è piena o vuota. La vescica si empie dispesso durante il parto e forma poi un ostacolo per l' espulsione delle secondine. Se la levatrice trova che la vescica è piena, la vuoterà introducendovi con tutta cura la siringa.

Quindi la levatrice porterà la sua mano sotto le coperte del letto sul ventre della partoriente e sorveglierà continuamente lo stato dell' utero.

§ 218.

Quando subentra un dolore delle secondine l'utero s' indurisce e si arrotonda più distintamente; per il solito scola anche

un po' di più sangue. Allora la levatrice seduta sulla sponda destra del letto afferra l'utero colla mano sinistra in modo che il pollice stringa la superficie anteriore ed il minimo il fondo e la superficie posteriore dell' utero. Quindi preme moderatamente la parete anteriore dell' utero contro la posteriore, *senza però spingere l'utero in giù verso il bacino* e senza far male alla partoriente. Questa pressione rinforza convenevolmente la doglia, e dopo la prima o seconda contrazione dell' utero rinforzata in questo modo le secondine discendono solitamente nella vagina o persino nelle parti genitali esterne, donde vengono rimoste nel modo che or ora insegneremo.

§ 219.

Se le secondine non sono discese sino alle parti genitali esterne e se l'utero si mantiene tuttavia piccolo, la levatrice può *presumere* che le secondine si trovino nella vagina; *onde averne certezza deve però fare il riscontro interno.* Sedendo sulla sponda *destra* del letto afferra sotto alla coscia destra della partoriente il funicolo con due dita della mano *sinistra* e costeggiando il funicolo colla mano *destra* ne introduce l'indice ed il medio nella vagina, finchè riscontra la placenta o l'orifizio dell' utero. Se riscontra l'orlo dell' orifizio dell' utero, **può essere certa che le secondine si trovano ancora nell' utero**; allora ritirerà la mano e coprirà dinuovo la partoriente, continuando a sorvegliare l'utero colla mano applicata come prima sul ventre. Se invece non riscontra l'orifizio dell' utero in *nessun luogo,* perchè l'intiero seno della vagina è riempito dalla **placenta**, o se la placenta è già discesa più in giù nella vagina, allora dovrà **allontanarla**. A questo scopo ravvolgerà intorno alle dita il funicolo che impugnava colla mano *sinistra* e lo terrà più fermamente di quanto era necessario per l'esplorazione; indi costeggiando il funicolo applicherà l'indice ed il medio della mano *destra* sul punto ove s'inserisce nella placenta. Ciò fatto, *spingerà* le secondine *energicamente indietro* colle due dita della mano *destra* e nello stesso tempo le estrarrà colla mano sinistra facendo delle trazioni sul funicolo. La levatrice si rammenti, che molte volte occorre una pressione energica colla mano destra ed una forte trazione colla mano sinistra per allontanare

le secondine dalla vagina. Per questo motivo è di grand' importanza che *sappia distinguere se le secondine si trovino nell' utero o nella vagina.* Quando le secondine si trovano ancora nell' utero, ogni leggera trazione sul funicolo è *dannosa,* quando si trovano invece nella vagina una pressione e trazione energica è *necessaria,* perchè la retenzione delle secondine nella vagina può occasionare un' emorragia dall' utero.

§ 220.

Appena che la placenta diventa visibile nelle parti genitali esterne, la levatrice l' afferra colle dita della mano destra, la ravvolge più volte per distaccare meglio le membrane e l' estrae poi lentamente. Se le membrane non cedessero ancora ad una leggera trazione, la levatrice introdurrà nuovamente l' indice ed il medio della mano destra nella vagina e farà una leggera pressione sulle membrane stesse, onde possano sortire senza rompersi dall' orifizio dell' utero nella direzione dell' asse. Estratte le secondine si depongono in un vaso netto.

In prima linea si devono ora **esaminare esattamente le secondine** onde persuadersi che non vi manchi nessun pezzo rimarcabile delle membrane e nessuna parte della placenta stessa. In questo caso si dovrebbe mandare a chiamare l' ostetrico e conservare le secondine sino alla sua venuta. *La levatrice farà bene di conservare le secondine anche quando sà che un medico verrà a visitare la puerpera.*

La levatrice deve inoltre persuadersi per mezzo della palpazione del ventre che **l' utero** sia ancor sempre ben contratto e piccolo e che la *perdita di sangue* sia ora come al solito irrilevante.

§ 221.

Quindi la levatrice **laverà** accuratamente le parti genitali esterne ed i loro dintorni con una spugna e con *acqua tiepida netta,* alla quale aggiungerà un po' di acido fenico o di permanganato di potassa (§ 108); ciò richiede la massima precauzione, perchè adesso queste parti sono molto sensibili; lavando le parti genitali deve menare la spugna dal perineo in sù, perchè in qualunque altro modo farebbe male alla donna. Nello stesso tempo la levatrice

esaminerà se ad onta di tutte le cautele si fosse leso il perineo. (Delle rotture del perineo parleremo nei § 439 e 440.)

§ 222.

Se la donna, come è preferibile, passa il puerperio nello stesso letto, nel quale ha partorito, si allontaneranno i guanciali che forse erano stati messi sotto alle natiche o alla regione lombare, acciochè la donna possa giacere comodamente. Indi si rinnoveranno tutti i panni e tutta la biancheria della donna e del letto che sono stati macchiati nel parto. La biancheria netta deve essere asciutta e ben riscaldata. Si eviterà però di snudare inutilmente la puerpera e d'incommodarla più del bisogno.

Se la donna ha partorito fuori del suo letto ordinario ve la porteremo, osservando le già menzionate precauzioni e non permettendole di alzarsi e di salirvi da sè.

Fra le cosce, precisamente davanti le pudende, si metterà un *panno bianco, molle, ripiegato* a guisa di sciarpa, oppure un cuscinetto di cotone impregnato coll' acido salicilico, acciochè la levatrice possa vedere ogni momento se passa molto sangue o no.

In molti luoghi si usa *fasciare* il basso ventre della puerpera. Quest' usanza non arreca nessun danno, *benchè la fascia non sia stretta soverchiamente. Utile* non è che nel parto precipitoso.

§ 223.

Frattanto l'assistente può aver fatto il bagno al bambino sotto alla direzione della levatrice. Mancando un' assistente esperta, la levatrice potrà **provvedere** solamente adesso **al bambino**. Esaminerà in prima linea se l'acqua che hanno portato per il **bagno** è temperata giustamente. L'acqua deve avere circa 25° R. Non avendo un termometro, la levatrice v' introdurrà il suo gomito per giudicare se il bagno è bastantemente caldo. Quindi immergerà il bambino sino alla testa nel bagno, e tenendovelo colla palma di una mano postagli sul dorso, gli netterà coll' altra mano, servendosi di una spugna da bagno, l'intiero corpo, lavando via il sangue e la vernice caseosa di cui è cosperso. Quando la vernice caseosa è fortemente aderente, la discioglierà meglio spalmando la pelle

del bambino con un' po' di olio fino o con butirro dolce o col giallo di un uovo crudo. Eviterà però di fregare violentemente la tenera pelle del bambino e si rammenterà che non fa nessun danno, se la vernice caseosa non vien allontanata intieramente già nel primo bagno.

Oltreciò la levatrice avrà cura che l'acqua del bagno non venga a contatto cogli occhi del bambino. Perciò laverà la faccia del bambino con una spugna apposita, bagnata in acqua assolutamente netta.

§ 224.

La levatrice ravvolgerà poi il bambino in un lenzuolo caldo e l'adagierà sopra un guanciale o sulle sue ginocchia per asciugarlo. Nello stesso tempo **osserverà se il bambino è ben formato in tutte le parti,** e massimamente se le parti genitali e l'ano hanno la loro forma ed apertura normale. Se ciò non fosse il caso, ne informerà non la madre, ma bensì i parenti, e domanderà che venga consultato il medico. La levatrice rivolgerà ora dinuovo la sua attenzione al **funicolo,** e se vi vedesse stillare ancora un po' di sangue, lo rilegherà con un secondo nastro.

La levatrice aveva preparato già prima una pezzetta di tela quadrata della grandezza di una mano e l'aveva spalmata con un grasso netto ed intagliata da una parte sino alla metà. Ora prenderà questa pezzetta e l'applicherà intorno al tronco del funicolo, che poi collocherà verso la parte sinistra del ventre, volto all' insù. Il tronco del funicolo verrà indi mantenuto in sito con una fasciolina o **benda ombellicale,** larga tre dita e lunga circa un metro, che vien rinfrancata stringendola *moderatamente* con due nastri attaccativi ai suoi due capi.

§ 225.

Quindi faremo indossare al bambino una camicia ed una camiciuola, che allaccieremo di dietro con nastri. Poi distenderemo una pezza di lana e di sopra una pezza di lino e vi adagieremo nel mezzo il bambino. Poscia ve lo involgeremo passando la pezza sotto le ascelle e sovrapponendola fino alle estremità inferiori, ove si passeranno i due capi liberi l'uno sopra l'estremità destra,

l'altro sopra la sinistra. Dopo aver fasciato il bambino in questo modo lo metteremo in un guanciale forato, che deve avere un cuscinetto per sostenere la testa e che verrà legato poco stretto con nastri, acciochè il bambino possa muovere liberamente le gambe. Le braccia stiano fuori e non vi siano comprese. Solitamente si copre anche la testa del bambino con una berrettina. **Il modo di vestire** i bambini varia nei differenti luoghi e può essere conveniente anche se non corrisponde al nostro. Ma l'involgere il bambino in piumacci ed il fasciarlo strettamente con una fascia lunga è nocivo.

§ 226.

Passato intieramente il parto e provveduto nel modo che abbiamo descritto alla madre ed al neonato, la levatrice deve trattenersi ancora due ore intiere presso alla puerpera. Frattanto osserverà attentamente la puerpera onde non le sfuggano i sintomi di un' emorragia o di altri disordini nel benessere della medesima. Anche non osservando nulla di ciò, la levatrice si assicurerà di tempo in tempo colla palpazione, che l'utero sia ben contratto, domanderà alla donna se sente passar sangue, ed esaminerà ripetutamente il panno bianco, che ha messo davanti alle parti genitali, onde persuadersi che non scoli più sangue del solito.

§ 227.

Prima di abbandonare la donna che ha partorito, la levatrice guarderà dinuovo se la vescica è vuota o piena. In quest' ultimo caso metterà sotto alla donna un orinale e la inviterà ad orinare. Se la donna non potesse orinare *senza cambiare posizione,* la levatrice farà il cateterismo, perchè la vescica piena impedisce la restituzione dell' utero, e perchè ogni movimento del corpo è nocivo alla puerpera.

§ 228.

Se la levatrice agisce tenor le regole, che le abbiamo dato in questo capitolo, essa si procaccierà la bella soddisfazione *di aver contribuito* in molti casi a far sì che l'andamento del parto, il quale va soggetto a tanti disturbi, sia *rimasto normale.* S' intende

bensì da sè, che la levatrice non intraprenderà nient' altro che ciò che le vien insegnato in questo libro, epperò crediamo necessario di renderla specialmente attenta ad alcuni **abusi**, che si commettono ancora quà e là e mercè i quali molti parti normali *diventano* anormali. Se per caso più tardi qualcheduno, forse una collega, le raccomandasse un simile falso agire, la levatrice saprà cosa ne debba ritenere.

Nel *periodo di dilatazione* taluni credono di agevolare il parto *distendendo e stirando* a bella posta *l' orifizio dell' utero*. In questa maniera si eccitano bensì delle doglie, ma queste doglie sono irregolari e dispesso convulsive e non ponno dilatare l' orifizio. Nel caso più favorevole questa manipolazione non può che *ritardare il parto;* spesso però provocherà dei disordini molto più gravi nell' andamento dello stesso, di modo che la madre od il bambino, od ambedue corrano pericolo.

Del pari sciocco e nocivo è il *rompere artificialmente il sacco amniotico* nei parti normali. Giacchè la borsa delle acque ajuta a dilatare l' orifizio dell' utero, la sua apertura prematura *ritarda solitamente* il parto. Ma se la testa *vien spinta* attraverso all' orifizio prima che questo sia dilatato bastantemente, può produrre delle lesioni importanti.

Nel periodo di espulsione si usano massimamente nell' intento di salvare il perineo molte manipolazioni biasimevoli. Taluni *distendono e stirano* il perineo, persino già nel periodo di dilatazione, e credono di dilatare in questo modo l' apertura vaginale. Causa questo insensato agire i contorni dell' apertura vaginale si gonfiano e si lacerano poi per l' appunto quando vi passa frammezzo la testa. I *fomenti* del perineo e le unzioni con olio che si usano da altri, non ponno far danno, ma sono seccanti ed inutili. Donne sciocche *ficcano le dita nell' ano o persino nell' apertura vaginale fra la testa ed il perineo* onde far scivolare la testa all' infuori. Se l' apertura vaginale si dovesse lacerare quando vi s' impegna la testa sola, dovrà lacerarsi molto più profondamente quando vi si trovano oltre alla testa anche le dita.

Appena nato il feto, alcuni credono di dovergli introdurre le dita nella bocca, onde togliervi delle muccosità. La maggior parte dei neonati non hanno più muccosità in bocca di ciò che loro fà bene,

e perciò sarebbe ingiusto di molestarli in questa maniera. Cosa sia da fare quando un feto nasce asfittico, diremo più tardi.

Prima di legare il funicolo certuni usano *respingervi il sangue* o verso il bambino oppure nella direzione opposta. L'uno e l'altro può disturbare la circolazione del sangue nel feto e devesi perciò assolutamente tralasciare.

Per agevolare il *secondamento* si usano una quantità di metodi biasimevoli. Si tira e stiracchia il cordone ombellicale per vedere se le secondine sono distaccate, e s'invita la partoriente a spingere, a tossire, a soffiare sulla mano onde promuoverne l'espulsione. Ciò devesi **assolutamente disapprovare,** perchè può produrre delle malattie per tutta la vita, come per esempio il prolasso dell'utero, e persino delle emorragie mortali. Per lo stesso motivo disapproveremo anche l'usanza nuovamente adottata quà e là di espellere le secondine dalle parti genitali comprimendo l'utero, che ora è molto mobile, dalla parte del ventre nel bacino. La levatrice agirà unicamente come le abbiamo insegnato in questo capitolo.

§ 229.

La levatrice chiamata presso una partoriente prenderà seco in ogni caso il seguente **apparecchio**:

1) **uno schizzetto od un irrigatore;**
2) **una forbice smussa;**
3) **alcuni nastri per legare il funicolo;**
4) **una boccetta contenente dell' olio puro o fenicato;**
5) **un' altra boccetta contenente del permanganato di potassa od una soluzione d'acido fenico;**
6) **due spugne nuove da bagno;**
7) **un nastro a misura metrica.**

Queste 7 cose si adoperano in tutti i casi. Ma siccome la levatrice non è mai sicura che il parto sia normale, dovrà prender seco ogni volta ancora:

8) **una siringa;**
9) **due cannette incurvate per le injezioni nell' utero,** l'una forata semplicemente e l'altra forata più volte in cima;
10) **due poppattoj di gomma** (vedi § 143 e 506);

11) **una boccetta contenente del liquore caustico d' ammonio;**
12) **un' altra contenente dell' etere.**

La levatrice farà inoltre bene di prendere seco:

13) **una fodera di guanciale cuneiforme.** Questa si può riempire ben presto con paglia o fieno. Molte volte è di gran vantaggio l' avere alla mano un simile guanciale, massimamente quando l' ostetrico dovendo fare una operazione ordina alla levatrice di preparare il cosidetto letto trasversale.

14) La levatrice prenda seco anche **un metro quadrato di tela incerata o di un altro impermeabile**; appunto presso la gente povera è doppiamente necessario di tener netto il letto, perchè vi mancano i requisiti necessarii per mutarlo.

Tutti questi utensili si allestiranno in tutto buon ordine sopra un tavolino nella camera per partorire. La levatrice deve aver cura di tenere tutti questi utensili anche in casa sua in un luogo solo ed in buon ordine, acciochè, quando vien chiamata presso una partoriente, non dimentichi niente e non perda neppure tempo nel cercarli. Quando la levatrice ritorna a casa dopo aver assistito ad un parto, dovrà mettere accuratamente in ordine tutti i suoi utensili, come se dovesse andar subito ad assistere un' altra partoriente.

15) La levatrice prenderà seco anche questo **manuale**, onde possa consultarlo qualora avesse dei dubbi riguardo al da fare ed onde possa distrarsi convenevolmente quando deve stare ore intiere quasi inerte ad osservare il parto normale. La levatrice non deve cioè inquietare la partoriente occupandosi eccessivamente del suo stato e non deve neppure cercare di farle passare il tempo chiaccherando inutilmente; ciò non farebbe bene alla partoriente e degraderebbe la levatrice.

§ 230.

Ciò che abbiamo detto nel § 108 in riguardo alle qualità necessarie della mano esploratrice della levatrice, vale anche per l' assistenza al parto. Nel parto si deve prestare un' attenzione speciale alla **pulitezza.** Nella sua professione ed anche fuori di questa la levatrice vien nel caso di dover toccare delle materie putride o purulenti; se la minima parte di queste materie venisse

portata nelle parti genitali della partoriente ne potrebbe derivare la febbre puerperale. La levatrice coscienziosa cerca di preservare da tanta disgrazia è stessa e le donne affidate alla sua cura, lavandosi con **acqua di cloro** o con **calce sottoclorosa** o con una soluzione di **permanganato di potassa** o **d'acido fenico** ogni volta che ha dovuto toccare delle materie putride o purulenti e rilavandosi nello stesso modo prima di recarsi presso la partoriente e prima di fare l'esplorazione interna. I requisiti necessari si ponno ritirare da qualunque farmacia. Confronta in merito anche i § 108 e 437.

Gli istrumenti stati adoperati per una partoriente od una puerpera, o non si ponno più adoperare, o devonsi cuocere per 10 minuti e poi lavare con una soluzione d'acido fenico al 10 % prima di adoperarli nuovamente.

Parte quarta.

Del puerperio e dell'allattamento normale.

§ 231.

Appena finito il parto, la donna chiamasi **puerpera** e lo stato in cui si trova dicesi **puerperio.**

Due sono i principali compiti che spettano a questo tempo, cioè primo la **riduzione** di tutte le parti che hanno subìto un cambiamento nella gravidanza e nel parto, in ispecie **delle parti genitali della madre,** quasi nello stesso stato che avevano prima della gravidanza; e secondo la **secrezione del latte** che serve a nutrire il **bambino neonato.**

§ 232.

Per la vita e la salute della madre e del bambino è di grand' importanza, che le due funzioni del puerperio si compino normalmente.

L' allattamento dura solitamente *nove a dieci mesi.* La riduzione delle parti genitali richiede *più di tre mesi.* In generale però la donna si chiama *puerpera* solamente nelle prime *sei settimane* dopo il parto.

Capitolo primo.

Cambiamenti normali nell' organismo della madre.

§ 233.

La donna che ha or ora partorito rimane spossata e *dispesso* sente un legger *brivido di freddo,* al quale però subentra ben presto il senso di un caldo aggradevole, il **bisogno di dormire** ed un sudore generale leggero. Dopo aver dormito la donna si sente dinuovo bene e rinforzata. Il polso della donna, che fino al termine del parto si era sempre più accelerato, ora è dinuovo più lento e più calmo.

§ 234.

Le puerpere sane hanno la pelle continuamente calda ed *umida.* Nella prima settimana subentra una, due o tre volte al giorno una traspirazione cutanea generale, che dicesi **sudore puerperale.** Perdendo così molti umori, la puerpera accusa gran **sete.** Il desiderio di mangiare alimenti solidi si fa solitamente sentire appena dopo alcuni giorni.

§ 235.

La **secrezione dell' orina** molte volte è scarsa. La quantità dell' orina dipende però dalla quantità delle bevande godute e dall' abbondanza dei sudori e da altre circostanze ancora, cosicchè talvolta la secrezione dell' orina è appunto molto aumentata nei primi giorni. Spesso manca lo *stimolo d' orinare,* sebbene la vescica contenga molta orina; ciò ne rende difficile l' emissione. La **defecazione** manca solitamente nei primi 3 o 4 giorni.

§ 236.

Le **parti genitali esterne** ed il perineo, che subito dopo il parto sono molto sensibili e spesso un po' rigonfi, riprendono già nelle prime 24 ore la loro forma normale e perdono anche ben

presto la loro insolita sensibilità. Piccole ferite della membrana muccosa che si trovano dispesso nella forchetta e nell' apertura vaginale, massimamente davanti, ai lati dell' orifizio dell' uretra, guariscono in pochi giorni, se osserviamo la pulitezza necessaria.

Anche la parte inferiore della **vagina** si restringe già dopo pochi giorni. **Il seno vaginale** resta lungo tempo, spesso per sempre, molle e rilassato.

§ 237.

L' **utero** che nella gravidanza si era cambiato più di tutte le altre parti della madre (vedi § 49 e § 87) subisce anche nel puerperio i maggiori cambiamenti. L' utero della donna pesa subito dopo il parto circa 1000 grammi, 4 mesi più tardi circa 50 grammi. Tutti i materiali aggiunti all' utero nella gravidanza spariscono nel puerperio, in parte ritornando nella circolazione generale della madre, in parte versandosi fuori per mezzo della lochiazione. Contemporaneamente si ripara anche quella parte della membrana interna dell' utero, che era scomparsa nel parto qual decidua caduca.

§ 238.

L' **orifizio** esterno **dell' utero** ed il canale del collo permettono nei primi giorni d' introdurvi comodamente il dito. L' orlo dell' orifizio è ampio, rilassato e sfrangiato. La **parte sotto vaginale** dell' utero ha ripreso già dopo otto giorni una forma cilindrica, ma è ancora larga, corta e molle e conserva le **lacerazioni** avvenutevi nel parto. Queste lacerazioni del collo *persistono* anche dopo che l' utero è ritornato intieramente al suo stato normale.

§ 239.

Il **corpo dell' utero**, che dopo il parto si poteva apprezzare colla palpazione attraverso le pareti rilassate del ventre come una palla dura, resistente, della grandezza di più di un pugno, solitamente s' ingrandisce dinuovo un poco nelle prime 12 ore, cosicchè il suo fondo arriva sopra la metà fra la cicatrice ombellicale e la sinfisi del pube. Poi l' utero s' impiccolisce di giorno in giorno. Al 12° giorno del puerperio si trova dinuovo al di dietro della

sinfisi del pube e non è più apprezzabile colla sola esplorazione *esterna*. Facendo il riscontro combinato si trova l'utero deviato in avanti ed un po' mobile al disopra del seno vaginale anteriore.

Ciò vale solamente quando la vescica è vuota. La situazione dell' utero dipende nel puerperio più che in altri tempi dal contenuto della vescica. Quando la vescica è piena, l'utero della puerpera arriva ad un livello più alto e si trova spesso anche lateralmente.

§ 240.

I **ligamenti dell' utero**, tanto i *larghi* quanto i *rotondi*, sono molto rilassati subito dopo il parto, perchè non si ponno scorciare così presto come s'impiccolisce l'utero. Nella prima settimana dopo il parto l'utero è perciò molto mobile in tutte le direzioni. Pian piano si scorciano e si tendono però anche i ligamenti dell'utero, e se la donna ha cura di sè stessa nel puerperio, l'utero dopo alcuni mesi è dinuovo fissato nella sua posizione, come lo era prima della gravidanza.

§ 241.

L'utero s'impiccolisce così presto nei primi giorni del puerperio massimamente causa le sue contrazioni, causa i **morsi uterini** (§ 163 e 164).

Quanto più breve fu la durata del parto e quanto maggiore fu il numero dei parti, tanto più intensa e più duratura sarà solitamente la sensazione dolorosa, che fanno queste contrazioni. Passato il quarto giorno del puerperio i morsi uterini sono però di rado dolorosi.

In riguardo ai morsi uterini vale ciò che abbiamo detto nel § 149 in riguardo alle doglie in generale. I morsi uterini sono più brevi dei dolori del parto e fanno dispesso degli intervalli di più ore; fra un morso e l'altro non c'è nessuna sensazione dolorosa, neppure quando si preme sull' utero. Facendo una pressione sull' utero, talvolta anche solamente toccandolo, si può però promuovere un morso uterino, che si palesa poi chiaramente coll' indurirsi ed impiccolirsi dell' utero e col far prominenza della parete del ventre. Quest' ultimo fenomeno si spiega col fatto che i ligamenti rotondi, i quali formano una continuazione dei muscoli del-

l'utero si contraggono contemporaneamente coll' utero. La mobilità dell' utero nel puerperio è quindi alquanto diminuita durante i morsi uterini. Nei primi giorni del puerperio il succhiare del bambino alla mammella provoca solitamente una contrazione uterina. Ecco un vantaggio essenziale dell' allattamento materno, giacchè forti e frequenti morsi uterini facilitano la riduzione dell' utero.

§ 242.

Nel puerperio normale si ha uno scolo di liquido dall' utero, che dicesi **lochiazione, lochi.**

Nel primo giorno i lochi sono formati da vero sangue. Questo sangue è sciolto e già un poco sieroso, talvolta però è mescolato a grumi più o meno grandi ed a pezzetti di decidua.

I lochi restano mescolati con sangue *nei primi due, tre sino a quattro giorni* e hanno allora un colore *rosso*. Poi diminuiscono solitamente per alcune ore e diventano *sierosi*, dopo di che, aumentando dinuovo, prendono un colore *biancastro* e si fanno più densi; ora consistono di mucco e di materia, *perchè la superficie interna dell' utero, riparandosi, si trova in vero stato di suppurazione.* D' ora in poi i lochi restano muccosi. Nelle donne che allattano il loro bambino cessano dopo tre o quattro settimane.

La *quantità* e l'*odore* dei lochi variano assai nelle singole donne e nei singoli periodi del puerperio. Verso il secondo o terzo giorno, ove i lochi sono sanguigni ed abbondanti, l'odore si fa solitamente più grave. I lochi di una puerpera *sana* non mandano però mai un odore putrido e stercoroso.

§ 243.

La **secrezione del latte** si prepara già nella gravidanza. Le mammelle contengono dispesso già subito dopo il parto molto latte. Per il solito però secernono il latte in maggiore quantità solamente dopo due o tre giorni. Allora le mammelle aumentano di volume e producono dispesso un senso di distensione e dolori pungenti, che cedono poi, appena si scarica il latte abbondantemente. *La secrezione del latte si stabilisce tanto più presto*

e diventa tanto più abbondante, quanto più dispesso e quanto più gagliardamente succhia il bambino.

§ 244.

I *primo latte* è un liquido sieroso mescolato ad un altro liquido giallognolo e denso, che forma delle striscie alla sua superficie. Facendo una pressione sulla mammella il latte vi sgorga a grandi goccie. Appena che il latte vien separato in maggior quantità, esso appare come un liquido *omogeneo bianco-azzurro*, che quando facciamo una pressione sulla mammella vi schizza fuori a getti; versato in un bicchiere di acqna, vi si mischia formandovi dapprincipio come una nuvola e tingendola poi di un colore uniforme.

§ 245.

Finchè dura la secrezione del latte, **nella maggior parte delle donne si sospendono le regole.**

Slattato il bambino, solitamente dopo otto o nove mesi, le mammelle talvolta si rigonfiano. Se la donna si contiene convenevolmente, la gonfiezza mammaria e la secrezione del latte cessano però ben presto e le mammelle diventano vizze. Quattro o sei settimane più tardi **rientra** solitamente **la mestruazione.**

§ 246.

Non tutti i cambiamenti prodotti dalla gravidanza e dal parto nell' organismo della donna spariscono nel puerperio e nel tempo susseguente. Certi **cambiamenti restano per sempre** ed indicano ancora dopo molti anni e dispesso anche vita durante, che la donna abbia partorito. I più importanti fra questi **segni di maternità** sono i seguenti:

1) *Le cicatrici nell' orifizio dell' utero,* che non mancano mai dopo il parto d'un feto maturo.

2) *Le cicatrici nell' apertura vaginale,* che provengono dalle lacerazioni profonde, che ha subìto l'imene durante l'espulsione della testa fetale. Nemmeno queste non mancano mai dopo il parto di un feto maturo.

3) *Cicatrici nel vestibolo* ai lati dell' apertura dell' uretra e *cicatrici provenienti dalle lesioni del perineo* che fortunatamente

mancano nella maggior parte dei casi, ma che quando ci sono, sono quasi infallibili.

4) *Le screpolature della pelle rilassata del basso ventre,* che però talvolta ponno mancare e che altre volte ponno avere un altro motivo che la gravidanza.

In riguardo a tutti questi segni, la levatrice si rammenterà di ciò che abbiamo detto nei § 114 e 118 sino 123.

§ 247.

Anche i **segni che indicano che una donna abbia partorito da poco tempo** ponno interessare la levatrice. Si ponno dedurre facilmente dai paragrafi antecedenti di questo capitolo. Dobbiamo però rimarcare:

1) Che talvolta troveremo del latte anche nelle mammelle di una donna che ha partorito avanti molt' anni per l'ultima volta; che dispesso troveremo del latte nelle mammelle di donne che non hanno mai partorito, ma che attualmente sono gravide; ma che quasi mai troveremo del latte nelle mammelle di una donna, che non fu mai gravida.

2) Che le proprietà dell' utero descritte nel § 239 rassomigliano bensì a quelle prodotte da certe malattie, ma che nell' andamento regolare di queste malattie la grandezza dell' *utero non si cambierà mai in così corto tempo come si cambia* nel puerperio (vedi i § 237, 238 e 239); che in queste malattie la parte sotto vaginale dell' utero non presenterà mai quelle qualità descritte nel § 238 e che il rilassamento della pelle del ventre sarà ben di rado così pronunziato come subito dopo un parto. Questi stessi ragionamenti preserveranno la levatrice dal confondere una puerpera con una gravida dei primi mesi.

3) Che scoli simili ai lochi si trovano bensì in certe malattie, mai però in una donna sana, senonchè nel puerperio.

Capitolo secondo.

Cambiamenti normali nel bambino.

§ 248.

Dopo aver fatto il bagno ed essere stato vestito (§ 223—225) dispesso dopo aver frattanto già orinato, il neonato sano sente il bisogno di **dormire. Nutrimento** non ne abbisogna ancora, perchè è stato nutrito sufficientemente dalla madre sino alla fine del parto per mezzo del funicolo.

Dopo 4, dopo 6 e ben anche solamente dopo 12 e più ore il bambino si sveglia e gridando fa intendere che abbisogna del nutrimento. Questo nutrimento glielo dà *il seno della madre.* Il primo latte (§ 244) ha il doppio vantaggio per il bambino di nutrirlo e di *purgarlo* nello stesso tempo. Esso favorisce perciò l'evacuazione dello sterco raccoltosi negli intestini del bambino nella vita intrauterina. Questo sterco forma una massa appiccaticcia verde-nera, che si chiama **meconio.** Il meconio vien eliminato intieramente nei primi 2 o 3 e talvolta anche 4 giorni. Di quà in poi le **evacuazioni** del bambino, di cui se ne contano 2 a 4 in 24 ore, hanno un **colore d'oro o di zolfo.**

§ 249.

Molte volte la **pelle** del neonato dopo alcuni giorni diventa *giallognola*, spesso persino *giallo-oscura* come nell' itterizia degli adulti. In conseguenza *si scaglia* poi *l'epidermide.* La pelle del bambino diventa tanto più gialla e si scaglia tanto più intensivamente, quanto più tenera e più rossa fu subito dopo il parto; se il bambino dorme e succhia bene, se va ben del corpo e se non grida che quando ha fame o quando si è sporcato, si può considerarlo come *sano* ad onta di questi cambiamenti nella pelle.

§ 250.

Il **tronco del cordone ombellicale,** che resta attaccato al bambino, si distacca per mezzo di una suppurazione che vi si stabi-

lisce presso al margine della pelle del ventre. Il distaccamento completo segue solitamente nel quinto giorno dopo il parto, di rado già nel secondo, oppure solamente nell' ottavo. Pochi giorni dopo l' ombelico, cicatrizzandosi, prende la forma che mantiene vita durante.

Finchè il tronco del funicolo è ancora attaccato al bambino questo dicesi **neonato.**

§ 251.

L' **allattamento** dura generalmente sino alla **dentizione.** Questa comincia per il più a otto mesi. Solitamente spuntano i primi i due denti incisivi medii inferiori, poi i due medii superiori, poi i quattro incisivi esterni, poi i primi quattro mascellari, a un anno e mezzo i quattro canini ed alla fine del secondo od al principio del terzo anno i secondi quattro mascellari. Questi venti denti si chiamano *denti lattajuoli.* Nell' infanzia vengono rimpiazzati da un egual numero di denti stabili. Più tardi, a 7, 16 e 25 anni spuntano ancora i dodici molari, che si trovano a tre a tre da una parte e dall' altra delle due mascelle. La dentizione è accompagnata da certi cambiamenti nelle intestina del bambino, che lo rendono capace di *digerire* anche *alimenti farinacei.*

Capitolo terzo.

Cura alla madre ed al bambino.

§ 252.

Riguardo alla **camera,** al **letto** ed alle **vestimenta** della donna vale ciò che abbiamo detto nel § 186 e nel § 222. La camera deve sempre essere ben aëreata. Ciò si ottiene osservando *pulitezza in ogni riguardo* e *ventilando* di quando in quando la camera, e non facendo dei profumi. La puerpera non deve mai venir esposta alla corrente dell' aria, e la camera deve venir venti-

lata in modo, che l'aria non vi si raffreddi di repente, ma che anzi si mantenga stabilmente ad una temperatura di circa 14° R. Si bandirà la luce diretta del sole, senza però rendere oscura la camera.

§ 253.

La puerpera deve in prima linea aver **quiete**, se vuol restar sana. *Nell' intiera prima settimana dopo il parto, la puerpera non deve abbandonare il letto*, essa deve giacere *continuamente*. Anche quando si deve rifare il letto perchè non vi giace più comodamente, la puerpera non deve alzarsi da sè, ma deve venir *portata* fuori del letto.

Se possibile, è bene aver due letti, onde poter trasportare la puerpera da un letto all' altro. È meglio rifare il letto verso mezzogiorno che alla sera, ove la puerpera è molto più sensibile.

§ 254.

Affinchè l'andamento normale del puerperio non venga sconcertato è necessario procacciare alla puerpera anche assoluta *quiete d' animo*. Perciò **proibiremo tutte le visite** di persone superflue, finchè la puerpera non si alza dal letto, vale a dire per un' intiera settimana.

Per lo stesso motivo teneremo lontane tutte le occasioni, che potessero **agitare** la puerpera e massimamente quelle che le potessero fare corruccio, spavento o paura ed anche gioja.

§ 255.

Per il **bambino** si allestirà subito dopo il parto un **letto apposito** presso a quello della madre. Quando la madre è sveglia, il bambino può bensì giacere con lei nel letto, ma non per sempre. Esso non ha bisogno del calore materno. Un bambino sano e ben sviluppato produce da sè stesso quel calore di cui abbisogna, se è ben vestito e se la camera è bastantemente calda. Per il solito non è quindi neppur bisogno di dargli uno scaldaletto.

Un letto **stabile** come un solito letticiuolo od una zana è molto migliore di una *culla*. La culla offre bensì per il primo tempo l'apparente vantaggio di poter quietare più facilmente il bambino, ma il bambino non grida nei primi giorni che quando sente un

qualche bisogno o dolore, ed allora dobbiamo dar retta alla sua chiamata; e poi ci prepariamo per molti mesi un gran tormento, se avvezziamo il bambino ad un simile stordimento, perchè allora non dorme più senza dimenar la culla. Il letto del bambino deve venir riparato dalla luce troppo intensa, senza però essere incortinato intieramente.

§ 256.

Di tutte le funzioni della puerpera richieggono la massima attenzione della levatrice le *secrezioni*: **I sudori, i lochi e la secrezione del latte.**

§ 257.

La puerpera **suda da sè** quanto fa bisogno e quanto è utile. La levatrice terrà lontano tutto ciò che può *turbare* questi sudori, massimamente qualunque *raffreddamento;* dall' altra parte non deve neppure credere di dover far qualche cosa per *promuoverli.* Quà e là troviamo ancora l'abuso di tenere la puerpera eccessivamente calda, di impaccarla formalmente con piumacci e di darle di tutta sorta di tè ed altre bevande riscaldanti nell' intenzione di farla sudare. Un lenzuolo ed un solito preponte od una coperta di lana bastano per coprire la puerpera; i piumacci sono massimamente d'estate addirittura nocivi. La miglior bevanda per la puerpera è l'acqua netta fresca; tutti i tè ed altre bevande calde promuovono *soverchiamente* i sudori, danno quindi occasione per raffreddarsi e guastano oltreciò ancora il ventricolo della puerpera.

Causa i sudori è necessario *cambiare* dispesso la *biancheria della puerpera*, perchè la donna potrebbe raffreddarsi se la camicia impregnata di sudori diventasse fredda. Facendo questo cambio si deve però indispensabilmente aver cura, che la biancheria nuova sia ben sciorinata, ben asciutta e ben riscaldata. S'intende da sè, che non deve venir asciugata nella camera ove si trova la puerpera. La levatrice incontrerà ancora quà e là dei pregiudizi anche contro il cambio della biancheria.

§ 258.

I **lochi** *sporcherebbero* assai il letto della puerpera, se la levatrice non osservasse la massima pulitezza.

Una delle prime condizioni acciochè la puerpera resti sana, si è che la levatrice osservi severamente la massima pulitezza nel senso del § 108, massimamente in riguardo a tutto ciò che vien in contatto colle parti genitali della puerpera.

La levatrice troverà talvolta che la puerpera ha destinato un qualche cencio vecchio e già sporco per accogliere i lochi; essa dovrà assolutamente rifiutarlo. Per mettere davanti i genitali e sotto le natiche della puerpera non possiamo adoperare che roba ben lavata. Dove lusso è permesso preferiremo mettere davanti le pudende invece del panno bianco un po' di ovatta ben sgrassata ed impregnata coll' acido salicilico o fenico, che possiamo ritirare dalla farmacia.

Tenor la quantità dei lochi rinnoveremo 1, 2, 3, 4, o più volte al giorno il panno sottoposto alle natiche. Sotto allo stesso non dimenticheremo di mettere una tela cerata od un altro impermeabile per conservare pulito il letto. La levatrice farà bene di comperare lei stessa un pajo di questi impermeabili per imprestarli poi nel caso a qualche povera puerpera, perchè senza impermeabile la paglia del letto marcirebbe, cagionando diverse malattie. Rinnovando il panno sottoposto alle natiche si laveranno ogni volta le parti genitali esterne con una spugna bagnata nell' acqua calda netta. La spugna dev' essere nuova e prima di adoperarla si farà ancora cuocere. Dopo averne fatto uso la laveremo attentamente e la conserveremo poi in un vaso apposito contenente una soluzione di acido fenico o di permanganato di potassa. Se la puerpera è ricca, sostituiremo alla spugna l'ovatta di cui già parlammo. L'ovatta usata devesi gettar via. Nei primi giorni faremo una o due injezioni d'acqua calda nella vagina, onde non vi si ammassino i lochi. Se l'odore dei lochi si fa grave, la levatrice aggiungerà all' acqua per le lavande e per le injezioni l'un per mille di permanganato di potassa o l' 1 % d'acido fenico.

La levatrice cercherà di prestare tutti questi servizi senza snudare e bagnare inutilmente la puerpera, perchè altrimenti la esporrebbe a raffreddarsi. Le biancherie nuove del letto devono essere ben riscaldate.

Non si adopererà mai una spugna, un panno od un altro pezzo del letto od un istrumento presso una seconda puerpera

senza averli prima desinfettati coll' acqua bollente. Trascurando questa precauzione, possiamo trasportare o cagionare una malattia.

Ecco ciò che la levatrice deve fare in riguardo ai lochi. Giacchè la quantità dei lochi varia assai nelle singole puerpere, la levatrice verrà instigata da certe donne sciocche a dar della *cannella* e di tutta sorta di *tè* ed a far uso di altri mezzi interni ed esterni per aumentare o diminuire la quantità dei lochi. Cedendo a questi suggerimenti la levatrice farebbe diventar *ammalata* la puerpera sana. Nella parte settima di questo libro insegneremo poi cosa la levatrice debba fare, quando i lochi, *per il motivo* che la puerpera è *ammalata*, non sono normali.

§ 259.

La **secrezione del latte** è di egual importanza pella *madre* (vedi § 241) come per il *bambino*. Ogni madre sana *deve* allattare il suo bambino. In generale la levatrice non deve *mai* sconsigliare l' allattamento materno. Se la donna è ammalata si domanderà il parere del medico, e *questi* deciderà se la donna possa allattare o no.

Quando la madre ed il bambino che subito dopo il parto si erano addormentati si svegliano, è tempo di dare il seno al bambino. È un' usanza abbominevole quella di dare al bambino prima dell' acqua zuccherata o tè o medicine. Se infatti il bambino non trova nessun nutrimento nelle mammelle della madre, gli daremo un *altro* **nutrimento**, vale a dire *latte*, e non l' introdurremo nella vita con *inganni*.

Del vantaggio che ha appunto il primo benchè ancor scarso latte della madre per il bambino abbiamo già parlato nel § 248.

§ 260.

D' ora in poi daremo il seno al bambino *circa ogni tre ore*. Nel primo tempo molti bambini chiedono più dispesso il nutrimento, molti altri anche più di rado. Il bisogno del bambino ci darà quindi nel primo tempo la norma tenor la quale gli daremo il seno. Se il bambino succhia *troppo dispesso*, la madre si agita troppo e non trova la quiete di cui tanto abbisogna, se il bambino succhia *troppo di rado*, la secrezione del latte tarda a stabi-

lirsi normalmente e le mammelle ponno persino ammalarsi. In tutti e due i casi soffrono anche la digestione e la nutrizione del bambino. *Già dopo 15 giorni assuefaremo il bambino a stare durante la notte 5 a 6 ore senza poppare.*

Nella prima settimana è *necessario* che la puerpera stia *orizzontalmente* nel letto anche per dare il seno al bambino. Voltandosi un po' d'una parte ed appoggiandosi nello stesso tempo sul gomito corrispondente occuperà anche *la più comoda* posizione per porgere il seno al bambino. È d'importanza di far succhiare alternativamente da tutte e due le mammelle.

La levatrice deve insegnare esattamente alla donna come debba allattare, e ciò massimamente se dessa è puerpera per la prima volta. Certe piccole comodità e certe manipolazioni che agevolano questa funzione sarà meglio risparmiare per una lezione pratica, giacchè non si ponno ben descrivere.

§ 261.

Finchè la puerpera non si alza dal letto, per il solito dunque fino ad otto giorni, la levatrice deve **visitarla due volte al giorno**, alla *mattina* ed alla *sera*. Quante volte la levatrice debba visitare la puerpera *passato questo tempo*, dipende dallo stato e dal desiderio della puerpera e talvolta anche dall' ordinazione del medico.

§ 262.

Ogni volta che la levatrice visiterà la puerpera, esaminerà se le *tre principali funzioni del puerperio*, di cui abbiamo or ora parlato, sono normali. S'informerà e si persuaderà se sono subentrati i sudori normali e dirà come la puerpera si debba contenere in riguardo agli stessi. Rinnovando le biancherie sottoposte alle pudende si persuaderà se la qualità dei lochi è regolare e lavando le parti genitali guarderà se si trovano in uno stato normale. Si persuaderà inoltre per mezzo della palpazione se l'utero è ben contratto e se s'impiccolisce di giorno in giorno come dovrebbe. Se la puerpera si lagnasse dei morsi uterini, cercherà di farle capire che sono utili e l'esorterà a sopportarli con pazienza ed avrà massimamente cura di far sì, che la puerpera non si lasci indurre a negliggere di dare il seno al bambino quando è tempo. Esa-

minerà le mammelle ed i capezzoli per vedere se sono in uno stato normale e darà i suoi consigli in riguardo all' allattamento. Avviene talvolta che le mammelle si rigonfiano e fanno male nei primi giorni. Allora la levatrice consiglierà di ungerle con un po' d' olio caldo e di coprirle con ovatta o stoppa. Questa procedura non fa retrocedere il latte come pretendono certe donne; però non si deve negliggere di porgere il seno al bambino.

§ 263.

La levatrice s' informerà inoltre se la puerpera si sente bene, se ha dormito bene e se ha molta *sete*. La puerpera non deve patir sete, ma deve bevere poco alla volta. Se la puerpera desiderasse un' altra bevanda invece dell' acqua fresca, la quale del resto sarà sempre la migliore, potrà bevere dell' acqua gazosa od un decotto leggero di avena mondata, di pane nero, di mele o di prugna secche, oppure latte ed acqua, od un' orzata, e dal quinto giorno in poi anche un leggero brodo di carne, un leggero caffè e latte od un bicchiere di buona birra. Di grand' importanza si è che la levatrice s' informi già la prima volta che visiterà la puerpera se l' *emissione dell' orina* è normale (vedi § 235). Se la puerpera non avesse ancora orinato, quantunque siano già passate diverse ore dopo il parto, la levatrice l' inviterà ad orinare, e se non vi riesce, allontanerà l' orina colla siringa. La vescica piena impedisce la riduzione dell' utero.

Benchè la puerpera emetta l' orina più volte al giorno, avviene talvolta che la vescica resti ripiena d' orina, anche senza cagionare alcun stimolo di orinare. Per questo motivo la levatrice non si contenterà mai della sola informazione. Con un po' d' esercizio la levatrice riconoscerà ben presto per mezzo della palpazione se la vescica è piena o vuota.

§ 264.

La levatrice s' informerà come sia l' *appetito* (vedi § 234). Se il medico non ha dato un' ordinazione speciale, la puerpera nei primi quattro giorni non mangerà che zuppe d' acqua con pan bianco o pane nero, con riso, semolella, orzo mondo, avena monda, miglio, sago, il tutto ben cotto e *senza droghe*. Anche un po' di

compôt di frutta è permesso. Dal quinto giorno in poi la puerpera potrà prendere un brodo di carne, una zuppa di birra, una minestrina con un giallo d'uovo, anche un po' di carne ad arrosto o a lesso, quando il suo stato generale e massimamente quando anche la lochiazione è del tutto normale (§ 242); ne mangerà però poco alla volta e si guarderà dall' aggiungervi delle droghe. Proibiti sono i seguenti cibi: cavoli, rape ed altre verdure simili (ad eccezione delle carote), cipolle, asparagi, legumi, gnocchi, carne salata ecc. ecc.

§ 265.

Nei primi tre giorni la puerpera sana non ha bisogno *d' andar del corpo.* Anzi la quiete delle intestina favorisce la riduzione dell' utero. Ma se la puerpera non va del corpo fino al quarto giorno, la levatrice le darà un clistere con acqua calda o con latte ed acqua, o con un decotto di semi di lino, o con un infuso leggero di camomilla, al quale aggiungerà un cucchiajo o due da tavola d'olio buono. Se questo clistere non facesse effetto, ne darà un altro a cui aggiungerà ancora un po' di buon sapone ordinario od un cucchiajo da tavola di solito sale di cucina.

Se la puerpera non va del corpo neppure nei giorni susseguenti, la levatrice ripeterà solamente ogni due giorni il clistere. *La levatrice non amministrerà però mai mezzi interni alla puerpera per promuovere la defecazione.*

Nei primi otto giorni la puerpera non si deve alzare per andar del corpo, ma si servirà d'un vaso da letto.

§ 266.

Ogni volta che la levatrice visita la puerpera deve anche nettare e *vestire* da capo il *bambino.* Una volta al giorno, se possibile alla mattina, gli farà anche un *bagno* nello stesso modo come lo fece subito dopo il parto (§ 223). Eviterà di fregare troppo gagliardamente il bambino e di far sì che si raffreddi. Non farà neppure uso di sapone, perchè fa danno al bambino. Dopo ogni bagno la levatrice fascierà l' *ombelico* del bambino con una pezzetta nuova e tenor le regole che abbiamo dato nel § 224, evitando accuratamente di stirare il tronco del funicolo. Distaccatosi il tronco

del funicolo coprirà dopo ogni bagno la ferita ombellicale con una pezzetta netta spalmata con olio, finchè l'ombelico sarà cicatrizzato intieramente. Non potendo avere dell' olio affatto *netto* e *fresco*, preferirà fasciarlo con una pezzetta asciutta.

Il bambino deve venir *nettato* ogni volta che si sporca. Non potendo sempre essere presente, la levatrice istruirà esattamente la persona che ha assunto la cura del bambino come debba comportarsi nella sua assenza. È nocivo svegliare il bambino repentemente e perciò la levatrice aspetterà finchè si sveglia da sè stesso. Del resto il bambino si assuefarà ben presto a certe ore.

§ 267.

Dopo otto giorni la puerpera può cominciare ad *alzarsi dal letto*. Essa può ora alzarsi più volte al giorno, può passeggiare nella camera, ma poi deve ritornare al letto. *A sedere* la puerpera non si deve ancora mettere nei prossimi giorni, perchè questa posizione è assai nociva all' utero, che è ancor molto mobile. Neppur le scale non salirà ancora. Quando una puerpera sana possa del resto abbandonare la camera e sortir di casa dipende del tutto dalla stagione e dal tempo e dalla situazione della sua abitazione. Se la puerpera abita a pian terreno e se fa bel tempo, potrà sortire all' aria aperta già a 9 giorni, se abita invece al primo o secondo piano non potrà discendere le scale che dopo 15 giorni. D'inverno la puerpera non dovrebbe abbandonare la camera riscaldata che dopo 6 settimane.

§ 268.

Nei primi **tre mesi** la puerpera, se le è cara la sua salute, deve evitare qualunque *movimento più forte del corpo,* come il ballo o gli strapazzi. In questo tempo si asterrà anche dal *coito*.

§ 269.

Durante l'intiero **allattamento** la donna deve preservare accuratamente il suo seno da qualunque pressione o raffreddamento. Con egual diligenza cercherà di tenerlo netto. Essa farà oltreciò bene di sostenerlo per mezzo di un corpettino ben adattato e non

troppo serrato alla vita. Un pezzo di flanella avvolto in tela fina e spesso rinnovato la preserva dai raffreddori ed accoglie il latte che forse sgorga dalle mamelle. Dopo che il bambino avrà succhiato si laverà ogni volta il capezzolo con acqua fresca.

§ 270.

La donna che allatta deve osservare la massima *regolarità* nel mangiare e nel bevere. In generale si tenga al vitto, che le faceva bene anche altre volte quando era sana. Un vitto leggero, ma sostanzioso è il più adattato; tutti i cibi indigesti, che abbiamo nominato nel § 264 e tutte le bevande riscaldanti, massimamente l' acquavite restano proibiti. Subito dopo tavola non si darà mai il seno al bambino, e se la madre avesse fatto una qualche indigestione o se avesse avuto un qualche corruccio o spavento, si dovrà cavare il latte dalle mammelle nel modo che descriveremo più tardi, perchè sarebbe nocivo al bambino.

§ 271.

Rientrando la *mestruazione*, la donna *può* continuare ad allattare quando si sente del resto bene; ma se una donna che allatta diventasse nuovamente *gravida,* e questo caso non è raro anche senza previa manifestazione delle regole, essa dovrà slattare il bambino.

§ 272.

Il momento più propizio per **slattare** il bambino è quello in cui *tutti i denti incisivi sono spuntati,* solitamente dunque il decimo mese di vita del bambino. Dapprincipio gli daremo sempre più di rado il seno e poi non più. Non è opportuno di prolungare questo periodo per più settimane o persino mesi, perchè una volta che la secrezione del latte comincia a sospendersi, il latte stesso diventa più cattivo e non fa più bene al bambino. Se le mammelle si rigonfiassero fortemente mentre slattiamo il bambino, le copriremo come abbiamo già insegnato con olio ed ovatta, e guarderemo di sostenerle ben bene. Nello stesso tempo non permetteremo alla donna che un vitto scarso e procureremo che vada ogni giorno del corpo.

Parte quinta.

Delle irregolarità nell'andamento della gravidanza.

Capitolo primo.

Presentazione anormale del feto.

§ 273.

Nel sesto capitolo della parte seconda abbiamo parlato della situazione, della presentazione e posizione normale del feto nell'utero. La levatrice sa, che situazione, presentazione e posizione del feto variano dispesso ancora negli ultimi mesi della gravidanza. Quanto più la gravidanza si avvicina al suo termine normale, tanto più dispesso e più stabilmente vedremo discendere nel bacino il vertice del feto. Verso la fine della gravidanza *la presentazione normale* del feto è quindi quella del *vertice*. Il feto può però presentarsi anche con un' altra parte ed allora abbiamo una **presentazione anormale.**

Le differenti situazioni del feto nell' utero si distinguono in **rette** ed in oblique o **trasverse.** Rette si dicono quelle, ove il feto sta colla spina dorsale nella direzione dell' asse dell' utero, trasverse quelle, ove il feto sta colla spina dorsale più o meno nella direzione del diametro trasverso dell' utero.

Le situazioni rette vengono denominate tenor la parte del feto che tende ad essere emessa la prima. Noi parliamo quindi di una **presentazione della testa,** quando la *testa* discende la prima, e di una **presentazione del bacino,** quando il feto si presenta coll' *ovoide pelvico.*

§ 274.

La testa presenta solitamente il cranio, talvolta però, mercè un cambiamento nel portamento del feto, anche la faccia. Noi distinguiamo quindi due *presentazioni* della testa, una del **vertice**, cioè quella descritta nella seconda e terza parte di questo manuale e rappresentata nelle figure 26 e 27, l'altra della **faccia**, vedi le figure 54, 55. Quella del vertice è *l'unica presentazione perfettamente normale.*

Fig. 54. 1/5 della grand. naturale.

Fig. 55. 1/5 della grand. naturale.

§ 275.

L'ovoide pelvico si presenta per lo più colle natiche, di rado e talvolta appena durante il parto coi piedi o colle ginocchia. Noi abbiamo quindi tre *presentazioni*, la prima delle **natiche**, fig. 56 e 57, la seconda dei **piedi** e la terza delle **ginocchia**.

§ 276.

In tutte queste *situazioni dirette* il *dorso* del feto si trova solitamente a *sinistra;* noi abbiamo allora la **prima posizione della presentazione del vertice, della faccia, delle natiche ecc. ecc.**

Fig. 23, 26, 28, 54, 56. Più di rado il *dorso* si trova a *destra* ed allora abbiamo la **seconda posizione della presentazione del vertice, della faccia, delle natiche ecc. ecc.** Fig. 27, 55, 57.

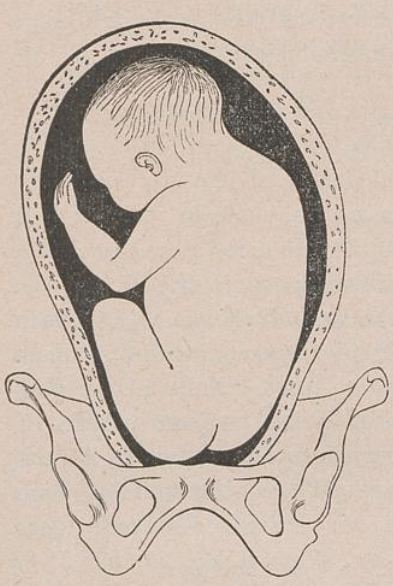


Fig. 56. 1/5 della grand. naturale.

Fig. 57. 1/5 della grand. naturale.

Fig. 58. 1/5 della grand. naturale.

Fig. 59. 1/5 della grand. naturale.

Nelle *situazioni trasverse* la testa e le natiche si trovano da un lato e dall' altro. La *testa* si trova solitamente dal lato *sinistro* ed allora abbiamo la **prima posizione della presentazione trasversa,** figura 58, più di rado la *testa* si trova dal lato *destro* ed allora abbiamo la **seconda posizione della presentazione trasversa,** fig. 59.

§ 277.

In generale sta più dispesso il dorso del feto in avanti verso la parete anteriore del ventre della madre, come lo vediamo nelle fig. 26, 28, 46, 50, 52, 53, 54, 56, 58 (ciò dicesi *prima variante*); più di rado troviamo il ventre del feto in avanti, fig. 27, 55, 57, 59 (ciò dicesi *seconda variante*). *In tutte le situazioni dirette il dorso che si trova a sinistra guarda più dispesso in avanti, il dorso che si trova a destra più dispesso in dietro.* Nella prima posizione abbiamo quindi più dispesso la prima variante e nella seconda posizione più dispesso la seconda variante. Le fig. 26, 28, 52, 53, 54, 56, 58 rappresentano quindi la prima variante della prima posizione della presentazione del vertice, della faccia, delle natiche e della presentazione trasversa, e le fig. 27, 55, 57, 59 la seconda variante della seconda posizione della presentazione del vertice, della faccia, delle natiche e della presentazione trasversa. La levatrice potrà farsi un' idea della seconda variante della prima posizione e della prima variante della seconda posizione anche senza una relativa incisione.

§ 278.

Mancando quelle condizioni, che tenor i § 91—95 promuovono la presentazione *normale,* le situazioni anormali del feto persistono sino alla fine della gravidanza. Le **presentazioni anormali** sono quindi **causate** massimamente:

1) dalla morte e dalle deformità del feto.
2) dalle deformità dell' utero.
3) dalla troppa ampiezza del cavo dell' utero proveniente da una quantità eccessiva di liquido dell' amnio.
4) dalla posizione obliqua e più ancora dal rilassamento dell' utero.

Per quest' ultimo motivo noi troviamo le situazioni anormali *più spesso nelle multipare* che nelle primipare.

Su mille feti maturi ne troviamo:

1) nella **presentazione della testa** 964
(fra cui circa 6 nella presentazione della faccia.)
2) nella **presentazione del bacino** 32
(presentazioni delle natiche, dei piedi e delle ginocchia.)
3) nella **presentazione trasversa** 4

Totale 1000.

§ 279.

La levatrice **riconosce** le situazioni anormali del feto per mezzo dell' esplorazione esterna ed interna. Vedi i § 97—109. Ne indicheremo più esattamente il modo nella parte seguente, quando parleremo delle irregolarità del parto.

Una situazione anormale del feto ha tanto meno importanza, quanto più lontano è ancora il termine della gravidanza, perchè allora è tanto più probabile che il feto prenda ancora una situazione normale prima che cominci il parto.

Trattandosi di *eruire col mezzo dell' esplorazione la durata della gravidanza* negli ultimi mesi della gravidanza, la levatrice dovrà sempre tener calcolo della situazione del feto. Tutto ciò che abbiamo detto in merito nei § 134—137 presuppone una situazione normale del feto. Massimamente nelle situazioni trasverse ed oblique i sintomi variano alquanto. L' utero non arriva all' alto livello che rappresentano le figure 28 e 38; la levatrice dovrà considerare la *larghezza* dell' utero per calcolarne la *grandezza*. Nella presentazione trasversa l' utero *si abbassa* molto meno distintamente nelle ultime settimane, giacchè non può discendere nessuna parte fetale nello stretto superiore. Per lo stesso motivo non si può dilatare neppure il seno vaginale e la parte sotto vaginale dell' utero non si può risolvere così regolarmente e così chiaramente come nelle presentazioni normali.

§ 280.

Le situazioni anormali del feto richiedono raramente delle disposizioni speciali già prima che cominci il parto. Per questo

motivo e per quell' altro ancora che una situazione anormale del feto si può ancora cambiare negli ultimi tempi della gravidanza in una situazione normale mercè l'azione propria dell' utero, la levatrice riconoscendo una situazione anormale del feto, od essendo in dubbio se il feto sia situato normalmente, si *guarderà bene* di non parteciparlo alla donna incinta.

Nei casi, nei quali la situazione anormale del feto è complicata con un' antiversione od un' obliquità dell' utero, *la levatrice potrà agire con vantaggio già nella gravidanza.* Essa sosterrà il ventre con una fascia addominale adattata, vedi § 300, e consiglierà alla donna gravida di coricarsi durante la notte sul fianco nel quale non si trova il fondo dell' utero.

Capitolo secondo.

Della gravidanza multipla o di più feti.

§ 281.

In casi eccezionali l' utero permette lo sviluppo contemporaneo di più feti. Su 1000 casi abbiamo 12 casi di **gravidanza gemellare**, su 5000 casi abbiamo una **gravidanza trigemella** e molto più di rado ancora abbiamo una **gravidanza quadrigemina o quinquegemina.** Quantunque nascano giornalmente circa cento mila feti, da più di 50 anni in quà non si ha mai sentito, che una madre abbia partorito **sei** feti in una volta.

La gravidanza multipla vien interrotta più dispesso della semplice prima del tempo, causa la distensione maggiore dell' utero. La gravidanza gemellare arriva però per lo più al termine normale, mentre la gravidanza trigemella non vi arriva che di rado e la gravidanza quadrigemina e quinquegemina non vi arriva mai.

Anche i gemelli maturi non sono sempre così grandi come i feti semplici, perchè hanno dovuto condividere il nutrimento e lo spazio. Talvolta uno dei due feti è più grande e più gagliardo

dell' altro. Il fatto, che un gemello può essere sviluppato molto meno dell' altro e che può persino nascere diverse settimane prima dell' altro, ha fatto nascere il dubbio, che i feti siano stati concepiti in differenti tempi. **I gemelli sono sempre della stessa età.**

§ 282.

I gemelli si presentano per lo più **tutti e due col vertice**, fig. 60, quasi così dispesso **uno si presenta col vertice e l' altro colle natiche o coi piedi**, fig. 61, di rado si presentano **tutti e due colle natiche o coi piedi** (vedi fig. 73.) Le due testè nominate presentazioni anormali e massimamente le **presentazioni oblique** e **trasverse** sono più frequenti nella gravidanza multipla che nella semplice.

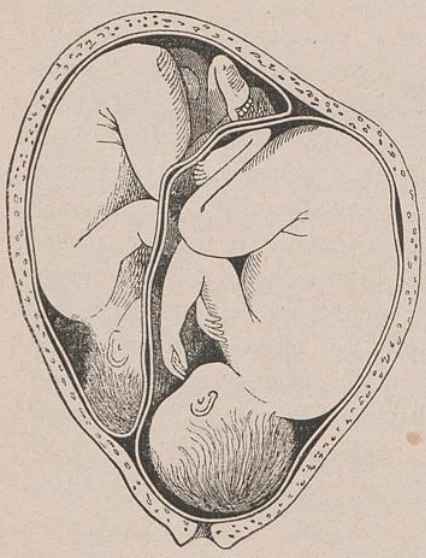


Fig. 60. 1/5 della grand. naturale.

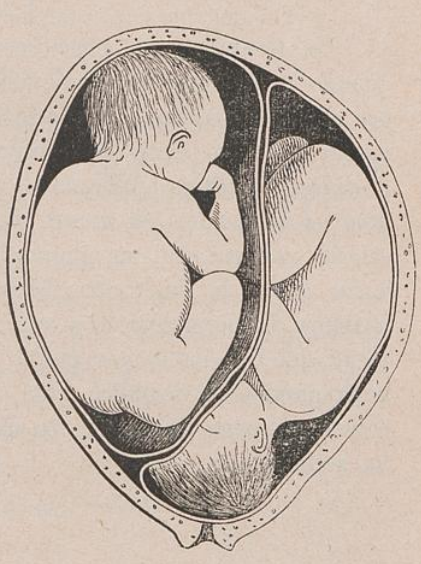


Fig. 61. 1/5 della grand. naturale.

§ 283.

I due feti si ponno sviluppare **in un uovo solo.** In questo caso essi hanno anche nel parto solamente *un* corio e pochissime volte anche *un* solo amnio. Per lo più troveremo però **per ogni feto un uovo** col *suo amnio* e col *suo corio.* Unicamente la *decidua*

manca nei punti ove le uova si toccano, perchè la membrana muccosa dell' utero è semplice. Nel punto ove le uova vengono a contatto, la loro superficie esterna si è fusa insieme.

Le due placente ponno essere separate, oppure essere fuse insieme in una sola. Nell' ultimo caso, trovandosi i feti in due uova, la parete che separa le due uova parte dal punto che si trova fra le inserzioni dei due funicoli.

§ 284.

I gemelli sono per lo più dello **stesso sesso**, dispesso però anche di **sesso differente.** I gemelli che si sviluppano in *un* uovo solo sono sempre dello stesso sesso.

§ 285.

La levatrice può **riconoscere** la gravidanza gemellare solo quando può apprezzare distintamente due teste o due culi, come per esempio una testa nell' orifizio e l'altra nel fondo dell' utero, *oppure* quando sente contemporaneamente battiti cardiaci fetali *di differente battuta* applicando l' orecchio assieme ad un' altra levatrice od al medico sul ventre della donna gravida. La maggior celerità con cui vediamo ingrandirsi il ventre ed il maggior volume a cui arriva, la sua forma slargata, l' infossamento della sua parte mediana, la possibilità di avvertire contemporaneamente dei movimenti del feto in diversi punti, tutto ciò puossi osservare anche nella gravidanza semplice. Per lo più la levatrice riconoscerà con certezza appena dopo il parto del primo feto che ce ne sia ancora un secondo.

Capitolo terzo.

Della gravidanza extrauterina.

§ 286.

La levatrice deve aver qualche cognizione di quello stato rarissimo, che subentra quando l' uovo fecondato, invece di arrivare

nella cavità dell' utero, si arresta nell' ovaja o nella tromba, o casca nella cavità del basso ventre ed ivi si sviluppa.

Nel principio i sintomi non variano da quelli che si osservano nella gravidanza normale. I segni incerti della gravidanza si palesano più o meno distintamente, e giacchè l'utero vuoto presenta gli stessi cambiamenti come nella gravidanza normale, cessa anche la mestruazione. Dopo alcuni mesi subentrano però per lo più delle emorragie, colle quali talvolta vengono espulsi anche alcuni pezzi della decidua. La donna accusa dolori di ventre, e la levatrice riscontra attraverso al seno vaginale un tumore che si trova al di dietro od ai lati dell' utero.

Da questi sintomi, che del resto ponno accompagnare anche certe altre malattie, la levatrice riconosce, che si tratta di uno stato patologico ed agirà tenor le regole indicate nel § 115.

§ 287.

La gravidanza extrauterina non dura solitamente che pochi mesi. Nella maggior parte dei casi la donna muore d'emorragia interna, dispesso repentemente, dopo 6 a 12 settimane. Unicamente nella gravidanza addominale il feto può continuare a svilupparsi. In questo caso subentrano verso la metà della gravidanza i segni certi della gravidanza, ad eccezione però dei cambiamenti normali nella parte sotto vaginale dell' utero. A nove mesi si manifestano bensì delle contrazioni simili alle doglie, ma il parto non può effettuarsi. Allora molte volte muore la madre. In altri casi più felici muore solamente il feto. Questo può restare rinchiuso nel ventre della madre per tutta la vita, e dicesi allora *litopodio;* molte volte cagiona però ancora più tardi delle infiammazioni e suppurazioni mortali.

Nemmeno in quest' ultimo caso la levatrice può riconoscere con *sicurezza* la gravidanza extrauterina. Tanto più essa prenderà a cuore ciò che abbiamo detto nel § 115, e appena che osserverà dei sintomi patologici domanderà che venga consultato l' ostetrico. Quantunque il pericolo che sovrastà al feto ed alla madre sia grande, in certi pochi casi sarà tuttavia possibile di poter salvar la madre e forse anche il feto.

Capitolo quarto.

Del vomito, della diarrea, della stitichezza e delle ernie nelle donne incinte.

§ 288.

Il vomito è un fenomeno così frequente nelle donne gravide, che lo abbiamo enumerato nel § 111 fra i segni incerti della gravidanza. Nel § 140 abbiamo insegnato come la donna gravida possa evitare od almeno mitigare questo fenomeno molesto regolando il suo modo di vivere. Il vomito che insorge nel principio della gravidanza cessa per lo più spontaneamente verso la 12ª —14ª settimana. Se si facesse molto molesto, cercheremo di mitigarlo offrendo alla donna una polvere gazzosa, un bicchiere di acqua di Selters o di una soluzione di bicarbonato di soda, un sorso di vino buono, una tazza di un infuso di melissa o di menta, oppure applicandole sulla regione dello stomaco un fomento aromatico. Il vomito che insorge a gravidanza avanzata cede dispesso ad un clistere seguito da una defecazione abbondante. Qualche volta però il vomito diventa infrenabile, e si fa anche così forte e frequente, che la donna rigetta quasi tutte o tutte le materie ingerite ad onta delle precauzioni raccomandate nel § 140 e dei mezzi or ora accennati. Allora la donna perde le forze e dimagrisce ed incorre causa la mancanza di nutrimento in una malattia, che minaccia la sua vita e quella del bambino. La levatrice non aspetterà che il vomito prenda un carattere sì grave e domanderà a tempo il consiglio di un medico. Se poi il vomito fosse congiunto con un senso di freddo e caldo o con dolori di ventre, la levatrice dovrà assolutamente ricorrere subito all' ajuto del medico.

§ 289.

La diarrea proviene solitamente anche nelle donne gravide come nelle altre persone da stravizii nel mangiare e bere e da raffreddamenti. Le donne gravide hanno un motivo di più di guar-

darsi da questi stravizii, perchè la diarrea è particolarmente pericolosa per le donne gravide; il continuo premere che va congiunto colla diarrea promuove contrazioni dell' utero e può così cagionare un aborto od un parto precoce.

Una donna gravida che ha la diarrea si metterà subito al letto, non prenderà nessuni cibi solidi e nessune bevande fredde e si contenterà di una bevanda tiepida mucilaginosa, di un decotto di avena mondata, di riso o di orzo. Se poi la diarrea non cessasse ben presto, o se fosse complicata con tenesmo, con dolori di ventre o col senso di freddo e caldo, farà d'uopo chiamare il medico.

§ 290.

Della **stitichezza**, che è molto frequente nelle donne gravide, e dei mezzi, coi quali la levatrice cercherà di combatterla, abbiamo già parlato nel § 140.

La levatrice non dimentichi però, che la stitichezza può anch' essere un sintomo di una malattia grave, come per esempio dell' **incarceramento di un' ernia addominale.** Queste ernie formano un tumore sotto alla pelle intatta, per lo più all' inguine *(ernia inguinale)* od al canale crurale *(ernia crurale)*, più di rado all' ombelico od in un' altra regione del ventre; esse si producono quando le intestina, trovando un' apertura nella parete del ventre, vi si spingono all' infuori, quasi sino sotto alla pelle. Questi tumori sono più o meno grandi, talvolta molli, altre volte più resistenti, solitamente non fanno male neppure alla pressione. Nella posizione supina le intestina retrocedono per lo più spontaneamente nella cavità del ventre ed il tumore sparisce; altre volte riesce solitamente di farle rintrodurre, applicandovi colle dita una pressione adattata. La tosse, lo sternutare ed altri movimenti congiunti ad una pressione le fanno sortire più fortemente.

§ 291.

Nella donna gravida l'ernia si rintroduce per lo più spontaneamente verso la metà della gravidanza, perchè allora l'utero che richiede lo spazio anteriore del ventre per sè stesso, respinge indietro le intestina; ma un' ernia che, forse perchè si è ingrandita,

non si rintroduce durante la gravidanza, può facilmente incarcerarsi; lo sterco non può più andar avanti ed in prima linea ne segue stitichezza. Questo stato è molto pericoloso. Una donna che mantiene un' ernia oltre la metà della gravidanza, deve quindi consultare il medico, onde sentire come possa evitare questo stato pericoloso. Incarcerandosi, l'ernia diventa dolorosa; in seguito insorgono il vomito, i dolori di ventre, il senso di freddo e caldo. Più presto si chiamerà il medico, tanto maggiore sarà la possibilità ch' egli possa ancora ajutare.

La stitichezza che dipende da uno spostamento dell' utero è solitamente complicata con retenzione d' orina. Anche in questo caso occorre l' intervento immediato del medico.

Capitolo quinto.

Delle difficoltà ad orinare e degli spostamenti dell' utero nelle donne gravide.

§ 292.

Le difficoltà ad orinare sono tre:

1) **La disuria**, un eccitamento doloroso, frequente e talvolta persino continuo ad orinare, che poi non evacua che una piccola quantità d' orina con dolori acutissimi;

2) **L' incontinenza d' orina**, ove la donna evacua l' orina contro la sua volontà e senza sentirne il bisogno, *o a spinte*, per esempio quando tossisce, sternuta o si soffia il naso e così via, *oppure persino continuamente.*

3) **La retenzione d' orina**, ove la donna neppure volendo non può evacuare l' orina, quantunque la vescica ne sia piena. In questo caso la donna può sentire il bisogno normale di orinare. Questo senso può però essere più imperioso, oppure mancare anche del tutto.

§ 293.

Un eccitamento all' orinare di frequente è un fenomeno molto comune dei primi e degli ultimi mesi della gravidanza, e la donna gravida farà bene di soddisfarlo, perchè è causato da uno stato normale. Questo eccitamento può però farsi doloroso, e questo dolore si aumenta spesso ancora orinando; noi abbiamo allora una vera **disuria.** In questo caso la donna accuserà dispesso dolori nell' uretra ed anche nella vagina quando faremo il riscontro. La disuria richiede che la donna si metta al letto e si copra ben bene, che non prenda che bevande mucilaginose, un infuso di semi di lino, un' orzata ecc. e che si astenga da qualunque bevanda spiritosa od eccitante, come per esempio dal vino, dalla birra, dal caffè e dal tè e da tutti i cibi acidi e salati. Un cataplasma sul basso ventre ed alcune injezioni tiepide mucilaginose nella vagina contribuiscono dispesso a mitigare ed a risolvere i dolori.

Tentando continuamente di evacuare l' orina, la donna peggiora il suo stato; essa farà perciò bene di non orinare più spesso che ogni ora e tutt' al più ogni mezz' ora. Se la malattia non si risolve ben presto, o se la levatrice facendo il riscontro necessario avverte che le parti interne sono molto sensibili o che l' utero non si trova nella sua posizione normale, si dovrà subito chiamare l' ostetrico.

§ 294.

La disuria come pure la **retenzione d' orina** accompagnano cioè uno dei più imponenti *spostamenti dell' utero gravido,* **la retroversione** e *l' incarceramento* dell' utero *in questa posizione.*

Qnesto incarceramento o si sviluppa lentamente, quando l' utero invece d' innalzarsi verso la 10ª—12ª settimana al disopra del piccolo bacino (§ 84), si arresta sotto il promontorio ed ivi s' ingrandisce; oppure esso si sviluppa repentemente, quando l' utero che si era già innalzato al disopra del promontorio vien respinto nel piccolo bacino e non può più ritornare nella sua posizione normale. Quest' ultimo accidente può essere una conseguenza di una pressione violenta, della tosse o del vomito, di una caduta

sul deretano o di uno sforzo energico, massimamente in un momento in cui la donna si trova col tronco piegato.

§ 295.

Facendo il riscontro la levatrice troverà l'escavazione del sacro riempita dal corpo dell' utero e la parte sotto vaginale compressa in avanti verso la sinfisi del pube in modo che l'orifizio dell' utero si nasconda totalmente al di dietro della sinfisi del pube,

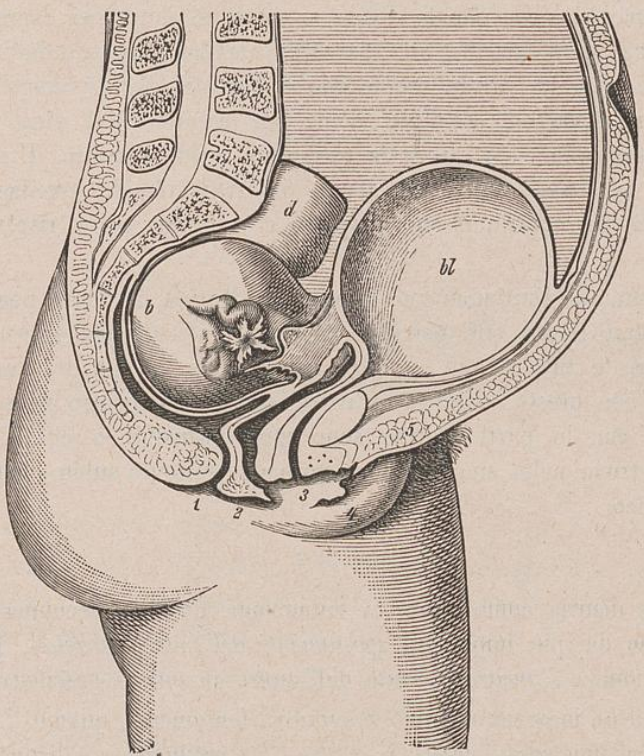


Fig. 62. 1/4 della grand. naturale.

fig. 62, oppure che mentre la parte sotto vaginale si ripiega, l' orifizio dell' utero si trovi a contatto colla sinfisi del pube fig. 63. La prima variante è più rara, corrisponde alla versione che si sviluppa repentemente e minaccia più presto la vita. La seconda

variante, la retroflessione, è più frequente; i sintomi dell' incarceramento si sviluppano pian piano, perchè l' utero non aveva ancora abbandonato il piccolo bacino, anche il pericolo aumenta a poco a poco durante diversi giorni e settimane e non si fa così facilmente tanto minacciante come quando l' incarceramento si sviluppa di repente.

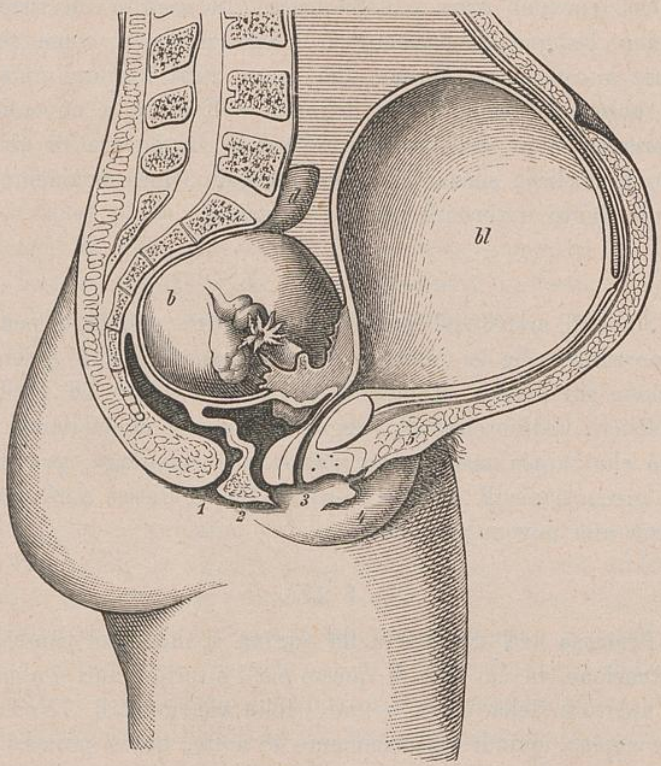


Fig. 63. 1/4 della grand. naturale.

Le nostre figure rappresentano come le figure 11 e 17 uno spaccato del bacino, in cui 1 è l' ano, 2 il perineo, 3 il vestibolo, 4 il grande labbro sinistro, 5 il monte di Venere, *b* il fondo dell' utero retroflesso, *bl* la vescica ripiena, *d* l' intestino retto al di sopra del punto incarcerato. Nella figura 62 l' intestino retto è fortemente incarcerato ed è perciò dilatato. Nella figura 63 il retto è spinto lateralmente in modo che non è chiuso intieramente, ma

in contraccambio vi troviamo la vescica dilatata più fortemente e contenente 2 a 3 litri di orina.

Quanto più repentemente si abbassa il fondo dell' utero e quanto più esso poi s' ingrandisce mercè il suo sviluppo normale o causa un qualche processo infiammatorio, tanto più completamente ingombrerà il passaggio nell' intestino retto e nell' uretra ed impedirà l' evacuazione dell' orina e delle fecce. In seguito ne risulta un continuo bisogno di premere, e questo premere, come pure le materie intestinali e l' orina, che vanno tutti i giorni aumentandosi, abbassano sempre più il fondo dell' utero e ne rafforzano l' incarceramento. La levatrice è perciò in dovere di chiamare subito il medico; senza il suo pronto ajuto l' incarceramento finirà con un aborto o riuscirà persino mortale.

§ 296.

Sino all' arrivo del medico la levatrice può fare poc' altro, che procurare che la donna rimanga più possibilmente quieta nella posizione sul fianco. Tentando di rialzare l' utero ed applicando dei clisteri, rischierebbe di peggiorare lo stato della donna. Ammesso che sappia maneggiare molto bene la siringa, proverà con tutta precauzione di cavare l' orina. Se vi riesce farà un gran servizio alla povera ammalata.

§ 297.

Prolasso dell' utero e della vagina si dice quel cambiamento di situazione, in cui una di queste parti o tutte e due si abbassano nell' apertura della vulva o fuori delle vie genitali. Nella posizione supina, quindi massimamente di notte, questi prolassi si rintroducono solitamente da sè, di giorno però, quando la donna si alza e massimamente quando fa un qualche sforzo si riportano in basso. Se una donna affetta di questa malattia le domandasse il suo consiglio, la levatrice la manderà dal medico.

Diventando gravido l' utero prolassato si sostiene in alto da sè appena che è ingrossato sufficientemente. Avviene però ancora sino a 14—16 settimane che possa venir respinto in basso, massimamente in conseguenza di uno sforzo; allora non può più rialzarsi da sè e diventando più grande **s' incarcera** e promuove do-

lori, retenzione d'orina e stitichezza indomabile. Questo stato è pericoloso per il feto e per la madre. La levatrice cercherà di cavare l'orina colla siringa e di evacuare le fecce con un clistere e quindi proverà di rintrodurre nel bacino l'utero prolassato, adagiando la donna *nella posizione supina colle natiche rialzate.* A tal scopo impugnerà l'utero abbracciandolo colla punta delle cinque dita e lo respingerà cautamente nel bacino *nella direzione dell' asse.* Non riuscendovi la prima volta, farà chiamare il medico ed intanto coprirà l'utero prolassato con pezze umide calde. Se invece le fosse riuscito di rintrodurre l'utero, si limiterà a raccomandare alla donna di evitare ogni occasione di attirarsi un nuovo prolasso e di aver cura di evacuare puntualmente l'orina e le fecce. Fino verso la metà della gravidanza la paziente deve stare il maggior tempo in riposo *nel letto.* La levatrice ammonirà la donna di non lasciarsi introdurre da qualche ignorante un pessario, perchè ora potrebbe avere delle conseguenze assai gravi.

§ 298.

La vagina, massimamente la sua parete anteriore, e persino la *parte sotto vaginale,* che talvolta è prolungata, tal' altra è spinta in basso dalla testa fetale, ponno *prolassare* anche a gravidanza avanzata. Questo prolasso produce degli incomodi nell' emissione dell' orina, perchè la vescica stà a contatto colla parete anteriore della vagina, e dispesso promuove anche dolori ben forti causa la pressione e lo sfregamento, a cui vanno soggette le parti prolassate. La posizione orizzontale e le levande frequenti delle pudende esterne ne mitigano le molestie. Se queste andassero invece aumentandosi o se il prolasso si fosse formato repentemente si dovrà sempre chiamare l'ostetrico.

§ 299.

A gravidanza avanzata si manifesta talvolta **incontinenza d'orina,** perchè l'utero comprime la vescica e le toglie lo spazio e la forza di *trattenere* l'orina; vedi fig. 28. Per alleggerire questo incomodo la levatrice raccomanderà di evacuare frequentemente l'orina e di lavare diligentemente le pudende esterne con acqua fresca.

Negli ultimi mesi della gravidanza può insorgere anche **retenzione d'orina**, cioè l'impossibilità di *evacuare* l'orina, massimamente quando il ventre presenta una gran prominenza in avanti. Questo stato è conosciuto sotto il nome di **ventre pendulo.** È discretamente frequente nelle donne che hanno già partorito e massimamente in quelle che hanno già partorito diverse volte, ove le pareti del ventre hanno perduto la loro resistenza normale. Noi troviamo però il ventre pendulo anche nella primipara, *il cui bacino essendo troppo inclinato* (vedi § 44) non offre all'utero il sostegno necessario. Queste donne sanno solitamente che ponno orinare meglio quando rialzano il ventre colle loro mani; il ventre pendulo cagiona però ancora altri incomodi; è molesto nel camminare ed impedisce tutti gli altri movimenti; la pelle al di sopra del monte di Venere si scortica, perchè è esposta ad una continua pressione; il ventre pendulo può essere la causa che il feto nell'ultimo tempo della gravidanza non scelga la presentazione normale del vertice, ed anche in altro modo può rendere più grave l'andamento del *parto.*

§ 300.

Quando il bacino e la parete del ventre non offrono all'utero il sostegno dovuto, è quindi necessario di *sostenerlo dal di fuori.* Ciò si ottiene per mezzo di una **fascia addominale** adattata. Questa fascia consiste di due pezzi cuneiformi di tela doppia o di pelle, le cui estremità larghe vengono congiunte davanti con occhielli

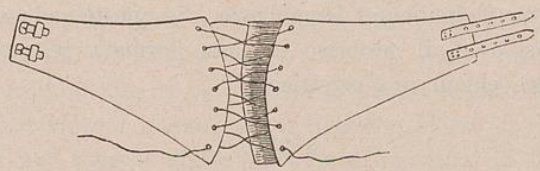


Fig. 64. 1/15 della grandezza naturale.

onde adattarli meglio alla forma variabile dell'utero crescente, e le cui estremità strette vengono congiunte di dietro sopra il sacro con fibbie o con nastri. Quando il ventre è fortemente pendulo non basta il punto d'appoggio sopra il sacro e la fascia deve venir

rinfrancata sopra le spalle nel modo rappresentato nelle figure 65 e 66.

Fig. 65. 1/15 della grand. nat.

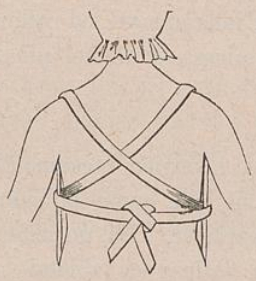


Fig. 66. 1/15 della grand. nat.

Capitolo sesto.

Delle varici e di altre enfiagioni patologiche nelle donne gravide.

§ 301.

Le vene che si trovano sotto la pelle delle gambe e delle pudende esterne s'ingrossano talvolta nella seconda metà della gravidanza in modo che formano dei cordoni azzurrognoli prominenti, detti **varici**, e dei tumori piccoli, detti **nodi varicosi.** Comprimendoli col dito, questi cordoni e questi tumori spariscono, ma si riempiono immediatamente di sangue appena che cessa la compressione. I nodi varicosi si raggrinzano solitamente appena finita la gravidanza, le vene invece rimangono dilatate e rilassate

e si empiono perciò nella prossima gravidanza più presto e più fortemente di prima. I cibi e le bevande riscaldanti, come pure la stitichezza tenace ne aumentano il turgore. Questi nodi scoppiano talvolta in conseguenza di una lesione esterna o della gran tensione e dell' assottigliamento, a cui ne vanno soggette le pareti, e producono delle emorragie gravissime. Talvolta i contorni dei nodi s' infiammano ed allora insorgono dispesso dolori acuti ed anche ulcere croniche, più di rado malattie pericolose.

§ 302.

La levatrice raccomanderà alla donna di evitare tutte quelle occasioni, che come abbiamo veduto aumentano il turgore delle vene varicose. La posizione orizzontale favorisce il riflusso del sangue dalle vene dilatate al cuore. Una leggera compressione della gamba dal basso in alto per mezzo di una fascia di lino larga tre dita o di una calza d' allacciare di tela o di pelle o di gomma, leva almeno in parte le molestie; queste fasciature riparano oltreciò la donna da lesioni esterne, ma non devono mai stringere troppo fortemente. Quando un nodo varicoso s' infiamma o quando si manifesta un' emorragia si chiamerà subito il medico o il chirurgo. Nel primo caso la levatrice applicherà frattanto pezze bagnate nell' acqua di saturno, nel secondo caso fermerà il sangue comprimendo la vena col dito *al di sotto* della ferita, oppure applicandovi un pezzo di esca od un piumacciolo di tela bagnato. In ogni modo la donna gravida dovrà giacere.

Se le varici fossero assai voluminose la donna dovrà consultare il medico appena che avrà *passato il puerperio*.

§ 303.

Meno frequente è un' altra enfiagione della pelle nelle donne gravide, cioè l' infiltrazione sierosa, detta **edemi**. Massimamente la pelle ai piedi ed alle gambe diventa distesa, più lucida e più bianca. Comprimendola col dito ve ne resta per alcun tempo l' impronta. La posizione orizzontale diminuisce anche questa specie di enfiagione; dessa è perciò meno voluminosa alla mattina. Stando lungo tempo in piedi e sedendo diventa dinuovo più forte e si estende anche sulle cosce e sulle pudende. Queste ultime diventano

dispesso molto voluminose e fanno allora molto male. I mezzi di cura più efficaci sono la posizione orizzontale, le fasciature delle gambe con fascie di lana o di lino ed i fomenti delle parti edematose con pezze inzuppate con un balsamo aromatico.

Se la donna accusasse dolori acuti nelle parti edematose si dovrà consultare il medico.

§ 304.

Quando gli edemi si propagano anche nella pelle del ventre o della faccia o delle mani, o quando l'orina diventa scarsa e torbida o quando la donna accusa mal di testa ed altri mali, allora è assolutamente necessario di consultare l'ostetrico, perchè si tratta di evitare gravi complicanze del parto, massimamente le convulsioni.

Capitolo settimo.

Efflusso di mucco e di acqua dalle parti genitali delle donne gravide.

§ 305.

Dicemmo come negli ultimi mesi della gravidanza normale *la muccosa della vagina era disposta ad una maggior secrezione.* Ma il mucco che sorte dalle parti genitali è solitamente scarso, liquido e bianco. Questa secrezione diventa però non di rado più abbondante, il mucco allora o è denso come la panna del latte e mescolato con grumi, oppure purulento e giallo. Irrigando frequentemente la vagina con acqua tiepida, lavando le pudende esterne e le cosce con acqua tiepida o fresca e rinnovando diligentemente le biancherie si eviteranno maggiori molestie e massimamente l'escoriazione della pelle che vien in contatto col flusso. Quando il flusso è forte, la levatrice esplorando troverà dispesso che la vagina e massimamente la sua parte superiore è ruvida come se

fosse coperta di sabbia o di semolella; ciò non è ancora una malattia. Ma se il flusso si aumentasse tanto da debilitare la donna, o se l'esplorazione interna promovesse dolori o se l'emissione dell'orina fosse congiunta con dolori, la levatrice dovrà raccomandare alla donna di consultare il medico.

§ 306.

Quando il flusso è da bel principio forte e congiunto con dolori o quando la levatrice facendo l'esplorazione scorge delle ulcere o delle escrescenze nelle parti genitali, essa si asterrà da *qualunque ordinazione* e si *limiterà* a raccomandare alla donna di consultare il medico. In questi casi trattasi *talvolta* di un contagio ed allora la malattia è anch' essa contagiosa; la levatrice non è capace di giudicare se ciò è il caso, e anche se non compartisse che ordini provisorii, assumerebbe verso la donna gravida e chi l'avvicina una responsabilità, che non potrebbe giustificare.

§ 307.

Raro è nelle donne gravide *l'efflusso di un liquido sieroso,* talvolta mescolato leggermente con sangue, *dall' utero.* Questo liquido si accumula a poco a poco fra i due strati della decidua, vale a dire nella membrana muccosa dell' utero, e si scarica poi tutt' ad un tratto nella quantità di più libbre provocando dolori simili a quelli del parto. Constatando questo fatto, la donna gravida potrebbe confonderlo con un semplice flusso vaginale abbondante o con un' emissione involontaria d' orina. Perciò il solo dire della donna non giustifica ancora la diagnosi di questa malattia. La levatrice deve esaminare il liquido sgorgato dalle parti genitali. Ma siccome le è impossibile di differenziarlo dal liquido dell' amnio, ogni qualvolta avrà constatato un efflusso di acqua dall' utero dovrà temere un parto precoce ed agirà tenor i precetti che daremo nel capitolo seguente.

Capitolo ottavo.

Delle perdite di sangue, specialmente delle emorragie dall' utero delle donne gravide e dell' interruzione prematura della gravidanza (aborto, parto prematuro.)

§ 308.

Ogni perdita abbondante di sangue, da qualunque parte del corpo provenga, è accompagnata da cambiamenti allarmanti nello stato della donna. L' ammalata si sente stanca, indi accusa una grand' oppressione ed angoscia e respira con fatica, ha le vertigini, in modo che crede di cadere mentre giace quietamente nel letto, ha bucinamento d' orecchi, cosicchè sente suoni che in realtà non ci sono, talvolta accusa un forte mal di testa, altre volte ha nausea e vomito, le si offusca la vista, *le si smarriscono i sensi.* Nello stesso tempo impallidiscono la pelle e le labbra, la pelle diventa verdiccia come la cera, gli occhi s' intorbidano e s' illanguidiscono. Il polso diventa sempre più debole, talvolta si rallenta, altre volte si fa più frequente e persino innumerabile ed infine sparisce totalmente. Cominciando dalle mani e dai piedi la pelle diventa fredda e si copre di un sudore freddo. Se l' ammalata non ritorna ben presto in sè, ciò che avviene dispesso con un sospiro profondo, insorgono molte volte ancora le convulsioni — e la donna muore.

§ 309.

Questa serie di cambiamenti nella donna può manifestarsi in pochi minuti, quando però l' emorragia riesce rapidamente mortale alcuni di questi fenomeni ponno anche mancare. L' ammalata può anche riaversi, ripetendosi però l' emorragia, quei fenomeni insorgono nuovamente e più intensamente. Oppure il sangue *si ferma* e l' ammalata riprende intieramente le forze.

Nelle emorragie lente, ma che durano lungamente e che potrebbero sembrare meno pericolose, le vertigini ed il deliquio non subentrano che tardi, eppure la perdita di sangue può allora essere già così abbondante, che quantunque ora cessi, come suol cessare nel deliquio, la morte è inevitabile.

§ 310.

Si distinguono due specie di **emorragie**, una è detta **esterna**, l'altra **interna**. Dicesi *esterna* l'emorragia, quando il sangue viene al di fuori; dicesi *interna*, quando il sangue rimane nell'interno del corpo, come per esempio nell'utero o nella cavità del ventre, e non si rende visibile.

Nella gravidanza ponno aver luogo **emorragie interne** in tutte le parti interne del corpo; la levatrice deve supporre l'esistenza di un' emorragia interna, quando avverte i sintomi gravi dell'anemia or ora descritti senza che la donna perda sangue esternamente. Se l'emorragia interna dipende da una rottura dell'utero o della ciste di una gravidanza extrauterina (capitolo 3 di questa parte) la donna sente per lo più un dolore violente nel ventre ed un calore che vi si spande. Il ventre aumenta di volume, la palpazione dello stesso provoca dolori. Dubitando che si tratti di un' emorragia interna la levatrice farà subito chiamare il medico e frattanto applicherà il ghiaccio sul basso ventre.

Più frequenti sono nella gravidanza le **emorragie esterne.** Perdite di sangue *di poco rilievo* da *altre parti* che dalle parti genitali, per esempio dal naso, non sono pericolose, anzi talvolta sono benefiche. *Qualunque* emorragia *abbondante* richiede però l'ajuto del medico. Le emorragie più frequenti nella gravidanza e più importanti pella levatrice sono

le emorragie uterine.

§ 311.

La regola è che nella gravidanza non havvi sino al parto normale nessuna perdita di sangue dall'utero. Tutte le perdite di sangue che si manifestano prima di questo tempo sono dunque anormali.

Manifestandosi una perdita di sangue dall' utero **gravido** nel tempo in cui in istato di non gravidanza dovrebbe manifestarsi la **mestruazione**, la donna sarà indotta a credere che non sia gravida e non domanderà neppure il parere della levatrice. Ma se la *donna* crede di essere gravida, forse perchè la mestruazione era già *mancata* una o più volte o per altri motivi, oppure se la *levatrice* lo crede, allora dovrà tenersi anche in questi casi **a quegli stessi precetti che ordineremo in generale nelle emorragie uterine.**

§ 312.

Le emorragie uterine nella gravidanza ponno essere causate come anche in altri tempi da malattie dell' utero, per esempio da ulcere nella parte sotto vaginale, dal cancro, da polipi nel collo dell' utero; la maggior parte di queste emorragie provengono però dalla superficie interna del *corpo* dell' utero. E giacchè questa è congiunta coll' uovo per mezzo della sua muccosa, della decidua, e più tardi massimamente per mezzo della placenta, la quale procaccia il necessario nutrimento all' uovo, ogni emorragia minaccia lo sviluppo normale dell' uovo e può *così interrompere la gravidanza.*

§ 313.

L' interruzione della gravidanza nelle prime 28 settimane dicesi **aborto**, *parto immaturo,* dopo la 28ª settimana **parto prematuro.**

Le *cause* dell' interruzione della gravidanza sono tutte quelle, di cui parlammo già nel capitolo 11 della parte seconda; sono quindi massimamente tutte le scosse violenti o continue del corpo ed in ispecie del ventre per influenze esterne od interne, tutti i movimenti congiunti con forte premere, stravizii nel mangiare e bevere, raffreddamenti, lussuria, gravi emozioni, malattie della madre, tanto le generali quanto quelle delle parti genitali.

Queste cause predispongono all' aborto promuovendo una *flussione di sangue* all' utero ed in seguito un' **emorragia**, oppure producendo **contrazioni** dell' utero, **dolori**, ai quali segue poi *anche* un' emorragia, finalmente occasionando la **morte del feto** (di questa parleremo ancora nel capitolo 10).

§ 314.

Doglie, vale a dire contrazioni dell' utero, accompagnano sempre l' espulsione dell' uovo dall' utero, ma non sempre la donna ne prova un vero dolore, e se l' utero è ancora piccolo, neppure l' esplorazione celi farà sempre avvertire.

Nelle prime 12 settimane della gravidanza *l' emorragia è sempre il primo* e dispesso anche l' unico segno esterno dell' aborto. Dispesso l' uovo vien espulso dopo diversi giorni di emorragia per lo più intatto e talvolta anche inosservato, involto in grumi di sangue, senza che la donna ne prova dolori. Negli aborti che avvengono *dopo questo tempo* la donna sente le contrazioni dell' utero, e *verso la metà* della gravidanza le doglie subentrano dispesso *prima* dell' emorragia, e la levatrice può avvertire coll' esplorazione esterna le contrazioni dell' utero. Nei parti prematuri l' uovo non vien più espulso intatto, anzi prima si rompe l' uovo, poi scola il liquido dell' amnio, poi vien espulso il feto e finalmente sortono le membrane dell' uovo colla placenta. Molte volte però le membrane e la placenta restano nell' utero. L' emorragia può cessare per un tempo, e la donna e la levatrice imprudente credono che tutto sia finito. Ma dopo giorni od anche settimane, persino dopo mesi avvengono nuove emorragie, che si ripetono finchè il medico non avrà allontanato con fatica i resti ritenuti, che dispesso si sono cambiati in un modo particolare e che diconsi allora *mole carnose.*

§ 315.

La levatrice chiamata presso una donna che perde sangue dalle parti genitali ordinerà in prima linea quiete ed una posizione orizzontale, qualora la donna non sia già nel letto, avrà cura che l' aria nella camera sia netta e fresca e poi farà l' esplorazione. Se trova che *l' emorragia è forte,* o se la donna ha già perduto molto sangue, domanderà che venga subito chiamato il medico. La levatrice esplorando cercherà inoltre di persuadersi *donde venga il sangue.* Desso può venire dalle parti genitali esterne, dalla vagina o dall' orifizio dell' utero. Nei primi casi l' emorragia può essere causata dalla rottura di una varice. Allora la levatrice comprimerà la varice scoppiata col dito o con un pezzo di spugna o con una

pezzuola bagnata nell' aceto, finchè arrivi il medico o finchè l' emorragia cessi frattanto mercè la sola pressione. Non trovando la varice scoppiata nella vagina, farà injezioni con acqua fredda, e continuando ancora l' emorragia in modo allarmante farà il *tamponamento della vagina* nel modo che indicheremo nel § 320. Quindi la levatrice constaterà quanto possibile coll' esplorazione e coll' informazione *se la donna è veramente gravida*, giacchè l' emorragia potrebbe dipendere anche da qualche altra malattia e non solamente da una gravidanza. Assicuratasi per mezzo dell' esplorazione che il sangue venga dall' utero gravido, la levatrice dovrà constatare *sino a qual punto l' aborto* che ha già cominciato o che almeno minaccia *sia avanzato*.

§ 316.

Nel principio dell' aborto la levatrice trova che la parte sotto vaginale è cambiata nel modo che corrisponde alla durata della gravidanza e che l' orifizio dell' utero è appena aperto tanto da permettere che il sangue scoli all' infuori. Quando l' aborto *s' incammina per un certo tratto* l' orifizio si apre tanto da permettere l' introduzione del dito nel canale del collo sino all' orifizio interno dell' utero. In questo caso è di grand' importanza, che la levatrice riconosca col dito esploratore le parti che tocca.

Il dito esploratore riscontra per lo più *grumi di sangue* molli, e se questi riempiono il canale del collo la levatrice se ne guarderà di allontanarli. La levatrice non penetrerà più oltre col dito se non quando una nuova emorragia avrà allontanati i grumi. *L' emorragia cessa* forse giustamente causa i grumi di sangue e la levatrice non ha allora bisogno di sapere cosa vi sia al di sopra.

In altri casi il dito riscontra nel canale del collo l' uovo *nudo*, oppure i villi del corio e pezzi di decidua che lo ricuoprono. Se la gravidanza non aveva ancora durato che sole 10 a 12 settimane, allora l' uovo per il solito è già sciolto intieramente e c' è poca speranza di prolungare la gravidanza.

L' uovo si è però forse già rotto; ciò avviene solitamente quando la gravidanza è già inoltrata. Allora la levatrice riscontra nell' orifizio interno e forse anche già più in basso *parti del feto*,

membra nude, o la testa od il funicolo. In questo caso non è naturalmente più possibile d'impedire l'aborto.

Finalmente può dare il caso, che il piccolo uovo sia già stato espulso senza che la donna se ne sia accorta, ed allora la levatrice riscontra dinuovo solamente sangue nell' orifizio, oppure il *funicolo troncato* o *pezzi delle membrane dell' uovo.*

§ 317.

Onde sapere esattamente quali parti dell' uovo siano già espulse, si esamineranno accuratamente tutti i grumi di sangue che sortono. La levatrice li conserverà in un catino nell' acqua fresca finchè arriverà il medico, anche quando non vi trovasse nessune parti dell'uovo (vedi fig. 20 e 21); il medico deve poterli vedere personalmente, onde decidere quali parti siano espulse e quali siano ancora trattenute.

§ 318.

La donna deve stare distesa orizzontalmente, se possibile non in un letto di piuma, ma bensì sopra un materasso fresco od un sofà; le coperture devono essere leggere; quindi la levatrice amministrerà alla donna delle bevande fresche, come per esempio una limonata con aceto o con succo di limone, con o senza zucchero, e proibirà invece tutti i cibi e tutte le bevande calde o riscaldanti. *La levatrice deve insistere che venga chiamato il medico,* tranne nel caso che l'emorragia sia lenta, che non duri già da lungo tempo e che l'orifizio dell' utero non sia punto od almeno ben poco aperto e che l'esplorazione non scopra nessune anomalie oltre all' emorragia. Se i parenti lo desiderano, la levatrice potrà in questo caso aspettare ancora un poco per vedere se l'emorragia ceda e cessi in conseguenza delle ordinazioni date.

La levatrice esplorerà sempre solamente durante l'emorragia e mai quando questa è sospesa, acciochè non riprenda vigore.

§ 319.

Se il piccolo uovo giace digià nell' orifizio esterno dell' utero, o se vi sono impegnate delle parti del feto, e se l'emorragia è forte, la levatrice cercherà di procurarne l'uscita, introducendo

due dita nell' orifizio e facendo delle trazioni. Quando l' emorragia continua *anche dopo l' espulsione del feto o dell' uovo intiero,* passerà alle irrigazioni vaginali o uterine, fatte cautamente coll' acqua più fredda possibile, ed applicherà sulla parte inferiore del ventre una pezza bagnata prima nell' acqua fredda e poi ben tôrta. Queste applicazioni fredde sono però severamente proibite finchè c' è ancora speranza d' impedire l' aborto. *La levatrice non deporrà questa speranza,* se non quando l' uovo si sarà già impegnato nell' orifizio dell' utero, o quando il liquido dell' amnio sarà già scolato.

§ 320.

Quantunque ci sia ancora questa speranza, talvolta l' emorragia può tuttavia farsi così forte, che la levatrice deve temere per la vita della donna. L' ultimo mezzo che tenterà allora per impedire l' emorragia, sarà il **tamponamento** (zaffamento, tappo) **della vagina.** Il metodo di fare il tamponamento è il seguente: un gruppo di fila o di ovatta della grandezza necessaria per riempire il seno vaginale vien raccomandato ad un filo forte e quindi bagnato nell' aceto ed introdotto nella vagina cautamente girandolo nella direzione dell' asse, in modo che il filo penda fuori dalle parti genitali. Lo spazio vaginale che resta al disotto del gruppo vien poi riempito con fila o con ovatta o con filaccia asciutta. Così il sangue non può venir fuori, si aggruma, tura i vasi di sangue e sospende l' emorragia. Questo mezzo eccellente non devesi però adoperare che nei casi disperati, di cui parlammo più sopra, perchè non è senza pericolo. Nella maggior parte dei casi basteranno la posizione orizzontale e le bevande acide per frenare l' emorragia finchè arriverà il medico.

Subentrando i sintomi allarmanti descritti nel § 308, la levatrice oltre ai mezzi locali indicati quì sopra ordinerà tutto ciò che indicheremo ancora nel capitolo decimo di questa parte contro il deliquio e la morte apparente.

§ 321.

Le contrazioni dolorose dell' utero, che massimamente negli aborti a gravidanza avanzata non mancano mai, richiedono l' attenzione della levatrice. Negli aborti da 16 sino a 28 settimane, che

cominciano solitamente con *doglie senza emorragia*, la levatrice si guarderà di non confondere questi dolori, come lo fanno le donne inesperte, con altri dolori meno importanti. Le doglie hanno una direzione particolare, dal sacro al pube, durano un istante e si riproducono ad intervalli, lasciando quieta la donna. L'attributo principale delle doglie e che si può constatare facilmente coll' esplorazione esterna ed interna, è il fatto che fanno indurire l'utero e ne dilatano l'orifizio. In questi **aborti a gravidanza avanzata** l'orifizio dell' utero può già essere discretamente dilatato, in modo che si possa arrivare a sentire le membrane, eppure l'uovo non è ancora sciolto, e l'aborto, che si era incamminato, retrocede dinuovo, se la donna si comporta convenevolmente. La levatrice ordinerà anche in *questi* casi, cioè nei casi *ove manca l' emorragia*, una posizione orizzontale e bevande acide, avrà inoltre cura di evacuare convenevolmente l'orina e le fecce, ed insisterà **che venga chiamato l' ostetrico**, il quale potrà favorire la sospensione dell' aborto amministrando i medicamenti adattati, oppure prestare l'ajuto occorrente, quando l'aborto che si è fatto inevitabile, minaccia la vita della donna causa le emorragie, che solitamente lo seguono (vedi § 314).

§ 322.

La donna che ha avuto un aborto è da considerarsi come **puerpera**, come se avesse partorito al termine normale della gravidanza. Le donne sono generalmente disposte a credere, che un aborto sia un avvenimento di poca importanza e che si possa passar sotto silenzio e persino ignorare. *La levatrice deve essere istruita meglio in merito.* L'utero ed il corpo intiero di una donna che ha avuto un aborto devono poter ritornare al loro stato normale, se la donna vuol rimanere sana. La levatrice non dimentichi inoltre, *che l' aborto nella maggior parte dei casi è cagionato da malattie dell' utero*, e che queste malattie persistono ed anzi peggiorano e rovinano la salute della donna se non vengono curate. Anche se la donna si sentisse affatto bene dopo l'aborto, la malattia che ne fu la causa interromperà facilmente anche la prossima gravidanza. La levatrice coscienziosa consiglierà perciò alla donna che ha avuto un aborto di far venire il medico o di consultarlo, almeno appena avrà passato il puerperio.

§ 323.

Il parto prematuro (l'interruzione della gravidanza normale dopo la 28ª settimana) non differisce gran cosa dal parto normale. Anch' esso comincia con doglie. Di rado insorgono delle emorragie prima e durante lo stesso, e queste emorragie hanno allora lo stesso significato come quelle, che insorgono talvolta anche nel parto al termine normale della gravidanza, e di cui parleremo ancora nei § 466—468. Frattanto diremo solamente che anche il principio di un parto prematuro *si annunzia* talvolta con quella forma di emorragia che abbiamo per l'inserzione della placenta verso il collo dell' utero, inserzione che dicesi **placenta previa.**

Come è noto, la placenta si attacca solitamente ad una delle pareti dell' utero, vicino al fondo dello stesso, ed anche quando è molto grande, non arriva mai a toccare l' orifizio interno dell' utero. Malgrado quest' inserzione ordinaria abbiamo talvolta delle emorragie causa **il distacco anticipato della placenta.** In alcuni pochi casi la placenta è però inserita talmente in basso, che sorpassa con un segmento più o meno grande l' orifizio dell' utero. E giacchè nelle ultime settimane, talvolta anche solamente negli ultimi giorni della gravidanza il segmento inferiore e l' orifizio interno dell' utero hanno bisogno di dilatarsi, i villi della placenta *previa* che sono attaccati in quel punto vengono stiragliati e si rompono. Il distacco parziale della placenta che ne risulta produce un' emorragia. Queste emorragie ponno insorgere *senza veruna cagione esterna* e sono solitamente *molto abbondanti.* Cessano talvolta dopo un certo tempo senza promuovere il parto, se la donna si contiene convenevolmente, *si ripetono* però quasi periodicamente, perchè ne persiste la causa finchè non è avvenuto il parto. Ne parleremo più tardi ancora, quando tratteremo delle emorragie nel parto.

§ 324.

Un parto prematuro, *che si è incamminato definitivamente,* deve essere trattato *come il parto al termine normale della gravidanza* tenor le regole indicate nella terza e sesta parte di questo manuale. Osservando esattamente le regole indicate nei § 138—144 potremo sospendere più di un parto prematuro. Anche nel principio di un parto prematuro ci riescirà dispesso di far cessare le doglie

anticipate e di condurre la gravidanza al suo termine normale, se non tardiamo di chiamare l'ostetrico.

Ma anche quando le nostre cure falliscono e quando il parto si compie anticipatamente, il consiglio dell'ostetrico è sempre di gran valore tanto per la madre quanto per il feto.

Capitolo nono.

Della morte del feto durante la gravidanza.

§ 325.

Le cause della morte del feto nell'utero sono le seguenti:

1) Difetti nello sviluppo del feto o dell'uovo. Per questo motivo i feti morti sono dispesso deformi.

2) Tutte le malattie acute della madre, come per esempio il vajuolo, la rosolia, la scarlattina, il colèra, il tifo ecc. ponno uccidere il feto.

3) La madre può trasmettere al feto certe malattie contagiose, come per esempio la sifilide, e queste ponno ucciderlo.

4) Lo stesso fa la debolezza del feto ricavata da madre malsana o mal nutrita.

5) Anche malattie ed emorragie uterine ponno essere la causa della morte del feto.

6) In pochi e rari casi la morte del feto può essere causata da violenti emozioni della madre.

7) In altri casi il feto si ammala e muore senza un motivo palpabile.

Alla morte del feto segue solitamente ben presto un aborto od un parto prematuro. Talora il feto morto soggiorna però ancora settimane e persino mesi nell'utero, prima di venir espulso.

§ 326.

Quando il feto muore già nelle prime settimane della gravidanza, l'uovo può continuare a svilupparsi patologicamente; anche l'utero

s' ingrandisce, come se si trattasse di una gravidanza normale. L'uovo che si sviluppa dopo la morte del feto chiamasi **mola.** Si distingue in **mola idatigena** e **mola carnosa.** La *mola idatigena* è composta di una quantità e persino migliaja di vescichette grandi da un capo di spillo fino ad un pisello, contenenti un liquido acquoso o brunazzo ed attaccate l'una all' altra a guisa dei grani dell' uva. Queste vescichette sono i villi del corio degenerati. Le mole idatigene raggiungono la grandezza di una testa fetale. La mola idatigena cresce dispesso più presto dell' uovo sano, cosicchè l' utero di una donna gravida a quattro mesi può avere il volume che avrebbe al sesto mese di una gravidanza normale. *Le mole carnose* rappresentano una massa più compatta, e sono di rado più grandi di un pugno. Sono composte di masse rosse, brune, dispesso anche biancastre, della consistenza di un presciutto diseccato, e talvolta interrotte da spazii contenenti un liquido torbido. Le mole carnose si sviluppano più lentamente dell' uovo sano. Ponno anche soggiornare nell' utero diverso tempo senza crescere. Tanto nelle mole carnose quanto nelle idatigene distinguonsi solitamente ancora le membrane dell' uovo. Talvolta vi si trova internamente anche l' embrione, altre volte questo non esiste più.

La levatrice non può riconoscere l' **esistenza di una mola.** La mola non vien tollerata dall' utero così lungo tempo come un feto sano. **Il parto di una mola** comincia solitamente con forti *emorragie*, le quali ponno minacciare la vita della donna, e che richiedono assolutamente *il pronto soccorso dell' ostetrico.*

§ 327.

Morendo un gemello, l' altro può vivere avanti e svilupparsi completamente. Dopo il parto troveremo allora nelle secondine del feto maturo l' altro piccolo feto compresso.

§ 328.

Il feto morto *nelle prime settimane* della gravidanza può perdersi nell' uovo in modo che non sia più possibile di trovarvelo. I feti che muojono prima della 17ª settimana, e che vengono espulsi poche settimane dopo la loro morte, sono dispesso raggrinzati e disseccati, quantunque si trovino nel liquido dell' amnio. *I feti*

morti dopo quest' epoca diventano invece molli, ringonfiano e perdono la pelle quando furono trattenuti un certo tempo nell' utero. Il feto morto si putrefà solamente quando il sacco amniotico si aprì.

§ 329.

I **segni** della morte del feto nell' utero non sono sempre chiari. I fenomeni della gravidanza (§ 111) scompajono dispesso appena morto il feto. Altre volte persistono, e le mammelle per esempio si rigonfiano talvolta ancora dopo la morte del feto. Qualche volta la morte del feto è accompagnata da un accesso febbrile con senso di freddo senz' alcun motivo esterno e da un cattivo gusto in bocca. Se il feto è già discretamente grande quando muore, la madre ha un senso di freddo nel ventre, e sente il peso dell' utero dal lato sul quale si volge, come se avesse nel ventre un corpo estraneo che si muovesse quà e là. Se la donna percepiva già i moti attivi del feto, questi moti cessano naturalmente dopo la morte del feto; se il feto moriva di convulsioni, i moti attivi erano dispesso molto forti poco prima della sua morte. I battiti del cuore fetale non sono più percettibili. Se il feto aveva già la sua situazione ed il suo portamento normale, dopo la sua morte non di rado l'abbandona dinuovo, e la testa che era già discesa nello stretto superiore si porta da una parte.

Noi riscontriamo però talvolta uno e l'altro di questi segni anche quando il feto vive; essi dipendono allora da altri motivi. Ed anche quando non possiamo costatare *tutti* quei segni enumerati quì sopra non possiamo ancora dedurne con **certezza**, ma solamente con **probabilità** la morte del feto.

Se la levatrice non ha avuto occasione di constatare la gravidanza prima della morte del feto, dopo la morte del feto le sarà molte volte difficile di riconoscere con certezza *se la donna è propriamente gravida.* Questa certezza non l'avrà, se non quando sarà in caso di distinguere chiaramente coll' esplorazione esterna od interna delle parti fetali.

§ 330.

Se la levatrice crede di dover presumere che il feto sia morto, si guarderà bene di non spaventare la donna communicandole questo

suo dubbio. Essa potrà bensì rendere attenta la donna alla possibilità di un aborto o di un parto prematuro. Al medico invece, il quale verrà chiamato in questo caso, la levatrice esporrà per tempo le sue supposizioni.

Capitolo decimo.

Deliquio, morte apparente e morte della donna incinta.

§ 331.

Deliquio dicesi quello stato, in cui una persona perde la conoscenza e cade, rimanendo immobile. Nel deliquio il polso diventa piccolo, cessa anche totalmente, e la respirazione diventa superficiale. Un deliquio profondo rassomiglia molto alla morte apparente; quello stato cioè, in cui cessano totalmente e polso e respirazione dicesi **morte apparente.** Se il polso e la respirazione cessano per sempre, subentra la **morte.**

Le *cause* di questi avvenimenti sono nelle donne gravide come anche nelle altre persone così diverse, che non possiamo enumerarle quì ad una ad una. La più frequente è l'*emorragia.*

§ 332.

Per la cura immediata del **deliquio** e della **morte apparente** la levatrice cercherà prima di tutto d'impedire l'emorragia, di ventilar bene la camera, di sciogliere le vesti all'ammalata e così via.

Quando il deliquio è leggero e quando la donna non ha ancora perduto del tutto la conoscenza, molte volte basterà darle un sorso di acqua fresca, una cucchiajata di vino buono, aspergerla coll'acqua fredda o coll'etere ordinario e farle odorare il liquore caustico d'ammonio per ravvivarla. La levatrice riscalderà inoltre le membra della donna divenute fredde, fregandole con flanella e strofinandole con una spazzola; applicherà degli empiastri caldi di senape sulla fos-

setta dello stomaco, fra le mammelle e sulle braccia; si guarderà invece di non applicare i scaldapiedi, i quali aumenterebbero l'emorragia esistente; la testa deve giacere sullo stesso piano del tronco. Frattanto verrà chiamato con urgenza il medico, chirurgo od ostetrico, che abita il più vicino. Se la levatrice fosse riuscita a rimuovere l'accidente coi mezzi indicati, prima che sopraggiunga il medico, questi ordinerà il necessario onde evitare una recidiva; nel caso poi che la levatrice non avesse potuto ravvivare la donna, il medico potrà disporre di mezzi più efficaci.

§ 333.

Anche quando la levatrice deve supporre che la donna sia già **morta** e che neppure il medico non possa più ravvivarla, la presenza del medico è tuttavia necessaria *nell' interesse del feto.* Se la gravidanza aveva durato più di 28 settimane, c' è ancora la possibilità di salvare il feto. *In tutti i casi, nei quali l' utero della donna gravida ha quasi raggiunto o già sorpassato il livello dell' ombilico*, è perciò necessario di chiamare sollecitamente il prossimo medico, chirurgo od ostetrico, *anche se la morte della donna fosse indubitabilmente constatata.* **La legge impone in questi casi il dovere di chiamare il medico,** e se i parenti dovessero opporvisi, la levatrice dovrà rapportare il caso alle autorità locali. **Nessuna donna morta a gravidanza avanzata può venir sepolta prima di essere stata operata.**

Parte sesta.

Delle irregolarità nell' andamento del parto.

Capitolo primo.

Il parto del feto che si presenta colla testa in posizione anormale.

1. Seconda variante della presentazione del vertice, la piccola fontanella rivolta indietro.

§ 334.

Nella prima e più dispesso ancora nella seconda posizione della presentazione del vertice il dorso del feto e quindi anche la piccola fontanella sono rivolti indietro. Questa posizione fu anche detta *la quarta e la terza posizione della presentazione del vertice.*

In questa posizione la levatrice trova la gran fontanella più vicina alla parete *anteriore* del bacino e *più bassa* della piccola fontanella, giacchè nel principio del periodo di espulsione la parte che si trova anteriormente scende più in basso di quella che si trova posteriormente.

Come lo abbiamo già descritto nel § 178 e rappresentato nella figura 48, questa posizione anormale si converte solitamente in una posizione normale della presentazione del vertice mediante una rotazione della testa fetale, colla quale la *piccola* fontanella si porta in *avanti.* Questa rotazione non si effettua però sempre, ed allora, progredendo il disimpegno della testa, la piccola fontanella si porta sempre più indietro, da *a* verso *b* (vedi figura 67), e la testa esce, impegnando la fronte rivolta in avanti sotto l'ar-

cata del pube e sdrucciolando col vertice e coll' occipite nella doccia perineale. *Dopo* si disimpegna anche la *faccia* dall' *arcata del pube*. Nelle posizioni normali della presentazione del vertice la testa esce col diametro *obliquo piccolo*. In questa posizione la testa esce invece col diametro *retto*. Per questo motivo la fessura della vulva vien dilatata più fortemente, *il perineo vien stirato di più*, che se la testa si disimpegnasse nella prima variante della presentazione del vertice. Del resto la levatrice deve sapere, che le teste *piccole* tendono più facilmente che le grandi a disimpegnarsi nella seconda variante.

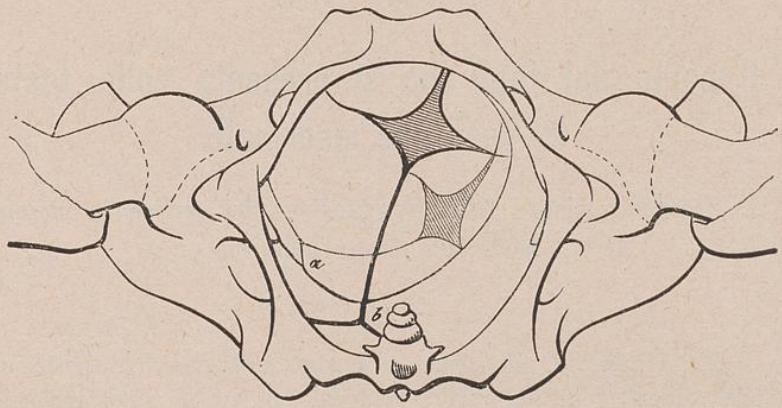


Fig. 67. 1/3 della grand. naturale.

Nella seconda variante della presentazione del vertice il capo succedaneo risiede nell' *angolo anteriore* dell' osso parietale, che s' impegnò il primo, quindi presso alla gran fontanella e non presso alla piccola.

La figura 68 rappresenta il meccanismo del parto in questa variante della presentazione del vertice. Il dorso del feto si trova a destra, rivolto indietro, trattasi quindi della seconda variante della seconda posizione della presentazione del vertice. Il disegno corrisponde ad uno spaccato longitudinale del corpo di una donna partoriente che abbiamo ottenuto tagliandone via la metà sinistra. L' intestino retto, la vescica, l' uretra e le altre parti della madre vi compajono in profilo, circa come nelle figure 28 e 46.

Nella seconda variante della presentazione del vertice la partoriente si coricherà già nel principio del periodo di espulsione

sul fianco, nel quale si trova il dorso del feto, quindi nella prima posizione sul fianco sinistro e nella seconda sul destro. Il corpo fetale si porta poi verso il fianco, sul quale la partoriente è cori-

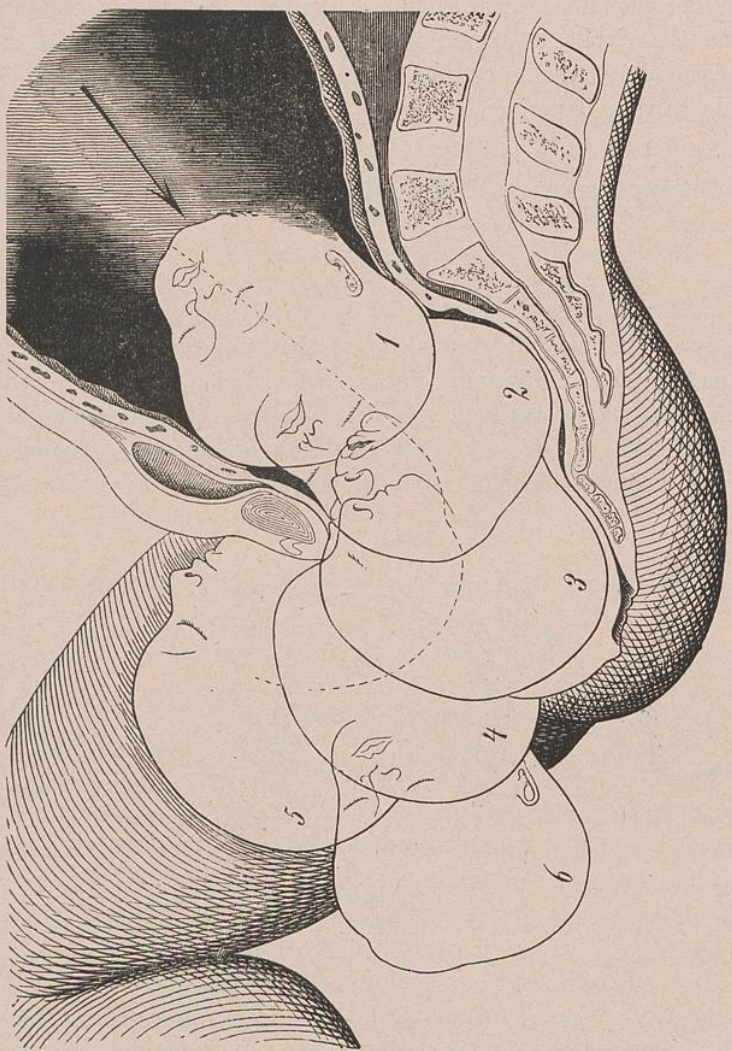


Fig. 68. 1/3 della grandezza naturale.

cata, e questo movimento facilita dispesso la discesa dell' occipite nel bacino. Quando l' occipite raggiunge il fondo del bacino prima del vertice, accade più facilmente che venga costretto a rotarsi in

avanti. Coricando la donna sul fianco possiamo quindi favorire la conversione della seconda variante della presentazione del vertice nella prima.

Ma quando la testa giunge all' orifizio della vagina colla gran fontanella rivolta in avanti, la levatrice, tenendo calcolo del meccanismo del parto or ora descritto, dovrà raddoppiare le sue cure onde salvare il perineo.

2. Posizione trasversa della testa discesa nel fondo del bacino.

§ 335.

Nell' apertura d' ingresso del bacino il vertice sta *solitamente* col suo diametro retto più vicino al diametro trasverso che non al diametro retto del bacino; giunto nello *stretto inferiore* si volge però colla sutura sagittale verso il diametro retto del bacino, vedi le figure 45, 46, 47, 48. **Non effettuandosi questa rotazione,** il parto diventa solitamente *difficile*, perchè il diametro retto della

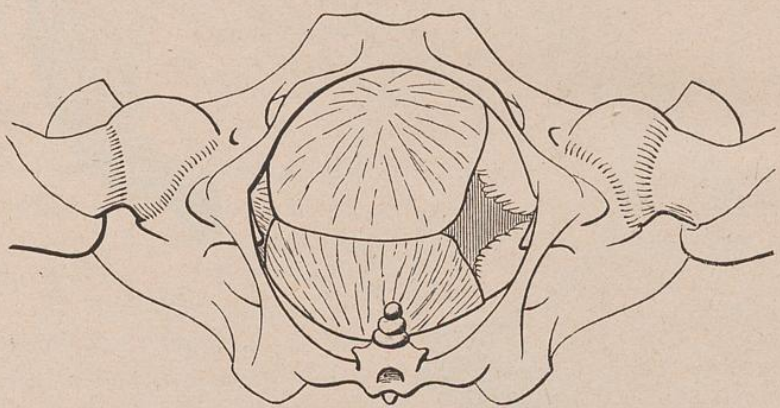


Fig. 69. 1/3 della grand. naturale.

testa è troppo grande in rapporto coi diametri trasverso ed obliquo dello stretto inferiore. Doglie molto robuste ponno talvolta superare quest' ostacolo; alcune volte la testa *compie il movimento di rotazione* ancora *tardi* nell' apertura d' escita, altre volte si disimpegna dalle parti genitali in *posizione trasversa*, dopo aver subìto

una forte compressione, la quale diede occasione alla formazione di un tumore sanguigno ben grande. In quest' ultimo caso abbiamo dispesso una *rottura* rilevante *del perineo*. Se il parto durò lungo tempo, è facile che il feto sia già *morto*. In altri casi le forze materne non sono *sufficienti* per finire il parto.

Se la testa rimane nel diametro trasverso, quando discende nello stretto inferiore o nell' apertura d' escita, *ciò che talvolta non è facile riconoscere causa la gran prominenza della bozza sanguigna*, la donna partoriente dovrà coricarsi come nella seconda variante della presentazione del vertice sul fianco, nel quale si trova l' occipite. Non si permetterà alla donna di spingere e premere. Se ad onta di ciò la testa non abbandonasse la sua posizione trasversa durante le prossime robuste doglie, si chiamerà l' ostetrico, il quale estrarrà la testa tenor le regole dell' arte.

Capitolo secondo.

Il parto del feto che si presenta colla testa in portamento anormale.

1. Presentazione del parietale.

§ 336.

Nell' apertura d' ingresso del bacino la presentazione del parietale è la presentazione *normale* della testa, vale a dire, la piccola e la gran fontanella si trovano sullo stesso livello; solamente più tardi discende l' occipite, nella seconda variante il sincipite. La presentazione del parietale non è dunque anormale, se non quando la fontanella antestante non discende più in basso neppure nello spazio inferiore del bacino, nello stretto inferiore. Dispesso non si effettua neppure la rotazione della fontanella antestante verso la sinfisi del pube, cosicchè la testa rimane quasi nel diametro trasverso. Così il parto può ritardarsi assai e rendersi più grave. Anche in questo caso la levatrice deve proibire, come nella posi-

zione trasversa della testa discesa nel fondo del bacino, di spingere e premere, e deve aver cura, che la partoriente si corichi *sul fianco, nel quale si trova l'occipite.*

2. Presentazione della fronte.

§ 337.

Il parto diventa molto più difficile, quando il sincipite discende in basso tanto che la *fronte* s' impegni la prima. In questa posizione il parto si finisce di rado felicemente col solo mezzo delle doglie, ed in questi pochi casi la testa deve essere molto piccola. La presentazione della fronte si converte talvolta già nell' apertura d' ingresso del bacino nella presentazione del vertice. Facendo

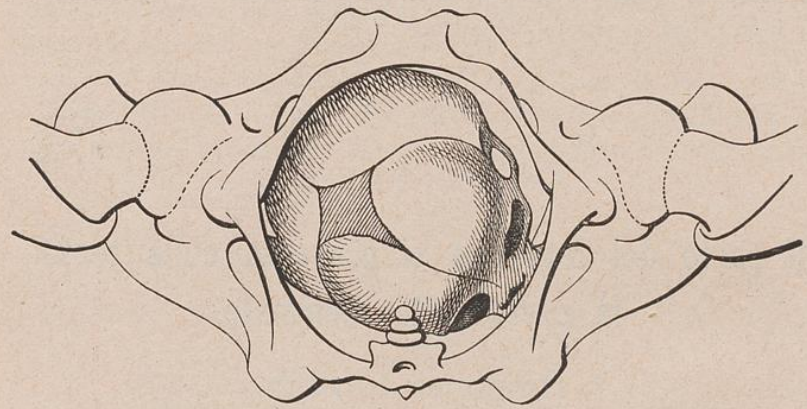


Fig. 70. 1/3 della grandezza naturale.

coricarsi la partoriente sul fianco, nel quale si trova l' occipite, la levatrice può favorire questa conversione. Altre volte la presentazione della fronte si converte nella presentazione della faccia. Nel caso il più infelice la testa rimane nel suo portamento anormale e discende così più in basso nel bacino, vedi fig. 70. In questo caso è necessario il soccorso dell' ostetrico.

3. Il parto nella presentazione della faccia.

§ 338.

Quando il portamento del feto che si presenta colla testa si cambia in modo, che l' occipite si fletta sul dorso, allora diventa la *faccia*

la parte antestante (vedi fig. 54. 55). Quando il dorso del feto si trova a sinistra, il mento si troverà a destra, — *prima posizione della presentazione della faccia;* quando il dorso si trova invece a destra, il mento si troverà a sinistra, — *seconda posizione.* Giacchè il dorso del feto si trova in tutte le posizioni un po' più vicino alla parete anteriore del ventre della madre, il mento è rivolto *dapprincipio* per lo più un poco indietro. Nella presentazione della faccia il feto, se non è molto piccolo o morto, non può però traversare il bacino col mento rivolto indietro, perchè il collo di un *feto maturo vivo* non può estendersi tanto da permettere al mento di scivolare sino sul perineo; per questo motivo

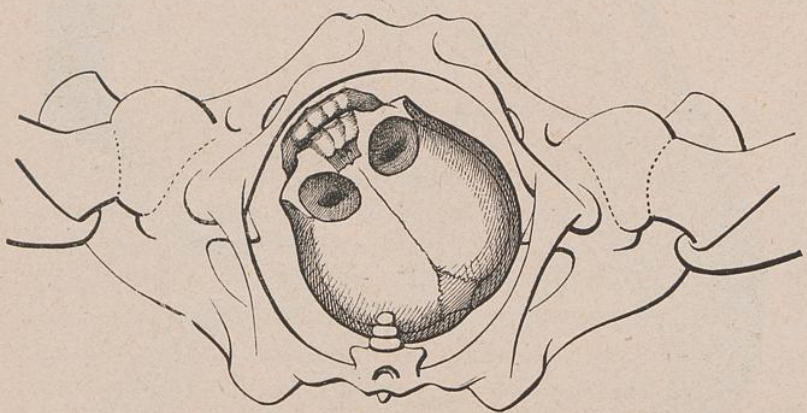


Fig. 71. 1/3 della grandezza naturale.

il feto deve fare un movimento di *rotazione* appena che la faccia è discesa più in basso nel bacino. Discendendo, il *mento* si rota quindi nella *prima posizione* della presentazione della faccia *dal di dietro* a destra *al davanti* a destra, e nella *seconda posizione dal di dietro* a sinistra *al davanti* a sinistra, e si colloca in tutti e due i casi lateralmente sotto l'arcata del pube, come lo rappresenta la figura 71 per la prima posizione. Frattanto *compariscono* prima le labbra ingrossate, poi il naso, che è quasi nascosto nelle guance rigonfie, poi gli occhi e finalmente la fronte. Mentre la testa si disimpegna in questo modo, il mento si porta sempre più verso la metà della sinfisi del pube. Le contrazioni dell' utero spingono ora il vertice e l'occipite in basso, e mentre si compie

il disimpegno della testa, il perineo si dilata molto più fortemente che nella seconda variante della presentazione del vertice, perchè nella presentazione della faccia la testa sorte dall' apertura vaginale quasi col *diametro grande obliquo*.

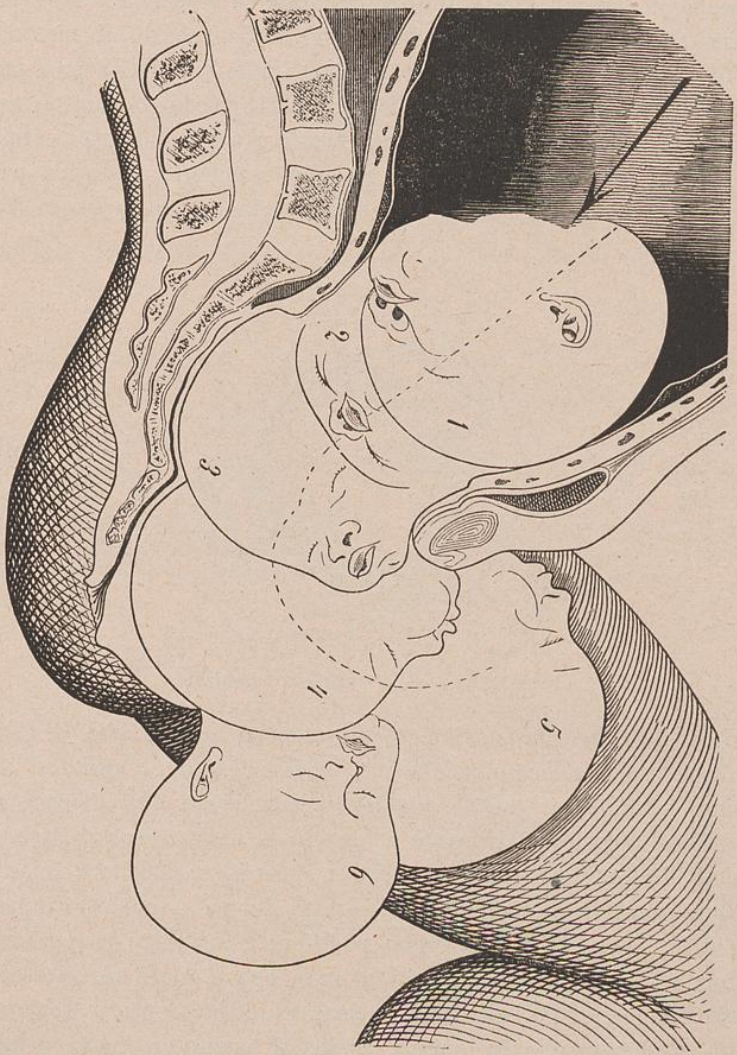


Fig. 72. 1/3 della grandezza naturale.

La figura 72 rappresenta il parto nella prima posizione della presentazione della faccia; il dorso del feto si trova a sinistra ed

un po' in avanti; la metà destra della donna partoriente è levata via. Le differenti posizioni della testa ne illustrano il movimento di rotazione. Nel parto nella prima posizione della presentazione della faccia giunge prima l'angolo destro della bocca all' orifizio della vagina, poi la guancia destra, poi il naso, che è nascosto nelle guance gonfie, poi l'occhio destro. Queste sono anche le parti, nelle quali risiede il tumore sanguigno, vedi § 273.

Impegnandosi le spalle, la testa, che è nata colla faccia rivolta verso il ventre della madre, fa nuovamente un movimento di rotazione, che conduce la faccia nella prima posizione verso la coscia destra, e nella seconda posizione verso la coscia sinistra della madre. Le spalle ed il resto del corpo si disimpegnano come nella presentazione del vertice.

§ 339.

Il parto del feto vivo maturo **per la faccia** si compie dunque **in due posizioni**: il dorso a sinistra ed il mento a destra — *prima*, il dorso a destra ed il mento a sinistra — *seconda* posizione. Volendo distinguere *varianti* anche nella presentazione della faccia come nelle altre presentazioni, possiamo dire: il feto, che nel principio del parto nella presentazione della faccia si trova per lo più nella prima variante, si rota nella seconda variante progredendo il parto; con altre parole, il feto, che nel principio si trovava col dorso piuttosto in avanti, più tardi si volge col dorso indietro.

§ 340.

La levatrice **riconosce** la presentazione della faccia per mezzo dell' esplorazione esterna ed interna. Prima che cominci il parto non le è però possibile di riconoscerla, perchè questa presentazione si forma solitamente appena nel principio del parto. Esplorando la partoriente esternamente, la levatrice riconosce mercè la forma dell' utero, che il feto ha una situazione retta; colla palpazione distingue anche nel fondo dell' utero i piedi ed al disopra della sinfisi del pube la testa; facendo poi il riscontro, nel periodo di dilatazione essa non sente solitamente nessuna parte antestante, perchè la testa si trova per lo più ancora molto in alto e perchè la levatrice in tutti i casi, ove la testa non occupa totalmente lo stretto superiore del bacino, è obligata di esplorare molto cauta-

mente, onde non rompere prematuramente il sacco amniotico. La levatrice sente i battiti del cuore fetale *da quella stessa parte della madre, nella quale si distinguono anche i piedi,* perchè il feto non rivolge il dorso, ma bensì il petto alla parete anteriore dell' utero; la levatrice confronti le fig. 54, 55 colle fig. 26, 27. Questi segni rendono *probabile* una presentazione della faccia. Appena aperto il sacco amniotico è *necessario* di *riconoscere* la presentazione in tutti i casi con certezza, vedi § 200. La levatrice apprezza prima un occhio colla sua orbita e più indietro l' altro occhio, poi il naso, poi la bocca, un' apertura trasversa ove introducendo la punta del dito si sentono le arcate alveolari e fors' anche la lingua, poscia il mento. La levatrice si guarderà di non confondere il naso col coccige e la bocca coll' ano; nella presentazione della faccia il dito esploratore sente presso la bocca le arcate alveolari ed il mento, al disopra del naso le orbite e la fronte; nella presentazione delle natiche invece esso sente da una parte dell' ano le cosce e le parti genitali e dall' altra parte il sacro coi suoi processi spinosi. Dopo l' apertura del sacco amniotico il turgore delle parti antestanti diventa tale, che è molto facile confondere le guance colle natiche. L' esplorazione *esterna,* fatta con tutt' attenzione, ci può allora schiarire, se il feto discenda coll' ovoide pelvico o colla testa.

§ 341.

Ogni **ritardo** alla discesa della testa arreca *più facilmente* e *più presto* danno al feto che si presenta colla *faccia*, che non al feto che si presenta col *vertice*. E giacchè la *vita del feto* ed il *perineo della madre* incorrono maggior pericolo nel parto nella presentazione della faccia che in quello nella presentazione normale del vertice, la levatrice che sa, che le parti esterne delle primipare oppongono sempre un maggior ostacolo alla discesa della testa, *farà chiamare l' ostetrico* in tutti i casi ove il feto di una *primipara* discende nella presentazione della faccia. Nelle *multipare* la levatrice domanderà il soccorso dell' arte appena si accorge di un quantunque minimo *ritardo* nell' andamento del parto, e massimamente *quando la faccia non si avvicina ben presto col mento alla parete anteriore del bacino.*

§ 342.

Nel parto nella presentazione della faccia, come in generale in tutti i casi ove non si presenta il vertice, la levatrice deve specialmente aver cura di evitare la rottura del sacco amniotico nel **periodo di dilatazione.** È quindi suo dovere di esplorare cautamente, di proibire severamente alla partoriente di passeggiare soverchiamente o di buttarsi in quà ed in là nel letto, di ordinare massimamente durante le doglie una posizione quieta sul fianco. Quando l'utero è deviato a destra, la partoriente si coricherà sul fianco sinistro, quando è deviato a sinistra, la partoriente si metterà sul fianco destro. Così l'utero dovrà prendere la posizione retta, vale a dire normale in rapporto col bacino. La levatrice ordinerà in egual modo la posizione sul fianco anche *dopo* la rottura del sacco amniotico.

Dopo la rottura del sacco amniotico il dito esploratore si guarderà di non maltrattare gli occhi o la bocca, e se il tumore sanguigno è già ben grande, neppure la pelle, che allora è dappertutto molto vulnerabile.

§ 343.

Appena la faccia è **giunta all' orifizio della vagina** la levatrice dovrà rivolgere la sua attenzione massimamente **alla cura del perineo.** Noi sappiamo, che il *perineo* deve dilatarsi in *alto grado* nel parto nella presentazione della faccia. Noi sappiamo inoltre, che un ritardo alla discesa della testa arreca più presto danno in questo parto che in quello nella presentazione del vertice, e che sostenendo fortemente colla mano il perineo, rischiamo di spingere il collo del feto contro la sinfisi del pube e di recargli così gran danno.

Il parto delle spalle e del resto del feto si termina tenor le stesse regole come nella presentazione del vertice.

Il feto espulso è sfigurato causa il tumore sanguigno. Perciò bisogna nasconderlo alla madre, perchè non se ne spaventi. La levatrice farà però bene di spiegare alla madre i motivi di questo suo agire.

4. Obliquità della testa.

§ 344.

Il vertice *si presenta* bensì anche nel parto normale in una posizione un poco obliqua, perchè il parietale anteriore discende prima del posteriore, vedi fig. 46, fig. 68; ma in molti casi la testa si presenta nello stretto superiore in una posizione talmente obliqua, che il dito esploratore può raggiungere l'orecchio che corrisponde al parietale anteriore. La causa di questa posizione obliqua della testa è solitamente una deviazione dell'utero a destra o a sinistra. Nel principio la testa riposa sopra un margine dello stretto superiore; le doglie la spingono poi in basso, aumentandone l'obliquità. In questa posizione la testa non può traversare il bacino. Onde evitare che la testa venga *spinta nel bacino* in questa posizione, la levatrice proibirà ogni pressione addominale e collocherà la partoriente sul *fianco*, nel quale *non* si trova il fondo dell'utero; è questo solitamente lo stesso fianco, nel quale *non riscontra* neppure il parietale e l'orecchio del feto. Più presto si ordinerà questa posizione sul fianco, più facilmente la testa potrà correggere la sua posizione obliqua. Se poi la discesa del lato del vertice si corregge, si starà a vedere come il parto progredisce; ma se la testa mantiene la sua posizione anormale, si chiamerà l'ostetrico.

5. Procidenza di un braccio o di un piede nella presentazione della testa.

§ 345.

Già nel periodo di dilatazione la levatrice osserva talvolta, che accanto alla testa si presenta anche una parte piccola, una mano od un piede. Essa cercherà allora se possibile d'impedire che questa piccola parte *discenda* nel momento, in cui si rompe la borsa delle acque. A tal uopo è di massima importanza, che la partoriente stia quieta. Se la levatrice può riconoscere, da qual parte la mano od il piede provenga, ordinerà alla partoriente la

posizione sul fianco opposto; se dunque un braccio od un piede si trova a destra della testa, la partoriente si coricherà sul fianco sinistro; allora l'utero si porta verso questo lato, e la piccola parte antestante sparisce forse; anche la testa si porta verso il centro ed impedisce la discesa della piccola parte antestante.

§ 346.

Se la levatrice, esplorando subito dopo la rottura della borsa delle acque, trova che un braccio è **disceso** accanto alla testa, cercherà di tenerlo indietro durante le prossime doglie, acciochè la testa possa se possibile discendere sola. Non riuscendovi, la levatrice starà a vedere, quale sarà l'ulteriore andamento del parto. Più tardi il braccio resta dispesso spontaneamente indietro, oppure esso discende insieme colla testa, se il bacino è bastantemente vasto, e fa forse solamente che la testa faccia una rotazione differente del solito. Se invece il bacino non è vasto abbastanza, la procidenza del braccio può *impedire* il parto; allora avremo poi i segni che accompagnano tutti gli ostacoli al parto e che considereremo nei § 394 e 409. In questo caso si deve chiamare il medico. Discendendo **un piede** accanto alla testa, si dovrà sempre chiamar *subito* il medico.

Capitolo terzo.

Il parto nella presentazione anormale del feto.

1. Presentazioni pelviche; parto nella presentazione dei piedi, dei ginocchi e delle natiche.

§ 347.

La presentazione pelvica può venir riconosciuta già **prima del parto.** L'utero è solitamente più ristretto alla base che nella presentazione della testa; ivi *si riscontra la testa solida e rotonda*

invece delle natiche e delle gambe. La parte inferiore dell' utero è più larga; la madre sente quì e non nel *fondo* dell' utero i moti attivi del feto. I battiti cardiaci si sentono a destra o a sinistra *sopra* l' ombellico. Facendo il riscontro, invece del cranio duro, o non si sente nulla, o se si sente qualche cosa si è una piccola parte od una parte larga e molle, le natiche. Confronta le fig. 56 e 57.

Nel **periodo di dilatazione** la levatrice sente già più distintamente le parti attraverso al sacco amniotico e può riconoscerle per lo più con certezza. **Dopo l' apertura del sacco amniotico** il riscontro *deve* levare ogni dubbio; solitamente discendono le natiche, più di rado i piedi, assai di rado le ginocchia.

§ 348.

Quando si presentano le due natiche sole, noi abbiamo una *presentazione delle natiche semplice* ed un **parto per le natiche**; quando colle natiche si presentano anche i piedi del feto nel loro atteggiamento normale, vale a dire colle calcagna piegate sulle cosce, noi abbiamo una *presentazione delle natiche composta* ed un **parto per l' ovoide pelvico.** Quando discende un piede solo noi parliamo di una *presentazione dei piedi imperfetta* e di un **parto per un piede solo**; quando invece discendono ambedue i piedi noi parliamo di una *presentazione dei piedi perfetta* e di un **parto per ambedue i piedi.** In egual modo si distinguono anche le *presentazioni dei ginocchi* in perfette ed imperfette, ed i **parti per i ginocchi** in parto per un ginocchio solo e parto per ambedue i ginocchi.

In tutte le presentazioni pelviche noi distinguiamo due posizioni e due varianti di ogni posizione. Se il dorso del feto si trova a sinistra, noi abbiamo la **prima posizione della presentazione dei piedi, dei ginocchi e delle natiche,** se il dorso si trova a destra, noi abbiamo la **seconda posizione della presentazione dei piedi, dei ginocchi e delle natiche.** Nella prima posizione si trova l' anca **sinistra** in avanti, nella seconda invece l' anca **destra.** In tutte le presentazioni pelviche il dorso è rivolto un po' in avanti, noi abbiamo allora la *prima variante;* più di rado il dorso è rivolto indietro, ed allora abbiamo la *seconda variante.* Confronta in merito le figure 56 e 57.

§ 349.

Per il **meccanismo** del parto nella presentazione delle natiche e dei piedi valgono le regole generali del meccanismo del parto communicate nei § 167, 168, 169. Nella **prima variante della prima posizione della presentazione delle natiche**, che è la più frequente posizione delle natiche, il feto traversa col diametro trasverso delle natiche lo spazio superiore del bacino nel suo diametro obliquo sinistro; la natica *sinistra*, che è anteriore, scende più in basso della posteriore. Nello stretto inferiore il diametro trasverso delle natiche fa un moto di rotazione verso il diametro retto del bacino. Nell' apertura d' escita la natica *sinistra* s' impegna poi sotto l' arcata del pube contro il ramo discendente *destro* del pube. Frattanto la natica *destra* scivola nella *doccia perineale* e si disimpegna. Quindi tutta la pelvi esce fuori delle vie genitali. Il tronco colle braccia e colle spalle discende anch' esso nel diametro obliquo *sinistro* del bacino. Perciò vediamo, che le natiche fanno ancora un movimento di *rotazione esterna*, ritornando anch' esse nella posizione obliqua, che avevano nello spazio superiore del bacino. Il tronco si disimpegna colle braccia incrociate sul petto e coi piedi piegati sul ventre. Nato il feto sino alle *spalle*, esso si rota nuovamente verso il diametro retto del bacino; la spalla *sinistra* s' impegna sotto l' arcata del pube, mentre la *destra* scivolando sul *perineo* si disimpegna. L' intiero tronco del feto riprende poscia la sua posizione obliqua, perchè la *testa* del feto si trova ora col suo diametro retto nel diametro obliquo *destro* del bacino. Discendendo più in basso, anche la testa si volge verso il diametro retto del bacino, cosicchè il dorso del feto si pone in avanti. L' occipite s' impegna dietro la sinfisi, e mentre le contrazioni dell' utero velo fissano, si disimpegnano dal perineo prima il mento, dopo la faccia, la fronte ed il vertice.

§ 350.

Il meccanismo della **seconda posizione della presentazione delle natiche** è conforme a quello della prima posizione, coll' eccezione però, che in avanti si trova la natica *destra*, che le natiche e le spalle discendono nel diametro obliquo *destro* del bacino, che

la testa discende col suo diametro retto nel diametro obliquo *sinistro* e che quindi anche il movimento di rotazione si fa nella direzione opposta.

§ 351.

Nella **seconda variante** delle due posizioni della presentazione delle natiche, ove il *ventre* del feto è rivolto verso la parete *anteriore* del bacino, il meccanismo del parto è solitamente il seguente: il feto si volge col *dorso* in avanti appena che le spalle o la testa discendono nel bacino. Nel primo caso le spalle discendono nel diametro obliquo opposto a quello, nel quale discendevano le natiche; nel secondo caso la testa discende col suo diametro retto nello stesso diametro obliquo, nel quale discendevano le natiche; quindi la testa si disimpegna come nella prima variante.

§ 352.

Più di rado il ventre del feto *resta* rivolto in avanti nella seconda variante, cosicchè la faccia guarda la sinfisi. In questo caso la testa si può disimpegnare in diversi modi:

1) essa si volge *ancora nel bacino* colla faccia *indietro* e si disimpegna poi nel modo descritto, vale a dire nel modo contrario a quello nella *presentazione* normale *del vertice;*

2) essa s' impegna col mento in avanti sino alla fronte sotto l'arco del pube e le doglie spingono poi l'occipite ed il vertice sul perineo all' infuori; questo modo di disimpegno è il contrario di quello nella *seconda variante* della presentazione del vertice;

3) essa resta fissata col mento dietro la sinfisi del pube, le doglie piegano l'occipite sulla nuca e spingono poi l'occipite, il vertice, la fronte e la faccia all' infuori. Questo disimpegno è il contrario di quello nella *presentazione della faccia;*

4) le doglie spingono oltre il mento e la faccia anche la fronte sotto l'arco del pube ed allora l'occipite può scivolare facilmente sul perineo e disimpegnarsi. Affinchè ciò avvenga, bisogna però che le doglie sieno molto forti, che il bacino sia ampio e la testa fetale piccola.

§ 353.

Nella **presentazione delle natiche composta** le natiche discendono più lentamente nel bacino, e questa circostanza è, come vedremo più tardi, giustamente molto favorevole, massimamente per il feto. Del resto il meccanismo del parto è come nella presentazione delle natiche semplice.

§ 354.

Nella **presentazione dei piedi imperfetta** la gamba piegata in alto si volge sempre verso la parete *posteriore* del bacino, anche se dapprincipio aveva un' altra posizione. Unicamente l' escavazione del sacro ne permette la discesa.

§ 355.

Nella **presentazione dei piedi perfetta** e nella **presentazione dei ginocchi** le rotazioni del corpo fetale cominciano come nella presentazione delle natiche solamente quando discendono le natiche nel bacino, perchè le gambe ponno traversare il bacino in qualunque posizione. Indi l' intiero meccanismo del parto è conforme a quello nelle presentazioni delle natiche.

§ 356.

Nel parto per i piedi e per le natiche periscono proporzionalmente molto di più feti che in quello per il vertice. *I gran* **pericoli del parto nella presentazione dei piedi e delle natiche** *dipendono dalle seguenti circostanze*:

Finchè l' intiero feto si trova ancora nel ventre della madre, esso vive sotto condizioni simili a quelle, in cui ha vissuto durante l' intiera gravidanza. Esso ritira dall' utero per mezzo del cordone ombellicale ciò che abbisogna per vivere. Finchè l' intiero feto si trova nel ventre della madre, il parto può perciò durare molte ore, senza che il feto ne soffra danno. Per questo motivo è da desiderare, che la parte *più grande* del feto, cioè la testa, discenda la prima; nata la *testa*, è presto finito anche il parto intiero.

Onde poter vivere, il feto deve comunicare colla madre per mezzo del funicolo, o deve poter inspirare aria; perchè possa respi-

rare deve aver libera la bocca e libero il petto. Se il feto discende colle parti *più piccole*, come per esempio colle natiche, queste parti si disimpegnano bensì facilmente, ma le parti più grandi, le spalle e la testa, non ponno seguire così presto; oltreciò le parti nate comprimono il funicolo, in modo che la circolazione uterina viene interrotta in un momento, in cui il feto non può ancora inspirare nessun' aria. Il feto sente allora tuttavia il bisogno di respirare, ed i suoi relativi tentativi si manifestano dispesso nei suoi movimenti esterni. Invece d' aria esso inspira però solamente mucco, sangue e liquido dell' amnio.

Sotto queste circostanze il feto *muore*, se il parto si allunga. Il parto non vien però ritardato solamente causa la maggior *grandezza* delle parti, che escono le ultime, ma bensì ancora di più causa lo *spostamento* delle stesse, che talvolta è inevitabile. Appena che il feto perde il suo atteggiamento normale, le braccia si portano in alto accanto alla testa ed il collo si estende. La testa non può traversare il bacino insieme colle due braccia, e ciò tanto meno, in quanto che il mento s' impegna sul margine del bacino causa l' estensione del collo. Il feto *muore in pochi minuti* se non vien deliberato ben presto e con arte da questa posizione. In questo modo soccombono molti feti, che nascono nella presentazione pelvica.

§ 357.

Questi pericoli subentrano meno facilmente se le parti molli della madre sono *ben disposte* per il parto del feto, se le doglie si fanno robuste *verso la fine* del periodo di espulsione e se la parte *antestante* del feto ha potuto *dilatare* sufficientemente le vie genitali della madre. Nel parto nella presentazione pelvica è perciò di massima importanza, che il *periodo di dilatazione* non subisca nessun disturbo, e che l' espulsione progredisca *dapprincipio lentamente* e *solamente* mercè le contrazioni dell' utero; così l' utero può spiegare maggior forza verso la fine del parto. Per lo stesso motivo le presentazioni pelviche sono tanto più favorevoli, quanto più grossa è la parte, che discende la prima. La presentazione delle natiche composta è quindi la più favorevole, poi segue la presentazione delle natiche semplice, meno favorevole è la presen-

tazione dei piedi imperfetta e la meno favorevole di tutte è la presentazione dei piedi perfetta.

§ 358.

Accorgendosi che si tratta di un parto in una presentazione pelvica, la levatrice farà chiamare senza indugio l' ostetrico, perchè una volta che *ci fossero già* quei pericoli, di cui parlammo, *non sarebbe più a tempo* di rimuoverli col soccorso dell' arte.

Onde evitare se possibile quei pericoli, od almeno differirli *finchè sarà arrivato il medico,* la levatrice cercherà in prima linea di conservare nel **periodo di dilatazione** la *borsa delle acque* nel modo che abbiamo indicato quando trattammo del parto nella presentazione della faccia. Riscontrando poi attraverso il sacco amniotico solamente parti piccole, i piedi, e trovando coll' esplorazione esterna che le natiche del feto stanno a destra od a sinistra al disopra della regione inguinale, mentre la *testa* sta dalla parte opposta del ventre nel fondo dell' utero, essa farà coricarsi la partoriente sul fianco, nel quale *non* giace il fondo dell' utero. In questo modo il fondo dell' utero si porta dall' altra parte, e le natiche ponno forse scivolare nello stretto superiore del bacino. Invece della presentazione dei piedi avremo allora quella più favorevole delle natiche (vedi il paragrafo antecedente).

§ 359.

Appena **l' orifizio dell' utero si è dilatato completamente,** sia prima o dopo lo scolo delle acque, si collocherà la partoriente nella posizione supina, in modo però che le parti genitali sieno facilmente accessibili dal disotto. Ciò si ottiene sottoponendo alla regione delle natiche un guanciale, che la rialzi circa 10 cm. al disopra delle cosce, oppure preparando il così detto **letto trasversale.** Si colloca il letto in modo che sia liberamente accessibile d' ambo le parti, se ne rialza un margine con alcuni guanciali solidi e vi si adagia la partoriente per traverso col dorso sui guanciali e colle natiche sul margine laterale opposto. Anche le natiche devono riposare sopra un guanciale adattato, a preferenza sopra un *guanciale cuneiforme collocato in modo, che la sua base guardi in avanti,* vedi § 229; la parte superiore del corpo vien sorretta per mezzo di piumacci, i piedi riposano sopra due sedie

o sgabelli accanto al margine del letto. Anche in questa posizione la partoriente verrà coperta meglio possibile onde non prenda freddo. Se le natiche discendono molto rapidamente nelle parti esterne noi ci contenteremo di dare alla donna una *posizione obliqua nel letto* portando le parti genitali sul margine del letto e conservando una gamba nel letto mentre l'altra riposa sopra uno sgabello accanto al letto. La levatrice si colloca in ogni caso fra le cosce della donna.

Assegnando alla donna una di queste posizioni la levatrice non dimentichi però, che la direzione della forza espellente in rapporto col bacino varia tenor la curvatura della parte lombare della spina dorsale. Flettendo la spina dorsale lombare, vale a dire rialzando le natiche, noi aumentiamo gli ostacoli nel fondo del bacino, distendendola noi li diminuiamo. Vedi la fig. 49. Alla levatrice può convenire uno e l'altro: quando vuol facilitare il disimpegno delle natiche dovrà distendere maggiormente la regione lombare; nel principio del periodo d'espulsione invece, ove è meglio che il disimpegno delle natiche si faccia lentamente, cercherà d'aumentare gli ostacoli nel fondo del bacino e con questi anche la forza delle doglie. Anche quando aspetta l'arrivo del medico la levatrice cercherà di *rallentare l'espulsione delle natiche,* perchè allora il feto è molto meno minacciato, che se fosse nato sino alle spalle.

In quest'occasione diremo che nel parto nella presentazione delle natiche il meconio vien sempre eliminato appena che le natiche discendono nel bacino, e che in questo caso l'*efflusso di meconio non* significa dunque come nel parto nella presentazione della testa un pericolo pella vita del feto.

§ 360.

Anche **nel principio del periodo d'espulsione** la partoriente *tralascierà ogni spingere e premere.* Finchè il feto si trova ancora nel bacino, anche un ritardo più lungo alla sua discesa *non* gli arreca danno, e quanto più completamente l'espulsione vien rimessa nelle sole forze dell'utero, tanto più regolari e più robuste diventeranno le sue contrazioni verso il termine del parto, ad un tempo ove sono molto necessarie.

§ 361.

La levatrice si guarderà bene di non tirare o volgere le parti che ora si disimpegnano, cioè le natiche od i piedi. Prima si riteneva ciò necessario. Astenendocene totalmente, aumentiamo la probabilità che il feto si mantenga colle braccia e colla testa nel suo atteggiamento normale, e ciò è di massima importanza.

§ 362.

Mentre si disimpegnano le **natiche**, o nella presentazione dei piedi le **anche**, la levatrice comprimerà cautamente colla mano applicata sul perineo la natica superiore contro la sinfisi del pube, onde salvare il perineo. Essa sorreggerà altresì colla sua mano le parti disimpegnate, acciochè non pendano in giù. E giacchè le parti nude scivolano facilmente fuor di mano, le involgerà in un pannolino caldo. Nella presentazione delle natiche i piedi flessi sul ventre vengono in basso da sè appena si disimpegna il petto del feto. Se ciò non fosse il caso, la levatrice rimuoverà i piedi dalle parti genitali, piegando prima un ginocchio e poi l'altro verso il ventre ed un po' dalla parte.

§ 363.

Nato l'**ombilico**, la levatrice deve allentare il cordone ombellicale, onde impedire che il feto lo stiragli nel venire al di fuori. A tal scopo, applicato l'indice fra il cordone ed il ventre del feto ed il pollice anteriormente sul cordone stesso, la levatrice tirerà il funicolo cautamente un po' in fuori, guardando bene di non comprimerlo fortemente e di non stiragliare l'ombellico *stesso* del feto. Quando il funicolo passa frammezzo alle gambe del feto, ciò che denominasi *cavalcare del feto sul cordone ombellicale,* allora la levatrice deve allentarne già prima il ramo che passa sulla parte dorsale del feto quanto è necessario, onde farlo scorrere sopra la natica posteriore, e nella presentazione dei piedi sopra il piede posteriore flesso sulla coscia. Confronta in merito anche il § 453.

Una volta che il feto si è disimpegnato sino all' ombellico, la partoriente deve spingere e premere durante ogni dolore.

Mentre si disimpegnano i **gomiti**, le **spalle** e la **testa** la levatrice deve dinuovo aver cura, che il *perineo* non venga disteso più del necessario. Se la testa è ben collocata, la levatrice deve rialzare il tronco del feto verso l'addome della madre, perchè la testa scivoli sulla doccia perineale e si disimpegni.

§ 364.

Quanto più coscienziosamente la levatrice osserva i precetti che le abbiamo dato nei paragrafi antecedenti, tanto più sovente essa vedrà terminarsi il parto nella presentazione delle natiche e dei piedi senza il soccorso dell'arte e senza danno pella madre e pel feto.

Prima che le natiche, o nella presentazione dei piedi le anche occupino l'orifizio della vagina, la levatrice si limiterà a sorvegliare l'andamento del parto. Ritardandosi poi l'espulsione, cercherà di eccitare doglie, fregando l'utero, e di rinforzare la doglia così provocata, esercitando una leggera pressione sull'utero.

Quando il tronco del feto nasce sino alla regione delle scapule senza che si *disimpegnino anche le braccia*, la levatrice farà il riscontro, onde vedere se un braccio o l'altro od ambedue sono forse discesi nella vagina. Sorreggendo con una mano il corpo del feto, o sollevandolo un poco per le cosce, introdurrà nella vagina l'altra mano, cioè quella, la cui palma guarda il ventre del feto; riscontrando così nella parte della vagina che corrisponde al petto del feto un gomito od una manina o tutti e due, li afferrerà uno dopo l'altro con due dita e li guiderà al di fuori, facendoli percorrere la faccia anteriore del petto; le *trazioni sul braccio devono essere energiche, acciochè disimpegnino anche la spalla;* ciò facilita alquanto il disimpegno del secondo braccio.

Ma quando la levatrice non riscontra nella vagina nè mani, nè gomiti, allora le braccia si sono portate in alto, e devonsi *disimpegnare* in un modo speciale.

§ 365.

Onde **disimpegnare le braccia** la levatrice osserverà le seguenti regole. Il braccio *destro* del feto può venir disimpegnato solamente colla mano *destra*, ed il *sinistro* unicamente colla mano *sinistra* della levatrice, ed ambedue solamente introducendo la mano

dalla parte ove si trova il dorso del feto. Quando ambedue le braccia si sono portate in alto, la levatrice disimpegnerà prima il braccio posteriore, vale a dire quello che è rivolto verso il sacro del bacino della madre, nella prima posizione il braccio destro e nella seconda posizione il braccio sinistro del feto. Onde disimpegnare il braccio s'introduce nella vagina l'indice e il medio costeggiando il dorso del feto. Introducendo l'indice solo, la levatrice non arriverebbe solitamente abbastanza in alto e non potrebbe neppure spiegare la forza necessaria, cosicchè sprecherebbe un tempo prezioso a danno del feto. Introducendo da bel principio quattro dita, la cosidetta mezza mano, nella maggior parte dei casi renderebbe inutilmente più grave l'operazione. Talvolta l'introduzione della mezza mano è tuttavia necessaria, vedi figura 73, talvolta devesi anche tirare in basso la spalla posteriore prima di disimpegnare il primo braccio, vedi figura 73.

Nella prima posizione della presentazione delle natiche o dei piedi la levatrice disimpegnerà le braccia nel seguente modo. Trattandosi della prima variante della prima posizione della presentazione delle natiche, il braccio destro del feto che deve venir disimpegnato il primo si trova posteriormente a sinistra. La levatrice lo dovrà quindi disimpegnare colle dita della mano destra. Onde poter penetrare più facilmente a sinistra nella vagina, prenderà le natiche del feto nella sua mano *sinistra* e le solleverà verso la coscia destra della madre, come lo rappresenta la figura 73. Costeggiando la faccia posteriore della spalla destra del feto introdurrà poi l'indice e il medio della mano *destra* nella vagina *finchè riscontrerà il gomito del feto.* Quì cercherà un appoggio per le punta delle due dita e spingerà poi francamente il braccio del feto nella direzione della testa e del petto dello stesso, finchè lo avrà steso al di fuori. Onde non offendere il perineo, la levatrice avrà cura di mantenere il gomito del feto a contatto col tronco; quando il gomito sarà disceso nelle parti esterne lo potrà afferrare anche col pollice della mano destra, onde disimpegnare più facilmente l'intiero braccio. Se la levatrice non fosse capace di disimpegnare il gomito colle due dita introdotte, non creda mai di potervi riuscire meglio tirando in basso il tronco del feto, perchè queste trazioni non avrebbero altro effetto se non quello di confermare ancor

più fortemente il braccio fra la testa e la parete del bacino. Non creda neppure di poter disimpegnare il braccio premendo sull' omero, perchè rischierebbe di romperlo. Non potendo raggiungere il cubito,

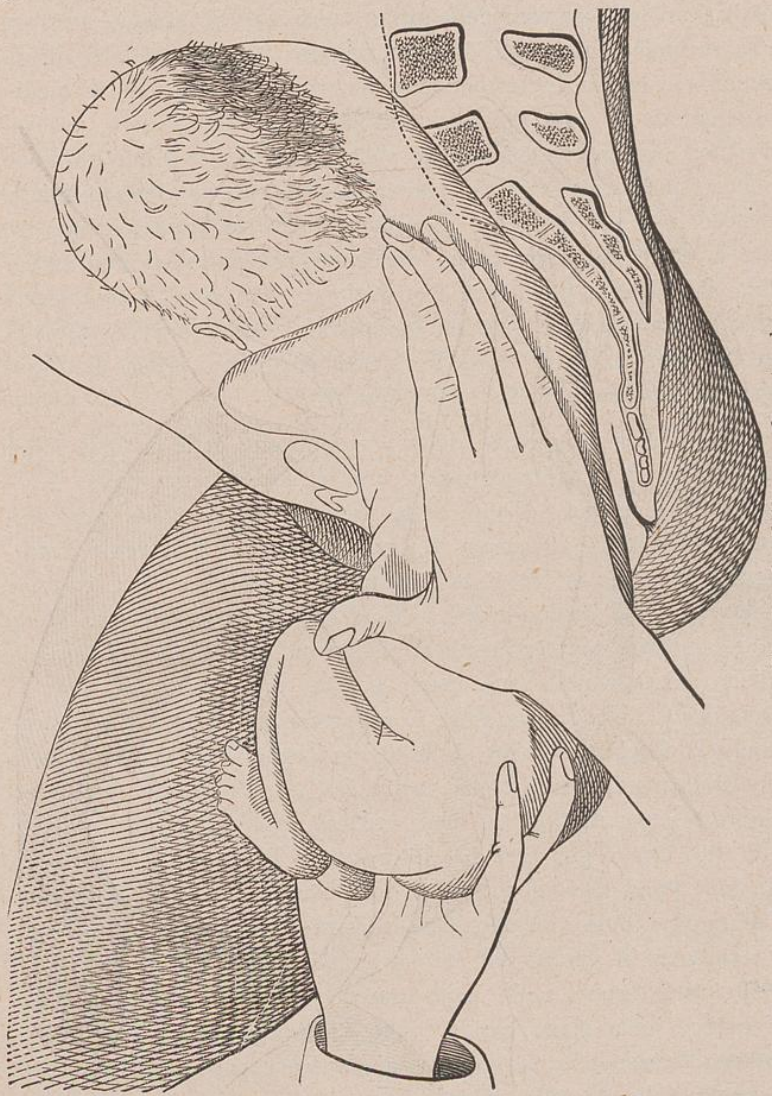


Fig. 73. 1/3 della grand. naturale.

la levatrice porterà le due dita fra la testa ed il braccio *sulla spalla* del feto, che poi abbasserà con trazioni bene adattate. Mentre il

resto del tronco resta immobile, il braccio segue la spalla e discende più in basso nel bacino. Quando la spalla si trova ancora in alto nello stretto superiore, non ci basteranno talvolta

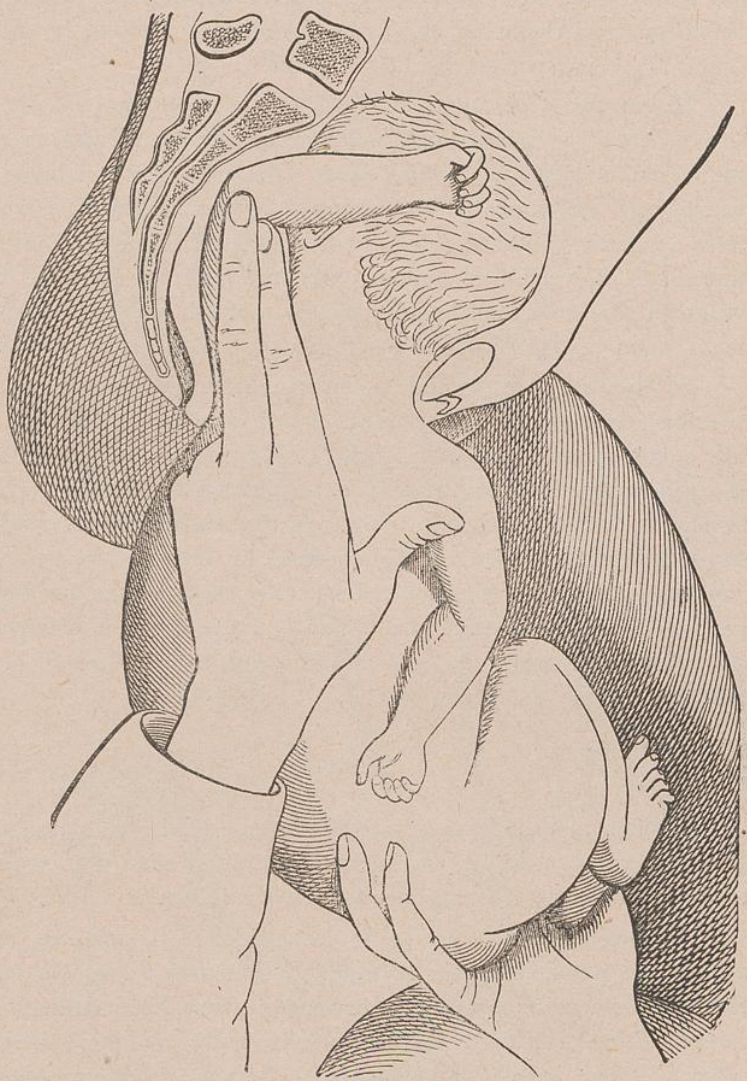


Fig. 74. 1/3 della grandezza naturale.

l'indice e il medio per abbassarla. Allora la levatrice introdurrà la mezza mano, le dita ben ravvicinate, fra il dorso del feto e la

parete del bacino nella vagina, vedi figura 73. Raggiungendo ora comodamente il gomito, lo afferrerà coll' indice e col medio e lo disimpegnerà nel modo già descritto più sopra e rappresentato nella figura 74 in riguardo al secondo braccio, che è più facile disimpegnare. Altrimenti abbasserà anche adesso prima la spalla, figura 73, e poi porterà le dita al gomito.

Disimpegnato in questo modo il braccio posteriore, nel nostro caso il destro, la testa discende solitamente assieme all' altro braccio un po' più in basso e fa nello stesso tempo un movimento di rotazione, per cui la spalla, che prima si trovava in avanti, si volge verso la parte posteriore del bacino. Facendo poi trazioni sul braccio disimpegnato che ora si porta in avanti, la levatrice farà escire dal bacino e dalle parti genitali anche la spalla corrispondente, onde guadagnar spazio per il disimpegno del secondo braccio.

Se la testa non compie spontaneamente quel movimento di rotazione, la levatrice comprenderà fra le due mani il tronco del feto contiguamente alle parti genitali della madre, in modo che i *due pollici poggino sulle scapule,* e respingendolo in alto verso il bacino, lo volgerà in modo che la spalla *sinistra* si avvicini al sacro della madre. Quindi disimpegnerà il braccio *sinistro* colle due dita della mano *sinistra* nello stesso modo come ha disimpegnato il braccio destro. La figura 74 rappresenta il disimpegno del secondo braccio, cioè del braccio sinistro che ora si trova nell' escavazione del sacro.

§ 366.

Disimpegnate le braccia, talvolta espelle già la prossima doglia la testa; altre volte, persino quando le braccia sono nate senza il soccorso dell' arte, l' espulsione della testa ritarda.

Appena espulse le spalle, la levatrice farà il riscontro, onde vedere che posizione abbia la testa. Solitamente troverà la faccia rivolta intieramente o quasi intieramente verso l' escavazione del sacro. Talvolta la testa ha una posizione più obliqua, rarissime volte si trova ancora al disopra del bacino, rarissime volte la faccia guarda il ventre della madre. La levatrice procede al disimpegno della testa.

Onde **disimpegnare la testa nel parto per l'ovoide pelvico,** la levatrice porterà cautamente l'indice e il medio o le quattro dita di quella mano, la cui palma guarda la faccia del feto, ai lati del

Fig. 75. 1/3 della grandezza naturale.

naso. Il pollice cinge una spalla col braccio corrispondente, il mignolo e l'anulare cingono l'altra spalla, quando ne è superflua

l'introduzione nella vagina. Il tronco del feto poggia a cavallo sull' avambraccio della mano introdotta. La levatrice porta poi l'indice e il medio dell' altra mano sotto l'arcata del pube verso l'occipite del feto. Figura 75.

Nel § 352 la levatrice ha sentito, che nelle presentazioni pelviche la testa può abbandonare il bacino materno in quattro modi. Quando la testa non vien disimpegnata dalle forze della donna, la levatrice non osa farla escire se non nel modo descritto ad 1) nel paragrafo indicato. Se dunque la testa non avesse già rivolto spontaneamente la faccia verso l'escavazione del sacro, la levatrice non cercherà di disimpegnarla prima di averla ridotta in questa posizione. Ciò le riesce per lo più senza fatica facendola rotare colle sue dita disposte nel modo or ora descritto; facendo *anticipatamente* trazioni sulla testa, non le riuscirebbe poi più di farla rotare. La levatrice conosce i motivi, per cui la testa discende meglio nel diametro obliquo o trasverso. e si disimpegna meglio nel diametro retto del bacino; comprenderà quindi, che la testa si dovrebbe confermare ancor maggiormente nel bacino, qualora vi facessimo delle trazioni prima che abbia compita la rotazione verso il diametro retto.

Appena che la testa occupa spontaneamente o coll' ajuto della levatrice la posizione rappresentata nella figura 75, la levatrice, afferratola colle sue mani nel modo già indicato, spingerà l'occipite un po' in alto colle dita che poggiano sull' occipite, e colle dita dell' altra mano che poggiano sulla faccia tirerà contemporaneamente la testa in basso, facendola scivolare sulla doccia perineale all' infuori.

Alla levatrice non è *mai* permesso d'introdurre le dita nella bocca *del feto vivo* onde disimgegnare la testa. Troppo facilmente rischierebbe di slogare o rompere la mascella inferiore.

Quando le dita applicate nel modo descritto non spiegano una forza sufficiente per disimpegnare la testa, la levatrice farà scivolare le due dita che poggiano sull' occipite, l'uno a destra, l'altro a sinistra della nuca sulle spalle, e mantenendo le due o quattro dita dell' altra mano sulla faccia, disimpegnerà la testa per lo più senza difficoltà. Quest' ultimo modo di disimpegno della testa può essere molto utile massimamente anche quando la testa

si trova ancora discretamente alta nel bacino. In questo caso le trazioni saranno dapprincipio dirette più in giù verso il perineo.

In generale la levatrice guiderà la testa precisamente nella direzione dell' asse del bacino, perchè così estrarrà la testa con meno sforzo ed eviterà le contusioni e lacerazioni delle parti materne.

L' estrazione della testa nel parto per l' ovoide pelvico minaccia sempre il perineo in alto grado. Il pericolo, in cui si trova il feto, non permette di ritardare per lungo tempo il disimpegno della testa. Ciò non ostante la levatrice agisca senza soverchia fretta, calcoli esattamente quanta forza debba impiegare, e quando la testa segue facilmente le trazioni, ne diminuisca subito la forza. Facendo scivolare la testa sul perineo, abbia cura, che la fossa della nuca non abbandoni il margine inferiore dell' arcata del pube prima che la fronte non sia escita dalle parti genitali.

§ 367.

Alla levatrice è severamente proibito di far qualunque altra trazione sul tronco del feto onde disimpegnare le spalle o la testa, perchè ne peggiorerebbe solamente la posizione nel bacino. Quando la levatrice non può terminare il parto nel modo poc' anzi indicato, dovrà rassegnarsi ad aspettare l' arrivo del medico ed a pensare frattanto solamente per la *madre. In questo caso il feto muore.* S' intende da sè che anche lo stato, in cui si trova la madre mezzo sgravata, è pericoloso. *Tanto più dobbiamo insistere, che la levatrice, come lo abbiamo già prescritto nel § 358, faccia chiamare il medico da bel principio in tutti i parti per le natiche o pei piedi.*

Capitolo quarto.

Il parto nella presentazione anormale del feto.

2. Presentazioni oblique e trasverse.

§ 368.

L'esplorazione esterna ci permette di far *già nella gravidanza la* **diagnosi della presentazione trasversa**, massimamente quando le pareti del ventre sono discretamente sottili e floscie e quando la quantità del liquido dell'amnio non è eccessivamente grande. L'utero non ha la sua forma normale ovale, ma è disteso più fortemente nel senso trasversale, il suo fondo non oltrepassa che di poco la cicatrice ombellicale, cosicchè manca l'inarcamento del ventre che è proprio alle presentazioni rette. La palpazione scopre due tumori, uno a destra, l'altro a sinistra nel ventre della madre, uno più in alto da una parte e uno più in basso dall'altra; uno è più duro e resistente e corrisponde alla testa, l'altro è più molle e corrisponde alle natiche. Solitamente la donna non avverte in un punto preciso i moti attivi del feto, ma bensì confusamente presto in una e presto nell'altra parte. Col riscontro non avvertiano nessun tumore nella volta vaginale che ci possa imporre per la testa o per le natiche; quì noi o non avvertiamo *nulla* o solamente *parti piccole*. Anche il segmento inferiore dell'utero non discende così in basso nel bacino come nelle presentazioni normali. Confronta in merito le figure 58 e 59. Il risultato dell'esplorazione non si cambia neppure nel *periodo di dilatazione*. La dilatazione si fa per il solito molto lentamente, l'orifizio dell'utero si trova in alto ed ha dispesso una configurazione trasversa, il sacco non vi s'intromette che imperfettamente.

§ 369.

Da sè soli i segni *interni* della presentazione trasversa non hanno gran valore, perchè non sono proprii a questa sola presen-

tazione. Trattandosi della diagnosi di una presentazione trasversa prima del parto o nel periodo di dilatazione, la levatrice dovrà quindi fidarsi in prima linea dell' *esplorazione esterna*. D' altronde è di grand' importanza di riconoscere la presentazione trasversa a tempo, perchè ne può dipendere la vita della madre e del feto. Perciò è **assolutamente necessario, che la levatrice sappia fare l'esplorazione esterna con arte e giudizio.**

§ 370.

Aperto il sacco amniotico e scolato il liquido dell' amnio, l'utero addossa le sue pareti sul corpo del feto. La presentazione obliqua o trasversa si converte ora quasi sempre in una **presentazione della spalla,** vale a dire una *spalla* si presenta nello stretto superiore del bacino. Il braccio corrispondente può rimanere ancora nell' utero, presto o tardi però esce dall' orifizio dell' utero e discende poi per lo più così in basso, che la mano è procidente dalla vulva.

§ 371.

Dopo lo scolo del liquido dell' amnio la diagnosi della presentazione trasversa per mezzo dell' esplorazione *esterna* diventa ancor più facile; anche col *riscontro* la levatrice riconosce ora per lo più con certezza la parte antestante. La spalla forma un tumore rotondeggiante, non troppo largo, avente da un lato una superficie liscia che è l'omero e dall' altro lato una superficie con rilievi che sono la clavicola e la scapola colla sua spina. Sotto la clavicola e più distintamente ancora sotto l'ascella si sentono le coste. Per mezzo di questi segni possiamo distinguere la spalla dalle natiche. Non esplorando che superficialmente possiamo tuttavia confondere l'una colle altre. Riscontrando il braccio e la mano nell' orifizio dell' utero o nella vagina, ci guarderemo di non prenderli per un piede. La levatrice può preservarsi da errori solamente quando si sarà esercitata nella palpazione di queste parti.

Rarissime volte, ed anche allora solamente quando il feto è morto, si presenta il *dorso* o il *ventre* nell' orifizio dell' utero. Le vertebre distinguono il dorso, la cicatrice ombellicale il ventre.

§ 372.

Nella presentazione trasversa talvolta non discende neppure dopo l'apertura del sacco amniotico *nessuna parte* nell' orifizio dell' utero. Allora la levatrice deve sapere, **che, se dopo le scolo delle acque non si presenta nessuna parte, deve sempre presumere una presentazione obliqua o trasversa e regolarsi tenor questa nel suo agire** (§ 374).

§ 373.

Abbandonata a sè la presentazione obliqua o trasversa può dare i tre seguenti **risultati**:

1) Le contrazioni dell' utero ponno raddrizzare il feto, in modo che alla presentazione della spalla si sostituisca o la presentazione del vertice o la presentazione delle natiche; ciò dicesi **versione spontanea.** Questo esito è il più favorevole, ma è **raro** e la levatrice non può **mai** *far conto che possa aver luogo.*

2) Scolate le acque amniotiche e dopo che la spalla sarà spinta in basso più che sia possibile, le contrazioni dell' utero agiranno sul tronco del feto e spingeranno il torace, il ventre e le natiche colle gambe fuori del bacino; e quì il parto si terminerà come quando si fa per le natiche; ciò dicesi **evoluzione spontanea.** L' evoluzione spontanea del feto è ancor più rara della versione, può aver luogo solamente quando il feto è molto piccolo o morto, ed arreca alla madre indicibili pene e gran pericolo. Anche questo caso è tanto eccezionale che non ci si può **mai** fondare nessuna speranza.

3) Nella maggior parte dei casi il feto abbandonato a sè nella presentazione trasversa **non potrà nascere** e morirà nel ventre della madre. L' infiammazione o la rottura dell' utero, o la prostrazione di forze **uccideranno** poi anche la madre **prima che abbia partorito.**

§ 374.

Perciò è necessario di *sostituire* alla presentazione trasversa un' altra presentazione migliore. Questo intento si ottiene o con maneggi *esterni* (versione) esercitati sulle pareti del ventre della donna collocata in posizione convenevole, o con maneggi *interni*

(rivolgimento). La versione con maneggi esterni non è possibile se non finchè l'uovo è ancora illeso. Scolate le acque non siamo più in tempo di farla. Si rende allora indispensabile il rivolgimento, un' operazione che può eseguire solamente l' ostetrico.

Trovando ancor prima che sieno scolate le acque una presentazione trasversa del feto, la levatrice, collocata la donna in posizione supina, esaminerà nell' intervallo fra un dolore e l'altro, se il feto è ancor mobile o no. Quando si accorge che il feto è abbastanza mobile, proverà di far discendere la testa nello stretto superiore, applicando una mano col suo margine esterno al disopra della testa, l'altra al disotto delle natiche e facendo poi pressioni sempre più vigorose contro le pareti del ventre. Quando le parti fetali cominciano a cedere, le mani le seguiranno con movimenti di rotazione, finchè le natiche si saranno sollevate nel fondo dell'utero e la testa si sarà impegnata nell' escavazione.

Riescita così la **versione,** la levatrice collocherà la donna sul fianco, nel quale giaceva prima la testa, vale a dire nella prima posizione della presentazione trasversa sul fianco sinistro e nella seconda posizione sul fianco destro. Durante i dolori controllerà poi colla mano la posizione del feto, e se la testa deviasse dinuovo dallo stretto superiore ve la farà ritornare nell' intervallo fra un dolore e l'altro nel modo già descritto. Appena che l' orifizio dell'utero si è dilatato intieramente od almeno quasi intieramente, la levatrice, *dopo essersi indubitabilmente persuasa, che la testa sia discesa perfettamente nello stretto superiore*, **romperà il sacco amniotico.** Quindi il parto si compirà come nella presentazione normale del vertice.

Quando il feto non è già da bel principio abbastanza mobile per tentare la versione con alcuna vista di successo, o quando la testa dopo fatta la versione devia durante ogni dolore dallo stretto superiore, o quando le acque sono già scolate, **la levatrice insisterà che venga chiamato senz' indugio l' ostetrico.** *Questi non può arrivare a tempo più propizio di quello, in cui l' orifizio è dilatato e la* **borsa delle acque non è ancora rotta.**

§ 375.

Nella presentazione trasversa lo scolo delle acque rende più difficile il rivolgimento del feto ed arreca al feto ed alla madre

maggiori pericoli, massimamente quando avviene prima che l'orifizio dell'utero sia intieramente dilatato. La levatrice farà quindi tutto il suo possibile per impedirlo finchè non sia arrivato il medico. Durante l'intiero periodo di dilatazione la partoriente giacerà quieta sul dorso o sul fianco, nel quale *non* si trova il fondo dell'utero; la pressione addominale, che del resto è inutile in questo periodo, sotto date circostanze è assolutamente nociva.

La levatrice farà il riscontro colla massima precauzione e non lo ripeterà più del bisogno. *Appena avrà riconosciuto la presentazione trasversa* e si sarà persuasa dell'impossibilità della versione con maneggi esterni, **non importa più nulla** che sappia, qual parte fetale sia discesa nella borsa delle acque. Facendo frequenti riscontri potrebbe occasionare la rottura prematura del sacco amniotico a danno dell'ulteriore andamento del parto.

Anche *dopo lo scolo* delle acque la levatrice deve aver cura che la partoriente se ne stia quieta nel letto e che si astenga quanto possibile dallo spingere e premere durante le doglie. Qualunque tentativo per correggere ancora adesso la presentazione del feto sarebbe biasimevole. Dopo lo scolo delle acque la versione non è più fattibile, ed i maneggi esterni della levatrice non avrebbero altro effetto se non quello di promuovere più energiche contrazioni dell'utero, le quali renderebbero più difficile il rivolgimento e più grave il pericolo per madre e feto.

Capitolo quinto.

Del parto nella gravidanza composta.

§ 376.

Nel parto di più feti la levatrice deve anzi tutto ricordarsi, che il *periodo di dilatazione ed il secondamento sono semplici* e hec solamente il *periodo di espulsione* è multiplice.

§ 377.

Il **periodo di dilatazione** è dispesso *più lento* nel parto di più feti che nel parto semplice, perchè l'effetto delle doglie è meno efficace causa la gran distensione che subisce l'utero. Anche le *irregolarità dei dolori* sono più frequenti nel parto di più feti, e ne aumentano la lentezza.

In questo periodo la levatrice deve del resto **contenersi precisamente come nel parto semplice**, anche quando sa, che si tratta di una gravidanza multipla.

§ 378.

Anche l'**espulsione del primo feto** è dispesso **più lenta** nel parto di più feti che nel parto semplice. I gemelli sono bensì in generale *più piccoli* che i feti semplici ed incontrano quindi *minori ostacoli* nello stesso bacino, ma le *contrazioni* agiscono solamente *per metà* su un feto, finchè c' è ancora l'altro nell' utero.

Nella maggior parte dei casi si presentano ambedue i feti col vertice. Poco più di rado un feto si presenta col vertice e l'altro colle natiche o coi piedi. Di rado si presentano tutti e due i feti coll' ovoide pelvico. Il secondo gemello si colloca più dispesso trasversalmente che non il feto semplice.

Anche nel periodo di espulsione la levatrice **si terrà precisamente alle stesse regole come nel parto semplice.**

§ 379.

Accade talvolta che dopo l'apertura d'uno o d'ambedue i sacchi **discendano parti d'ambedue i feti**, figura 76. In tal caso le une ponno fare ostacolo alle altre. Avvertendo una tale presentazione la levatrice domanderà subito l'intervento dell' ostetrico, anche se la presentazione stessa dei due feti *non* lo richiedesse.

§ 380.

Procedendo alla **sezione del cordone ombellicale** la levatrice, persuasa della presenza di un secondo feto nell' utero, legherà il cordone del **primo nato** in *due* punti e lo taglierà poi **fra** le due legature. Trascurando di legare anche il tronco che pende in vagina, il secondo feto potrebbe perdere tutto il sangue dal cordone

del primo. *Le secondine del primo nato restano nell' utero sino dopo il parto del secondo feto.*

La levatrice comunicherà alla partoriente con tutta delicatezza la presenza di un secondo feto.

Fig. 76. 1/5 della grandezza naturale.

§ 381.

Soprastando ora un **secondo periodo d' espulsione**, la levatrice farà nuovamente un' **esatta esplorazione interna ed esterna** onde vedere **come si presenta il secondo feto.** Solitamente riscontrerà nell' orifizio dell' utero un secondo sacco amniotico e solamente al disopra dello stesso il feto.

Quando il feto presenta la testa e quando anche la partoriente si sente bene, la levatrice aspetterà pacificamente l' ulteriore andamento del parto. Dispesso passano senza danno ore e persino giorni finchè subentrano nuovamente buone doglie a compire il parto. Il secondo feto vien solitamente espulso più presto del primo, perchè l' utero concentra l' intiera sua forza sullo stesso e perchè il primo feto ha già superato la resistenza delle parti molli.

Anche quì la levatrice **si dovrà regolare come nel parto ordinario.**

Trovando il secondo feto in una presentazione anormale, o **non potendone riconoscere la presentazione,** od accorgendosi d' un

qualche disturbo nello stato di salute della partoriente, la levatrice *manderà subito a chiamare il medico* e frattanto si regolerà come le abbiamo insegnato e come lo insegneremo ancora per il parto *ordinario* anormale.

§ 382.

Il **secondamento** non varia da quello nel parto semplice e va trattato egualmente. Le due placente sono solitamente congiunte fra loro. La placenta del *primo* feto (vale a dire quella del funicolo legato) discende solitamente per la prima nella vagina, la levatrice deve però differirne l'estrazione finchè non riscontri anche il punto d'inserzione del *secondo* funicolo.

§ 383.

La levatrice sorveglierà la *contrazione* dell'utero colla stessa attenzione come dopo il parto semplice. Anzi non dimentichi che dopo il parto di più feti la contrazione dell'utero va soggetta più dispesso a disturbi e che quindi anche le **emorragie nel periodo delle secondine e nel puerperio** sono *più frequenti*.

§ 384.

Avvertendo **ancora un terzo feto** nell'utero dopo il parto del secondo e così via, la levatrice dovrà regolarsi *precisamente* come lo abbiamo insegnato per il secondo.

§ 385.

La levatrice deve badare che sappia distinguere qual feto sia nato il primo e quale il secondo. Nel caso che il primogenito avesse diritti speciali, si pretenderà con ragione dalla levatrice, che sappia dare in merito un ragguaglio positivo.

Capitolo sesto.

Complicanze del parto dipendenti d'un volume e d'una forma anormale del feto.

§ 386.

Il semplice **eccesso di volume della testa** senza altre deformità non è facile *riconoscere nel tempo della gravidanza* e *durante il parto*. L'esplorazione esterna ci fa riconoscere se il feto è in generale grande; feti grandi hanno teste grandi. Nel tempo del parto possiamo farci un' *idea* del volume della testa misurando col riscontro la distanza dalla piccola fontanella alla grande. La testa troppo voluminosa agisce sull' andamento del parto come un bacino troppo stretto. In tutti e due i casi la levatrice si regolerà come diremo nel capitolo prossimo.

§ 387.

Anche un' **eccessiva solidezza della testa senza aumento di volume** può rendere il parto molto difficile. Si riconosce valutando l'insolita piccolezza delle fontanelle ed osservando che i singoli ossi della testa non si sovrappongono l'uno all'altro nelle suture, quantunque le doglie sieno forti ed il parto proceda lentamente. Le suture sono troppo strette e talvolta si sono persino **ossificate.** Anche in questo caso la levatrice si terrà alle regole, che daremo nel prossimo capitolo.

§ 388.

Una qualità tutt' affatto contraria hanno le ossa del cranio nell' **idrocefalo.** I singoli ossi del cranio sono assai disgiunti fra loro e le fontanelle sono amplissime, cosicchè impongono quasi come il sacco amniotico. Talvolta l'idrocefalo si *rompe*, la testa si riduce e vien spinta all'infuori. Quando il feto è morto, l'idrocefalo è dispesso *floscio* anche senza essersi rotto, ed allora non impedisce

il parto ad onta della sua grandezza. Solitamente però la testa rimane in alto, perchè causa il suo volume non può discendere nel bacino.

Diagnosticato l'idrocefalo, la levatrice proibirà la pressione addominale e manderà a chiamare l'ostetrico. Dopo essersi contratto lungamente e senza effetto *l'utero può rompersi.*

Feti affetti d'idrocefalo si presentano più dispesso dei sani colle natiche o coi piedi. Allora la testa non si può disimpegnare e deve venir estratta dall' ostetrico, il quale sarà già stato chiamato dalla levatrice causa il parto per la pelvi.

§ 389.

Nata la testa, il parto può ritardarsi causa un' **eccessiva larghezza delle spalle.** Quando le spalle non escono ben presto dopo la testa, la levatrice, dopo essersi persuasa che il funicolo non sia attortigliato attorno al collo del feto e dopo averlo in caso allentato ben bene, *fregherà gagliardamente il fondo dell' utero* colla sua mano onde promuovere una doglia efficace.

Se la doglia promossa non è sufficiente, o se il feto contorce la faccia o fa movimenti di respirazione o diventa livido, ciò che avviene solitamente dopo un ritardo un po' più lungo o anche solamente se trascorrono diversi minuti senza che escano le spalle, la levatrice non deve più indugiare a metter mano all' opera onde accelerare il parto. Il motivo più frequente del ritardo del parto dopo il disimpegno della testa è che la spalla antestante non è ancora discesa nel bacino. Per ottenere che discenda, la levatrice prenderà la testa fra le palme delle sue mani nel modo rappresentato nella fig. 77, *e la dirigerà verso il dorso della madre*, vale a dire, quando la madre giace supina, semplicemente in giù verso il letto, *senza fare nè trazioni nè movimenti di rotazione sulla stessa.* Mediante questo movimento la spalla, che si trovava al disopra della sinfisi del pube, discende nel bacino, ed allora una doglia sufficientemente energica non tarda solitamente a finire il parto. Ritardandosi però ancora adesso il disimpegno delle spalle, la levatrice introdurrà l'indice nell' ascella che si trova più vicina al perineo ed estrarrà così il feto. La levatrice può introdurre l'indice costeggiando a suo piacimento il dorso o il petto del feto.

Se le spalle si trovassero ancora nel diametro obliquo o trasverso del bacino, le trazioni sull' ascella si faranno in modo, che le spalle discendendo si possano volgere nel diametro retto dell' apertura d' escita del bacino. S' intende da sè, che le trazioni si faranno *nella direzione dell' asse del bacino,* e che si cercherà di evitare la

Fig. 77. 1/3 della grand. naturale.

rottura del perineo, rialzando leggermente le spalle verso l'arcata del pube. Finalmente ripetiamo, **che è assolutamente proibito di fare movimenti di rotazione o trazioni sulla testa.**

§ 390.

Le altre parti del feto non ponno far ostacolo al parto, se non quando il loro volume è aumentato causa la presenza di un qualche **tumore** o d'un altra **deformità**, o quando si tratta di **mostri aderenti.** Appena che la levatrice avverte un ostacolo al parto (solitamente non potrà riconoscerne la causa) domanderà l'intervento del medico, e frattanto si asterrà di far trazioni sulle parti già disimpegnate e proibirà la pressione addominale.

Capitolo settimo.

Complicanze del parto dipendenti dai vizi e dalle deformità del bacino della madre.

§ 391.

Non *tutte* le irregolarità nella struttura del *bacino* richiedono con necessità un altro *meccanismo del parto.* Una testa piccola e molle può traversare un bacino alquanto ristretto senza incontrare verun ostacolo. Forti dolori ponno disimpegnare una testa ben sviluppata anche quando il bacino è ristretto. Le complicanze del parto, che risultano da una irregolarità nella struttura del bacino, dipendono quindi *in parte* da certe circostanze, che noi non possiamo prevedere, perchè, anche quando conosciamo esattamente il bacino, non possiamo sapere con certezza, quanto grande sia la testa e quanto efficaci saranno i dolori. Noi conosciamo però certi vizi del bacino, dei quali possiamo sapere esattamente già prima del parto, che ne *disturberanno* il meccanismo, e ne conosciamo altri, dei quali possiamo sapere con certezza, che renderanno *impossibile* il parto d'un feto maturo per le forze materne.

§ 392.

I vizi del bacino dipendono **da variazioni di forma congenite** e le deformità dipendono in parte **da malattie**, in parte **da lesioni** ed in parte persino **da un' educazione e da abitudini perverse** (certe anomalie nell' inclinazione del bacino). Ora parleremo delle singole **specie di vizi e deformità del bacino** e della loro influenza sull' andamento del parto.

§ 393.

1) **Il bacino egualmente e uniformemente ingrandito.** Quando il volume della testa è normale favorisce il parto precipitoso. Dilatato l' orifizio dell' utero e rotta la borsa delle acque, pochi dolori espulsivi disimpegnano il feto. *In quest' occasione il perineo si lacera facilmente*, perchè le parti molli non sono ancora preparate.

Quando il feto vien espulso rapidamente, si ritarda facilmente l' espulsione delle secondine, e terminato il parto, manca dispesso la forza all' utero di rimaner contratto. *Perciò noi avremo facilmente emorragie ed altre malattie nel puerperio.*

Dei pericoli, ai quali è esposto il *feto* nel parto precipitoso, parleremo nel § 419.

§ 394.

2) **Il bacino egualmente e uniformemente ristretto** aumenta gli ostacoli, che deve superare la testa onde discendere e traversare il bacino. Questi ostacoli aumentano solitamente alquanto la forza dei dolori nel principio del periodo d' espulsione. La testa vien spinta con gran forza nel bacino, in conseguenza l' occipite si abbassa più presto, cosicchè la piccola fontanella si avvicina all' asse del bacino già nello stretto superiore. Le ossa del cranio si sovrappongono fortemente le une alle altre, la pelle della testa fa larghe pieghe, nelle quali poi causa la continua pressione si forma un *tumore sanguigno ben grande*. Quando l' ostacolo non è troppo grande per la forza delle contrazioni, presto o tardi verrà superato, la testa discenderà più in basso ed il parto si terminerà ancora senza danno per madre e feto. Ma quando l' ostacolo è troppo

grande per le doglie e quando la testa resta impegnata ore intiere senza discendere, *allora muore il feto.* Facendosi sempre più violenti le contrazioni, le parti molli del bacino s'infiammano causa la contusione che subiscono; la vagina diventa molto calda e asciutta, si rigonfia e toccandola fa molto male. Quando l'orifizio dell'utero non si è ancora dilatato intieramente, il suo margine vien compresso fra la testa ed il bacino, ed infiammandosi si rigonfia e può venir *distaccato* quando finalmente la testa si avanza. Quantunque la donna possa partorire senza lasciarvi la vita, dispesso ne porterà via tristi e mal curabili lesioni, come *la fistola vescico-vaginale*, e più tardi andrà soggetta ancora ad altre gravi malattie. Le fistole vescico-vaginali sono fori nella parete che separa la vagina dalla vescica, dai quali scola continuamente l'orina. In altri casi il corpo dell'utero si rompe causa i suoi sforzi enormi, oppure i dolori cominciano a cedere e cessano poi finalmente del tutto. Senza il soccorso dell'arte la *donna muore senza aver partorito.*

§ 395.

3) **Il bacino troppo basso.** Il canale del bacino è troppo corto e anche *l'asse è solitamente troppo poco curva.* Il parto avviene come quando il bacino è troppo ampio. *Il pericolo per il perineo* è ancor maggiore.

§ 396.

4) **Il bacino troppo alto.** L'altezza eccessiva si riferisce massimamente alla parete anteriore. Il canale del bacino è troppo lungo. Il parto avviene *come quando il bacino è uniformemente ristretto.* Quando la superficie anteriore del sacro è contemporaneamente molto concava e *l'asse del bacino quindi troppo curva, gli ostacoli al parto saranno ancor maggiori.*

§ 397.

Mentre queste quattro specie di vizi del bacino presentano una certa **uniformità nei rapporti vicendevoli dei diametri,** un gran numero di altri bacini anormali, cioè **i bacini disegualmente ristretti,** variano solamente in **certe parti.** Non è escluso che

certi diametri sieno *più grandi* del normale. Ciò non è indifferente per l'andamento del parto, ma di più importanza si è sempre se il bacino è *in un modo o nell' altro ristretto.*

§ 398.

5) **Il bacino imbutiforme.** Lo stretto superiore è normale o supera l'ordinario; lo stretto inferiore invece ha dimensioni più piccole che nel bacino normale. Nel parto la testa discende dapprincipio facilmente e il parto *sembra* terminarsi ben presto. Ma giunta allo stretto inferiore, la testa si arresta, non può più avanzarsi, *solitamente non può neppure fare il movimento normale di rotazione,* ed allora possiamo persino avere quei tristi accidenti descritti nel § 394.

§ 399.

6) **Il bacino piatto.** Essendo diminuito massimamente il diametro **retto,** il bacino è appianato nella direzione dall' indietro al davanti. Trovasi anche in donne del resto ben formate; in questo caso osserviamo dispesso un aumento dei diametri trasversi tanto maggiore quanto più è diminuito il diametro retto. Molto

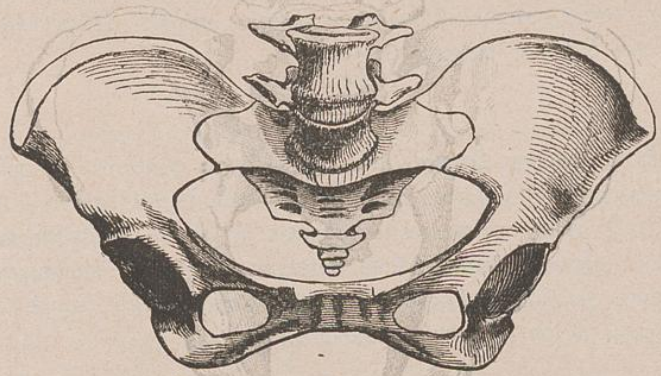


Fig. 78. 1/3 della grandezza naturale.

frequente è il bacino piatto nelle donne che hanno avuto la *rachitide* nella loro prima infanzia; ma quì il bacino è dispesso ristretto contemporaneamente in tutte le direzioni; la figura 78 rappresenta un tal bacino. Quando il diametro retto non è diminuito forte-

mente e quando il bacino è del resto bastantemente ampio, l'ostacolo vien superato, se le doglie sono vigorose. In questo caso la testa si presenta trasversalmente nel bacino, il parietale antestante discende ancor più in basso che nel parto normale, la sutura sagittale si avvicina al promontorio, ed il parietale che si trova verso il promontorio vien spinto in buona parte sotto l'antestante. Così il parto potrà terminarsi felicemente. Ma quando il bacino piatto è ristretto generalmente, il parto sarà molto difficile od anche impossibile.

§ 400.

7) **Il bacino quadrato**, fig. 79. Si distingue massimamente causa la diminuzione del diametro **trasverso**. Questo vizio dipende da una variazione di forma congenita o da malattia delle sinfisi sacro-iliache. Anche l'osteomalacia, una malattia che sopraggiunge nell'età adulta, può produrre una deformità del bacino simile a questo vizio. Anche il bacino delle donne gibbose e gobbe è dispesso ristretto trasversalmente.

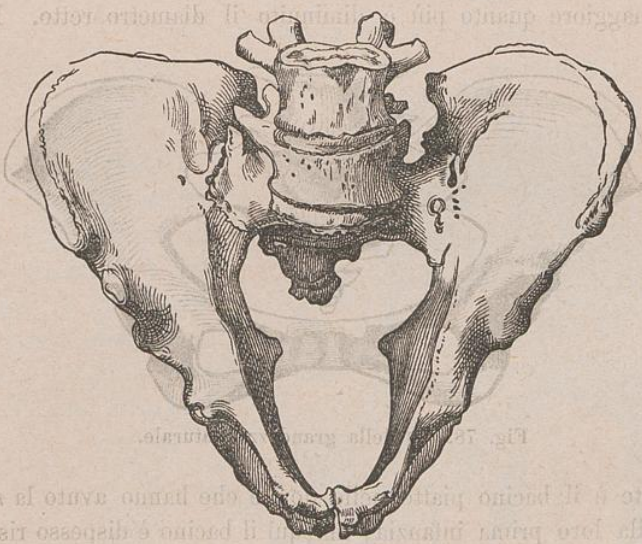


Fig. 79. 1/3 della grand. naturale.

§ 401.

8) **Il bacino obliquo**, fig. 80, si forma massimamente mediante la diminuzione di un diametro obliquo. Anche questo vizio dipende da una variazione di forma congenita; deformità consimili si devono anche a certe malattie.

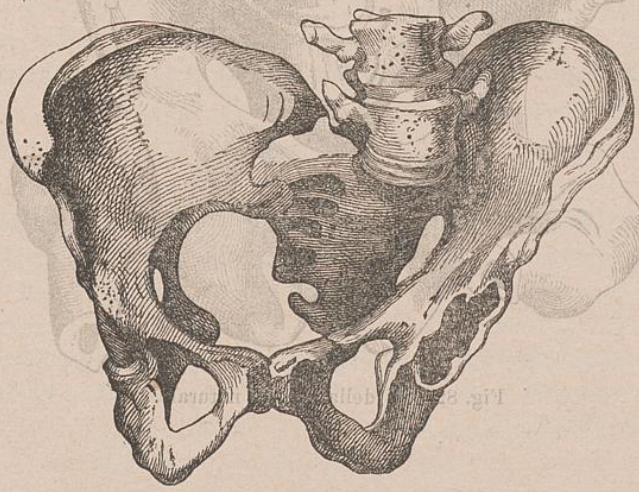


Fig. 80. 1/3 della grand. naturale.

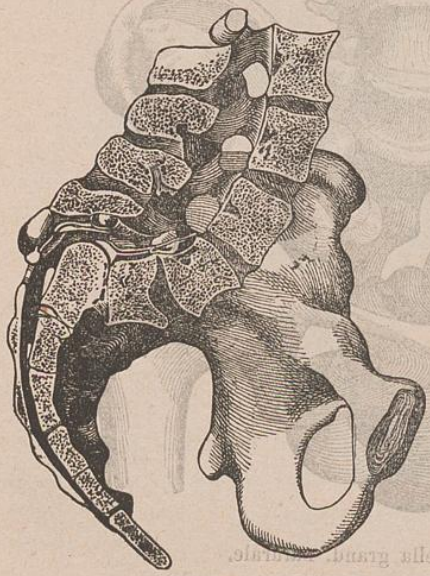


Fig. 81. 1/3 della grand. naturale.

§ 402.

9) **Molteplici** sono le **deformità** del bacino che dipendono da **fratture o lussazioni** delle ossa, figura 81, oppure d'alti gradi **d'osteomalacia**, figura 82, o da **tumori** delle ossa, fig. 83.

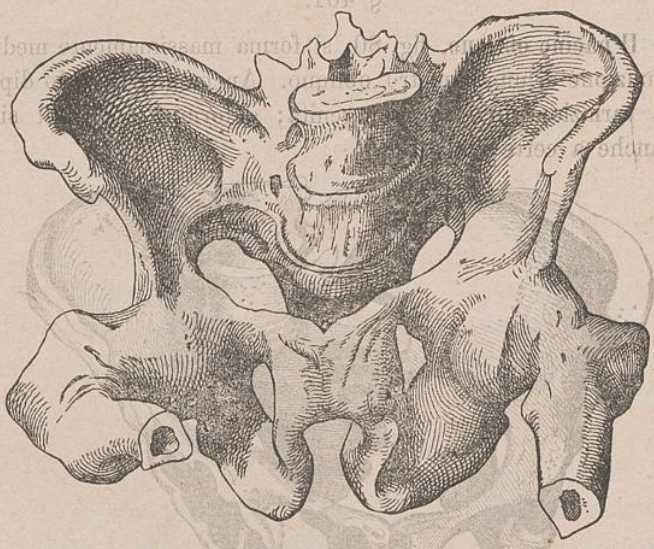


Fig. 82. 1/3 della grand. naturale.

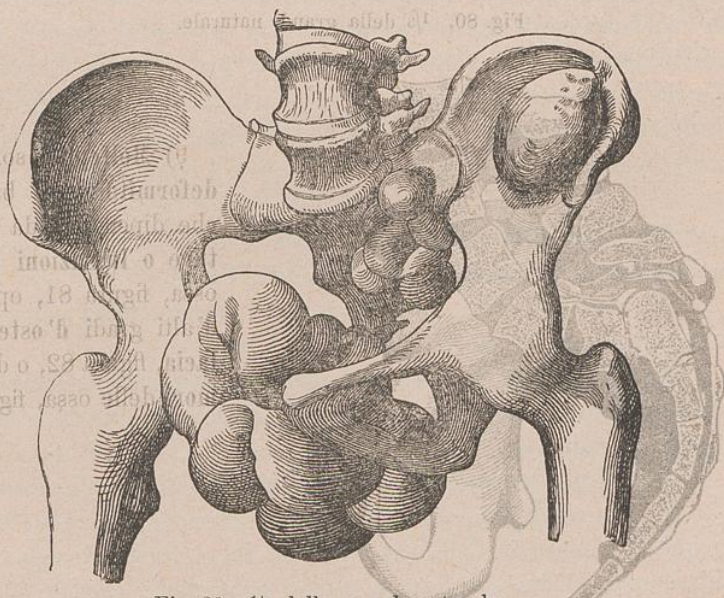


Fig. 83. 1/3 della grand. naturale.

§ 403.

Tutti questi vizi e deformità del bacino portano, presto nello stretto superiore, presto nell' apertura d' escita, ostacoli alla discesa della testa del feto e rendono il parto o molto difficile od affatto impossibile nel modo descritto nel § 394. Nel bacino osteomalacico (figura 82) le ossa sono talvolta ancora pieghevoli, talvolta anche molto fragili.

Il bacino rachitico, ristretto massimamente nel diametro *retto* dello stretto superiore (figura 78), è solitamente molto poco profondo, cosicchè la sua linea dirigente risulta molto distesa. Superato l' ostacolo nello stretto superiore, il parto si termina dispesso molto presto.

§ 404.

10) Tanto nel bacino *normale* quanto in quello *deformato* **l' inclinazione del bacino** può essere o **troppo grande** o **troppo piccola** (confr. fig. 12 e 13). Il danno principale che arrecano le inclinazioni viziose del bacino consiste in un' alterazione del rapporto fra la direzione dell' utero e quella dell' asse. Se l' inclinazione è troppo grande, sarà più difficile la discesa della testa nel bacino, se l' inclinazione è invece troppo piccola, la testa discenderà bensì più facilmente e più presto nel bacino, ma arrivata all' apertura d' escita incontrerà maggiori ostacoli al suo disimpegno e minaccierà maggiormente il perineo. Confronta in merito le figure 44, 49 e 50.

§ 405.

Ogni qualvolta una donna gravida le domanda il suo consiglio, la levatrice dovrà badare alla forma del bacino.

La levatrice dovrà sospettare, che il bacino abbia una forma svantaggiosa per il parto:

1) Quando una donna ben cresciuta e solitamente anche grande presenta uno slargamento rimarcabile della regione delle anche (bacino ingrandito).

2) Quando la donna è nana (bacino uniformemente ristretto).

3) Quando la regione delle anche è oltremodo ristretta, quantunque la donna sia del resto ben cresciuta (bacino troppo alto, più di rado bacino quadrato o bacino egualmente ristretto.

4) Quando la distanza dalla spina iliaca da un lato a quella dall' altro supera la distanza da una cresta dell' ileo all' altra (fig. 78, bacino piatto).

5) Quando la porzione lombare della colonna vertebrale è assai convessa in avanti, mentre le parti genitali guardano assolutamente indietro (bacino inclinato troppo fortemente).

6) Quando saprà che la donna ha imparato soltanto tardi a camminare, o che mentre già aveva preso a camminare, ha cessato; quando scoprirà delle deformità delle membra od un rigonfiamento insolito dei malleoli e delle giunture della mano. (I segni 4, 5 e 6 sono prodotti dalla rachitide, fig. 78 e 84.)

7) Quando le spine iliache guardano rimarcabilmente verso l'interno e la regione del pube si porta fortemente in avanti, mentre l'arcata del pube è ristretta e le parti genitali volgono assolutamente in avanti (inclinazione troppo piccola); quando la levatrice vien a sapere che la donna è stata affetta da malattia senza lesione esterna, la quale le rese doloroso oppure impossibile il camminare e lo stare in piedi; quando la donna, che prima era ben formata, è diventata gobba e stropiata dopo questa malattia. (Tutti questi segni si riferiscono all' osteomalacia, fig. 82.)

8) Quando una donna andava già da bambina zoppicone (zoppicamento volontario), o quando ha sofferto una curvatura della colonna vertebrale.

9) Quando una donna ha dovuto stare lungo tempo al letto in conseguenza di una caduta, di una percossa o di un urto, che colpirono la regione del bacino.

10) Quando la levatrice sa, che la donna ha avuto altre volte parti molto difficili (confronta § 183).

§ 406.

Con certezza la levatrice può però riconoscere *unicamente coll' esplorazione interna, se il bacino abbia una forma svantaggiosa per il parto. La misurazione esatta del bacino* spetta all' ostetrico. Ma essendo di grand' importanza di riconoscere a tempo i vizi del bacino di alcun rilievo, la levatrice, la quale solitamente esaminerà la donna gravida prima del medico, *deve poter riconoscere* almeno i restringimenti *più forti* del bacino. Introducendo l'indice o l'in-

dice ed il medio riconoscerà, se l'apertura di escita e massimamente l'arcata del pube è alquanto ristretta, se la cavità del bacino è diminuita causa un qualche tumore e *massimamente se il promontorio si trova molto in avanti e restringe così lo stretto superiore del bacino.* In quasi tutti i paesi domina questa ultima forma di restringimento del bacino. La levatrice impari quindi a valutare la lunghezza del diametro retto del bacino e faccia l'uso conveniente di quanto scoprirà. Nelle donne a gravidanza avanzata la volta vaginale posteriore trovasi in alto, finchè la testa non è ancora discesa nel bacino, e nello stesso tempo è floscia, cosicchè può venir compressa contro il promontorio senza molestare l'esaminanda. Il diametro retto dello stretto superiore, che va dal promontorio al margine *superiore* della sinfisi del pube, misura quando il bacino è normale 11 centimetri, quel diametro retto invece, che noi possiamo misurare col dito, la cosidetta coniugata diagonale, che va dal promontorio al margine inferiore della sinfisi del pube (fig. 84), misura 12 a 13 cm. La levatrice dovrà solitamente introdurre due dita onde arrivare al promontorio. Una volta che avrà acquistato l'abilità di raggiungere il promontorio nel bacino normale,

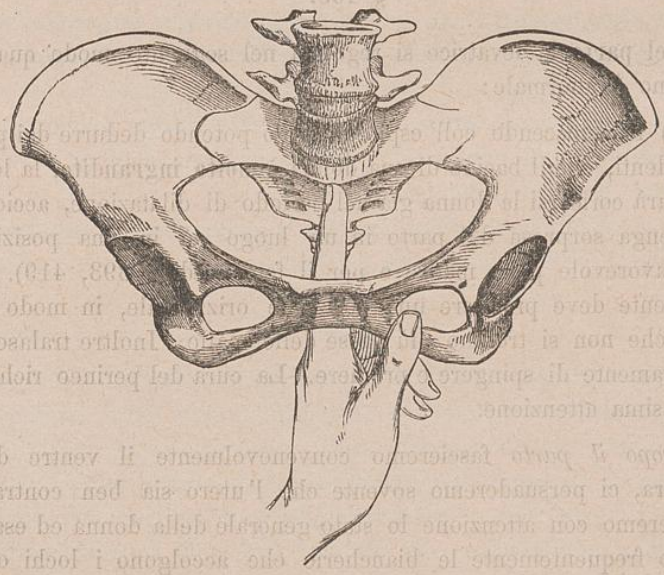


Fig. 84. 1/3 della grand. naturale.

riconoscerà anche con facilità i restringimenti del bacino nel diametro retto. Quando raggiunge il promontorio a poco distanza dalla parete anteriore del bacino, o quando trova qualunque altro restringimento del bacino, la levatrice insisterà che venga consultato il medico, e ciò non soltanto quando la donna è in sopraparto, ma già nella gravidanza, perchè allora il vantaggio che l'ajuto dell'arte può arrecare alla madre ed al feto è ancor maggiore.

§ 407.

Quando mancano tutti i segni del bacino anormale menzionati nel § 405, e quando neppure *l'esplorazione* non fa scoprire nessuna irregolarità, la levatrice può supporre con *probabilità*, che il bacino sia ben formato.

Se la donna ha *inoltre* partorito già altre volte felicemente un feto maturo ed è rimasta d'allora in poi sempre sana, la levatrice potrà conchiudere quasi con certezza, **che il bacino sia ben formato.**

§ 408.

Nel parto la levatrice si regolerà nel seguente modo quando il bacino è anormale:

1) Riconoscendo coll'esplorazione o potendo dedurre dai parti antecedenti, che il bacino di una donna è **molto ingrandito**, la levatrice farà coricarsi la donna già nel periodo di dilatazione, acciochè non venga sorpresa dal parto in un luogo od in una posizione poco favorevole pella madre e per il feto (vedi § 393, 419). La partoriente deve prendere una posizione orizzontale, in modo che le natiche non si trovino più basse delle spalle. Inoltre tralascierà assolutamente di spingere e premere. La cura del perineo richiede la massima attenzione.

Dopo il parto fascieremo convenevolmente il ventre della puerpera, ci persuaderemo sovente che l'utero sia ben contratto, osserveremo con attenzione lo stato generale della donna ed esamineremo frequentemente le biancherie che accolgono i lochi onde riconoscere a tempo un'eventuale *emorragia*.

§ 409.

2) In riguardo al bacino ristretto la levatrice terrà calcolo di ciò che abbiamo già detto nel § 406 e si rammenterà inoltre, *che deve far chiamare il medico appena che ripetendo più volte il riscontro nel tempo dei dolori e fra un dolore e l'altro si persuade, che la testa non progredisce più.* **Ora non importa**, che la levatrice abbia sospettato già dapprincipio, che il bacino sia ristretto; **non importa** neppure, che l'ostacolo provenga tenor la sua idea dal **bacino** o dalla **testa** o dai **dolori.** Non si può dire *dopo quanto tempo* si debba ricorrere al soccorso dell'ostetrico. La levatrice conosce la durata media del periodo di espulsione normale e sa, che questo periodo si può prolungare un poco senza diventar pericoloso per madre e feto. La levatrice non aspetterà però finchè insorgono quei segni, che indicano aver la madre o il feto già sofferto danno. Quando la levatrice si vuol persuadere, se la testa progredisca regolarmente o no, non deve lasciarsi ingannare dal tumore sanguigno. Quando cioè la testa è incuneata causa un ostacolo alla sua discesa, il tumore sanguigno diventa, finchè il feto vive, sempre più grande e discende, perchè si trova davanti alla testa, sempre più in basso nel bacino; ciò potrebbe far credere, che la testa stessa progredisca.

Persuadendosi che le forze dell'utero non bastino per disimpegnare la testa, la levatrice proibirà alla partoriente di spingere e premere, acciochè non consumi inutilmente le sue forze. Quando le parti genitali si rigonfiano prima che arrivi l'ostetrico e quando la vagina diventa calda, asciutta e dolorosa, la levatrice farà irrigazioni con un decotto tiepido di avena, con un poco di olio o di latte in acqua.

La levatrice farà tutti i preparativi per allestare il letto trasversale, acciochè se il medico lo credesse necessario, non si perda più tempo. Avrà inoltre cura di preparare acqua calda ed acqua fredda e tutto ciò che ancora occorre per la cura al bambino.

§ 410.

3) Nelle **inclinazioni anormali** del bacino la levatrice si può rendere molto utile, assegnando alla partoriente una posizione conveniente. Osservando le figure 49 e 50 ci persuaderemo ad evi-

denza che **quando l'inclinazione è troppo forte** la colonna vertebrale si deve **curvare in avanti** onde avvicinare la direzione dell'utero a quella dell'asse dello stretto superiore e facilitare così la *discesa* della testa nel bacino. Ciò si ottiene, nella posizione sul fianco, curvando il tronco sulle cosce piegate sul ventre, nella posizione supina, rialzando il tronco e le natiche. *In tutti i casi, nei quali la testa tarda a discendere nel bacino* e pigia contro la sinfisi del pube, massimamente però quando il parietale antestante non discende più in basso, quando dunque manca il movimento della testa rappresentato nella fig. 46 da 1 a 2, **la levatrice ordinerà questa posizione colla regione lombare curvata in avanti.**

Quando l'**inclinazione** del bacino è **troppo piccola** noi avremo dispesso un parto precipitoso, se non esiste contemporaneamente un restringimento, come per esempio nell'osteomalacia degli adulti, fig. 82. Onde alleggerire gli ultimi momenti del periodo d'espulsione e massimamente onde salvare il perineo, nell'inclinazione troppo piccola del bacino è necessario di collocare la donna **colla regione lombare fortemente distesa** (come si suol dire „col sacro curvato indietro") appena che la testa sarà arrivata nel fondo del bacino. Confronta quanto abbiamo detto nel § 204.

Capitolo ottavo.

Delle doglie anormali.

§ 411.

Le doglie ponno deviare dalla regola in tre modi: o sono **troppo deboli** o **troppo energiche** o hanno una direzione e propagazione viziosa e diconsi allora **doglie spasmodiche.**

Il contegno delle partorienti varia assai; le doglie stesse variano nei differenti tempi del parto; sebbene le doglie sieno egualmente energiche, il dolore in una donna può essere molto e nell'altra poco sensibile; anche quando il dolore è egualmente violente, una

donna se ne duole apertamente, mentre l'altra appena fa conoscere che senta dolore. Perciò la levatrice deve sempre aver presente i caratteri della doglia **regolare**, quali si deducono dall'*esplorazione* (vedi il capitolo primo della parte terza), altrimenti non le sarà possibile di riconoscere con sicurezza neppure una **irregolarità.** *La levatrice non deve mai valutare la forza delle doglie tenor il dolore che esterna la partoriente, ma bensì unicamente tenor la forza e la durata delle contrazioni dell' utero e tenor l' effetto delle stesse.*

I. Della mancanza di energia delle doglie.

§ 412.

Noi diremo che le doglie sieno troppo deboli, quando sono così poco frequenti e così corte, che l'utero non si contrae convenientemente e che per questo motivo l'effetto delle doglie sulla *dilatazione dell' orifizio dell' utero* e più tardi sull' *espulsione del feto* è minimo od affatto nullo. Il dolore che va congiunto con queste doglie è poco sensibile e cessa come la contrazione ben presto, per lo più subitaneamente. *Tuttavia il dolore mantiene la sua direzione normale dal sacro al pube.*

§ 413.

L' **importanza** della mancanza di energia delle contrazioni uterine varia assai tenor i tempi del parto. Non è eguale se le doglie sono da bel principio deboli, o se diventano deboli appena dopo essere già state energiche.

§ 414.

1) **Quando le doglie restano dapprincipio lungo tempo deboli,** senza però presentare altre irregolarità, non portano nessun danno, **benchè il sacco amniotico sia ancora intatto.** Quantunque le doglie sieno così deboli e così poco frequenti, che il periodo di dilatazione duri persino diversi giorni, o quantunque le doglie *cessino totalmente* per un pajo di ore, la levatrice non deve temere per il parto, premesso sempre che la partoriente si senta del resto bene. La levatrice pacificherà la partoriente e l'inviterà a mangiare e dormire

onde mantenersi in forza. La levatrice *impaziente* pagherà cara la sua fretta. Quando il parto ritarda assai, la levatrice ripeterà il clistere e lo ripeterà anche più volte se la donna è stitica o soffre ventosità; avrà inoltre cura, che la vescica non venga dilatata oltremodo dall' urina (confronta il § 191.) Del resto non occorre altro che pazienza e dispesso *molta* pazienza.

§ 415.

Se però il **sacco amniotico si apre prima che l' orifizio dell' utero sia dilatato perfettamente,** il periodo di dilatazione *non* può più durare tanto tempo *senza recar danno.* Quando le doglie continuano ad esser deboli, la levatrice cercherà quindi di eccitarle facendo ogni 30 o 15 minuti una injezione di acqua calda a 30 gradi. Meglio delle injezioni colla canna serviranno ancora le irrigazioni coll' apparato che descriveremo più tardi. Se questi getti d' acqua calda falliscono, vale a dire se la dilatazione dell' orifizio non progredisce, *si dovrà chiamare il medico.*

§ 416.

In altri casi invece il *sacco amniotico non si rompe,* **quantunque l' orifizio sia dilatato perfettamente.** Le deboli doglie si fanno sempre meno frequenti e cessano finalmente del tutto. Allora la levatrice **romperà** col dito il **sacco amniotico,** *premesso che il feto si presenti regolarmente col vertice.*

§ 417.

Quando il sacco amniotico si rompe o è stato aperto *a tempo dovuto,* cioè *dopo che l' orifizio dell' utero si era dilatato perfettamente,* le doglie diventano per lo più spontaneamente vigorose, anche se prima erano molto deboli. Ma se le doglie continuassero ancora ad essere deboli o se affatto cessassero, in modo che la testa non discendesse nel bacino neppure dopo una o due ore, **si dovrà chiamare il medico.**

§ 418.

2) La mancanza di energia delle doglie è di maggior importanza ancora **quando sottentra appena nel periodo di espulsione.**

In questo caso ne è solitamente un **ostacolo al parto** la causa. L'utero diventa cioè **inerte** quando si deve affaticare lungo tempo inutilmente, onde superare un ostacolo. La testa è troppo grande per il bacino o il bacino è troppo piccolo per la testa o la presentazione della testa è sfavorevole; le doglie non sono capaci di disimpegnarla. L'utero diventa dispesso troppo presto inerte anche quando la partoriente spinge e preme soverchiamente. In questo caso la levatrice si guarderà bene di non perdere tempo col preparare tè ed altri rimediucci e **farà chiamare il medico.**

Della mancanza delle doglie nel secondamento parleremo più tardi.

2. Delle doglie troppo energiche.

§ 419.

Talvolta le doglie sono già nel principio del parto così violenti, che appena possiamo scorgere un intervallo libero fra una doglia e l'altra. Queste doglie risvegliano imperiosamente già dapprincipio il bisogno di spingere e premere; d'altronde talvolta sono poco dolorose. Per la violenza delle contrazioni l'**espulsione del feto può accadere precipitosamente** con grave pericolo del medesimo e della madre. Quanto più piccolo è il feto e quanto più ampio il bacino, tanto più istantaneo sarà il parto precipitoso. L'orifizio dell'utero si dilata rapidamente, la borsa delle acque si rompe dispesso anche prima che l'orifizio sia dilatato perfettamente, il liquido dell'amnio ed il feto vengono espulsi quasi contemporaneamente. In quest'occasione *l'orifizio dell'utero ed il perineo si lacerano* dispesso dando luogo a lesioni *di grand'importanza;* se il parto sorprende la donna quando ancora sta in piedi o passeggia, il feto potrà cadere in terra *strappando il funicolo* o *trascinando fuori il fondo dell'utero.* Anche nel caso felice ove ciò non avvenga, l'utero che si è vuotato così rapidamente perde la facoltà di mantenersi ben contratto e dà così *emorragie pericolose.*

§ 420.

Onde evitare questi pericoli la levatrice porrà la partoriente affatto orizzontale, vietandole severamente di spingere e premere.

Cercherà inoltre di ritardare più possibile il disimpegno della testa e sorreggerà attentamente il perineo. Finito il parto fascierà convenientemente il ventre e per diverse ore sorveglierà assiduamente l'utero onde riconoscere un' eventuale emorragia già nel suo primo insorgere. Se mai le circostanze lo permettono manderà a chiamare il medico; anche se questi non arrivasse che dopo il parto, la sua presenza sarà sempre utile. Trattandosi di una multipara, la quale abbia avuto già altre volte un parto precipitoso, la levatrice farà chiamare a tempo il medico, acciochè questi possa ovviarne i pericoli coi mezzi più efficaci di cui dispone.

3. Delle doglie spasmodiche.

§ 421.

Fra le doglie spasmodiche le più frequenti sono quelle, che vagano più quà e più là senza produrre una contrazione dell' utero *intiero* e che tuttavia sono più pungenti del solito. La donna ha continuamente od almeno con brevissimi intervalli una sensazione molto molesta, diventa inquieta, s' impazienta, si lamenta continuamente e dispesso vomita. L' utero non si arrotonda, non s' indurisce e non si sente far prominenza nel ventre come quando la doglia è normale; dispesso duole quando lo tocchiamo per la vagina o quando lo palpiamo attraverso alla parete del ventre. Col riscontro ci persuaderemo che le doglie sono *inefficaci* giacchè nel periodo di dilatazione non dilatano l' orifizio nell' utero e nel periodo di espulsione non fanno discendere la testa. Spesso le doglie fanno anzi chiudersi l' orifizio dell' utero, in modo che non si può formare la borsa delle acque o che, quando il sacco amniotico è già aperto, la parte fetale antestante vien respinta in alto.

§ 422.

Queste doglie spasmodiche dipendono spesso dallo scolo prematuro del liquido amniotico, dal riscontro ripetuto troppo frequentemente ed inettamente, dallo stirare inutilmente e scioccamente l' orifizio dell' utero, da un raffreddamento della partoriente e dall' uso soverchio di bevande riscaldanti nel tempo del parto.

La levatrice avrà cura di evitare tutte queste cause, ma quando le sue premure falliscono *farà chiamare il medico.*

Quando il medico si fa aspettare lungo tempo, la levatrice applicherà frattanto un serviziale con un infuso di fiori di camomilla, farà anche bevere una tazza di questo infuso, irrigherà l'orifizio dell'utero con acqua calda ed applicherà un empiastro di senape sulla regione del sacro e delle pezze umide calde sul ventre. Anzitutto però raccomanderà alla partoriente di contenersi più quieta possibile e di non spingere e premere nel tempo delle doglie. Di grand'importanza si è anche che la levatrice esamini se la *vescica* sia vuota o piena; in quest'ultimo caso dovrà vuotarla colla siringa.

§ 423.

La seconda specie delle doglie spasmodiche formano quelle doglie, che producono una **contrazione anulare** dell'utero. Questa contrazione può manifestarsi nell'orifizio esterno o nel punto, ove si trovava l'orifizio interno dell'utero e nel periodo delle secondine anche più in alto nel corpo dell'utero. Quando si contrae stabilmente l'orifizio esterno dell'utero, la testa, spinta in basso causa la violente pressione addominale, può trascinarlo seco sino davanti le parti genitali esterne. Quando la contrazione anulare risiede invece più in alto nell'utero, allora si arresta il parto, quantunque la partoriente *continui a sentire dolori molto pungenti.* Talvolta lo spasmo respinge dinuovo in alto la parte antestante del feto.

Anche questa specie di doglie spasmodiche richiede il soccorso del medico. Sino al suo arrivo la levatrice si conterrà nel modo indicato nel § antecedente. Se la contrazione anulare dell'utero non risiede nell'orifizio esterno, la levatrice non potrà così così distinguere questa specie di doglie spasmodiche da quella descritta poc'anzi.

§ 424.

La terza specie delle doglie spasmodiche è la più cattiva di tutte; l'utero intiero è continuamente contratto, il dolore che ne prova la partoriente è molto acuto, toccandolo, l'utero fa male. La vagina è molto calda ed asciutta e la partoriente vien assalita da una *forte febbre con senso di caldo e di freddo.* Questo **tetano dell'utero** dipende da un grand'ostacolo al parto, qual è il bacino

ristretto e la presentazione anormale del feto, o si sviluppa consecutivamente quando la levatrice ha trascurato di agire come le abbiamo insegnato e di chiamare a tempo il medico appena che avverte una o l'altra delle due prime specie di doglie spasmodiche. Quando si manifesta il tetano dell'utero **avremo quindi già trascurato molto** *e se non lo abbiamo già fatto, sarà ora il nostro dovere di chiamare sollecitamente l'ostetrico.* Frattanto la levatrice applicherà delle pezze umide calde sul ventre intiero, avrà cura di vuotare la vescica e se possibile farà i preparativi per un bagno caldo, onde non perdere tempo, qualora il medico ne ordinasse uno alla partoriente.

§ 425.

Oltre alle doglie irregolari qui descritte la levatrice sentirà forse parlare ancora di **doglie false.** Le partorienti ponno provare come chiunque altra persona varii dolori di ventre. Chi non sa distinguerli dalle **doglie,** li nomina doglie *false.*

Una partoriente che accusa dolori di ventre indipendenti dalle doglie, è ammalata e deve consultare il l'ostetrico.

Capitolo nono.

Vizi di conformazione delle parti genitali esterne ed interne, lacerazioni nelle vie genitali.

§ 426.

Quando l'utero ha una forma o posizione anormale, l'**orifizio** può avere una **posizione** così **anormale,** che molte volte ci riescirà difficile riscontrarlo. Quando l'utero ha una forma o una posizione obliqua, l'orifizio può trovarsi a contatto colla *parete destra o sinistra del bacino;* nel ventre pendulo l'orifizio si può portare *molto indietro* verso il sacro, quando invece nei primi tempi della gravidanza

c' era una retroversione dell' utero, la quale poscia non sia stata corretta perfettamente, l' orifizio si può portare *affatto in avanti* a contatto colla sinfisi del pube.

§ 427.

Quando l' orifizio si trova lateralmente vicino al margine del bacino, la partoriente dovrà coricarsi sul fianco, *nel quale* si trova l' orifizio, acciochè il *fondo* dell' utero si possa portare quanto possibile da questa parte. Quando l' orifizio si trova troppo *indietro*, sarà ben fatto di collocare la partoriente colla regione lombare rialzata. Quando invece l' orifizio si trova *in avanti*, la partoriente si metterà quasi a sedere o sul fianco, *curvando in avanti* la colonna vertebrale. Studiando diligentemente le figure 49 e 50 comprenderemo ben presto questo consiglio, il quale come non vogliamo ommettere di aggiungere non vale però che per il *periodo di dilatazione.*

Dilatandosi, l' orifizio si porta poi nel centro. I bagni caldi e le injezioni a 30 gradi ne facilitano la dilatazione. Quando però ad onta di questi mezzi e d' aver fatto prendere alla partoriente la posizione conveniente, l' orifizio dell' utero non si dilata e non corregge la sua posizione, allora dovremo chiamare a tempo l' ostetrico, perchè le doglie, che ora diventeranno irregolari, potrebbero cagionare la *rottura dell' utero.*

§ 428.

Quando la levatrice, chiamata presso una partoriente, **non è capace di riscontrare l' orifizio dell' utero,** forse perchè è *nascosto* nella parete del bacino, fors' anche perchè è *chiuso*, si chiamerà *senz' indugio* l' ostetrico.

§ 429.

Talvolta l' orifizio dell' utero **non è cedevole** e non si dilata neppure quando le doglie sono buone e regolari. Il margine dell' orifizio dell' utero può essere sottile, affilato e liscio, oppure irregolare ed ingrossato in conseguenza di cicatrici o tumori che vi risiedono. Nel primo caso la levatrice cercherà di promuoverne la

dilatazione con clisteri di tè di camomilla, con bagni caldi soliti e con bagni a vapore e con injezioni, nel secondo caso invece farà chiamare senz' altro l' ostetrico.

La pressione addominale e la cooperazione dei dolori, che del resto dovrebbonsi *sempre* tralasciare nel periodo di dilatazione, *sono assolutamente nocive*, quando l' orifizio dell' utero per un motivo o l' altro ritarda a dilatarsi. **In tutti questi casi è di sommo utile di salvare il sacco amniotico.** Se il sacco amniotico si rompe spontaneamente o vien aperto artificialmente dalla levatrice incauta prima che l' orifizio dell' utero sia dilatato perfettamente e se poi la partoriente spinge e preme durante ogni dolore, la testa discenderà bensì nel bacino, ma trascinerà seco anche il margine dell' orifizio dell' utero che non è ancora dilatato. Confronta § 423. In seguito vedremo nascere *contusioni* molto pericolose del segmento inferiore dell' utero che si trova fra la testa ed il bacino. Talvolta avremo persino il *prolasso* del segmento inferiore dell' utero fino davanti le parti genitali esterne o la *rottura* dell' utero.

§ 430.

Le rotture dell' utero o fanno capo nell' orifizio dell' utero o accadono più in alto e si aprono allora nella cavità del ventre. Nel primo caso spesso non si manifestano che con emorragie gravissime, che non cessano neppure dopo finito il parto. Le rotture del corpo dell' utero accadono per lo più all' improvviso e destano un dolore acuto; spesso la partoriente dice di sentire come le si laceri qualche cosa nel ventre e grida ad alta voce. Quindi la faccia diventa pallida, gli occhi illanguidiscono, il corpo si cuopre di un sudore freddo appiccaticcio, le membra cominciano a tremare e la donna perde la conoscenza. *Ove tutto il feto cada attraverso allo strappo nella cavità del ventre*, la levatrice potrà apprezzare le parti fetali attraverso alla sola parete del ventre con maggior chiarezza di prima, *la parte che si presentava si ritirerà invece dinuovo in alto o scomparirà del tutto.* Quindi le doglie cessano del tutto ed allora scola anche sangue al di fuori.

In molti casi la levatrice deve e può evitare questo fatto doloroso, ma quando è già avvenuto deve far chiamare il medico **sollecitamente.**

§ 431.

Nel principio del parto la **vagina** è non di rado, massimamente nelle primipare attempate, *così ristretta e così fortemente tesa,* che pare impossibile che la testa fetale possa traversarla. Essa si dilata però ben presto spontaneamente senza la cooperazione della levatrice. Solamente nel caso ove la vagina *separasse* contemporaneamente *poco mucco* sarà ben fatto e perciò necessario di mollificarla, facendovi injezioni calde mucilaginose. Se la vagina fosse però molto **calda** e **dolorosa**, si dovrà chiamare l'ostetrico; così pure si consulterà l'ostetrico, quando il restringimento della vagina non è uniforme perchè dipende da **cicatrici** o da **nodi carnosi** nella sua parete, e massimamente quando la vagina è affatto **chiusa**, ciò che nella gravidanza avviene però molto di rado mediante la cicatrizzazione di ulceri.

In tutti questi casi la **vagina si lacererà**, se avremo negletto di provvedervi; onde provvedervi, dovremo ricorrere per tempo al soccorso dell'arte. La levatrice dovrà però far chiamare l'ostetrico anche quando osservasse la **rottura della vagina** solamente dopo il parto.

§ 432.

Anche **tumori** ponno diminuire la capacità della vagina. Fra questi tumori enumeriamo i *polipi dell' utero* che dilatando l'orifizio dell'utero discendono nella vagina, ed i *tumori delle ovaje,* i quali spingono in basso la volta della vagina. Anche in questi casi si chiamerà il medico più presto possibile.

§ 433.

Nella vagina si forma talvolta durante il parto un tumore molto caldo, solido e livido, che dicesi **trombo.** La causa ne è la rottura di una vena al disotto della membrana muccosa. Si chiamerà il medico e frattanto la levatrice comprimerà fortemente la parte che si enfia con pezze bagnate nell'acqua fredda.

§ 434.

Il **prolasso** di una parte della vagina, massimamente della parete anteriore, che talvolta si forma durante la gravidanza, può

in altri casi datare anche da un tempo anteriore alla gravidanza. Durante il parto il prolasso spesso s'ingrandisce e si rigonfia. Può ritardare il parto del feto e può anch' essere la causa delle *fistole vescico-vaginali*, quando la parete anteriore della vagina e quella posteriore della vescica, che vi giace sotto, subiscono una tale compressione che rimangono ammaccate e contuse. La levatrice dovrà evacuare cautamente l'orina colla siringa e quando la testa discende nel bacino cercherà di tener indietro il prolasso con due dita, acciochè non venga compresso dalla testa contro la sinfisi del pube. Non riuscendovi e ritardandosi frattanto il parto, farà chiamare l'ostetrico.

§ 435.

Come la vagina, così sono talvolta, massimamente nelle primipare attempate, anche le **parti genitali esterne** molto ristrette e tese. Onde facilitare il disimpegno della testa e salvare il perineo, la levatrice si terrà alle solite regole. Ma quando dubitasse di poter evitare la rottura del perineo, o quando il disimpegno della testa si ritardasse causa la ristrettezza delle parti genitali, manderà a chiamare l'ostetrico.

§ 436.

Le **infiltrazioni sierose** delle pudende esterne richiedono già nella gravidanza (vedi § 304, 305) ed in ogni caso poi nel parto il soccorso dell'ostetrico.

Come nella vagina, così si può formare anche nelle parti genitali esterne uno **stravaso sanguigno** (trombo) durante il parto. La levatrice dovrà regolarsi anche qui come là.

Altri tumori nelle parti genitali esterne richiedono almeno nel *puerperio* il consiglio del medico, se non hanno già impedito il parto.

§ 437.

Le **ulcere** nelle pudende esterne fanno ostacolo al parto solamente quando le parti circonvicine sono dure e gonfie, ma richiedono sempre la nostra attenzione per varie ragioni. Sono cioè quasi sempre *contagiose*, perchè d'origine *venerea*. E sacrosanto

dovere della levatrice di **preservare dall' infezione il feto, sè stessa e terze persone.** Il feto sarà bensì dispesso già infettato durante la sua vita intrauterina.

Durante il parto la levatrice irrigherà le ulcere di quando in quando con una soluzione di *permanganato di potassa* (§ 230), farà delle injezioni mucilaginose nella vagina e quando la testa occupa l'orifizio della vagina, spalmerà le ulcere con olio. La levatrice si guarderà bene di non mai toccare un' ulcera con un dito offeso, ammenochè lo abbia prima ravvolto accuratamente coll' empiastro adesivo. In ogni caso non negliggerà di ungere ben bene le dita con olio *prima* di esplorare e di lavarsi le mani colla massima diligenza *dopo* ogni riscontro. *Osservando queste precauzioni la levatrice è sicura di non infettarsi e perciò non rifiuterà mai d' assistere una di queste infelici.* L' apparecchio, di cui la levatrice si servirà in questo caso, lo schizzetto, la canna uterina, la siringa, devonsi subito *far bollire nell' acqua e poi lavare con una soluzione forte di acido fenico*, perchè altrimenti potrebbero infettare altre donne. Le spugne ed altre cose simili, di cui farà uso, devonsi poi *bruciare.*

Se la donna non avesse già consultato un medico, lo farà senza fallo nel puerperio.

§ 438.

In *tutti i casi* ove la levatrice, esplorando, scopre delle **ulcere nelle pudende**, quindi anche quando la donna non è partoriente, dovrà insistere energicamente, che la donna ricorra al consiglio del medico; le metterà avanti come il male senza una cura speciale si propaghi, e se la donna continuasse a rifiutarvisi, comunicherà il fatto al *medico distrettuale.*

§ 439.

Fra le **lacerazioni nelle parti genitali esterne** le più frequenti sono le rotture del perineo. La **rottura del perineo** può avvenire non solamente causa le condizioni anormali or ora descritte delle parti esterne, ma bensì anche causa i vizi del bacino, vedi § 393, 395 e 404, causa i varii rapporti anormali della testa fetale, vedi § 334, 335 e 339 e dispesso anche causa l' **inavvertenza della levatrice.**

La levatrice rileggerà e tornerà sempre a rileggere le regole contenute nei § 204 sino 210 e nel § 213, ed in tutti i parti osserverà sempre colla stessa diligenza i rapporti del perineo, se vuol imparare **ad impedire una rottura imminente del perineo.**

§ 440.

Nel puerperio la rottura del perineo cagionerà dolori ed altri incomodi e persino pericoli, finchè sarà guarita; *abbandonata a sè*, arrecherà alla donna anche un **danno permanente.** Una piccola lacerazione nella forchetta non è d'altronde dannosa. Ma quando la levatrice scopre una rottura del perineo, che va sino verso la metà del perineo ed è lunga un mezzo pollice o più, allora farà chiamare ben presto il medico, il quale può **prevenire questo danno permanente, risarcendo la ferita con una cucitura.** La cucitura della ferita può riuscire perfettamente anche quando vien fatta solamente il giorno dopo.

Capitolo decimo.

Irregolarità nel liquido dell' amnio e nelle membrane dell' uovo.

§ 441.

1) **Un' eccessiva abbondanza di liquido dell' amnio** distende l'utero soverchiamente e fa sì che,

a) Nel tempo del parto il feto prenda più facilmente una situazione anormale;

b) che il periodo di dilatazione trascorra più lentamente;

c) che nel secondamento e nel puerperio l'utero spesso non sia capace di contrarsi convenientemente.

La levatrice sa come deve agire nei casi *a*, *b*, *c*. *D'altronde l'eccessiva abbondanza di liquido dell' amnio non dà in se stessa* **nessun**

motivo di agire. La levatrice non si azzardi ad aprire il sacco amniotico per far escire le acque superflue e diminuire così uno o l'altro di questi tre svantaggi. Questa sollecita apertura, che talvolta avviene anche spontaneamente, invece di diminuire, *aumenta solamente tutti questi svantaggi.*

§ 442.

2) **L'eccessiva scarsezza di liquido dell'amnio** fa sì che i movimenti del feto si rendano più sensibili. Ciò non richiede altro che *quiete* e pazienza. Quando la quantità delle acque è troppo scarsa, noi osserviamo inoltre talvolta, che la borsa delle acque, dopo che l'orifizio dell'utero si è dilatato perfettamente, invece di rompersi nell'orifizio, vien spinta a guisa di salsiccia sino nelle parti genitali esterne. Se il parto progredisce senza che si rompa il sacco amniotico, si distacca anticipatamente la placenta e può persino accadere, **che venga espulso l'uovo intiero.** Ciò arrecherebbe gran danno alla *madre,* perchè così la placenta si dovrebbe distaccare violentemente dalla parete dell'utero; ciò arrecherebbe danno anche al *feto*, il quale si distaccherebbe dalla madre prima ancora d'essere in grado di respirare aria. Presentandosi il sacco amniotico nelle parti genitali esterne, la levatrice deve perciò **afferrarlo e romperlo colle dita.**

§ 443.

Alla levatrice l'apertura artificiale del sacco amniotico è prescritta in quattro soli casi. Questi quattro casi sono descritti nei paragrafi 374, 416, 442 e 467. In tutti gli altri casi l'apertura artificiale della borsa delle acque è **proibita.**

§ 444.

3) **Quando il liquido dell'amnio è verdastro** (perchè mescolato con meconio) od affatto **fetido,** dobbiamo dubitare, che il feto sia già morto o che si trovi in gran pericolo. *Perciò faremo chiamare senza indugio l'ostetrico,* appena vedremo escire di queste acque, tanto subito dopo l'apertura del sacco, come anche più tardi.

§ 445.

4) **Le membrane dell' uovo troppo tenui ponno recare uno scolo anticipato delle acque** e quindi un *ritardo al periodo di dilatazione* ed *irregolarità dei dolori*. Vedi in merito § 422. Talvolta il sacco amniotico non si rompe nell' orifizio, ma in un punto situato più in alto nell' utero. In questo caso il liquido dell' amnio esce a poco a poco, come si suol dire „**furtivamente**". Non si forma nessuna o quasi nessuna borsa delle acque, perchè manca il liquido, che dovrebbe distenderla. Facendo il riscontro la levatrice trova la testa del feto coperta dalle membrane liscie dell' uovo. Talvolta accade, che la testa venga anche espulsa ancora coperta dalle membrane dell' uovo, ciò che l'ignoranza volgare ritiene di **felice augurio**, mentre in realtà non è nè vantaggioso nè dannoso.

§ 446.

5) **Le membrane dell' uovo troppo resistenti** impediscono, che il sacco amniotico si rompa *a tempo debito*, *vale a dire* appena che l' orifizio dell' utero si è dilatato perfettamente. Quando poi il liquido dell' amnio è ancora scarso, il sacco si tende fino alla vulva, § 442; quando la quantità del liquido dell' amnio è invece normale o troppo abbondante, il parto si sospende, § 416. In ambedue i casi la levatrice sa, ciò che deve fare.

§ 447.

6) Rarissime volte noi troviamo ancora un liquido fra il corio e l'amnio dell' uovo maturo. Per lo più si rompe allora anticipatamente prima il corio ed escono alcune poche acque, che si dicono **acque false**. Più tardi l'amnio forma una **seconda borsa delle acque** ed il vero liquido dell' amnio esce poi appena dopo la rottura di questa borsa.

Talvolta è difficile distinguere questo caso da quello descritto nel § 307, e massimamente quando la gravidanza tenor il nostro calcolo non avesse ancora raggiunto il termine normale. In tal caso la levatrice consiglierà di consultare l' ostetrico.

Capitolo undicesimo.

Irregolarità nel cordone ombellicale.

§ 448.

1) La peggiore complicanza del parto dipendente dal funicolo è il **prolasso** dello stesso. Può accadere che il funicolo si presenti già prima dell'apertura del sacco amniotico. La diagnosi della *presentazione del funicolo* richiede però molta attenzione. Il funicolo che si trova al di dietro delle membrane dell'uovo potrebbe imporre causa la sua forma per una mano o per un piede. Con certezza la levatrice riconosce il funicolo del feto vivo solamente quando sente i *battiti delle sue arterie*. E quì dovrà badar bene di non lasciarsi ingannare dai battiti di un vaso materno o di un vaso della propria mano. Confronta § 101. Aperto il sacco amniotico, la levatrice riconoscerà facilmente il funicolo *prolassato*, giacchè dopo lo scolo delle acque non negligerà mai di ripetere esattamente l'esplorazione interna, § 200.

§ 449.

I funicoli lunghi si prolassano più facilmente dei corti. Certi funicoli sono due a tre volte più lunghi del feto maturo.

Il prolasso del cordone ombellicale accade massimamente quando il feto ha una presentazione anormale o quando l'apertura d'ingresso del bacino è anormale, perchè in ambedue i casi la parte fetale che discende non occupa l'intiero spazio.

§ 450.

Queste irregolarità, se riconosciute a tempo, richiedono già in sè stesse il soccorso dell'ostetrico; ma anche quando mancassero assolutamente altre irregolarità, la levatrice avrà cura *di far chiamare l'ostetrico sollecitamente*, appena che avverte una presentazione od un prolasso del funicolo, perchè la pressione, alla quale va immancabilmente soggetto il funicolo prolassato, *uccide il feto in breve*

tempo. Finchè il sacco è non ancora aperto cercheremo di evitarne la rottura, assegnando alla partoriente una posizione orizzontale ed invitandola ad astenersi intieramente dallo spingere e premere; lo stesso faremo poi anche dopo la rottura del sacco onde diminuire quanto possibile la pressione; ma quando il funicolo si prolassa sino davanti le pudende, la levatrice dovrà rintrodurlo nella vagina e mantenervelo con una spugna bagnata con acqua tiepida, finchè arriverà l'ostetrico. Quando, malgrado le nostre precauzioni, il sacco si apre e la testa discende presto e profondamente nel bacino, la levatrice rinunzierà all'intento di ritardare il parto e cercherà anzi *di condurlo ben presto a termine, perchè solamente allora potrà salvare il feto.* La levatrice inviterà la partoriente a spingere e premere più che può e le assegnerà nello stesso tempo la posizione più favorevole (vedi § 204).

§ 451.

2) Rarissime volte i tre **vasi del cordone ombellicale** raggiungono la placenta scorrendo ad uno ad uno **fra le membrane dell'uovo.** In questo caso uno o l'altro di questi vasi può trovarsi in quella parte del sacco amniotico, che si presenta nell'orifizio dell'utero. Riconoscendo questa complicanza del parto mercè i battiti del vaso, la levatrice farà subito chiamare l'ostetrico, perchè il feto morirebbe esangue se aprendosi il sacco si rompesse anche il vaso.

§ 452.

3) **Gli avvolgimenti del funicolo** intorno al corpo fetale sono assai frequenti e nella maggior parte dei casi *non* pericolosi; quando il funicolo è molto lungo sono anzi favorevoli, perchè diminuiscono la possibilità che il funicolo si prolassi. Il più spesso il funicolo si avvolge una o anche più volte attorno al *collo* del feto. Ciò non sfuggirà mai alla levatrice, purchè non negligga di condurre palpando il dito intorno al collo del feto, appena ne sarà nata la testa, vedi § 212. Trovandovi poi una voluta del funicolo, la levatrice dovrà uncinarla pian piano e *allentarla* tanto che possa venir mantenuta dentro ai genitali della donna mentre si disimpegnano le spalle. Nella figura 77 abbiamo rappresentato una

voluta del funicolo attorno al collo del feto, la quale è bastantemente allentata per permettere il disimpegno delle spalle. Si allentano queste volute onde impedire che l'ombilico del feto e la placenta vengano stiragliati, ciò che altrimenti accadrebbe facilmente. Ciò fatto, la levatrice aspetterà che i dolori disimpegnino le spalle e solamente nel caso previsto nel § 389 agirà tenor le regole colà indicate. Nel § 363 abbiamo detto cosa la levatrice debba fare quando nel parto nelle presentazioni pelviche il feto cavalca sul cordone ombellicale.

§ 453.

Raramente il funicolo è così corto, che non può venir allentato e che si tende al sommo grado mentre si disimpegna il feto. *Onde prevenire in questo caso il laceramento del funicolo* la levatrice dovrà **tagliarlo** colle forbici. Quindi comprimerà colle sue dita o farà comprimere ad un' assistente i due capi del funicolo troncato finchè sarà nato il feto. Per legare il funicolo prima di tagliarlo avrà raramente tempo.

§ 454.

4) **Il laceramento del funicolo** dipende, come abbiamo già veduto, dalla brevità dello stesso. Questa brevità del funicolo può essere assoluta o relativa, cioè causata dai suoi attortigliamenti. S'intende da sè che la levatrice non è in grado di riconoscere la brevità del funicolo prima che lo possa vedere o toccare; prima non può quindi neppure far niente per prevenirne il laceramento. Talvolta il funicolo è così corto, che si lacera già nel *ventre della madre*. Nel parto precipitoso si può lacerare anche il funicolo del *feto nato*, quando la madre vien sorpresa dal parto in una posizione sfavorevole (§ 393, 419).

§ 455.

Quando la levatrice osserva il laceramento del funicolo, dovrà subito comprimerne e poi legarne l'estremità fetale, acciochè il feto non perda troppo sangue. Quando il funicolo vien lacerato via in tutta prossimità dell' ombilico, la levatrice farà chiamare

senz' indugio l' ostetrico e sino al suo arrivo comprimerà l' ombilico colle sue dita o con un pezzo d' esca o con una pezza di lino bagnata con acqua fredda o con aceto.

§ 456.

Prima di lacerarsi, il funicolo stiraglia naturalmente la placenta. Perciò noi avremo per lo più anche forti emorragie, o se il funicolo fosse troppo resistente per lacerarsi e la placenta troppo aderente per distaccarsi dalla parete dell' utero, noi avremo persino l' inversione dell' utero.

§ 457.

Del resto il funicolo può essere così corto, che il feto sia costretto di star quasi a contatto colla placenta. In questi casi rarissimi o si lacera il funicolo nel ventre della madre o si distacca la placenta dalla parete dell' utero prima del parto. In ogni modo il feto muore. Del resto questi feti sono quasi sempre mal formati ed incapaci di vivere.

§ 458.

5) Dopo il parto noi osserviamo talvolta dei **nodi nel funicolo.** Questi nodi non recano solitamente nessun danno al feto, talvolta ponno però essere la causa della morte del feto prima del parto o durante il parto. Contro questi nodi non possiamo far nulla, perchè non li riconosciamo se non quando sono già innocui.

Semplici ingrossamenti del funicolo senza intreccio diconsi *„nodi falsi“.*

Capitolo dodicesimo.

Debolezza e malattia della partoriente, vomito, deliquii e convulsioni.

§ 459.

Quando la levatrice vien chiamata presso una partoriente affetta di una **malattia acuta** od infievolita da qualche **malattia cronica** domanderà che venga consultato il medico, il quale ha già curato la donna, oppure il prossimo ostetrico nel caso che la donna non avesse ancor consultato nessun medico. La partoriente *ammalata* andrà spesso trattata differentemente della *sana*, e ciò tanto nell' interesse del feto quanto in quello della madre. Solamente il medico e l' ostetrico sanno ordinare od eseguire ciò che farà bisogno.

§ 460.

Il **vomito** non è raro nelle partorienti. Finchè non fa rigettare che le materie soverchiamente introdotte nello stomaco, è *benefico*, e la levatrice lo agevolerà amministrando una tazza di tè di camomilla. Nello stesso tempo essa ripeterà il clistere, onde promuovere anche un' evacuazione alvina. Ma se dopo il vomito la partoriente, *invece di sentirsi alleggerita*, si sentisse più ammalata di prima, oppure se causa il vomito i dolori diventassero irregolari ed inefficaci, o se il vomito si ripetesse troppo frequentemente, la levatrice farà chiamare l' ostetrico.

§ 461.

I deliquii delle partorienti dipendono quasie sclusivamente da emorragie. Mancando un' emorragia esterna, la levatrice deve quindi temere, che ci sia un' emorragia interna. Essa farà chiamare l' ostetrico e frattanto agirà tenor i § 310 e 332.

§ 462.

Le **convulsioni** formano una delle più pericolose complicanze del parto. La levatrice si guarderà però bene di non qualificare come convulsioni quel tremore delle membra che osserviamo normalmente verso la fine del periodo di espulsione, o quella sensazione penosa che la partoriente sente in questo tempo nelle estremità inferiori sino nel polpaccio. In quest' occasione diremo che volgarmente si adoperano i termini *„convulsioni“*, *„crampi“* per quasi tutti i dolori violenti, mentre il medico intende per *convulsioni* o *crampi* solamente le *contrazioni irregolari dei muscoli,* che sieno dolorose o no, nulla importa. Le convulsioni di cui ora parliamo sono **contrazioni violenti** dei muscoli della faccia e delle membra o dell' intiero corpo, che si ripetono ad intervalli più o meno grandi e che sono **indipendenti dalla volontà.**

Talora le partorienti che vengono assalite di queste convulsioni hanno avuto già negli ultimi tempi della gravidanza delle infiltrazioni sierose delle membra o della faccia, continuo mal di testa, offuscamenti di vista, bucinamento d' orecchi e poca sicurezza nei movimenti delle braccia e delle gambe. Altre partorienti accusano nell' ultimo tempo della gravidanza un senso d' oppressione nella regione lombare ed evacuavano scarsamente un' orina torbida. A tutti questi segni la levatrice presterà attenzione. Confronta § 304.

§ 463.

Le convulsioni vengono però spesso *senza questi segni che le annunziano.* Ponno sopraggiungere in ogni tempo del parto ed anche già prima del parto ed anche nel puerperio. Per lo più le convulsioni cominciano nella faccia. La partoriente chiude e spalanca alternativamente gli occhi, li gira all' intorno e lo sguardo si fa fisso. Poi si muove la bocca a destra ed a sinistra, quà e là vi si scorge anche la lingua. Poi si agita o si contrae violentemente da una parte la testa. Il respiro si fa frequente e disordinato, le braccia si stendono e si contraggono, i pugni si chiudono e final mente si agita o si distende e si curva indietro il corpo intiero. Frattanto la faccia diventa rosso turchina e rigonfia, la bocca si copre di una spuma che spesso è sanguinolenta, perchè la partoriente si morde facilmente nella lingua, e la *malata perde del tutto la conoscenza.*

Dopo alcuni minuti l'accesso solitamente si scioglie, la malata *non ricupera però ancora la conoscenza* e rimane russante come in un sonno profondo. Quindi o si sveglia o ricade nelle convulsioni.

§ 464.

Queste convulsioni sono *assai pericolose* per la madre e per il feto, e perciò si manderà subito a chiamare l'ostetrico. Avanti che sopraggiunga l'ostetrico la levatrice impedirà che la partoriente si danneggi, ma non lotterà contro gli sforzi che fa, perchè ciò non servirebbe che ad esacerbare le convulsioni. Cercherà se possibile di respingere la lingua al di dietro dei denti per impedire che venga ferita. Se l'ammalata può inghiottire, la levatrice le darà da bere dell'acqua con un po' di aceto o di succo di limone; finito l'accesso, la levatrice le applicherà l'acqua fredda sulla testa e le caverà l'orina colla siringa; l'orina farà bene a conservarla per l'ostetrico. Quando il parto si trova ancora nel periodo di dilatazione, la levatrice farà delle injezioni calde contro l'orifizio dell'utero; del resto si terrà alle solite regole. Anzi tutto avrà cura che la camera sia ben ventilata; rimuoverà gli oggetti che esalano forti odori e se fa d'uopo aprirà una finestra; per purificare l'aria si può anche spruzzar dell'aceto sul pavimento. La levatrice non faccia nessune fumigazioni e si guardi massimamente di non far puzza coll'accendere delle penne, come le verrà forse consigliato.

§ 465.

Le convulsioni che si accompagnano a un semplice *indebolimento di conoscenza* non sono così pericolose, ma richiedono le medesime cure dalla levatrice.

Anche le convulsioni nelle donne, che soffrono già da lungo tempo di epilessia, richiedono le stesse cure.

Le convulsioni che dipendono da una gran perdita di sangue annunziano la morte imminente della partoriente.

In *tutti* questi casi è *assolutamente* necessario di chiamare l'ostetrico.

Capitolo tredicesimo.

Le emorragie nel periodo di dilatazione e durante l'espulsione del feto.

§ 466.

La **dilatazione dell'orifizio dell'utero** è accompagnata da una assai piccola emorragia, che la levatrice ha già imparato a conoscere nel § 154 sotto il nome di „il mucco tinge".

In questo tempo ogni emorragia *più importante* proveniente dall'utero dipende dal **distacco anticipato della placenta.** Nel § 323 abbiamo veduto che la causa più frequente di questo distacco è la **placenta previa.** Noi sappiamo inoltre che queste emorragie ponno manifestarsi anche prima del termine normale della gravidanza.

La levatrice riconosce col tatto la placenta previa; essa conosce per esperienza il senso che la placenta da. La placenta previa occupa talvolta l'intero orifizio dell'utero e dicesi allora centrale, altre volte non ne occupa che una parte mentre nell'altra parte si riscontrano le membrane liscie dell'uovo (placenta previa marginale).

§ 467.

Quando nel periodo di dilatazione si manifesta un' emorragia anormale, la levatrice deve sempre far chiamare l'ostetrico, che senta o non senta la placenta poco importa, perchè la madre ed il feto sono in *gran pericolo.*

Fino all'arrivo dell'ostetrico, farà star la donna quieta sul letto orizzontale nella posizione supina, le proibirà severamente di spingere e premere e le amministrerà bevande acidule fresche. Ciò basta quando l'emorragia non è violente o si sospende ben presto. Ma quando l'emorragia è abbondante, o quando invece

di cessare si fa ancor maggiore prima che arrivi l'ostetrico, la levatrice farà injezioni di acqua fredda contro l'orifizio dell'utero ed applicherà delle pezze fredde sull'addomine. Quando l'emorragia si fa così violente, che la levatrice deve temere che la donna perda tutto il sangue, essa farà il tamponamento della vagina con un gruppo di ovatta o di fila bagnato nell'aceto, o se non avesse pronto l'aceto, con un gruppo di cotone cardato o di cotone cardato salicilato (confronta § 320).

Quando l'orifizio dell'utero si è dilatato quasi intieramente mentre il feto si presenta colla testa e quando il dito esploratore riscontra nell'orifizio dell'utero accanto alla placenta le membrane liscie dell'uovo, la levatrice aprirà il sacco amniotico.

§ 468.

Nel periodo di espulsione si manifestano assai più di rado *emorragie provenienti dall'utero.* Anche queste emorragie sono pericolose per la madre e per il feto. *È quindi necessario di chiamare l'ostetrico.* Per lo più queste emorragie sono causate da distacchi della placenta. Raramente dipendono dalle circostanze indicate nei § 330, 451, 454.

Quando l'emorragia si manifesta solamente dopo che è nata la testa, la levatrice cercherà di accelerare il disimpegno delle spalle nel modo descritto nel § 389, e quindi starà a vedere se dopo il parto dell'intiero feto l'emorragia si sospenda. Se ciò non fosse il caso, si terrà alle regole che indicheremo nel capitolo 16 di questa parte.

Le emorragie provenienti da varici rottesi richiedono sino all'arrivo del medico le cure indicate nei § 302 e 433.

Capitolo quattordicesimo.

Morte apparente e morte della partoriente.

§ 469.

Nella maggior parte dei casi le circostanze che precedettero la morte o la morte apparente avranno già indotto per forza la levatrice **a far chiamare il medico o l'ostetrico** ad agire frattanto scrupolosamente tenor le regole prescritte dal singolo caso. Ma quando la morte o la morte apparente sopraggiungono repentemente, la levatrice si terrà a quanto abbiamo prescritto nel § 332. Se il feto fosse in parte già nato, lo disimpegnerà del tutto tenor le regole indicate nel § 389 o nei § 365 e 366. **In ogni caso** però non negligga di far chiamare sollecitamente **ancora adesso** il prossimo ostetrico, medico o chirurgo, e se ciò le venisse negato, ne farà denunzia alle autorità.

Capitolo quindicesimo.

Morte del feto nel parto. Morte apparente nel neonato.

§ 470.

Quando il parto fu preceduto da quei segni descritti nel § 329, mentre mancano tutti i segni di vita del feto, la levatrice può supporre che il feto **nascerà morto.** Questa supposizione si fa più verosimile quando il liquido dell'amnio che scola all'infuori è verde o mescolato con sangue o di cattivo odore. Questa supposizione diventa *probabile,* quando la levatrice, facendo più tardi il riscontro, trova che la pelle della testa è vizza e floscia e che le ossa del cranio sono congiunte poco strettamente fra loro, o che

nella presentazione delle natiche l'ano è fortemente aperto; essa diventa altresì probabile quando non si forma *nessun* o solamente un piccolo tumore sanguigno *che appare floscio*, quantunque la parte fetale antestante abbia subìto una compressione prolungata.

Giacchè la levatrice non sa distinguere *precisamente* se si possa o no richiamare alla vita il feto e giacchè la morte del feto può recar danno alla *madre*, la levatrice *farà sempre chiamare l'ostetrico* quando dubita che il feto nasca morto.

§ 471.

La levatrice conosce già i *pericoli* che minacciano la vita del feto **durante il parto.**

Quando il feto è in pericolo, i *battiti del suo cuore* si fanno meno frequenti ed irregolari, poi diventano più deboli e finalmente cessano del tutto; la levatrice potrà sentire ciò coll'ascoltazione. I *moti attivi* del feto si fanno spesso ad un tratto più vivaci, addiritura convulsivi e poi cessano; la levatrice potrà avvertire ciò colla palpazione. Nell'istesso tempo il feto evacua il *meconio* e se la testa antestante non impedisce la via alle materie che si trovano nell'utero, il *meconio* scola all'infuori, forse solamente in piccola quantità e mescolato col liquido dell'amnio; la levatrice può vedere ciò esaminando i panni sottoposti, le parti genitali e massimamente il dito esploratore nel momento in cui abbandona la vagina.

Anche quando la levatrice non osservasse neppure una sola delle molte *circostanze pericolose*, di cui parlammo anteriormente, la comparsa di uno di questi segni, dai quali deve dedurre che il feto sia in pericolo, le sarà un motivo bastantemente stringente per *far chiamare il prossimo ostetrico*, il quale salvi se ancora possibile il feto.

§ 472.

Il feto, che è stato in pericolo prima del parto o durante il parto, nasce **morto**, oppure **in uno stato vicino alla morte (asfittico).**

La levatrice non deve ritenere il feto che è nato normalmente per **morto**, se non quando presenti dei segni di putrefazione, fra i quali il principale è quello, che l'epidermide si stacca appena

che si tocca. Quando il feto nasce senza presentare nessun segno di putrefazione, noi dovremo ritenerlo solamente per *asfittico*, anche se non manifestasse nessun segno di vita. In questo caso la levatrice farà perciò tutto il suo possibile onde richiamarlo alla vita. La levatrice non sarà *convinta* che il feto sia veramente morto se non quando falliscono i suoi tentativi di richiamarlo alla vita. Prima di rimuovere il feto come morto, la levatrice, se il feto non è evidentemente putrefatto, avrà cura di legargli il tronco del funicolo. Anche il feto *morto* può ancora perdere un po' di sangue dal funicolo non legato ed in questo caso una volta o l'altra potrebbe nascere il dubbio se il feto sia veramente già stato morto.

§ 473.

Il **bambino asfittico** o non fa nessuni movimenti o fa scorgere tutt' al più il battito del cuore e da tempo in tempo un movimento di respirazione colla bocca. Il bambino asfittico si presenta sotto due aspetti, o *rosso-scuro, violetto o pallido.*

Il bambino asfittico rosso scuro è un po' gonfio, non fa nessuni movimenti, ma le sue membra hanno in un certo grado ancora un po' di vigore e non pendono totalmente rilassate. Noi avvertiamo quasi sempre ancora il battito del funicolo, il quale spesso è forte, quantunque poco frequente.

Il bambino asfittico pallido ha la pelle vizza, le membra floscie e cascanti; anche la mascella inferiore cade in basso, la bocca rimane aperta, così pure l'ano. Solitamente non avvertiamo nessun battito del funicolo e nei pochi casi ove lo possiamo ancora avvertire è languido e raro.

L'asfissia violetta rappresenta il minore, la pallida il maggior grado della morte apparente. L'asfissa sarà tanto più profonda quanto più a lungo si sospenderà la circolazione del sangue fra la madre ed il feto, prima che questi possa ancora respirare. Dall' asfissia violetta molti bambini scampano spontaneamente; allora scampano però imperfettamente e vanno poi soggetti a malattie. Il bambino asfittico violetto, che non ritorna alla vita, diventa pallido prima di morire. Anche dall' asfissia pallida il bambino può scampare, ma quasi solamente mediante un trattamento molto cauto.

§ 474.

Noi non possiamo più ristabilire quelle condizioni, sotto le quali il feto vive nel ventre della madre. La connessione del bambino colla placenta non ha più nessun valore per il bambino, neppure quando la placenta si trova ancora nell' utero; la levatrice ne sa il perchè. Fuori del ventre della madre il bambino non può vivere che per mezzo della respirazione. Perciò il penso principale nella **cura della morte apparente** è di rendere possibile e stabilire grado a grado la respirazione o di imitarla *frattanto artificialmente.*

Nella maggior parte dei bambini asfittici il primo ostacolo alla respirazione fa il mucco, spesso mescolato con meconio, il quale si trova nella bocca e nelle fauci. La levatrice introdurrà cautamente l'indice o il dito minimo nella bocca del bambino sino al di dietro della lingua e curvando poi un poco il dito caccierà al di fuori il mucco che vi si trova.

§ 475.

Il bambino asfittico violetto farà spesso già adesso un tentativo di respirazione. Quindi la levatrice imprimerà ripetutamente colla palma della mano leggere scosse alle natiche e al dorso del bambino, nello stesso tempo passerà un pajo di volte sulla faccia e sul petto del bambino colla mano bagnata nell' acqua fredda e sbrufferà energicamente la pelle del bambino con acqua fredda. Ora, se il bambino comincia a respirare regolarmente, se apre gli occhi e contorce la faccia come se volesse piangere, se tira braccia e gambe a se, se perde il suo colore violetto e diventa alquanto rosso, la levatrice continuerà coi mezzi prelodati, *sinchè il bambino griderà a distesa e ad alta voce.* Appena cessate le pulsazioni del funicolo *procederà alla sezione del cordone.*

Ma quando il bambino non manifesta ben presto i sumenzionati segni di vita, la levatrice non perderà molto tempo e *farà la sezione del cordone* onde poter far uso di mezzi più eccitanti. Facendo la sezione del cordone farà escire dal tronco fetale del funicolo circa *un cucchiajo da tavola di sangue.* Anzitutto immergerà il bambino per breve tempo in un bagno caldo e velo agiterà

nell' acqua. Poi lo prenderà per le spalle, *lo immergerà rapidamente sino al collo in un secchio pieno d' acqua affatto fredda e lo ritirerà subito.* Quindi tornerà ad immergerlo nel bagno caldo e dopo breve tempo ripeterà l' immersione nell' acqua fredda.

In questo modo il battito del cuore fetale diventa solitamente ben presto molto più vivace. Il colorito della pelle si fa bel rosso, le membra acquistano vigore e il bambino comincia a respirare. *Nell' acqua fredda il bambino tira spesso subito le gambe energicamente a se, apre gli occhi e comincia a gridare ad alta voce.* Ma quando il bambino non ritorna neppur adesso alla vita e diventa invece sempre più floccido e più pallido, dovremo procedere come se fosse nato nell' asfissia pallida.

§ 476.

Il bambino asfittico pallido deve venir separato dalla madre senz' indugio. Gli si deve inoltre rimuovere dalla bocca il mucco che forse vi si trova. Anche in questo caso sarebbe utile di far escire un po' di sangue dal funicolo, perchè il bambino asfittico pallido non è null' affatto anemico; ma solitamente non esce nessun sangue dal funicolo tagliato, perchè il cuore ripieno di sangue non batte ancora che a stento.

Per lo più non è che un perditempo inutile e nocivo il voler eccitare il bambino asfittico pallido a respirare spontaneamente. La respirazione deve venir imitata artificialmente. *Il sistema di soffiare dell' aria da bocca a bocca* non conclude nulla, anzi può guastar tutto. Una volta che la levatrice avrà imparato nella scuola il *metodo inglese* per ravvivare gli annegati, o la respirazione artificiale che consiste nel palleggiare il bambino, farà uso d' uno o l' altro di questi metodi appena fatta la sezione del cordone.

Il *metodo inglese* per richiamare alla vita gli annegati verrà insegnato nel § 557.

§ 477.

La respirazione artificiale col metodo di palleggiare il bambino vien eseguita nel modo seguente. La levatrice colloca il bambino sul dorso e lo prende poi per le spalle portando le palme delle sue mani

dalla parte della testa sotto il dorso, in modo che le tre ultime dita restino distese sul dorso mentre l'indice uncina l'ascella e il pollice va a riposare davanti sulla spalla. Preso così il bambino la levatrice si mette nella posizione rappresentata nella figura 85 e lo sorregge penzolone. Il bambino deve venir sorretto unicamente coi due indici che giaciono nelle ascelle, i due pollici riposano leggermente sulla parte anteriore del torace. In questa posizione la levatrice solleva poi il bambino e fermandosi cautamente all' altezza rappresentata nella fig. 86 fa sì che il bambino si pieghi lentamente contro la levatrice. Acciochè il bambino *si pieghi* sopra sè stesso la levatrice deve sollevarlo con slancio e fermarsi poi lentamente, altrimenti non otterrebbe lo scopo. Il corpo del bambino si deve piegare come si vede nella figura 86 massimamente nella regione lombare mercè il proprio peso della parte inferiore del corpo che lentamente trabocca; se si piegasse invece nella regione vertebrale fallirebbe lo scopo. In questa posizione l'intiero bambino riposa sui due pollici che si trovano nella parte anteriore del torace. Esercitando questo metodo sul cadavere, la levatrice, dopo aver sollevato il bambino nella posizione rappresentata nella fig. 86, distenderà liberamente nell' aria le 4 dita d'ambo le mani; se il bambino rimane sorretto dai due pollici senza cambiar posizione, la levatrice lo teneva bene.

Fig. 85.

Il bambino asfittico vien poi abbassato con slancio dalla posizione rappresentata nella figura 86 in quella rappresentata nella figura 85. Qui il peso del bambino vien dinuovo sorretto unicamente dai due indici che si trovano nelle ascelle, i due pollici riposano leggermente sul petto. Lo slancio deve essere così forte che il bambino non venga impedito di portarsi ancor più indietro che dalle vestimenta della levatrice. Questi movimenti si ripetono circa 8 o 10 volte per minuto.

Fig. 86.

Dopo aver palleggiato il bambino 8 o 10 volte, lo immergeremo nel bagno caldo onde poterlo osservare ed impedire che si raffreddi soverchiamente. Se il bambino non comincia ancora a respirare spontaneamente, ritorneremo dopo alcuni minuti a palleggiarlo.

Sollevando il bambino, fig. 86, imitiamo l'espirazione. Le intestina del ventre vengono spinte contro il diaframma causa il loro proprio peso e causa la piega che si da al bambino, i pollici, che sorreggono colla parete anteriore del torace l'intiero peso del bambino, comprimono le intestina della cavità del petto, come avviene nella respirazione naturale; il cuore ripieno di sangue spinge il sangue nelle grandi arterie, dai pol-

moni sorte prima il liquido dell' amnio che il feto ha respirato, poi l'aria che gli abbiamo fatto respirare artificialmente; la bocca ed il naso si coprono di mucco e di liquido dell' amnio, spesso mescolato con sangue e meconio, che il feto ha respirato nel ventre della madre. La levatrice deve rimuovere questi liquidi molesti e di tempo in tempo deve anche introdurre il dito nella bocca per purgare la bocca e le fauci dal mucco che vi ha portato la respirazione artificiale. Nello stesso tempo spingerà il fondo della lingua un po' in avanti onde agevolare l'ingresso dell' aria.

Abbassando il bambino imitiamo l'inspirazione. I due indici della levatrice che giaciono nelle ascelle e che devono sorreggere l'intiero peso del bambino rialzano le clavicole, le clavicole rialzano lo sterno, lo sterno rialza le coste e così vien allargato il torace; nello stesso tempo si abbassano le intestina del ventre ed il diaframma e così la cavità del torace si allarga anche in basso: il sangue deve poter ritornare più liberamente dalle vene al cuore e dal naso e dalla bocca entra l'aria nei polmoni come durante una inspirazione naturale profonda.

Se lo palleggiamo bene, abbassando il bambino non di rado noi sentiremo il rumore dell' aria che entra nei polmoni. Solitamente il bambino vagisce per la prima volta mentre lo solleviamo (espirazione). Allora sospenderemo subito i movimenti di respirazione artificiale ed immergeremo dinuovo il bambino nel bagno caldo. Ora, se il bambino fa movimenti regolari, benchè deboli di respirazione, lo lascieremo quieto nel bagno caldo ed osserveremo frattanto se questi movimenti non si facciano man mano più forti. Se ciò non fosse il caso, applicheremo i mezzi eccitanti di cui facciamo uso nell' asfissia violetta. Tenendo il bambino immerso nel bagno caldo, la levatrice gli verserà dell' acqua fredda nella faccia, con uno schizzetto o con un irrigatore dirigerà un getto di acqua fredda sullo scorbicolo, verserà a gocciole un po' di etere sullo scorbicolo e frizionerà ben bene il bambino o verserà dall' alto verso l'occipite e la nuca un getto di acqua fredda. Talvolta possiamo rinforzare i movimenti superficiali di respirazione che fa il bambino, applicandogli un piccolo clistere freddo, versandogli sulla lingua alcune goccie di vino buono, titillandogli il naso colle barbe di una penna e facendogli odorare leggermente il liquore caustico d'am-

monio. In questo stato sono spesso utili anche le fregagioni della pelle del bambino con neve e le strofinazioni con un ramicello frondoso. *Il mezzo più radicale per eccitare la respirazione è però anche in questo caso l'immersione del bambino nell'acqua fredda* alternata col bagno caldo; la levatrice non perdi mai molto tempo cogli altri mezzi e quando si accorge, che la respirazione si fa meno frequente e il battito del cuore più debole, ricorrerà dinuovo alla respirazione artificiale col metodo di palleggiare il bambino.

In molti casi la respirazione artificiale e l'immersione ravvivano *persino il bambino profondamente asfittico.* In altri casi ci vuol lungo tempo per ravvivare il bambino e la levatrice non deve darsi troppo presto per vinta. Vi sono esempi di bambini che cominciarono a respirare regolarmente e sufficientemente appena dopo qualche ora.

Quando i tentativi per ravvivare il bambino si prolungano alquanto, la levatrice non dimenticherà neppure che il bambino non deve raffreddarsi. Di quando in quando il bambino resterà immerso nel bagno caldo, e il bagno avrà una temperatura di 29 gradi. Quando trascorre lungo tempo coi tentativi per ravvivare il bambino e quando il bambino vien cosperso con acqua fredda mentre si trova nel bagno, si dovrà versare nel bagno di quando in quando dell'acqua calda onde mantenerne la temperatura a 29°.

La levatrice deve proseguire i tentativi per ravvivare il bambino finchè avverte nello scorbicolo o sente coll'orecchio i battiti del cuore; **solamente quando ogni indizio di battito cardiaco sarà perduto** essa potrà ritenere il bambino per **veramente morto.** Il bambino sarà riguardato per **perfettamente ravvivato** solamente **quando griderà ad alta voce ed alla distesa.** Abbandonato già prima a sè, il bambino che è nato asfittico ricadrà spesso ben presto nello stato anteriore ed allora per lo più morirà. Dei bambini nati asfittici che periscono dopo essere stati ravvivati imperfettamente si dice, che sieno morti di **debolezza congenita.**

§ 478.

Nella maggior parte dei casi la levatrice attenta avrà ravvisato già nel parto il pericolo che minaccia il feto. Quando nasce

un bambino asfittico sarà perciò spesso presente l'ostetrico e la levatrice dovrà allora agire tenor gli ordini dello stesso. Ma se il bambino nascesse all'improvviso profondamente asfittico e ciò avviene giustamente quando il parto si compie con molta rapidità e spesso anche quando è leggero, la levatrice farà chiamare l'ostetrico quando non abita troppo lontano. Frattanto agirà tenor le regole che abbiamo dato nei paragrafi antecedenti.

Il bambino che è nato profondamente asfittico e che è stato ravvivato con fatica, è *ammalato* anche quando fu ravvivato perfettamente, e muore talvolta rapidamente dopo poche ore. Dopo aver ravvivato un bambino nato asfittico, la levatrice consiglierà perciò *sempre ancora* di consultare l'ostetrico, se la puerpera non aspetta già la visita del suo medico di casa; altrimenti il bel successo delle sue fatiche potrebbe spesso essere di ben poca durata.

Capitolo sedicesimo.

Secondamento anormale.

§ 479.

Il secondamento può diventare anormale in tre modi:

1) **Le contrazioni dell'utero, i dolori delle secondine, sono troppo deboli o mancano totalmente.** Queste contrazioni o non riescono a distaccare totalmente le secondine dalla parete dell'utero, o non bastano per espellere le secondine distaccate. In pari tempo l'utero si fa voluminoso e floccido e la levatrice non vi scorge nessune o almeno poche e deboli contrazioni.

2) **Le secondine sono trattenute nell'utero per adesione totale o parziale.** La levatrice potrà diagnosticare le adesioni quando osserva, che le secondine non discendono nella vagina, **quantunque i dolori delle secondine siano regolari e forti.**

3) **Lo spasmo dell'utero** (confronta § 423) **impedisce l'espulsione delle secondine;** si dice allora che **le secondine sono incarce-**

rate. In questo caso l'utero è obliquo o molto scontorto, talvolta prende anche la forma di un orologio a polvere, è alternativamente molto duro e poi dinuovo molle e per lo più s'innalza dinuovo alquanto nel ventre. Queste doglie spasmodiche risvegliano spesso un senso di continuo e violente dolore.

§ 480.

Alle volte vedremo presentarsi una sola di queste tre anomalie indipendentemente dalle altre; altre volte esse si combineranno l'una coll'altra o si svilupperanno l'una fuori dell'altra. Così vedremo non di rado che all'adesione segue l'incarceramento della placenta ed a questo il rilasciamento dell'utero.

§ 481.

Quando l'adesione della placenta è totale, non vi sarà emorragia e *neppure lo sbotto di sangue, che si osserva nel secondamento normale.* Questo caso è *molto raro.* D'altronde la più frequente e la più importante, perchè la più pericolosa complicanza di quelle tre anomalie è sempre l'**emorragia** *troppo abbondante.* L'emorragia può essere **interna** (nascosta) ed il sangue rimane nell'utero, oppure **esterna** (aperta) e il sangue viene al di fuori, può essere anche *mista* e il sangue viene in parte al di fuori e in parte rimane nell'utero.

§ 482.

La levatrice conosce già i segni dell'**emorragia interna** (§ 308 e seg.) L'utero si fa voluminoso e molle, anzi così molle, che la levatrice *non lo può avvertire* colla palpazione del ventre. Quando la levatrice ha motivo di temere un'emorragia interna, farà subito chiamare l'ostetrico, e sino al suo arrivo cercherà di promuovere la contrazione dell'utero, *fregando* la regione dell'utero colla palma della mano, applicando *pezze assai fredde* sul basso ventre e facendo *injezioni* gelate contro l'orifizio dell'utero. Quando vi riesce, la levatrice favorirà poi le contrazioni, che ben presto si manifesteranno, *comprimendo fortemente il ventre;* il sangue che sarà per lo più aggrumato viene ora al di fuori. *Questo è un buon segno*

e deve eccitare la levatrice a continuare coi mezzi prelodati sinchè arriverà il medico o sinchè avrà espresso tutto il sangue che si è accumulato nell' utero ed anche le secondine e finchè l' utero rimane ben contratto.

§ 483.

Manifestandosi nel secondamento un' **emorragia esterna** alquanto più abbondante del solito, la levatrice *farà l' esplorazione* interna e se trova la placenta nella vagina, l' allontanerà come abbiamo insegnato nel § 219. Persuadendosi invece, che la placenta *non è ancora* discesa nella vagina, dovrà anzittuto *fregare* leggermente la regione dell' utero. Solitamente sottentrerà poi ben presto una contrazione; la levatrice favorirà questa contrazione comprimendo colla mano il ventre nel modo che abbiamo insegnato nel § 218 e per lo più la placenta discenderà. Ma se ciò non avviene e se l' emorragia continua o si ripete sempre da capo, senza che la placenta discenda nella vagina, la levatrice farà chiamare urgentemente l' ostetrico. Frattanto ripeterà le *fregagioni* all' utero, favorirà i dolori delle secondine che si manifesteranno, comprimendo fortemente il ventre e ricorrerà come abbiamo insegnato or ora alle *applicazioni e injezioni fredde*. In questo caso è meglio far le injezioni direttamente nell' orifizio dell' utero e non solamente *contro* lo stesso. A tal scopo la levatrice prenderà la cannetta forata *semplicemente*, l' introdurrà cautamente con due dita sino all' apertura dell' orifizio dell' utero e quì la scaricherà; meglio ancora terrà colle dita introdotte la cannetta in modo che la sua imboccatura guardi precisamente nell' orifizio dell' utero e farà poi compire l' injezione collo schizzetto ad una terza persona. Facendo queste injezioni è di grand' importanza di non ingettare *nessun' aria*. Facendo l' injezione col tubo lungo di gomma (§ 415, 542) si evita con maggior sicurezza questo pericolo che adoperando lo schizzetto. Oltreciò un *getto continuo di più litri d' acqua* è molto più efficace che le injezioni ripetute di piccole quantità d' acqua. Se prima che arrivi l' ostetrico l' emorragia si facesse assai violente, in modo che la levatrice dovesse temere per la vita della donna, e se non si può avere nè neve nè ghiaccio, si mescolerà l' acqua per le injezioni con eguali parti di buon aceto.

Cosa sia da fare quando sottentra un deliquio abbiamo già insegnato nel § 332. Quando le membra cominciano a diventar fredde la levatrice le frizionerà con panni caldi. Si guarderà invece di non applicare scaldini o pietre calde ai piedi, perchè ciò aumenterebbe l'emorragia.

§ 484.

Quando *l'emorragia si sospende,* la levatrice si guarderà bene di non ripetere più il riscontro, perchè nel caso contrario potrebbe promuovere nuovamente l'emorragia. Essa aspetterà quietamente l'arrivo dell'ostetrico e frattanto sorveglierà colla mano applicata al ventre la contrazione dell'utero ed esaminerà di quando in quando il panno bianco, che si trova davanti le pudende, onde persuadersi che non venga nessun sangue al di fuori.

Quando le doglie delle secondine sono assai dolorose e la levatrice non è obbligata di rivolgere la sua attenzione unicamente all'emorragia, darà alla partoriente un serviziale con una tazza di un infuso concentrato di camomilla.

La levatrice dovrà rivolgere la sua attenzione anche alla vescica; se la vescica fosse ripiena, dovrà cavarne l'orina colla siringa.

§ 485.

L'emorragia talvolta continua, altre volte si manifesta appena dopo **l'espulsione delle secondine.** Allora la levatrice farà sempre chiamar **subito l'ostetrico,** e frattanto agirà precisamente come le abbiamo testè insegnato. Nel periodo delle secondine e dopo l'espulsione delle secondine la *levatrice* non farà **mai il tamponamento della vagina,** che le abbiamo insegnato nei § 320 e 467, perchè questo tamponamento commuterebbe l'emorragia esterna in una interna e peggiorerebbe lo stato della donna.

§ 486.

Nel caso che fallissero le fregagioni al fondo dell'utero e le injezioni fredde, il miglior mezzo per frenare ancora le emorragie uterine che continuano dopo il parto è l'applicazione **del sacco di sabbia.** La levatrice dispiega un asciugamano largo o un lenzuolo

piccolo e vi mette nel mezzo 4 o 5 kili di sabbia fina, che inzuppa ben bene di acqua fredda e d'inverno meglio ancora di neve, poi lo ripiega sulla sabbia e ne torce i due capi liberi in modo che la sabbia non possa sortire. Questo *sacco di sabbia* vien poi applicato sul basso ventre della donna che giace supina. In forza del suo peso esso preme la parete anteriore dell' utero verso la posteriore, frena l'emorragia ed eccita l'utero a contrarsi, cosicchè l'emorragia si sospende poi definitivamente. Contraendosi l'utero si spinge nello spazio che resta fra il sacco di sabbia e la sinfisi del pube. Anche in questo caso è assai ben fatto di mantenere il sacco di sabbia sovrapposto all' utero per 24 a 36 ore; esso impedisce un nuovo rilasciamento dell' utero. A tal scopo si fermeranno i capi del sacco di sabbia ai lati del letto.

§ 487.

Talvolta vedremo continuare un' emorragia dopo il parto, quantunque la palpazione ci faccia avvertire l'utero ben contratto. L'emorragia viene allora da una lacerazione nel **collo dell' utero** o dalla **vagina** o dalle **parti genitali esterne.**

La levatrice dovrà perciò far un' ispezione oculare esatta delle parti genitali. Trovando nelle *parti genitali esterne* la lesione che da sangue, la comprimerà, finchè arriverà l'ostetrico, colle dita o con un cuscinetto di tela o di fila bagnato nell' aceto freddo. Le lesioni nelle parti genitali esterne che danno sangue si trovano il più frequente nel vestibulo *ai lati dell' apertura dell' uretra.* Nelle lesioni ancorchè importanti nel perineo l'emorragia è solitamente il minor male. La levatrice può esaminare colla vista anche la parte inferiore della vagina. Rintracciando quì l'origine dell' emorragia, agirà come sopra. Ma quando il sangue viene dall' alto, sino all' arrivo dell' ostetrico la levatrice farà injezioni di acqua ghiacciata o di acqua e aceto e applicherà delle pezze fredde sull' addomine.

§ 488.

Abbiamo già menzionato nel § 481, che l'espulsione delle secondine può ritardare anche senza che vi sia emorragia. Se in questo caso i dolori delle secondine si facessero spasmodici, vedi

§ 479, si dovrà chiamar subito l'ostetrico. Se il dolore fosse molto pungente, la levatrice darà frattanto un clistere di camomilla. Ma quando lo stato della donna è del resto normale, la levatrice potrà aspettare quietamente *due ore*, sorvegliando in questo frattempo l'utero colla mano e abbracciandolo e stringendolo fortemente durante ogni contrazione. Se dopo queste due ore le secondine non fossero ancora discese nella vagina, *allora* si dovrà chiamare l'ostetrico. Se le secondine venissero trattenute più a lungo nell'utero potrebbero causare gravi malattie nel puerperio.

§ 489.

Parleremo finalmente ancora di una complicanza del periodo delle secondine che per fortuna è però molto rara. Intendiamo **l'inversione uterina**, quella complicanza del parto, in cui il fondo dell'utero discende colla sua superficie interna attraverso l'orifizio dell'utero. L'utero rovesciato può venir spinto in basso sino davanti le pudende esterne ed allora abbiamo il **prolasso dell'utero inverso.** Le secondine ponno allora ancora aderire alla parete dell'utero, o si sono già distaccate in parte o del tutto; in quest'ultimo caso avremo per lo più un'emorragia mortale. L'inversione dell'utero è accompagnata da dolori acutissimi, da deliquii, da tremore ecc. ecc. La levatrice non può confondere la placenta discesa davanti le pudende coll'utero inverso, se si persuade per mezzo della palpazione del ventre della donna, che il fondo dell'utero si trova nel suo solito luogo.

§ 490.

Le cause dell'inversione dell'utero sono le *trazioni nel funicolo* prima che la placenta sia distaccata dall'utero, e lo spingere e premere inopportuno della donna mezzo sgravata. Confronta in merito quanto dicemmo nel § 228, confronta anche il § 456 e le figure 41 e 42.

La figura apposta 87 rappresenta uno spaccato da destra a sinistra dell'utero inverso prolassato, veduto anteriormente. La superficie interna dell'utero è rivolta all'esterno, vi aderisce la placenta col funicolo. Il margine che si vede a destra e a sinistra nella regione del seno vaginale è l'orlo dell'orifizio dell'utero. La

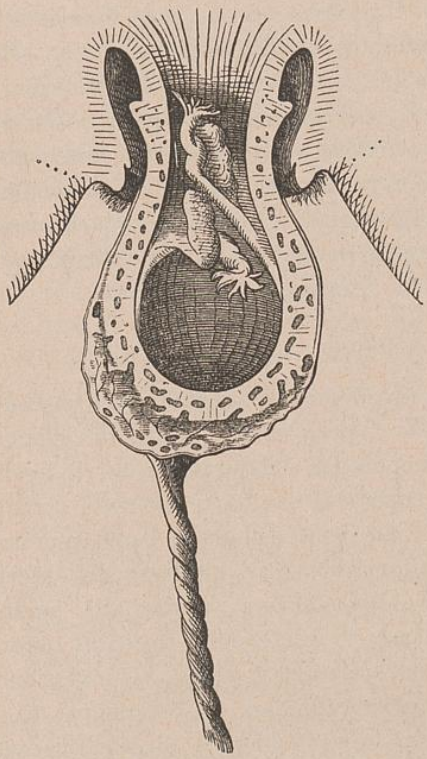


Fig. 87. 1/5 della grand. naturale.

parte superiore della vagina è rovesciata e l'utero inverso è in maggior parte già prolassato; le grandi labbra delle pudende sono marcate a destra e a sinistra con alcuni peli. Nella superficie esterna dell'utero, nella figura dunque nella parte interna, si vedono le ovaje e le trombe fallopiane.

Nell'inversione dell'utero la levatrice farà chiamare subito l'ostetrico. Frattanto proibirà severamente alla donna di spingere e premere ed impedirà che l'utero discenda ancor più in basso comprimendolo con una pezza bagnata nell'acqua fredda. In questo modo la levatrice frenerà anche l'emorragia.

Parte settima.

Del puerperio e dell' allattamento anormale.

Capitolo primo.

Malattie delle parti genitali e malattie generali della puerpera.

§ 491.

L' infiammazione delle parti genitali esterne è massimamente una conseguenza immediata del parto. Quando la gonfiezza e la sensibilità delle pudende esterne non spariscono già nel corso del secondo giorno dopo il parto, o quando un labbro o l'altro ritorna più tardi a gonfiarsi, ne dovremo ricercare la causa per lo più in quelle lesioni nella muccosa, che del resto sono bensì poco importanti, ma che questa volta tardano a guarire e che forse si sono convertite in ulceri. In tutti questi casi la levatrice farà perciò un' esatta ispezione oculare delle pudende esterne.

Le lesioni cicatrizzano e la gonfiezza e la sensibilità cedono spesso ben presto, se la levatrice osserva la massima *pulitezza*, facendo injezioni e lavande con una soluzione leggera di permanganato di potassa o di acido fenico e rinnovando spesso le biancherie del letto. Tuttavia sarà ben fatto di applicare alle pudende una pezza ripiegata a più doppi, bagnata in un infuso caldo di *fiori di camomilla* o di *erbe aromatiche*.

Ma quando la gonfiezza non cede, quando anzi si fa maggiore, o quando si forma un' ulcera con margini duri, o quando la secrezione diventa fetente, o quando *sopraggiunge la febbre* si dovrà *chiamare l' ostetrico*.

§ 492.

L' infiammazione della vagina si può essere spiegata già nella gravidanza o può essere stata causata dal parto o può spiegarsi appena nel puerperio. La levatrice la riconosce facilmente, perchè la donna prova una sensazione dolorosa nella vagina già quando vi si introduce la cannetta per le injezioni. Facendo poi il riscontro la levatrice troverà la vagina molto calda, sensibile e talvolta anche ruvida e meno umida del solito. In pari tempo la donna si sente per lo più anche del resto poco bene. Perciò si deve chiamare l' ostetrico.

Di una malattia che rassomiglia all' infiammazione trattasi anche quando continua ancor dopo il puerperio un flusso alquanto importante dalle vie genitali. La levatrice raccomanderà alla donna di osservare la massima pulitezza per mezzo di injezioni e di lavande, e se il flusso non cessasse ancora ben presto, le farà consultare l' ostetrico. Se il male venisse trascurato, la donna ne riporterebbe continui patimenti.

§ 493.

La levatrice potrà per lo più prevenire **le emorragie uterine** nel puerperio, quando osserva puntualmente tutte le regole che abbiamo dato nei paragrafi 219 a 222, 226 a 228, 253, 254, 260 e 264. Basta però l' alzarsi troppo presto dal letto, il star seduta sul letto, il premere coll' andar di corpo o coll' orinare, il ritenere l' orina per cagionare delle emorragie nel puerperio anche nelle donne del resto sane.

Quando i lochi di una puerpera restano sanguigni oltre il quarto giorno, la donna dovrà star in letto e giaciuta orizzontalmente più di sette giorni; quando i lochi di una puerpera, che si era già alzata dal letto, riprendono i caratteri del sangue, essa dovrà dinuovo mettersi al letto e ritornare al solito vitto delle puerpere ed alle bevande fresche e acidule. La levatrice avrà sopratutto cura di evacuare regolarmente la vescica orinaria. Se la puerpera accusa dolori nell' orinare o nell' evacuar le fecce o si sente più abbattuta di prima o generalmente ammalata o se la levatrice facendo il riscontro trova qualche altra irregolarità oltre

l'emorragia, si chiamerà l'ostetrico, e così pure nel caso che l'emorragia fosse violente; in quest'ultimo caso la levatrice agirà sino all'arrivo dell'ostetrico come nelle emorragie che si manifestano subito dopo il parto.

§ 494.

Per le cause menzionate nel paragrafo antecedente sopraggiungono quasi più spesso ancora delle emorragie le **infiammazioni e gli spostamenti dell'utero** e massimamente la **retroversione** e il **prolasso** dello stesso. Questi mali ponno anche essere accompagnati da emorragie o esserne anche la causa diretta. Quando sopraggiunge un'infiammazione dell'utero i lochi dapprincipio si fanno per lo più scarsi o cessano del tutto per ritornare poi dopo alcuni giorni in maggior copia e forse con odore cattivo. Le malattie sumenzionate sopraggiungono spesso repentemente e con dolori; la levatrice si guardi bene di non confondere questi dolori coi *morsi uterini*. I morsi uterini sono brevi e fanno lunghi intervalli, alla pressione l'utero non duole; il dolore invece che dipende dall'infiammazione è continuo e si accresce con la pressione e col riscontro. Non è sempre facile il differenziarli, perchè nell'utero infiammato i morsi uterini risvegliano spesso una sensazione specialmente dolorosa. Perciò la levatrice tenga a mente, che i semplici morsi non fanno febbre neppure quando sono molto intensi e dolorosi, che un'infiammazione invece, la quale sopraggiunge nel puerperio, fa quasi sempre febbre. Talvolta la febbre non dura che un giorno o un mezzo giorno, e l'infiammazione dell'utero persiste tuttavia. Le donne non accusano talvolta nessuni incommodi locali, o non sentono che una certa pressione nel sacro e forse un po' di difficoltà nell'orinare. Appena dopo alcune settimane, quando le donne vogliono riprendere le ordinarie faccende domestiche, ne risentono molestie, perchè col minimo sforzo *l'utero rimasto grande* e forse anche *spostato* vien spinto in basso o contro l'intestino retto o la vescica.

Quando le molestie prelodate sopraggiungono più tardi nel puerperio o quando si manifesta un'emorragia in tempo indebito ed anche quando durante l'allattamento insorge dopo pochi mesi senz'altre inconvenienze la mestruazione, la levatrice non trascurerà

mai di fare un' esplorazione; spesso ne troverà la causa in uno spostamento dell' utero e massimamente nella retroversione.

Quando la levatrice facendo l' esplorazione trova che l' utero è abbassato, o retroverso (vedi § 295), o doloroso alla pressione o più voluminoso del solito, *manderà la donna dall' ostetrico.* Quanto più recente sarà il male, tanto più facile verrà levato. Abbandonato a sè, porterà lunghi patimenti, sterilità e persino malattie mortali.

Gli spostamenti vecchi, che nella gravidanza avevano cessato di dare molestie, si ristabiliscono per lo più nel puerperio. *D' altronde non c' è tempo più opportuno per guarire persino malattie affatto inveterate dell' utero che il tempo della riduzione dell' utero nel e dopo il puerperio.*

§ 495.

Le **difficoltà ad orinare,** che incontriamo nelle puerpere, *sono la disuria, la retenzione e l' incontinenza d' orina.* Confronta § 292.

La levatrice giudicherà e curerà la *disuria* nelle puerpere come abbiamo insegnato nel § 293, non dimenticherà però, che la causa della disuria sono spesso quelle malattie nelle puerpere di cui parlammo nel paragrafo antecedente; facendo il riscontro rivolgerà perciò la sua attenzione massimamente alla grandezza, situazione, mobilità e alla sensibilità dell' utero e trovandovi qualche irregolarità agirà tenor le regole indicate.

In riguardo alla *retenzione d' orina* la levatrice prenderà a cuore quanto abbiamo detto nel § 263: *quindi si guarderà bene di non invitare la puerpera a mettersi carpone per provare ad evacuare spontaneamente l' orina,* perchè ciò favorirebbe il prolasso, anzi caverà l' orina colla siringa. La levatrice, che sa maneggiare con destrezza la siringa, sa che il cateterismo non provoca nessun dolore nell' uretra sana e nella vescica sana. In seguito dovremo cavare l' orina colla siringa almeno ogni 6 ore se la donna non può ancora evacuarla spontaneamente dopo che avremo fatto la prima volta il cateterismo. Oltreciò applicheremo sulla regione della vescica fomentazioni calde coll' infuso di camomilla. Quando trova una contusione o un' enfiagione dell' uretra o delle parti circonvicine, quando l' introduzione della siringa provoca dolori o non riesce, o

quando la donna non può evacuare l' orina spontaneamente neppure nel secondo giorno, la levatrice insisterà che venga consultato il medico.

L' *incontinenza d' orina,* che la levatrice riconosce dall' odore delle biancherie del letto, dipende o da una paralisia del collo della vescica o da una fistola vescico-vaginale e richiede sempre l' ajuto dell' ostetrico.

§ 496.

Nelle puerpere la **diarrea** può dipendere da irregolarità nel mangiare e bere o da raffreddamenti. Ma quando la diarrea si ripete, è sempre causata da una malattia, che richiede l' ajuto del medico. Finchè il medico non avrà dato i suoi ordini, la levatrice avrà cura di scansare quelle cause prelodate e non darà altro da bere alla donna che un decotto di avena mondata.

§ 497.

Le puerpere sono assalite spesso e per diversi motivi dalla **febbre.** La febbre insorge col senso di maggior *calore,* spesso preceduto da *brividi di freddo,* talvolta con secchezza della *pelle,* altre volte con sudori, coll' accelerarsi del *polso* e solitamente anche con malessere generale, sonno inquieto, mal di testa e mancanza d' appetito.

Il senso che percepisce la puerpera stessa dal suo calore non da una norma giusta per giudicare la febbre. La puerpera può credere di essere molto calda, eppure non ha febbre, e quando accusa forti brividi di freddo, il suo corpo può forse essere per alcuni gradi più caldo del solito. La mano della levatrice riconosce già meglio se la pelle della puerpera è più calda del solito o no. La levatrice sa però che unicamente il *termometro* ci permette un giudizio sicuro in riguardo al calore del corpo.

Quando i lochi cessano d' essere sanguigni, § 242, vale a dire circa nel terzo giorno del puerperio, molte puerpere vengono assalite da leggeri e corti brividi di freddo, ai quali quando tutto va bene dopo poche ore subentrano sudori abbondanti. Per l' addietro si credeva erroneamente che questi brividi di freddo, che dipendono

dai cambiamenti nell' utero, fossero in relazione colla secrezione del latte e perciò si nominarano falsamente **„febbre lattea"**. Le glandule lattee non fanno febbre se non quando s' infiammano.

§ 498.

Si credeva e molte donne credono ancora che la così detta „febbre lattea" appartenga al puerperio normale. Quando le puerpere bevono molto tè e si ricuoprono sino alla testa con piumacci vedremo bensì insorgere più o meno febbre nel tempo prelodato. *Ma le puerpere sane non hanno nessuna febbre, ogni febbre accenna una malattia.* E giustamente quella così detta febbre lattea che insorge nel terzo giorno del puerperio è spesso il principio di una malattia grave.

§ 499.

Non tanto di rado vediamo prodursi sulla pelle delle puerpere un esantema che si manifesta sotto la forma di numerose vescichette chiare e più tardi bianche della grandezza del pomo d' un ago e che dicesi **miliaria puerperale.** La pelle intorno alle singole vescichette talvolta è rossa, altre volte è normale; perciò noi distinguiamo la *miliaria in rossa e bianca.* La miliaria si manifesta tanto nelle puerpere che del resto sono sane, quanto in quelle gravemente ammalate. La *miliaria non ha per sè nessun significato,* se non quello che vien secernato più sudore di quanto può stillare dai pori della pelle. La causa ne è per lo più l' affondarsi sotto piumacci pesanti e l' uso soverchio di bevande calde, La miliaria non fa febbre, perciò si ha torto di parlare di una *febbre miliaria.* Se la *miliaria* ha poca importanza, tanta di più ne ha la *febbre,* perchè questa dipende da cause più serie.

§ 500.

Le malattie febbrili delle puerpere si fanno assai facilmente pericolose e portano non di rado, spesso rapidamente, la morte. Queste malattie pericolose delle puerpere si denominano sommaria mente colle due parole **„febbre puerperale"**. L' origine di queste gravi malattie trovasi non di rado nelle enfiagioni infiammatorie

nelle parti genitali esterne descritte nel § 491. Ai segni sumenzionati della febbre si associano spesso, ma non affatto sempre, forti e continui dolori nel ventre, che si esacerbano alla pressione e persino alla palpazione sebbene leggera. I lochi ponno rimanere inalterati, in tanti casi però cessano totalmente, in altri scolano in grande quantità e sono fetenti. Più tardi si ponno manifestare anche il vomito, la diarrea, il delirio e molti altri fenomeni patologici.

La febbre puerperale *può* svilupparsi spontaneamente causa i cambiamenti nelle parti genitali che produce il parto; spessissime volte però si sviluppa per mancanza di pulitezza e massimamente per infezione. *La levatrice si atterrà severamente a quanto abbiamo insegnato in questo riguardo nei § 108, 230 e 258.* I lochi di una puerpera sana, tradotti nelle parti genitali di una partoriente, ponno portarle la febbre puerperale. La levatrice che presta la sua assistenza ad una puerpera *ammalata* trasferirebbe quasi infallibilmente la febbre puerperale sulle puerpere sane affidate alla sua cura, se avesse a negliggere di osservare quella pulitezza che abbiamo prescritto per tutti i casi.

La levatrice preserverà con maggior sicurezza le sue puerpere sane e le sue partorienti dall' infezione puerperale, se si asterrà dalla cura di puerpere gravemente ammalate e se procurerà che una puerpera che si ammala venga subito affidata alla cura speciale di un' infermiera. Se non riescisse a persuaderne i parenti, spetterà al medico, che conosce i pericoli per le partorienti e le puerpere sane, di proteggere la levatrice. In alcuni paesi la levatrice trova in ciò appoggio nella legge. In certi paesi esiste anche l' eccellente disposizione, che la levatrice debba notificare alle autorità qualunque malattia grave di una puerpera.

Il proprio interesse e l' interesse delle partorienti impongono alla levatrice, che non ha potuto evitare di assumere la cura di una puerpera ammalata, di cedere le partorienti che domandano la sua assistenza ad un' altra levatrice durante questo tempo e di assicurarsi poi prima di ritornare ad assistere altre partorienti che il suo corpo e le sue vestimenta non portino più nessun pericolo d' infezione. A tal scopo prenderà un bagno caldo ove resterà immersa mezz' ora e netterà ripetutamente le mani e le braccia col sapone e colla spazzola. Dopo il bagno si vestirà intieramente

con biancheria e vestimenta nette e farà lavare con speciale esattezza, se possibile coi mezzi chimici adattati, quella biancheria e quelle vestimenta che indossava presso la puerpera ammalata.

§ 501.

In *tutte* le malattie febbrili delle puerpere la levatrice consiglierà *di consultare l'ostetrico.* Quando la febbre dura più di alcune ore o quando i brividi di freddo col susseguente senso di calore si ripetono o quando vi si associano affatto i sintomi della febbre puerperale, *la levatrice insisterà energicamente che venga chiamato l'ostetrico.* Se la puerpera non ha la diarrea, la levatrice le darà frattanto bevande fresche acide e si atterrà esattamente alle regole indicate nel capitolo antecedente. Del resto aspetterà le ordinazioni dell' ostetrico.

§ 502.

La puerpera può ammalarsi gravemente anche senza aver febbre. Queste malattie gravi sono le **convulsioni**, che si manifestano come fu descritto nel § 463, e la **demenza.** In ambedue le malattie la levatrice sarà sollecita a chiamare l'ostetrico e frattanto avrà anzitutto cura che la puerpera non faccia danno nè a se stessa nè al bambino.

§ 503.

Rare volte e massimamente dopo un parto lungo e laborioso avviene che le forze della puerpera vengano meno e che ne sopraggiunga la **morte per rifinimento.** senza che la levatrice abbia potuto avvertire qualche sintomo di malattia.

Assai di rado sopraggiunge una **morte** affatto **repentina** dopo un parto e puerperio normale, talvolta in seguito ad un movimento più vivace o nell' alzarsi dal letto o in altra simile occasione. La levatrice non può riconoscerne e quindi neppure evitarne le cause.

In ambedue i casi la levatrice agirà come nel deliquio e come negli altri casi di morte repentina e farà chiamare il prossimo medico.

Capitolo secondo.

Patologia dell' allattamento, allattamento per mezzo di una balia, allattamento artificiale e malattie negli organi della digestione del bambino.

§ 504.

La patologia dell' allattamento è di massima importanza per la levatrice, appunto perchè la levatrice quando ben se n' intende e quando è continuamente attenta, vi può far molto del bene e prevenire molti malanni.

Una delle prime difficoltà, che si oppongono all' allattamento, si è quella che il bambino non trova **ancora nessun latte** nelle mammelle della madre quando si sveglia la prima volta col bisogno di nutrimento. In questo caso il meglio è di far dare il seno al bambino provvisoriamente da un' altra donna che allatta; non trovandone una, si darà al bambino colla boccia o *poppatoio* del latte fresco di vacca che mescolato con parti eguali di acqua calda zuccherata prenda precisamente il calore materno, cioè 30 gradi; prima di ricorrere ad una balia o al poppatojo si darà però sempre il seno materno al bambino e si cercherà con perseveranza d' indurlo a succhiare e ciò primariamente per il motivo che altrimenti il bambino più tardi non si addatta più così facile a poppare e in secondo luogo perchè appunto il poppare del bambino educa la mammella ad una secrezione maggiore. Non potendo indurre il bambino a poppare, perchè non trova ancora nessun nutrimento nelle mammelle, si porgerà il seno della madre ad un altro bambino più vecchio e più robusto o ad un animale neonato (cane, agnello, capretto) onde avviare la secrezione del latte, oppure si applicheranno alle mammelle bottiglie riscaldate (vedi § 143) o convenevolmente anche quegli apparati di gomma o di gomma e vetro (fig. 88) e meno convenevolmente le così dette pompe del latte di metallo.

§ 505.

In altri casi è giustamente la **tropp' abbondanza di latte** nelle mammelle la causa che il bambino non può pigliare il capezzolo che giace troppo profondo. Anche quì dovremo anzitutto estrarre un po' di latte dalle mammelle nel modo or ora indicato, acciochè il bambino possa pigliare il capezzolo.

§ 506.

Non di rado sono **i vizi di conformazione del capezzolo** la causa che l'allattamento trova difficoltà. Il capezzolo può essere troppo largo o troppo corto o non sporge niente affatto oltre la superficie della mammella.

Per lo più si potrà rimediarvi già nella gravidanza (§ 143). Ma quando questi vizi di conformazione persistono ancora nel puerperio, prima di dare il seno al bambino dovremo ogni volta succhiar fuori il capezzolo col poppatojo. Quando il capezzolo è infossato conviene applicarvi un cappelletto bene appropriato di corno, di legno o di caoutschouc (vulcanizzato), prima di succhiarlo fuori col poppatojo di gomma prelodato. Meglio ancora si è di applicarvi un cappelletto di vetro della forma di un capezzolo normale e congiunto con un pallone di gomma elastica molto forte, come lo rappresenta la figura apposta 88. Questo poppatojo succhia fuori il più miserabile capezzolo, in modo che il bambino lo possa pigliare comodamente. La levatrice non deve stancarsi ed esorterà anche la puerpera a non perdere la pazienza. Se ad onta di tutti gli ostacoli le riesce di avviare l'allattamento, ne sarà ben ricompensata.

Fig. 88. 1/3 della grand. nat.

§ 507.

Una malattia speciale al puerperio, che è molto dolorosa e che perciò impedisce spesso l'allattamento, sono **le escoriazioni e le fessure nel capezzolo.** Per lo più si può prevenire questa malattia osservando le regole di pulitezza che abbiamo dato; ma

quando siamo obbligati di succhiar fuori con stento il capezzolo, colla miglior volontà spesso non potremo evitare le citate piccole lesioni. Avvenute le escoriazioni, si dovrà lavare il capezzolo con acqua fresca appena che il bambino si è staccato e negl' intervalli fra un succiamento e l'altro si dovrà coprirlo con una pezzetta di lino o con un po' di cotone cardato, *che si manterrà sempre bagnato con acqua.* Se per caso fosse diventato asciutto, ci guarderemo di non strapparlo via così e lo bagneremo cautamente con acqua finchè si staccherà da sè. I dolori che promuove il succiamento mitigherà il meglio un cappelletto di gomma nera non vulcanizzata. La levatrice deve sempre possederne uno o due. La levatrice vi versa un po' di latte caldo, poi l'applica con destrezza sul capezzolo e così da la poppa al bambino; in questo modo il bambino sugge solitamente benissimo, alla puerpera si risparmiano almeno in parte i dolori e le escoriazioni guariscono.

La levatrice non si lascierà indurre a curare le escoriazioni del capezzolo con acqua di piombo o con unguenti, tutte queste cose non fanno che mettere ancor più disordine nell' allattamento. Quando il capezzolo non guarisce nel modo citato si ricorrerà al consiglio del medico. La levatrice farà anche attenzione che non si accumuli mai il latte nelle mammelle per aver tralasciato di dare il seno al bambino. Questo accumulo del latte provoca un senso di peso e di distendimento e si manifesta con un' enfiagione generale della mammella, che non ne tollera la palpazione, o coll' indurirsi di singoli lobi mammari che si sentono rilevati. Ripetendosi più volte, l'accumulo del latte non fa solamente diminuire la secrezione lattea, ma può anche causare infiammazioni lunghe, dolorose e persino pericolose delle mammelle.

§ 508.

L' infiammazione e suppurazione della mammella dipende solitamente dall' aver negletto l'allattamento. Più di rado ne troveremo la causa in altre inconvenienze nel modo di contenersi della puerpera.

Con dolori solitamente acutissimi s'indurisce un punto limitato nella mammella. La pelle che ricuopre questo punto diventa poi

rossa e spesso pur dopo lunghi patimenti si apre finalmente l'ascesso. Più di rado vediamo già da bel principio indurirsi e gonfiarsi, diventar rossa e calda l'intiera mammella. Riconoscendo un' infiammazione della mammella la levatrice insisterà che venga consultato senza indugio il medico e si asterrà assolutamente di amministrare qualunque empiastro, unguento o mezzo interno. Frattanto avrà cura di regolare la defecazione con clisteri, di non dare alla puerpera che un vitto leggero, di sorreggere la mammella con una fascia che raccomanderà alla spalla opposta e di vigilare che non si accumuli il latte nella mammella. Giacchè il succiamento aumenta l'infiammazione della mammella e giacchè anche il latte della mammella infiammata non è utile al bambino, dovrà sottrarre il latte alla mammella applicandovi ripetutamente alcune pezze calde asciutte. La levatrice può mitigare i dolori spalmando la mammella con olio fino caldo ed applicandovi sopra uno strato sottile di cotone fino o di fila.

Quest' ultimo procedere è utile in tutti i casi, nei quali le mammelle rigonfie fanno male; così per esempio anche quando la donna non allatta, perchè il medico glielo abbia proibito o perchè il bambino sia morto.

§ 509.

L' allattamento fallisce talvolta, perchè il bambino è troppo debole per poppare, o perchè non può portare la lingua sino alle labbra causa la **ristrettezza del frenulo.** In ambedue i casi è assolutamente necessario di consultare il medico. Frattanto si cercherà di alleggerire il poppamento osservando le regole citate più sopra ed applicando sul capezzolo un cappelletto col bocciuolo più lungo, che entri più in dentro nella bocca del bambino.

§ 510.

Tutte le complicanze dell' allattamento, di cui abbiamo parlato sin' ora, non dispensano la levatrice dall' obbligo di fare ad onta di tutti gli ostacoli tutto il suo possibile onde avviare e regolare l'allattamento. Altre complicanze invece **proibiscono l' allattamento** già da bel principio o almeno più tardi, perchè potrebbe essere dannoso alla madre o al bambino o a tutti e due. Spetta unica-

mente al medico di considerare queste complicanze e quindi anche di decidere, se una donna debba allattare o no. La levatrice sappia però, che l'allattamento metterebbe in pericolo la madre, quando la madre è reconvalescente da qualche grave malattia o da una perdita di sangue, il bambino, quando la madre è tisica o affetta di altre malattie ereditarie, il bambino e la madre, quando la madre è molto debole o affetta di certe malattie. Anche la donna, che in un allattamento antecedente ha dovuto smettere per un motivo o l'altro di dare il latte da una o d'ambedue le mammelle, deve consultare il medico nel puerperio nuovo per sentire se possa ora allattare o no. Non è mai indifferente che una donna allatti il suo bambino o no, anzi essa o *deve* allattarlo o *non osa* allattarlo.

§ 511.

Finalmente vediamo talvolta ancora che la madre **non vuol allattare** il suo bambino. Per fortuna questo caso è raro e diventerà sempre più raro per opera delle levatrici capaci e dei medici. Per lo più sono riguardi esterni che fanno ritenere inopportuno l'allattamento a certe donne. La levatrice combatterà tali riguardi falsi e metterà avanti l'utilità e necessità che l'allattamento materno ha per la madre e per il bambino. È bensì vero che quelle donne, che appena guarite dal puerperio devono guadagnarsi il loro pane fuori di casa, non ponno allattare sufficientemente il loro bambino. Ma perciò queste donne non devono mai rinunciare da bel principio all' allattamento. Per loro stesse e per il bambino è di grand' importanza che lo allattino *almeno nelle prime settimane.* Nella maggior parte dei casi sarà anche possibile che la madre dia più mesi, almeno un pajo di volte al giorno, il seno al bambino e che del resto venga nutrito con altri alimenti. Uno e l'altro è di gran vantaggio per il bambino e la madre non deve temere che in seguito si ammalino le sue mammelle; contenendosi convenientemente le mammelle restano sane.

§ 512.

Nella donna, che non allatta il suo bambino o che ha dovuto rinunciare all' allattamento dopo pochi giorni, si rigonfiano spesso

le mammelle e fanno male. Onde mitigare i dolori e prevenire un' infiammazione, la levatrice procederà nel modo che le abbiamo raccomandato nel § 508 e procurerà inoltre di promuovere giornalmente per mezzo di clisteri una defecazione abbondante. Nella puerpera, che non allatta, l' utero suole ridursi più lentamente, per cui rimane più lungo tempo grande e pesante ed i lochi sono più abbondanti e rimangono spesso sanguigni più lungo tempo del solito. Neppure quando si sentisse del resto bene questa puerpera non potrà perciò alzarsi dal letto che alcuni giorni dopo i soliti 7 giorni. Ciò che lo stato della donna richiede inoltre ancora verrà ordinato dal medico.

§ 513.

Ora quando il bambino per uno o l' altro dei motivi prelodati non riceve nessuno o troppo poco alimento dalle mammelle della madre, si dovrà aver cura di **nutrirlo** quanto *meglio* possibile in un altro modo. Ciò si ottiene col latte di un' altra donna che allatta, con la **balia**, oppure coll' allattamento artificiale per mezzo del **poppatojo.**

§ 514.

Il bambino robusto di nascita prospera benissimo *coll' allattamento artificiale,* se la madre o un' altra persona premurosa vi si dedicano nel modo che descriveremo più tardi. Ma quando il bambino è nato immaturo o debole del resto, piccolo e mal nutrito, oppure quando dobbiamo temere, che non venga dedicato al bambino la **cura più esatta e molto più tempo di quanto richiede l' allattamento materno**, allora preferiremo la *balia.*

Taluni hanno un pregiudizio contro la scelta di una balia, perchè si lasciano guidare dal sentimento naturale, che non sia ben fatto di privare il bambino di un' altra madre dell' alimento, che per natura gli spetterebbe, per darlo al proprio bambino. Questo pregiudizio deve però svanire, se si considera, che quelle madri che vanno per balia sono già del resto costrette a slattare il loro bambino subito dopo il puerperio per potersi guadagnare il pane. Quando non vengono accettate per balie, saranno obbligate di cercarsi un altro servizio appena che le loro forze glielo

permetteranno. Il servizio come balia è molto più adattato per la giovine madre che un servizio che richiede un lavoro materiale gravoso, ed il bambino ne approfitta in seguito alla migliore mercede della madre e ben anche alla protezione da parte dei genitori del baliatico.

§ 515.

La scelta di una buona balia spetta al medico. Egli solo può giudicare in base ad un' esatta esplorazione, se una donna sia affatto sana. La *levatrice* indurrà perciò quelle donne, che le si raccomandano per andar per balia, a farsi visitare dal medico; preferirà quelle balie, che ponno comprovare con un attestato medico la loro idoneità; consiglierà ai genitori, che hanno preso una balia per il loro bambino, di farla visitare dal medico. Una donna può avere un aspetto affatto buono, eppure aver una malattia, che può trasferire sul bambino· La levatrice sappia del resto che una donna, che è ammalata o che ha dinuovo avuto la mestruazione o il cui proprio bambino non ha profittato dell' allattamento materno, *non* è atta a far la balia.

Quanto al modo di vivere, al quale si deve attenere la balia, vale ciò che abbiamo detto in questo riguardo per la madre.

§ 516.

L' allattamento artificiale è un modo di alimentare il bambino, nel quale volgarmente vien peccato molto a danno dello stesso. Certi abusi ponno persino portar la morte al bambino.

Certi animali si nutriscono esclusivamente con *legno,* altri digeriscono *ossi* solidi e ne ricavano un eccellente alimento. L'uomo non può nè l'uno nè l'altro e *morirebbe di fame* con un simile vitto, perchè i suoi organi della digestione non sono fatti come quelli di questi animali. La differenza che passa fra gli organi della digestione del bambino lattante e quelli dell' adulto è quasi così grande. **Il latte, unicamente il latte** è l'alimento adattato per il bambino; quando gli manca il *latte della madre* gli daremo *un altro latte.* Tutto ciò che consiste di *farina,* che abbia qualunque nome e che sia arrostito o cotto le cento volte, il bambino non può digerire e molto meno ancora nutrirsene.

§ 517.

Il latte che somiglia il più al latte di donna è quello dell' asina, ma è raro. Il latte di vacca si avvicina al latte di donna quando vien allungato con eguali parti di acqua ed addolcito con un poco di zucchero. Il latte di campagna è migliore di quello di città; in ogni caso dobbiamo persuaderci, che le vacche che celo danno vengano tenute nette e sieno ben nutrite. Se possibile il latte verrà preso sempre dalla stessa vacca e verrà dato al bambino appena munto, senza sfiorarlo e senza cuocerlo. Ma quando non sappiamo, se il latte provenga da una vacca sana o se sia veramente affatto fresco, faremo meglio di farlo bollire. Il latte vien dato al bambino con una boccia, che è munita di una linguetta di osso o di gomma o di un altro materiale adattato, per succhiare, perchè il *succiamento* è utile per il bambino. Il latte deve avere la temperatura del latte di donna, può essere piuttosto un po' più fresco che non più caldo. Si riscalda il latte, riscaldando prima di mescervela quella quantità di acqua che è destinata per allungarlo, o tenendo immerso nell' acqua calda il poppatojo col latte già allungato, finchè arriva a 30 gradi. Quando il latte è già stato allungato dal venditore, ciò che avviene dispesso, basta addolcirlo e riscaldarlo prima di porgerlo al bambino. Per addolcire il latte si prende per ogni tazza di liquido un cucchiaijno del tè di *zucchero di latte*, che si può ritirare da ogni farmacia.

Quando non si può avere del buon latte fresco, si farà bene di prendere il *latte condensato*, che vien preparato con eccellente latte in Isvizzera. Un cucchiajo raso da tavola di questo latte condensato allungato con quindici e per bambini un po' avanzati in età anche meno cucchiaij di acqua calda dà un' eccellente bevanda per il bambino lattante. Non fa neppur bisogno di addolcirlo. Il latte condensato contiene giustamente tanto zucchero quanto ne occorre per addolcire la diluzione sovraccennata dello stesso.

Un buon surrogato del latte di donna è la *„minestra del Liebig“*, che la levatrice imparerà a preparare dal medico, se non l' ha già imparata preparare nella scuola di levatrici. La preparazione di questa minestra è un po' complicata. Più semplice è l' uso del preparato del farmacista Liebe, che porta l' etichetta „ali-

mento pei bambini lattanti di Liebe-Liebig". Si può averlo in quasi tutte le farmacie. Si amministra col latte condensato allungato nella proporzione di mezzo cucchiajo da tavola per ogni 16 cucchiaij di latte condensato allungato.

§ 518.

Da bere si darà al bambino tante volte al giorno quante dovrebbe poppare il seno materno. In quanto alla quantità il bambino si regola da se; appena ci accorgiamo che ne ha abbastanza, allontaneremo però la boccia. Il bambino sano rigetta bensì con facilità ciò che ha bevuto di troppo, ma pian piano lo stomaco si assuefà al soprappiù e la forza digestiva ne soffre. Volgarmente si crede che il bambino che rigetta prosperi bene; finchè il bambino si difende contro l'ingestione di una soverchia quantità di liquido, potrà bensì ancora profittare; meglio è però di risparmiare allo stomaco la fatica di mettersi in difesa.

§ 519.

Il liquido rimasto nella boccia va versato via, la boccia stessa va subito nettata e la sua linguetta va messa nell' acqua fresca. La bevanda va preparata ogni volta da capo. Anche la bocca del bambino deve venir nettata accuratamente dopo ogni pasto con una pezzuola di lino e con acqua fresca.

§ 520.

Nel terzo e quarto mese di vita il latte di vacca vien allungato sempre di meno ed importa due terzi e poi tre quarti del liquido; trascorso il quarto mese di vita vien amministrato puro. Dal settimo mese in là si potranno dare al bambino oltre la boccia una o due volte al giorno piccole quantità di cibi con farina. Il meglio conviene una pappa leggera di biscottino o di pan bianco con latte ed un po' di zucchero, o di riso e latte ben cotto.

Solamente quando si comincia a slattare il bambino, cioè dopo lo spuntare dei denti incisivi, conviene abituare il bambino ad ingerire gradatamente anche altri alimenti.

§ 521.

I bambini immaturi ed anche i bambini maturi nati deboli stanno sempre male, quando devono venir allevati artificialmente. Questi bambini spesso non ponno digerire il latte di vacca. Allora dovremo cercare altri alimenti artificiali adattati e spesso anche rinforzare gli organi della digestione con vino o medicamenti. Noi sorreggeremo inoltre la debole vitalità di questi bambini, bagnandoli frequentemente nell' acqua medicamentosa e riscaldandoli artificialmente. *In questi casi la levatrice ricorrerà sempre al consiglio del medico.*

§ 522.

I disordini negli organi della digestione del bambino si manifestano in prima linea con *vomito*, con *diarrea*, con *stitichezza* e con *afte in bocca*. Ponno portare la morte in poco tempo o dopo lunghi patimenti. Le cause ne sono nella maggior parte dei casi **errori nell' alimentazione**: la tropp' abbondanza e la scarsezza di alimento e l' amministrazione di alimenti non adattati.

Crediamo superfluo di enumerarne tutte le singole cause, perchè la levatrice ne può prevenire la maggior parte quando osserva severamente le regole che le abbiamo insegnato nella parte quarta di questo manuale ed in questo capitolo. Non possiamo però far a meno di accennare all' abuso assai propagato delle **tettaruole** o dei **succiatoij**. Sono capaci di guastare la digestione al bambino più sano e tanto più ai bambini già ammalati, ai quali vengono messi in bocca per quietarli. La levatrice deve perciò combattere questo abuso colla massima perseveranza ovunque lo trovi. Oltre ai disordini di stomaco e d' intestini il succiatojo fa anche cattivi denti e una brutta bocca.

§ 523.

I bambini che vengono nutriti unicamente con latte **vomitano** solitamente senza manifestare anticipatamente nessuni segni di nausea e senza sentire quel strozzamento doloroso e quelle scosse violenti del corpo che ne provano gli adulti; perciò dicesi anche che *sputino*. Il latte che rigetta il bambino del resto sano è acca-

gliato e manda un leggero odore acido. La levatrice cercherà di scoprire l' errore nell' alimentazione che ne è la causa e lo correggerà. Quando si tratta di un allattamento artificiale esaminerà massimamente il latte onde persuadersi che non sia già acido quando vien dato al bambino. Il latte acido va subito versato via. Quando il bambino continua a vomitare anche dopo che ne avremo levato la causa, o quando non ci riesce di trovarne la causa, sarà spesso ben fatto di allungare il latte con un infuso leggero di semi di finocchio o di fiori di camomilla invece di acqua, e meglio ancora di lasciar via del tutto il latte per un giorno o due. Ma se il bambino continuasse ancor sempre a rigettare ciò che ha bevuto, o se il bambino vomitando manifestasse dei segni di dolore o d' inquietudine, si chiamerà subito il medico.

§ 524.

Quando un bambino ha più di quattro evacuazioni alvine nel corso di 24 ore, allora diciamo che abbia la **diarrea**. In questo caso l' evacuazione alvina è solitamente verde, o liquida, o muccosa, o accagliata o persino mescolata con sangue. Quest' evacuazione manda spesso un odore acido, il bambino manifesta spesso dei dolori nell' andar di corpo. Nel bambino lattante la diarrea è sempre di grand' importanza e richiede subito il consiglio del medico. Onde mitigare frattanto i dolori, che prova il bambino, la levatrice gli darà un clistere con un decotto caldo di semi di lino e gli applicherà una pezza di flanella intorno al ventre. Indagherà inoltre se forse fu commesso qualche errore nell' allattamento e ne impedirà la continuazione o ripetizione.

Il bambino che è affetto *contemporaneamente di vomito e diarrea* è solitamente in gran pericolo. Perciò la levatrice sarà sollecita a far chiamare il medico.

§ 525.

La **stitichezza** è frequente massimamente nei bambini che vengono nutriti col latte di vacca. Le evacuazioni alvine di questi bambini sono più asciutte e più rare, perchè il latte di vacca vien digerito più lentamente. Quando un bambino che vien nutrito col latte di vacca va *una volta* al giorno del corpo e profitta anche

bene, possiamo *essere contenti. Una* evacuazione alvina per giorno è però assolutamente necessaria. Ai bambini, che dobbiamo privare già da principio del latte materno, manca il purgante naturale per evacuare il meconio. Quando un bambino non evacua ancora nessun meconio nel primo giorno, e più tardi quando un bambino non ha ancora avuto nessuna evacuazione alvina sino alla sera, o quando l'evacuazione alvina è talmente asciutta e dura, che il bambino ne prova dolori, allora la levatrice darà al bambino un clistere con acqua e latte o un po' di sciroppo o di miele. La levatrice si asterrà invece totalmente dall' amministrare mezzi interni.

Ma quando la stitichezza è congiunta con calore o con inquietudine del bambino, o quando il bambino non ha ancora avuto nessuna evacuazione alvina trascorse le prime 24 ore, allora si dovrà consultare il medico. In merito a questa ultima complicanza la levatrice sappia, che l'intestino retto può essere chiuso anche in un punto più alto e non solamente nell' ano, che del resto non avrà mancato di visitare già subito dopo il parto onde persuadersi che sia ben formato; questa complicanza richiede come la chiusura dell' ano l'ajuto del medico.

§ 526.

Le afte nella bocca del bambino lattante sono una specie di muffa, che si forma massimamente quando si negligge di osservare la pulitezza prescritta. L'amministrazione di alimenti inetti preparati con farina e la già menzionata tettaruola favoriscono le afte. Per la cura conviene almeno *ora* la massima pulitezza della bocca; le afte spariranno spesso senz' altro già dopo pochi giorni. Ma quando le afte si propagano alla bocca intiera, o quando il bambino manifesta coll' insorgere delle afte anche altri fenomeni patologici, per esempio diarrea, si consulterà subito il medico. La levatrice si asterrà severamente dall' amministrare qualunque medicamento interno od esterno, e ciò anche quando la madre stessa lo desiderasse.

Capitolo terzo.

Di alcune altre malattie dei neonati e dei bambini lattanti.

§ 527.

Nelle prime ore e nei primi giorni della loro vita molti neonati trovansi in gran pericolo causa la così detta **debolezza congenita** (confronta § 477) e la maggior parte di questi bambini vi soccombe senz' altre complicanze, per il semplice motivo *che non respirano coll' energia necessaria.*

Noi incontriamo questa debolezza congenita nei bambini nati asfittici e nei bambini nati immaturi, talvolta però anche nei bambini che sono nati maturi e robusti e che nel parto erano in apparenza affatto vispi.

Il bambino che è affetto di debolezza congenita dorme molto, ha poco bisogno di nutrirsi, grida poco e niente affatto e viene perciò riguardato per un bambino di buona pasta. La faccia e le membra diventano facilmente fredde, la pelle prende un colore azzurrognolo, i moti del bambino sono anche nel bagno lenti e poco energici. Il bambino muore alle volte mentre dorme quietamente, altre volte invece dopo aver sofferto in sulla fine ancora mancanza di respiro.

La levatrice può prevenire in molti casi la debolezza congenita, osservando la regola di non mai mettere dopo il parto un bambino a dormire, prima che non abbia gridato alla distesa.

Ma quando ci troviamo di fronte ad uno stato già spiegato di debolezza congenita, terremo il bambino lungo tempo nel bagno caldo e alternativamente lo immergeremo nell' acqua fredda, come facciamo col bambino asfittico; nel nostro caso il bagno deve però essere un po' più caldo e può arrivare a 29 gradi, l'immersione deve venir ripetuta sinchè il bambino griderà ad alta voce e alla distesa. Quando la debolezza congenita è grande, è necessario di

ravvivare il bambino col metodo del palleggiare, come se fosse nato profondamente asfittico.

Anche quando il pericolo imminente fosse levato, la levatrice farà bene di consigliare che venga consultato il medico.

§ 528.

Il solito *capo succedaneo* dei neonati sparisce spontaneamente. Quando è molto voluminoso, come dopo un parto che ha durato lungo tempo, vi applicheremo una pezza bagnata in un infuso caldo di fiori di camomilla o di erbe aromatiche e che dovremo sempre storcere ben bene, per impedire che il liquido scoli dalla pezza sulla faccia del bambino.

Quando il tumore che risiede sul capo s' ingrandisce ancora dopo il parto, o quando si forma nuovamente un tumore sul capo dopo il parto, la levatrice deve temere, che si tratti di un **trombo** e domanderà che venga consultato il medico.

§ 529.

Le emorragie ombellicali, che incontriamo talvolta nei neonati, ponno dipendere da una qualche mancanza nella cura del tronco fetale del funicolo o da malattie proprie del funicolo.

La levatrice si terrà alle regole, che abbiamo dato per il caso che si strappi il funicolo, e sarà sollecita a far chiamare il medico.

Invece di cicatrizzarsi la ferita dell' ombilico si può trasformare in un' **ulcera.** Anche in questo caso è necessario di chiamare il medico.

Nei bambini, che gridano senza tregua mentre l' ombilico si cicatrizza, si formano non di rado delle **ernie ombellicali.** Appena se ne accorge, la levatrice farà vedere il bambino al medico, acciochè l' ernia possa venir guarita già in sull' insorgere per mezzo di una cura adattata.

§ 530.

Fra le **malattie della pelle** la più frequente e meno pericolosa sono le **screpolature della pelle**; si manifestano massimamente nei bambini ben nutriti nelle pieghe della pelle, nell' inguine, fra le natiche, sotto le ascelle e al collo. Onde prevenire e far guarire

queste screpolature della pelle, basta spesso tener il bambino assai netto e non maltrattarlo nel bagno e nel lavarlo. Se ciò non bastasse, ogni volta che asciugherà il bambino dopo avergli lavato accuratamente le parti ammalate, la levatrice cospergerà le pieghe della pelle colla *polvere dei semi di licopodio,* che ritirerà dalla farmacia e che applicherà con un fiocco di cotone. Quando fallisse anche questo mezzo, ricorreremo a quello più efficace di una mescolanza di eguali parti di *licopodio e di ossido di zinco* che vien preparata nella farmacia. Tutte le altre polveri, che vedremo usare da certe donne, come le foglie di rosa, l'argilla, la tarlatura e massimamente gli unguenti fanno più danno che utile.

Quando le parti escoriate fossero dure e rigonfie, o quando vi si formassero delle piccole ulcere, si dovrà consultare il medico.

La solita **itterizia** dei neonati, che non è congiunta con altri disordini nello stato di salute del bambino, non deve venir riguardata come malattia. Vedi in merito il § 249. L'itterizia accompagna però anche certi gravi disordini di stomaco e d'intestini, certe gravi malattie dell'ombilico del neonato e certe malattie febbrili. Per questi casi vale ciò che diremo nel § 534.

Anche nelle prime settimane e nei primi mesi dopo il parto le malattie della pelle sono discretamente frequenti nei bambini lattanti. Le cause ne sono spesso errori nell'allattamento ed errori nella cura del bambino in generale. Perciò la levatrice può prevenire molte malattie della pelle e farne guarire altrettante già in sull'insorgere, quando le riesce di scoprire e correggere questi errori. Altre malattie della pelle hanno cause più serie, molte dipendono da una malattia contagiosa ereditata, vedi il § 437.

Quando si manifestasse il *morbo vescicolare* sulla pelle del bambino, o quando si formassero dei *tumori marciosi* nella pelle, quando sopraggiungesse la *risipola* o un'enfiagione *bianca* della pelle, o la cosidetta *crosta lattea,* la levatrice insisterà, che venga consultato il medico, e si asterrà dall'amministrare qualunque mezzo esterno o interno.

§ 531.

Non di rado vedremo **gonfiarsi le mammelle** nei neonati; talvolta scola anche un po' di latte dalle stesse. Questa enfiagione passa solitamente da se stessa, quando le piccole mammelle non

vengono compresse e maltrattate nel bagno e nel vestire il bambino. Donne sciocche e superstiziose credono però ancora, che si debba esprimere il latte che contengono le mammelle del bambino. In seguito le mammelle s'infiammano e l'infiammazione ne produce poi spesso la suppurazione.

Quando le mammelle s'infiammano, la levatrice le spalmerà leggermente con olio caldo di mandorle e le coprirà poi con un po' di cotone cardato. Se l'infiammazione non si risolve ben presto, se anzi l'enfiagione cresce, mentre la *pelle diventa rossa,* allora si farà vedere il bambino al medico.

§ 532.

L'infiammazione degli occhi dei neonati è una malattia assai pericolosa. Negliggendola i bambini ponno perdere irremisibilmente la vista in pochi giorni. In questa malattia è perciò necessario di chiamare subito il medico. Finchè questi non avrà ancora dato i suoi ordini, la levatrice farà applicare sugli occhi continuamente dei cataplasmi freddi, se possibile gelati, con piccole pezzette di lino ripiegate a sei doppi e farà nettare gli occhi accuratamente dal mucco e dalla materia che secernano. Finchè si è infiammato *un* occhio solo, si coricherà il bambino in modo che la secrezione dell'occhio ammalato non possa toccare l'occhio sano. La massima pulitezza è necessaria anche per impedire che qualcheduno si porti nel proprio occhio il mucco o la materia che secerna l'occhio ammalato del neonato; senza questa precauzione ci potrebbe accadere di trasferire questa pessima infiammazione.

§ 533.

Le **convulsioni** (e gli spasmi) sono frequenti tanto nei neonati quanto anche più tardi nei bambini lattanti. Sono sempre pericolose e richiedono perciò il pronto ajuto del medico. Le cause delle convulsioni sono spesso raffreddamenti ed errori nell'allattamento, spesso anche un regime scorretto della madre che allatta o della balia.

Una specie di convulsioni (spasmi) dei neonati particolarmente pericolosa è il **trismo,** il cui unico segno è, che il bambino non può allontanare la mandibola inferiore dalla superiore, e che perciò

non vien sempre riconosciuto in sul principio, ove ci sarebbe ancora la maggior probabilità di curarlo con successo.

Sino all' arrivo del medico la levatrice darà un clistere con un infuso di camomilla al bambino e preparerà un bagno caldo, onde non perdere inutilmente tempo, qualora il medico lo ordinasse.

§ 534

Ci sono ancora **molte altre malattie dei neonati e dei bambini lattanti,** la cui diagnosi e cura spetta però al medico. La levatrice imparerà ben presto a distinguere il bambino ammalato dal bambino sano. Quando il bambino grida continuamente senza che abbia fame o che sia sporco o che le vestimenta gli facciano male; quando rifiuta costantemente il nutrimento; quando ha la pelle molto calda; quando respira assai frequentemente ed irregolarmente; quando invece di profittare dimagrisce anche senza manifestare neppur uno dei segni di malattia prelodati: *in tutti questi casi esso è ammalato;* ciò basta per ricorrere all' ajuto del medico.

Quando spuntano i denti al bambino o quando sono per spuntare, il bambino si ammala assai spesso. Certe donnicciuole credono bensì, che la dentizione sia necessariamente congiunta con diarrea o con altre malattie e cercano di pacificare le madri, che desiderano un consiglio medico, dicendo che tali indisposizioni accompagnino ordinariamente la „**dentizione**". La levatrice, che ha un po' di esperienza, sa, che molti bambini *muojono* precisamente durante la „dentizione", non causa la dentizione, ma causa le varie malattie che sopraggiungono nel tempo della dentizione e causa i molti errori, che si commettono giustamente durante questo tempo nell' allattamento dei bambini.

Quando si ammala un bambino che fa denti, la levatrice intelligente consiglierà perciò alla madre *di negliggere il meno di tutto in questo tempo di consultare il medico.*

Appendice.

Capitolo primo.

Come la levatrice si debba contenere quando collidono diversi dei suoi doveri.

§ 535.

La funzione più importante della levatrice è l' **assistenza al parto.** Non può rifiutare a nessuna donna quest' assistenza, se non nel caso ove sia impedita di prestarla causa malattia (in qual caso ne deve informare le autorità locali) o che sia già occupata presso un' altra partoriente quando vien chiamata per una seconda. **La levatrice non può cioè abbandonare una partoriente,** tranne nel caso ove venga frattanto rimpiazzata da un' altra levatrice o che il *medico*, che è presente al parto, le permetta di andar via per un certo tempo. La levatrice sa, che in ogni tempo del parto ponno subentrare *improvvisamente* delle circostanze, che richiedono la sua presenza.

§ 536.

Perciò la levatrice non deve *mai* voler assistere contemporaneamente a due parti. Mentre si trova per istrada per andare da una partoriente presso l' altra, potrebbero patir danno ambedue le partorienti coi loro bambini, cioè quattro persone, causa la sua assenza. Quella donna che avrà richiesto più tardi il suo ajuto, dovrà quindi rivolgersi ad un' altra levatrice. Se quest' altra levatrice abitasse molto lontano e non potesse arrivar sul luogo che dopo diverse ore, una delle due partorienti dovrà necessariamente

far senza l'ajuto della levatrice *durante questo tempo. Quella delle due partorienti, che avrà il più bisogno del pronto ajuto della levatrice*, avrà anche il diritto di richiamarlo per se. Ma quando le circostanze permettono di chiamar per tempo l'altra levatrice, *quel parto, al quale la levatrice già assiste*, ha sempre la preferenza innanzi a quello, presso il quale vien chiamata più tardi, e ciò per quanto povera sia la prima e quanto ricca la seconda partoriente. La levatrice non deve mai posporre il suo *dovere* alla *speranza di una maggior mercede.*

§ 537.

Tutti gli altri servigii, che la levatrice presta alle donne gravide, alle puerpere, ai bambini, agli ammalati, devonsi considerare come secondarii in confronto a quelli, che può prestare alle partorienti. Un' altra donna non sa assistere una partoriente, ma bensì fare il bagno al bambino, nettare la puerpera e così via, finchè la levatrice sarà occupata nell' assistere al parto. Per tutti gli altri servigii la levatrice non è solitamente obbligata a tenersi ad un' ora precisa, e se la levatrice sa ben scompartire il suo tempo, potrà preservarsi dal negliggere un suo dovere per soddisfare agli altri.

§ 538.

Quando la levatrice farà chiamare l'ostetrico, farà bene di *partecipargli con poche parole in iscritto* il motivo, per cui desidera la sua presenza.

In più di una occasione abbiamo ammonito in questo manuale la levatrice a dichiarare necessario il consiglio del *„medico“*. La levatrice sappia del resto, che ogni ostetrico è anche medico, che però non tutti i medici sono ostetrici e che in molti casi, per esempio nelle malattie dei bambini, il consiglio di quel medico che non si occupa d'ostetricia è parimente buono.

§ 539.

Coi precetti, che la levatrice darà alle donne in base a ciò che ha imparato, incontrerà molteplici contrarietà, massimamente in quanto riguardano la cura della puerpera e del bambino. La

levatrice non cederà però troppo presto ed ancor meno si lascierà indurre a diventar infedele ai suoi principij, forse perchè la metà o più della metà di quelle puerpere, che non osservano i suoi consigli, se la scampano senza danno. Il danno si manifesta forse appena dopo molti anni, in una gravidanza, in un parto o puerperio posteriore, e vien poi attribuito erroneamente a tutt' altre cause.

S' intende da sè, che la levatrice non può sforzare nessuna donna a seguire i suoi consigli; non può neppure rifiutarle la sua assistenza. Insisterà fermamente sul suo parere e lo difenderà producendo sempre di nuovo i suoi buoni vecchi motivi.

§ 540.

Alla levatrice sta bensì molto bene di portar i bambini al battesimo e di prestarsi per certi altri servigij, che si riferiscono al battesimo, ma ciò non è suo *dovere* e deve perciò *venir posposto a tutte le sue incombenze professionali.* Quella levatrice, che volesse negliggere una donna gravida o una puerpera, un neonato, o persino una partoriente per assistere ad un battesimo sarebbe affatto senza coscienza.

La levatrice non si *caccierà* neppure per prestare simili servigij; quando non sa, se è la benvenuta, farà meglio di tenersi lontana. Quando si esibisce per servigij, che non le impone il suo dovere, degrada la dignità della sua professione.

Capitolo secondo.

Del modo di applicare i rimedii.

§ 541.

In questo manuale la levatrice ha imparato a conoscere differenti mezzi, che deve ordinare ed applicare *da sè,* in parte per prevenire, in parte per rimuovere certe malattie.

In altri casi si è il medico che le ordina l'applicazione di questi mezzi. Il medico le ordinerà di applicare ancora molti

altri mezzi, che del resto non potrebbe applicare senza *l'ordine espresso del medico.*

Del *modo* come la levatrice debba applicare questi mezzi trattano i seguenti paragrafi.

§ 542.

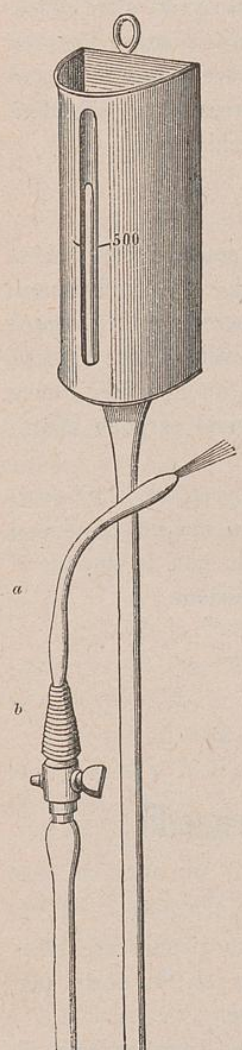


Fig. 89.
1/5 della grand. nat.

Le injezioni nella vagina vengono fatte dalla levatrice coll' intenzione di sciacquare la vagina o coll' intenzione di dirigere un forte getto d' acqua contro l' utero e sotto certe circostanze anche nell' utero stesso attraverso all' orifizio aperto. Nel primo caso la levatrice si serve di una cannetta, il cui pomo ha diversi fori all' intorno, nel secondo caso invece di una cannetta perforata una volta sola in cima.

Per far l' injezione tanto la levatrice quanto la donna stessa faranno bene di servirsi del così detto *irrigatore,* di un recipiente di porcellana o di tola, che cape 1 o 2 litri e dal cui fondo parte un tubo di gomma lungo 1 1/2 sino 2 metri che termina nella cannetta uterina. Il recipiente vien tenuto in alto o attaccato alla parete. L' acqua ne scola mercè la sua propria pressione.

La figura 89 rappresenta un recipiente di tola, che cape 1 litro e che è munito di un anello per attaccarlo alla parete. Il tubo di gomma termina (nella figura è rivolto in su) in un' aggiunta di corno, di caoutschouc (vulcanizzato) o di metallo, la cui cavità può venir chiusa per mezzo di una spina. L' imboccatura di quest' aggiunta, *b*, è cuneiforme e porta la cannetta uterina *a*, che ha un foro solo in cima. L' estremità cuneiforme dell' aggiunta *b* ha diversi giri intagliati trasversalmente e può venir incastrata anche

in una di quelle cannette con molti fori che si trovano dappertutto da comperare.

Nella parete anteriore del recipiente di tola trovasi incastrato un tubo di vetro, che in fondo comunica colla cavità del recipiente. Per mezzo di questo meccanismo molto pratico si può vedere esternamente, quanto liquido ci sia ancora nel recipiente, ed in caso chiudere a tempo la spina o ritirare la cannetta, o versarvi a tempo altr' acqua, quando l'injezione dev' essere più abbondante.

Un altro istrumento molto pratico e per adoperare presso le partorienti quasi più pratico ancora di quello testè descritto e più facile a trasportare consiste in un tubo ben forte di gomma lungo 2 metri, che da una parte termina in una cannetta uterina di metallo (per preferenza di stagno) lunga 30—35 cm. e col pomo perforato *una volta* sola. Dall' altra parte il tubo termina in un peso di piombo, che ha la forma di un emisfero e che è perforato nel centro. Il peso di piombo vien calato nel fondo del recipiente, che contiene il liquido per l'injezione, vedi la figura apposta 90, ed il recipiente vien collocato in alto.

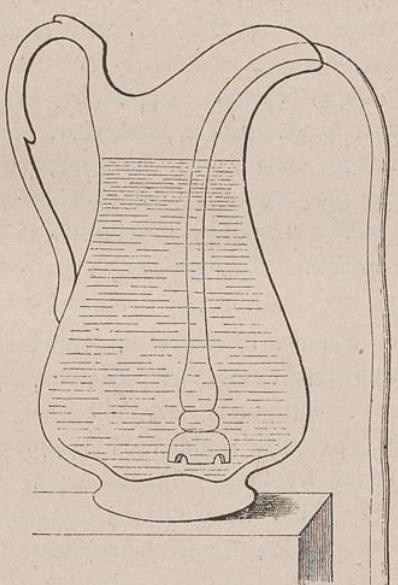


Fig. 90. 1/5 della grand. nat.

Prendendo in bocca il pomo della cannetta uterina (che si può coprire con una pezzetta fina di lino) si aspira il liquido, che poi scola fuori da se senza interruzione, finchè il recipiente è vuoto. La forza colla quale scola fuori il liquido è tanto maggiore, quanto più in alto fu collocato il recipiente. Riempiendo sempre dinuovo il recipiente, prima che sia vuotato intieramente, la levatrice può prolungare l'injezione a suo piacimento.

La cannetta uterina dev' essere di metallo, onde poterla nettare prima e dopo ogni injezione con acqua bollente e con una forte soluzione di acido fenico o di permanganato di potassa. Deve anche essere lunga, acciochè il tubo di gomma, che non comporta l'acqua bollente, non venga mai in contatto colle parti genitali e con quelle materie che secernano. Un vantaggio del semplice sifone in confronto all' irrigatore si è quello, che si può adoperare qualunque recipiente per l'injezione, come un vaso dell' acqua o una secchia, e che quando l'injezione dev' essere abbondante, non abbiamo bisogno di essere continuamente attenti, che il recipiente non si vuoti del tutto.

Moltissime levatrici si servono ancora delle antiche canne di stagno. Giustamente per il motivo che questo utensile richiede una grande accuratezza nel maneggiarlo e che è meno pratico, è di grand' importanza, che la levatrice sappia maneggiarlo rettamente. Si empie la canna, aspirandovi il liquido collo stantuffo o prendendo fuori lo stantuffo e versandovi poi il liquido mentre si tien chiusa la cima della canna che guarda in giù e mettendovi poi sopra lo stantuffo. In tutti e due i casi si volge quindi la cima della canna in alto e si spinge lo stantuffo in avanti, finchè comincia a sortire il liquido. *Ciò negligendo la levatrice rischia di injettare anche dell' aria col liquido, e ciò può recar danno.*

Empita la canna, la levatrice prenderà la cannetta uterina, e dopo averla unta ben bene coll' olio e pelle puerpere anche riscaldata, l'introdurrà coll' indice ben oliato per la lunghezza di quasi un dito nella vagina. Ritirando poi l'indice prenderà la cannetta uterina fra le sue dita in modo, che riposi colle sue creste nella palma della mano ed *ora solamente* unirà la canna alla cannetta e ve l'adatterà convenientemente.

Così mentre una mano tiene ferma la cannetta uterina e la stringe contro la canna, per impedire che non urti in nessun luogo contro la parete della vagina, l'altra mano della levatrice spinge lentamente lo stantuffo nella canna. Onde raccogliere il liquido che rifluisce dalla vagina, si metterà prima di principiare l'injezione un vaso adattato fra le cosce o sotto le natiche.

Ciò fatto, la levatrice staccherà dinuovo la canna dalla cannetta uterina e ripeterà poi se è necessario l'injezione precisamente

come prima, o allontanerà poi cautamente anche la cannetta uterina nella direzione dell' asse.

§ 543.

L'irrigatore è altresì l'apparato più adattato per applicare il **clistere** (lavativo, serviziale). All' aggiunta chiusa colla spina si adatta una cannetta ad uso clisteri invece della cannetta uterina. Poi si apre la spina, onde lasciar sortire un po' di liquido ed espellere così l'aria, e dopo averla dinuovo chiusa, s'introduce cautamente la cannetta nell' intestino retto. Presso la donna cresciuta per 5—7 cm. in lunghezza e per 2—3 cm. presso il bambino, nella direzione dal davanti all' indietro ed un po' a sinistra. Aprendo la spina scorrono facilmente uno o più litri di liquido dal recipiente tenuto in alto o attaccato alla parete nell' intestino. Il liquido si scarica il più facilmente quando la paziente giace sul fianco col tronco inclinato in avanti o quando si colloca sui ginocchi e sui gomiti.

L'introduzione della cannetta richiede una speciale attenzione presso le donne ammalate, che hanno infiammazioni o tumori nel bacino. Incontrando un ostacolo, la levatrice non cercherà mai di superarlo colla forza. Quando non le riesce facilmente di scansarlo, introdurrà l'indice ben oliato nel retto per eruire, in quale direzione la strada sia libera, o desisterà dall' applicazione del clistere sinchè non avrà consultato il medico in merito.

Questo manuale parla in più luoghi dei liquidi da injettarsi. Il medico ne ordina spesso degli altri ancora. Quando il serviziale deve promuovere il beneficio di corpo e quando il medico non ha dato altri ordini, la levatrice prenderà per la persona cresciuta 1—2 litri e per il bambino lattante una tazza di liquido temperato a 27° R.

Per applicare i clisteri, che tenor ordinazione non devono contenere che poco liquido, per esempio i clisteri frequentemente ripetuti di acqua fredda, o i clisteri che devono servire ad introdurre nell' intestino retto un medicamento che vi deve rimanere, sarà meglio servirsi di una piccola palla di gomma ad uso clisteri invece dell' irrigatore.

Anche i clisteri si danno ancora spesso colla canna di stagno. La canna vien empita nel modo descritto nel paragrafo antecedente. Chi deve ricevere il clistere si mette nella posizione sul fianco colle cosce un po' piegate sul ventre; i bambini verranno collocati il meglio sul grembo della madre, le donne cresciute sulla sponda del canapé o del letto. Ciò fatto, s' introduce la cannetta nel retto nella direzione indicata e pur dopo si adatta la canna alla cannetta. Abbassando lo stantuffo nella canna si farà attenzione di non smuovere la cima della cannetta.

§ 544.

La **siringa** della levatrice è una cannetta di argentano, destinata a cavare artificialmente l' orina, quando la donna non può emetterla spontaneamente a tempo dovuto. A questo scopo la levatrice colloca la donna nella solita posizione supina colle cosce un po' allargate, ed introduce poi l' indice di una mano nella vagina, precisamente come se volesse fare il riscontro, ma arrivata nella vagina ne costeggia la parete anteriore, cosicchè senta fra la superficie palmare del dito e la parete posteriore della sinfisi del pube quella corda grossa che rappresenta l' uretra. Quindi ritira un po' il dito, costeggiando sempre la sinfisi del pube, sinchè arriva all' estremità inferiore dell' uretra, che forma il confine fra la vagina ed il vestibolo. Se la levatrice ha il tatto fino, distinguerà colla punta del dito mezzo centimetro più in avanti l' apertura dell' uretra. Quindi prenderà coll' altra mano la siringa, che avrà già anticipatamente risciacquata in una leggera soluzione di acido fenico e che ne sarà ancor bagnata, e costeggiando la superficie palmare dell' indice la porterà verso la muccosa e nell' uretra. Quindi abbasserà la mano, nella quale tiene la siringa, ed arriverà nella vescica. Che vi sia propriamente arrivata glielo dimostra l' orina, che ora scolerà all' infuori.

Quando la levatrice non ha potuto distinguere esattamente col tatto l' apertura dell' uretra, potrà succedere, che la siringa scivoli nella vagina o che si perda in una di quelle pieghe, che la membrana muccosa fa ai lati dell' apertura dell' uretra. Quando non scola nessun' orina quantunque la levatrice avesse creduto di aver introdotto bene la siringa, o quando la siringa incontra un ostacolo, o

quando le parti sono rigonfie o fanno male se si toccano, allora la levatrice si asterrà dall' operare a casaccio, risciacquerà nuovamente la siringa colla soluzione fenica e l'introdurrà nell' apertura dell' uretra servendosi della vista e se fa bisogno anche di un lume. Se l'introduzione incontrasse ancor adesso un qualche ostacolo, si chiamerà il medico.

In certi casi, per esempio presso la partoriente quando la testa è già discesa molto in basso, si preferirà la *siringa elastica* alla siringa solida di metallo; la levatrice ha imparato in questa scuola a maneggiarla. La siringa elastica è però uno di quegli attrezzi, che non si ponno nettare radicalmente abbastanza per adoperarli poi dinuovo presso una seconda partoriente o puerpera. Questa circostanza ne limita l'uso per parte della levatrice.

Subito dopo averne fatto uso immergeremo la siringa ogni volta nell' acqua pura, poi la risciacqueremo ripetutamente coll' acqua, l'asciugheremo ben bene e l'involgeremo nella carta bianca netta. *Prima di farne uso* netteremo la siringa ogni volta con una soluzione di acido fenico o di permanganato di potassa. *La minima immondizia, persino la polvere, che si attacca alla siringa, produce un catarro alla vescica.*

La levatrice netterà di tempo in tempo la sua siringa di metallo anche internamente con una spazzola lunga e con acqua bollente.

La *cannetta di vetro* diritta è più facile ancora tener netta che la siringa di metallo, ed è perciò da preferirsi. La levatrice può imparare facilmente a cavar l'orina colla stessa.

§ 545.

Le **applicazioni calde** (fomenti) si fanno o asciutte od umide. I *fomenti asciutti* vengono applicati assai di rado presso le donne gravide, le partorienti e le puerpere, confronta per esempio il § 508; si fanno con pezze di lino riscaldate o con pezze di lana affumicate o con cuscinetti pieni di crusca o di erbe o con un piatto o con un coperchio molto caldo ravvolto in un panno lino.

I *fomenti umidi* si fanno con acqua pura o con un infuso di fiori di sambuco o di camomilla o di diverse erbe. Si prendono alcune pezze ripiegate a più doppi, s'immergono nel liquido ancor

molto caldo, si storcono ben bene e si applicano poi tanto calde quanto lo comporta la pelle o quanto fu ordinato. Il fomento vien cambiato prima che diventi freddo. In molti casi si ordineranno i *cataplasmi*. Si preparano coll' avena mondata, colla farina di seme di lino, colla farina di segale e con diverse altre cose ancora, che ordinerà il medico. Il relativo ingrediente vien mescolato coll' acqua o col latte bollente in modo che ne risulti una poltiglia di consistenza mediocre. Mentre è ancor calda la poltiglia vien stesa e poi ravvolta in una pezza *usata* di lino. Dopo esserci persuasi, che non sia nè troppo calda nè troppo fredda, l' applicheremo sul luogo destinato. Anche il cataplasma vien cambiato prima che diventi freddo. *Cambiando i fomenti umidi ed i cataplasmi dobbiamo badare di averne pronto il fresco, prima di levar via il vecchio, perchè altrimenti rischiamo che la donna si raffreddi.* I fomenti umidi preparati colla camomilla, col sambuco o con altri fiori od erbe che ordinerà il medico, vengono applicati tali quali, o vengono combinati coi cataplasmi. Le erbe vengono infuse con una piccola quantità di acqua bollente e poi applicate dopo averle ravvolte come la poltiglia in una pezza. Si farà molto bene di coprire tutti i fomenti umidi e cataplasmi con un pezzo di tela o di taffetà incerato o con un impermeabile di gomma, al quale si sovrappone ancora una pezza di lana; così resteranno lungo tempo caldi, solitamente per ore intiere.

§ 546.

Le **applicazioni fredde** si fanno o con pezze bagnate nell' acqua fredda e poi leggermente contorte, o colla *vescica piena di ghiaccio*. Le *applicazioni umide fredde si dovranno cambiare colla stessa precauzione e sveltezza come si cambiano le calde, cioè prima che diventino calde.* In molti casi il medico darà ordini speciali in riguardo al tempo, dopo il quale vorrà che vengano cambiate, per esempio quando, seguendo le dottrine del Priessnitz, vuole che le pezze bagnate nell' acqua fredda restino applicate sinchè diventano calde.

Per le *applicazioni del ghiaccio* si adopera con vantaggio una *vescica di gomma*, che si può ritirare per questo scopo da qualunque farmacia. La vescica vien empita quasi intieramente con piccoli pezzi di ghiaccio o con neve, poi vien chiusa, dopo averne scacciato

quanto possibile l'aria, che ancora conteneva. In questo modo la vescica si adatta il meglio alla parte del corpo, sulla quale deve venir applicata. Onde preservare la pelle dall' influsso spiacevole dell' umidità, interporremo fra la vescica e la pelle una pezza di lino asciutta. In mancanza di una vescica di gomma adopereremo una vescica di bue o di porco, ne dilateremo sufficientemente l'imboccatura, l'empiremo a metà con ghiaccio o con neve e la legheremo quindi ben bene, dopo averne scacciato accuratamente l'aria, che ancora conteneva. Fra la vescica d'animale e la pelle metteremo sempre una pezza di lino. Prima che il ghiaccio si sciolga intieramente, verseremo fuori l'acqua e rinnoveremo il ghiaccio.

§ 547.

Per preparare la **pasta di senape** la levatrice polverizza un po' di senape nero comune e l'inumidisce con tant' acqua calda o aceto da farne una pasta discretamente molle, che poi ravvolge come il cataplasma in una pezza prima di applicarla. Dopo 10 minuti la levatrice guarderà, se la pelle, che vi è sottoposta, è diventata ben rossa; se ciò sarà il caso, prenderà via la pasta. Se la pelle non fosse ancora rossa, e se mancasse ancora l'effetto desiderato, la manterrà ancora un po' di tempo sulla pelle. Invece del senape si può adoperare anche il ramolaccio tritato.

§ 548.

I **vescicanti** vengono per lo più preparati colle cantaridi. La levatrice stende l'empiastro delle cantaridi sopra una pezza di lino o di pelle circa alla grossezza della costa di un coltello, però in modo che ne rimanga libero tutt' attorno un orlo della larghezza di 3 cm. Sull' orlo stende poi un po' di empiastro adesivo e rinfranca finalmente l'intiera pezza sulla parte indicata dal medico. Quando il medico non avesse dato altre istruzioni, la levatrice leverà l'empiastro dopo 12 ore, aprirà la vescica nel suo margine inferiore con una forbice, ne lascierà scolare l'acqua e senza allontanare l'epidermide che si è staccata dalla pelle, vi deporrà una pezzetta spalmata con sevo fresco o con burro dolce, che rinnoverà una volta al giorno sinchè tutto sarà guarito.

§ 549.

Spesso il medico ordinerà alla levatrice di mettere delle **mignatte** (sanguisughe) ad una donna o ad un bambino. Le mignatte succhiano meglio, se prima di applicarle, le mettiamo per poco tempo in una scatola o boccetta asciutta. La levatrice si fa indicare dal medico il luogo preciso ove vuol mettere la sanguisuga e dopo averlo lavato accuratamente con acqua calda, vi applica la boccetta a rovescio in modo che la sanguisuga possa discendere ed attaccarsi alla pelle. Quando una sanguisuga indugiasse ad attaccarsi in quel preciso luogo, vela indurremo per lo più spalmando quel luogo con un po' di latte o di sangue. Quando la mignatta ha succhiato abbastanza, si distacca da sè. Quando deve smettere già prima di succhiare, la cospergeremo col sale di cucina.

Ora dipende dalla prescrizione del medico, se la levatrice deve *prolungare o no il versamento di sangue*. Nel primo caso laverà ripetutamente le piccole ferite recenti con una spugna bagnata nell' acqua calda e poi ben spremuta, per impedire che il sangue vi si aggrumi. Il versamento di sangue può anche venir prolungato coll' applicazione dei cataplasmi e dei fomenti di acqua calda o dei fomenti asciutti.

Nel secondo caso, come pure nel primo quando si vuole arrestare il versamento di sangue stato promosso artificialmente, la levatrice applicherà sopra ogni singola ferita un piccolo pezzo di esca e velo manterrà fermo col dito, sinchè sarà diventato asciutto.

Quando la ferita che ha prodotto la sanguisuga continuasse a buttar sangue più lungo tempo e più abbondantemente di quanto avesse ordinato il medico, e la levatrice non fosse capace di frenare l' emorragia coll' esca, allora si dovrà chiamare il medico, onde evitare, che il bambino non soffra danno causa l' emorragia. Frattanto la levatrice comprimerà la ferita sollevandola fra due dita in una piega della pelle.

Se qualcheduno avesse inghiottito una sanguisuga, la levatrice gli darà da bere un bicchiere di acqua con una discreta quantità di sale di cucina; ciò impedisce che la sanguisuga si attacchi. Quindi cercherà di promuovere il vomito. Talvolta basterà già l' acqua salata per eccitarlo, se no la levatrice farà bere al paziente

ancor un bicchiere di acqua calda con un po' di burro. Anche la sanguisughe, che si fossero insinuate nell' intestino retto o nella vagina, vengono allontanate il meglio con una soluzione di sale di cucina nell' acqua. In questi luoghi non ponno del resto far gran danno, e ne sortono spontaneamente quando hanno succhiato abbastanza.

Talvolta la levatrice dovrà applicare mignatte anche alla vagina ed alla parte sotto vaginale del collo dell' utero; a tal scopo si servirà dello specolo; il medico le darà le necessarie ulteriori istruzioni.

§ 550.

Il **ventosare** non è solitamente permesso che alle levatrici, le quali ne sono espressamente autorizzate. Ed anche in questo caso la levatrice può ventosare solamente dietro ordinazione del medico. Gli utensili necessari per ventosare sono lo scrocco per ventose, una lanterna a mano e le coppette o ventose. Il medico indicherà il luogo, dove deve ventosare ed il numero delle ventose, che deve applicarvi. La levatrice laverà allora ben bene con acqua calda la regione del corpo indicatale dal medico e vi applicherà poi le ventose ad una ad una dopo averle riscaldate leggermente sulla lanterna. Quando le ventose avranno sollevato la pelle, la levatrice le allontanerà dinuovo e quindi applicherà lo scrocco caricato e velo scaricherà 1, 2, 3 volte tenor l' ordinazione medica. Ciò fatto, vi applicherà dinuovo le ventose e quando si distaccheranno ne ripeterà l' applicazione, sinchè scola ancora sangue dai tagli. Finalmente tornerà a lavar ben bene la pelle, la spalmerà con un po' di buon grasso puro (che non contenga nessun sale di cucina!) e la coprirà con una pezza fina di lino. Talvolta il medico ordinerà anche, che le ventose vengano applicate sulla pelle illesa senza far uso dello scrocco; queste ventose diconsi *„ventose asciutte“*, le altre invece diconsi *„ventose sanguigne“*.

§ 551.

Le **infusioni** di erbe o di fiori aromatici, i così detti tè, quali sono il te di camomilla, il tè di sambuco, il tè di menta crispa o di menta piperita, il tè di finocchio e così via, vengono prepa-

rate, tanto per l'uso interno quanto per l'uso esterno, nel seguente modo: la levatrice mette una certa quantità di queste erbe o di questi fiori i un recipiente adattato e vi versa sopra la quantità necessaria di acqua bollente, poi chiude ben bene il recipiente col suo coperchio e dopo un certo tempo decanta il liquido così ottenuto per mezzo di una pezza o di uno staccio. Se facesse cuocere queste erbe o questi fiori, ne farebbe svaporare giustamente le sostanze efficaci.

Quei medicamenti, coi quali vogliamo preparare un brodo mucilaginoso, dovremo invece *cuocere* prima di decantarli, così l'avena mondata, i semi di lino e la radice di altea.

Tutte le sostanze amidacee, come l'amido, i tuberi di salep, l'arrow-root, vengono prima disciolte ben bene con un po' di acqua fredda e poi mescolate a poco a poco coll' acqua bollente, mentre si continua a dimenare il mescuglio.

§ 552.

I due medicamenti, che la levatrice trova fra gli utensili, che deve sempre portar seco, cioè il **liquore caustico d'ammonio** e **l'etere sulfurico**, sono già stati menzionati a suo tempo in questo manuale. La levatrice non farà mai altro uso nè di questi due mezzi, nè degli altri mezzi, di cui tratta questo capitolo, se non quello, che le è stato insegnato. Così pure non ordinerà nella farmacia nessuni altri mezzi fuori di quelli, che ha imparato qui a conoscere. Tutti i medicamenti ponno bensì essere molto benefici, quando vengono amministrati in tempo e luogo *debito,* ponno però recar altrettanto danno nel caso opposto. Non essendo in grado di distinguere ciò colla necessaria precisione, la levatrice potrebbe sbagliare grossamente volendo amministrarli.

§ 553.

Spesso la levatrice sentirà il medico dare delle ordinazioni, delle quali non abbiamo parlato in questo manuale. Quando ne venisse incaricata dell' esecuzione, non mancherà mai di pregare il medico che le dia le necessarie precise istruzioni, onde possa eseguire puntualmente l'incombenza ricevuta.

Capitolo terzo.

Doveri della levatrice in casi di repentine disgrazie.

§ 554.

Le disgrazie, delle quali non abbiamo ancora parlato in questo manuale, non riguardano la levatrice *direttamente* come tale. Ma quanto più una persona diventa *atta* ad ajutare mercè la sua professione e le sue cognizioni, tanto più è in *dovere* di ajutare ove può. Ora la levatrice è spesso la più vicina e perciò la prima persona, che vien chiamata in caso di una repentina disgrazia, e può far molto per salvare, ove ancor si può salvare, e per prevenire ulteriore danno.

§ 555.

La prima regola in tutti i casi di disgrazie è *di rimuovere se possibile la causa del pericolo,* se lo sgraziato si trova ancora sotto l'influenza della stessa. Senza questa precauzione lo sgraziato morirebbe certamente. Si caverà quindi dall'acqua l'**annegato,** si taglierà il laccio all'**impiccato,** guardando però di non farlo stramazzare a terra, si allontanerà dal locale chiuso l'uomo **soffocato** dai vapori o dal fumo, o vi s'introdurrà abbondantemente dell'aria pura. Al **ferito** si cercherà di arrestare la perdita di sangue per mezzo del freddo e con una fasciatura adattata, l'uomo **gelato** verrà rimosto dal freddo, l'uomo **scottato** verrà allontanato dall'oggetto cocente, all'**avvelenato** si cercherà di far rigettare le sostanze velenose, che ha ancora nello stomaco. Tutti i pregiudizi che certe persone superstiziose hanno forse ancora contro una o l'altra di queste operazioni, per esempio contro il troncare la corda ad un appiccato, sono troppo ridicoli, perchè possano impedire la levatrice a fare il suo dovere.

§ 556.

Dopo aver preso queste disposizioni assolutamente indispensabili la levatrice, se non ci ha già pensato prima, avrà ora cura di mandar a chiamare il prossimo **medico**, amenochè lo sgraziato non presenti segni distinti di putrefazione, i quali escludano ogni speranza di salvamento. In *ogni* caso però sarà suo dovere di avvisarne le **autorità locali.**

§ 557.

Per certi pochi casi dobbiamo ancora dare alcune regole speciali. All' *annegato* scioglieremo anzitutto le vestimenta, massimamente al collo e sul petto. Quindi lo metteremo disteso orizzontalmente sul pavimento, in modo che il ventre, il petto e la faccia guardino a terra. Nello stesso tempo gli rialzeremo un po' la fronte, sottoponendole per esempio il braccio dello sgraziato, cosicchè le vie respiratorie rimangano libere. Dopo aver praticato una pressione leggera sul dorso, prenderemo il corpo per le spalle e per il bacino e lo volgeremo lentamente, circa 10 volte per minuto, in quà ed in là intorno alla sua asse longitudinale, in modo che una volta ne guardi di più il petto e l'altra il dorso verso il pavimento. Ogni volta che il dorso guarda verso il pavimento prenderemo le due braccia, le solleveremo energicamente elevandole sui lati della testa e poi le abbasseremo riportandole dinuovo ai lati del tronco. Con questi movimenti restringiamo e dilatiamo alternativamente il torace, l'acqua, che l'annegato ha inspirato, sorte dai polmoni ed in sua vece vi entra dinuovo l'aria fresca, e se c'è ancora possibilità di richiamare il paziente alla vita, si ristabiliscono i moti respiratori.

Questo metodo di respirazione artificiale vien applicato anche per ravvivare l' *impiccato* ed il *soffocato.*

Una persona *gelata* non deve mai venir trasportata subito dal freddo in un locale riscaldato, ciò porterebbe la morte sicura allo sgraziato apparentemente morto. Il gelato dovrà anzi venir trasportato in un locale freddo. Là gli si scioglieranno *col coltello* le vestimenta e dopo avergli coperto l'intiero corpo con panni inzuppati nell' acqua ghiaccia o con neve, si comincierà a fregarlo leggermente.

Solamente quando manifesterà segni distinti di vita, si potrà ravvolgerlo in coperture più calde e trasportarlo in un locale riscaldato.

Nelle *scottature*, tanto nei casi ove le parti scottate sono ancora coperte coll' epidermide, quanto in quelli ove è distrutta anche l'epidermide ed in quelli ove il calore ha prodotto lesioni più profonde, il miglior mezzo, sinchè il medico avrà dato le necessarie ulteriori ordinazioni, sarà di spalmare o di irrigare con olio le parti scottate e di coprirle ben bene con un po' di cotone cardato.

Gli *avvelenati* devono spesso rigettare già in seguito al veleno stesso, se no chercheremo di promuoverne il vomito invitandoli a bere dell' acqua tiepida o del latte, e se questo mezzo fallisse, ecciteremo direttamente il vomito, ficcando il dito nel collo, titillando le fauci con le barbe di una penna e facendo bere dell' olio o dell'acqua con burro. Solamente chi si fosse avvelenato col fosforo (zolfanelli), o colle cantaridi si dovrà astenere totalmente da qualunque bevanda grassa.

Quando trascorre lungo tempo prima che arrivi il medico, la levatrice farà bene di dare un clistere freddo, di strofinare con una spazzola le piante dei piedi e di far odorare di tempo in tempo allo sgraziato il liquore caustico d' ammonio. S' intende però da sè, che questi servigi non ponno avere che un valore molto secondario in confronto alla respirazione artificiale.

La levatrice s' informerà presso la soprastanza del suo comune, *se ed in caso quali ordinazioni ufficiali esistano per la cura degli sgraziati.*

Capitolo quarto.

Dei doveri della levatrice per il ben publico e dei suoi rapporti colle autorità.

§ 558.

Onde soddisfare a questi suoi doveri, la levatrice può venir in contatto colle autorità in *quattro differenti* qualità, cioè *come perita, come testimonio, come accusatrice e come accusata.*

§ 559.

Come perita la levatrice può venir invitata dalle autorità a dare il suo parere in riguardo alla domanda, se una donna sia vergine o no, o se una donna sia gravida o no, e nel primo caso, da quanto tempo sia gravida. In altri casi trattasi forse di sapere, se una donna abbia *veramente* già partorito una volta, ed in caso, se abbia partorito *poco tempo fa.* Un' altra volta si vorrà forse sapere dalla levatrice, se un neonato sia maturo o immaturo, o quanto tempo possa già essere trascorso dopo la sua nascita. Tutte queste domande sono state trattate a suo tempo in questo manuale, e la levatrice, che avrà ben studiato, saprà, che *talvolta* può rispondere a queste domande, talvolta però no.

Quando il risultato dell' esplorazione è inconcludente, o quando vien interpellata sopra cose, che non conosce, dica pure sempre liberamente, che non sia in grado di rispondere. S' intende da sè, che la levatrice non si lascierà influenzare da nessuni riguardi e da nessuni pregiudizi, nè durante l' esplorazione nè quando ne esporrà i risultati.

§ 560.

Come testimonio la levatrice verrà in contatto colle autorità ogni volta che avrà assistito ad un parto, perchè la legge prescrive, che debba notificare ogni parto all' officiante di stato civile, appena che potrà abbandonare la puerpera. Può però darsi, che debba

far testimonianza spesso ancor lungo tempo dopo anche *davanti il giudice* in riguardo al parto, a cui ha assistito, od a singoli avvenimenti durante lo stesso. Per *questo* motivo, senza parlarne di molti altri ancora, è assolutamente necessario, che la levatrice tenga nota esatta di tutti i parti, ai quali ha assistito. A tal scopo li inscriverà in un giornale apposito come le verrà insegnato più minutamente nella scuola delle levatrici.

§ 561.

Come accusatrice la levatrice comparirà davanti le autorità, quando sa che fu commesso un *delitto,* quale sarebbe per esempio la soppressione del parto ed il maltrattamento o l'uccisione di un feto già nato.

Denunzierà anche la sola *intenzione* di commettere un tale delitto, quando non è in grado d'impedirne l'esecuzione senza l'ajuto delle autorità. *Tralasciando la denunzia, la levatrice incorre nella pena*, come se avesse avuto parte attiva nel delitto.

§ 562.

La levatrice denunzierà alle autorità locali anche quei casi, nei quali la paziente od i suoi parenti ricusano l'intervento dell' ostetrico, quantunque essa lo abbia dichiarato necessario, perchè ne dipenda il salvamento di una o due vite umane. Questa denunzia è l'unico mezzo per sottrarsi alla responsabilità nel caso di un esito infelice.

§ 563.

La levatrice denunzierà inoltre al medico distrettuale quelle persone affette di una malattia contagiosa, che non vogliono sottomettersi ad una cura medica.

§ 564.

Quando la levatrice vien a sapere nell' esercizio della sua professione un segreto, la cui promulgazione potesse portar danno alla paziente, *dovrà mantenere verso chiunque la più rigorosa secre-*

tezza, tranne nei casi enumerati nel paragrafo antecedente. Quando non osservasse questa secretezza, verrà punita, e ciò con tutta ragione.

§ 565.

Come accusata la levatrice comparirà davanti le autorità, quando avrà trascurato uno dei suoi doveri, o quando avrà sorpassato le sue competenze, perchè nell' uno come nell' altro caso può facilmente danneggiare la salute e la vita dei suoi conumani. Se qualcheduno per ingratitudine od ignoranza la *denunziasse ingiustamente* alle autorità, si saprà facilmente difendere quanda sa di aver fatto il suo dovere. Ma quando si sentisse tentata di trascurare il suo dovere, non mancherà mai di rammentarsi del **giuramento** che ha prestato.

Supplimento.

Operazioni.

Introduzione.

§ 566 (1).

Il rivolgimento coll' estrazione di uno o di ambedue i piedi e l' operazione del forcipe spettano solitamente *all' ostetrico.*

Ma giacchè la vita del feto o della madre o d' ambedue dipende in molti casi d' un esecuzione pronta dell' operazione del rivolgimento o d' un disimpegno sollecito del feto disceso colla testa, nei luoghi, ove non si può avere così presto un ostetrico, è di gran vantaggio, che la *levatrice* sappia eseguire le operazioni citate. A quelle levatrici, che esercitano la loro professione in uno di questi luoghi s' insegnano perciò le operazioni del forcipe e del rivolgimento coll' estrazione del piede. Esse sono obbligate di eseguirle quando si presentassero le indicazioni, che impareranno ancora a conoscere.

Capitolo primo.

Il rivolgimento coll' estrazione di un piede solo o d' ambedue i piedi.

§ 567 (2).

Il **rivolgimento coll' estrazione di uno o di ambedue i piedi** consiste nell' introdurre una mano nell' utero, mentre l' altra mano comprende il fondo dell' utero dalla parte delle pareti del ventre;

la mano introdotta nell' utero afferra uno od ambedue i piedi e li tira gradatamente in basso, prima nell' orifizio dell' utero, poi nella vagina e finalmente fuori delle parti genitali; in questo frattempo la mano, che riposa esternamente sul ventre, fissa l' utero, facilita l' andare a prendere i piedi e coopera all' evoluzione del feto.

Indicazioni del rivolgimento.

§ 568 (3).

Il rivolgimento coll' estrazione di uno o di ambedue i piedi si fa:

Primo. Nella presentazione del vertice, quando il vertice si trova ancor mobile al di sopra del bacino, e quando occorre affrettare il parto per grave minaccia alla vita della madre (emorragia, soffocamento, convulsioni) o del feto (prolasso del cordone ombellicale).

Secondo. Nelle presentazioni oblique e trasverse, nelle quali, come la levatrice, sa il feto rarissime volte è capace di disimpegnarsi senza il soccorso dell' arte (§ 373).

§ 569 (4).

In riguardo alla prima indicazione la levatrice non dimenticherà, primo, che il parto nella presentazione dei piedi è in se sempre più pericoloso per il feto che non quello nella presentazione del vertice, secondo, che nelle emorragie del periodo di dilatazione il § 467 di questo manuale prescrive di aprire il sacco amniotico quando si presenta il vertice, acciochè la testa discendendo nel bacino arresti l' emorragia, che quindi tanto per la madre quanto per il feto il parto nella presentazione del vertice è preferibile al rivolgimento coll' estrazione del piede anche nelle emorragie gravi, benchè i dolori sieno bastantemente energici per impegnare subito il vertice nel bacino.

Anche nel prolasso del cordone ombellicale il rivolgimento è indicato solamente nel caso ove le contrazioni non si facessero bastantemente energiche per impegnare subito il vertice nel bacino.

La levatrice si rammenterà inoltre, che l' estrazione podalica e quindi anche il rivolgimento sono ammessi solamente quando

l'orifizio dell' utero sarà dilatato perfettamente; nel caso contrario si aumenterebbe solamente il pericolo che già minaccia la madre ed il feto. Un' estrazione già incominciata, che non può venir terminata, uccide il feto e minaccia gravemente la vita della madre.

§ 570 (5).

In riguardo alla seconda indicazione la levatrice sa, che nella maggior parte dei casi può sostituire alla presentazione trasversa una presentazione della testa già prima dello scolo del liquido amniotico per mezzo della versione (§ 374). Quando la versione non è riuscita, e quando il sacco amniotico si è aperto mentre il feto si presentava ancora trasversalmente, allora farà immediatamente il rivolgimento, benchè l' orifizio dell' utero sia dilatato bastantemente. Ma se il liquido amniotico fosse scolato mentre l' orifizio dell' utero era ancora poco dilatato, o se la levatrice fosse giunta lungo tempo dopo lo scolo del liquido dell' amnio, cosicchè le pareti dell' utero sieno addossate sul feto, allora non proverà neppure di fare il rivolgimento; il rivolgimento interrotto causa una difficoltà o l' altra peggiora lo stato della partoriente. Aspetterà quindi l' arrivo dell' ostetrico, anche se dovesse aspettar lungo tempo, perchè lui solo è in grado di terminare il parto incominciato.

§ 571 (6).

Per ambedue le indicazioni vale la regola, che la levatrice non debba fare il rivolgimento, quando sa e quando deve supporre, che il bacino sia ristretto (§ 405 e 406).

§ 572 (7).

La levatrice farà quindi il rivolgimento:

Primo. Nella presentazione della testa, quando sopraggiunge o una forte emorragia, o il pericolo di un soffocamento, o l' eclampsia (§ 462 e 463), oppure quando si prolassa il cordone ombellicale — premesso però, che la testa si trovi ancora in alto e mobile al di sopra del bacino, il quale sia bastantemente ampio, e che la contrazione, la quale accompagna la rottura del sacco amniotico, non faccia discendere la testa nel bacino, premesso inoltre, che l' orifizio dell' utero sia dilatato perfettamente.

Al rivolgimento fatto in base a questa indicazione deve seguire immediatamente l'estrazione del feto (§ 364 e seguenti).

Secondo. Nelle presentazioni oblique e trasverse, quando il bacino è bastantemente ampio, e quando la levatrice non riuscì a fare la versione con maneggi esterni, prima che termini il periodo di dilatazione, oppure se fosse giunta presso la partoriente solamente dopo la completa dilatazione dell' orifizio, quando le acque amniotiche non sono ancora scolate o sono scolate all' infuori solamente da poco tempo.

Dopo aver ridotto la presentazione trasversa in una presentazione podalica, lascieremo il termine del parto alla natura (§ 360 e seguenti), amenochè sia sopraggiunto durante il rivolgimento un pericolo per la madre o per il feto, che ci obblighi di affrettare il parto.

Apparecchio per l'operazione del rivolgimento.

§ 573 (8).

Prima di procedere al rivolgimento la levatrice esaminerà, se il retto e la vescica sieno vuoti o no, ed in quest' ultimo caso avrà cura di vuotarli.

La levatrice deve avere a sua disposizione due assistenti, se possibile due donne intelligenti.

Prima di passare all' operazione del rivolgimento la levatrice deve avere piena chiarezza sulla posizione del feto.

Prima di fare il rivolgimento tornerà poi a lavare accuratamente le parti genitali esterne con una soluzione di acido fenico al 3 %, e farà colla stessa soluzione un' irrigazione vaginale.

La levatrice tornerà poi a lavare ben bene anche le sue mani e braccia con una soluzione di acido fenico, col sapone e colla spazzola.

La partoriente vien collocata sul così detto letto trasversale (§ 359). La levatrice prenderà una posizione comoda fra le cosce della donna, calandosi su un ginocchio o su tutti e due, quando il letto della donna è basso, oppure mettendosi a sedere sopra uno sgabellino. Quando il letto trasversale vien apparecchiato sopra una tavola portata accanto alla parete, la levatrice starà in piedi o si metterà a sedere sopra una sedia.

Scelta della mano.

§ 574 (9).

In tutti i casi, ove il feto si presenti colla testa o con una spalla, la levatrice introdurrà nell' utero quella mano, che corrisponde al lato della donna, nel quale si trovano i piedi del feto, vale a dire la mano sinistra, quando i piedi si trovano nel lato destro della madre (il caso più frequente) e la mano destra, quando i piedi si trovano nel lato sinistro della madre.

Introduzione della mano.

§ 575 (10).

Dopo aver unto ben bene la superficie dorsale della mano, la configureremo a guisa di cono, ravvicinandone tutte le dita colla loro punta, e quando la contrazione dell' utero comincia a cessare, la introdurremo pian piano nella vagina. Impediremo frattanto colla mano esterna che nell' introdurre la mano nell' utero vengano stirati i peli e che le grandi o le piccole labbra vengano ripiegate nella vagina.

Quindi applicheremo la mano esterna sul fondo dell' utero. Cessata la contrazione dell' utero, guideremo la mano interna nell' utero, insinuandovi attraverso l' orifizio prima la punta delle quattro dita ormai distese, poi il pollice e finalmente la mano intiera, e costeggiando colla superficie dorsale della mano la parete laterale posteriore dell' utero. Frattanto la mano esterna fisserà ben bene il fondo dell' utero, onde impedire che la mano interna possa stirare in alto l' orifizio dell' utero.

§ 576 (11).

Quando il sacco amniotico non è ancora aperto, lo romperemo vicino al margine dell' orifizio dell' utero, insinuando semplicemente le dita nell' uovo.

La mano verrà sempre introdotta in modo, che la parte fetale antestante debba tirarsi dalla parte ove si trova il dorso del feto.

Una mano od un braccio prolassato non verrà *mai* respinto nell' utero, un pezzo del funicolo prolassato invece verrà se possibile riportato in alto colla mano interna.

Riconoscimento del piede che si deve afferrare.

§ 577 (12).

Percorrendo colla punta delle dita il lato del tronco, la mano arriva nelle vicinanze delle natiche e di quà alla coscia. Dalla coscia la mano si porta sulla gamba e finalmente raggiunge il piede. Se le dita incontrassero il funicolo, si guarderà di respingerlo dalla parte dorsale delle dita e della mano.

§ 578 (13).

Quando la levatrice fa il rivolgimento nella presentazione della testa, è meglio, che afferri subito, se possibile, ambedue i piedi, i quali solitamente si troveranno appena davanti le natiche.

Nel caso che il ventre del feto guardi in avanti (seconda variante della presentazione trasversa), si afferreranno da bel principio ambedue i piedi, anche quando si fa il rivolgimento nella presentazione trasversa, perchè allora nell' evoluzione si porta solitamente in avanti il dorso invece del ventre del feto.

Nella prima variante della presentazione trasversa (dorso in avanti), che è molto più frequente, è meglio di prendere soltanto un piede, cioè quello, *che corrisponde alla natica, la quale si avvicina di più al bacino della madre,* vale a dire che è „discesa più in basso". Altrimenti le gambe si potrebbero incrociare e difficoltare il rivolgersi del feto. Acciochè la levatrice afferri il piede giusto, è d'importanza, che cerchi sempre di raggiungere il piede partendo dalla natica verso la coscia come abbiamo insegnato più sopra; non fa nessun danno, se a tal scopo la levatrice deve introdurre l'avambraccio alcuni centimetri più in alto nelle parti genitali.

§ 579 (14).

Talvolta la levatrice non è in grado di andar a prendere il piede costeggiando colla mano la natica e la coscia; ciò avviene quando è già scolato il liquido amniotico e quando le pareti del-

l'utero si sono addossate sul feto. Allora la levatrice deve cercare di raggiungere i piedi costeggiando il piano ventrale del feto; in questo caso è meglio di prendere subito ambedue i piedi. Talvolta la levatrice potrà afferrare i piedi anche dalla parte del ventre del feto con quella mano che aveva già introdotto. Ma quando la concavità della mano non guarda verso il piano ventrale del feto, allora dovrà cambiar la mano. *Mai non cerchi di andar a prendere i piedi costeggiando il dorso del feto.*

§ 580 (15).

Quando è difficile raggiungere i piedi, perchè si trovano accanto alla parete anteriore dell' utero (seconda variante della presentazione trasversa), la levatrice collocherà la donna sul fianco, in modo che i piedi sieno rivolti verso il letto. Non occorre perciò ritirare la mano già introdotta ed introdurvela di nuovo. Basta che la levatrice si porti al di dietro della donna facendo cavalcare una gamba della donna sopra il suo braccio. Solamente quando occorresse cambiare la mano per un altro motivo, come nel caso previsto nel § antecedente, ritirerà la mano dall' utero.

Quando la donna giace sul fianco destro la levatrice può fare il rivolgimento solamente colla mano sinistra, quando giace sul fianco sinistro, solamente colla mano destra.

Il modo di afferrare il piede.

§ 581 (16).

Il piede o i piedi si dovranno sempre afferrare in modo o che la pianta del piede guardi la palma della mano mentre le dita comprendono i malleoli, o che l'intiero pugno comprenda la gamba, però in un atteggiamento in cui il piede sia rivolto verso il dito minimo.

§ 582 (17).

Quando la gamba è piegata sulla coscia, sarà spesso necessario di stendere prima la gamba per poter afferrare giustamente il piede. Nel caso in cui vi si oppongano delle difficoltà per mancanza di spazio, la levatrice uncinerà il ginocchio coll' indice o col dito medio, *ed estrarrà il feto per il ginocchio.*

L' evoluzione o il vero rivolgimento.

§ 583 (18).

Dopo aver afferrato il piede o il ginocchio o ambedue i piedi, si passa *all' evoluzione del feto*, tirando il piede o ambedue i piedi in basso e conducendoli attraverso all' orifizio dell' utero ed alla vagina all' esterno. Tirando in basso i piedi *dovremo sempre costeggiare l' addome fetale* e mai il dorso del feto, perchè in quest' ultimo caso ne risulterebbe una posizione, la quale non permetterebbe più alla levatrice di compiere l' evoluzione del feto. — Quando sopraggiunge una doglia mentre si fa l' evoluzione, la mano che si trova nell' utero deve star affatto quieta. Appena quando la doglia sarà cessata si continuerà l' evoluzione.

La mano esterna può rendere molto più facile l' andar a prendere i piedi, quando li spinge incontro alla mano interna.

La mano esterna può facilitare anche l' evoluzione del feto, respingendo la testa dal bacino in alto.

Quando la levatrice non riuscisse a condur a termine il rivolgimento estraendo il feto per il piede che ha già condotto fuori delle parti genitali, o quando dubitasse affatto di non aver afferrato il piede giusto, essa introdurrà la mano ancora una volta, come abbiamo già insegnato nei § 575 e 577, afferrerà anche il secondo piede e terminerà l' estrazione del feto per ambedue i piedi.

§ 584 (19).

La parte fetale che discendeva in sul principio del parto, la testa o la spalla, fu già respinta da una parte nell' introdurre la mano e l' avambraccio (§ 576) e solitamente non fa più nessun ostacolo. Avviene però, che torni a discendere presso il piede, mentre ritiriamo l' avambraccio e la mano dall' utero, e che impedisca allora il rivolgersi del feto. In questo caso la levatrice dovrà cercare di respingerla dinuovo da una parte col pollice di quella mano, colla quale tira in basso il piede.

§ 585 (20).

Non riuscendovi e non potendo quindi condurre all' esterno il piede o i piedi, la levatrice allaccerà un piede o ambedue i

piedi con un nastro largo di filaticcio, come le verrà insegnato in questa scuola nelle lezioni pratiche. Per mezzo del laccio le trazioni sul piede ponno ora venir fatte colla mano esterna, e la mano interna diventa libera e può facilmente respingere lateralmente ed in alto la parte fetale antestante. Le *trazioni, che si faranno contemporaneamente* sul laccio, termineranno poi il rivolgimento. Questo *maneggio combinato* fu inventato dalla levatrice *Siegemundin.*

Il rivolgimento è terminato appena che le anche o che una natica saranno discese nel piccolo bacino della madre.

Capitolo secondo.

Delle operazioni col forcipe.

§ 586 (21).

Il forcipe è un istrumento destinato per tirar fuori delle parti genitali la testa del feto senza offenderla.

Il forcipe è composto di due branche, delle quali una è detta sinistra, l'altra destra. Ogni branca si suddivide in tre parti, cioè nel cucchiajo, che è destinato ad abbrancare la testa, nel manubrio, che è destinato ad esercitarvi le trazioni che farà l'ostetrico o la levatrice per tirar fuori la testa, e nel congegno, che si trova fra il cucchiajo ed il manubrio e che unito col congegno dell'altra branca forma la cosidetta serratura del forcipe.

Si introduce prima la branca sinistra colla mano sinistra nel lato sinistro della madre, poi la branca destra colla mano destra nel lato destro della madre, poi si uniscono i due congegni e la testa è abbrancata e può venir estratta.

Condizioni per l'applicazione del forcipe.

§ 587 (22).

La levatrice può applicare il forcipe solamente quando la testa ha già passato colla sua circonferenza maggiore lo stretto superiore, quando la testa è già discesa intieramente nel piccolo

bacino, nella prima o nella seconda posizione della presentazione del vertice quando dunque la testa ha raggiunto del tutto o quasi del tutto la posizione rappresentata dalla testa Nr. 2 nelle figure 46 e 48; nella presentazione della faccia, quando la testa ha raggiunto la posizione rappresentata dalla testa Nr. 3 nella fig. 72 — ed anche allora solamente quando l'orifizio dell'utero sarà dilatato intieramente o quasi intieramente.

Indicazioni per l'applicazione del forcipe.

§ 588 (23).

Sotto alle condizioni enumerate nel § antecedente l'estrazione della testa col forcipe è indicata, quando un pericolo che minaccia il feto o la madre non può venir rimosto che coll'affrettare il parto. Questo pericolo può dipendere per la madre dauna grave emorragia, da sintomi di soffocamento o da convulsioni, per il feto dal prolasso del funicolo e da una compressione del funicolo per altre cagioni, e da una durata soverchiamente lunga del parto.

§ 589 (24).

La levatrice sa che deve controllare in ogni parto i segni, i quali indicano che il feto è ancora vivo, e sa che la vita del feto è minacciata, quando i battiti del cuore fetale continuano a farsi meno frequenti anche negli intervalli fra un dolore e l'altro, oppure quando passa del meconio accosto alla testa. Avvertendo questi fenomeni quando la testa è già discesa in basso nel bacino e l'orifizio dell'utero è già dilatato perfettamente, la levatrice passerà dunque all'applicazione del forcipe, *anche se non conoscesse la vera causa* del pericolo che minaccia il feto.

§ 590 (25).

Quando i dolori si fanno sempre meno frequenti e sempre più corti e poi cessano del tutto, cosicchè la testa non progredisca più, quantunque sia già discesa nel fondo del bacino, la levatrice non starà aspettando quei segni di grave minaccia alla vita fetale,

ma passerà di proprio moto all' applicazione del forcipe, premesso che non sia possibile di aver l' ostetrico sul luogo in alcune ore.

D' altronde la levatrice si rammenterà bene, che quando la testa è giunta nel fondo del bacino *ed i dolori non hanno ancora perduto la loro energia,* può contribuire assai per facilitare il parto assegnando alla partoriente la posizione conveniente. Studierà esattamente il § 204. Assegnando per tempo alla donna la posizione adatta, la levatrice potrà spesso prevenire la necessità di applicare il forcipe e conservare la vita a molti feti.

Apparecchio.

§ 591 (26).

Per applicare il forcipe si collocherà la donna in modo che la levatrice abbia adito libero alle parti genitali. Noi collocheremo quindi la donna sul letto trasversale o le daremo almeno una posizione obliqua nel letto, § 359.

Un' assistente è assolutamente necessaria, se possibile la levatrice guarderà però di averne due. Prima di passare all' operazione si preparerà tutto l' occorrente per ricevere il bambino, per fargli il bagno, per vestirlo ed anche per ravvivarlo nel caso che nascesse asfittico.

Prima di passare all' operazione la levatrice s' informerà esattamente per mezzo dell' esplorazione, in qual posizione si trovi la testa, perchè tenor la posizione della testa si dovrà anche *applicare* ed *introdurre* differentemente il forcipe.

La levatrice esaminerà anche se la vescica contenga molta orina, ed in questo caso ne procurerà se possibile l' emissione.

Prima di passare all' applicazione del forcipe la levatrice dovrà poi in tutti i casi lavare accuratamente le pudende con una soluzione di acido fenico ed irrigare colla stessa soluzione anche quella parte della vagina che è ancora accessibile.

Prima dell' operazione laverà anche le proprie mani e le avambraccia con una soluzione di acido fenico.

Finalmente riscalderà ancora il forcipe, lo laverà ben bene con un fiocco di cotone inzuppato in una soluzione forte di acido

fenico, e dopo averlo asciugato ne spalmerà la superficie esterna dei due cucchiaij con un po' di olio.

L' operazione stessa.

§ 592 (27).

1. *Nella prima variante del parto per il vertice* (la piccola fontanella in avanti). La levatrice, che ha preso posto davanti le parti genitali della donna, prende in mano il forcipe chiuso, ne afferra il manubrio della branca destra colla mano destra e quello della sinistra colla mano sinistra, ne apre la serratura e ne mette da parte la branca destra. Quindi introduce l'indice ed il medio della mano destra nel lato sinistro della madre accanto alla testa del feto, in modo che le parti della donna — anche l'orlo dell'orifizio dell'utero nel caso che possa ancor venir raggiunto — si trovino dalla parte dorsale delle dita. La levatrice afferra poi colla mano sinistra la branca sinistra del forcipe in modo che il pollice venga dall'alto a riposare sulla faccia interna del congegno, mentre le altre quattro dita comprendano la faccia esterna del manubrio, e ne introduce il cucchiajo nel lato sinistro della madre fra la testa e la faccia palmare delle due dita della mano destra, tenendo il manubrio dapprincipio quasi perpendicolarmente ed abbassandolo poi poco a poco, finchè arrivato al livello delle pudende si sarà internato sufficientemente per abbrancare la mezza circonferenza del capo.

Allora la levatrice ritira le dita della mano destra e confida loro dopo averle asciugate ben bene la branca del forcipe testè introdotta.

Quindi introduce le due dita della mano sinistra nel lato destro della madre accanto alla testa precisamente come aveva introdotto prima le due dita della mano destra nel lato sinistro; e raccomanda la branca sinistra del forcipe, che è già introdotta, al dito anulare ed al mignolo della mano sinistra.

Colla mano destra, che ora è diventata libera, afferra poi la branca destra del forcipe nello stesso modo come aveva afferrato poc' anzi la sinistra, e ne introduce il cucchiajo nel lato destro della madre accanto alla testa come aveva introdotto il cucchiajo sinistro.

I due congegni del forcipe si trovano ora dirimpetto; afferrando colla mano sinistra il manubrio sinistro e colla destra il manubrio destro si connettono quindi le due branche nella serratura, se fa bisogno premendo leggermente sull' orecchio del manubrio.

Dopo aver chiuso così il forcipe, la levatrice comprende i due manubri colla mano destra in modo che l'indice ed il medio riposino l'uno sull' orecchio del manubrio sinistro e l'altro su quello del manubrio destro. Portando poi la punta delle due dita dell'altra mano sulla testa, fa la *trazione di prova* ed esamina se la testa è ben afferrata e se segue alla trazione sul forcipe. Se ciò non fosse il caso, dovrà ritenere che il forcipe sia applicato malamente; allora allontanerà la branca destra, cercherà di adattare bene alla testa la branca sinistra introducendo due dita, poi la terrà fissa nella sua posizione rettificata o la consegnerà a tal scopo ad un' assistente, e finalmente introdurrà di nuovo con grand' attenzione il cucchiajo della branca destra, cosicchè la testa venga in fatti abbrancata nella sua maggiore circonferenza; quindi chiuderà di nuovo il forcipe.

Quando il forcipe sarà applicato in regola, la levatrice passerà all' estrazione della testa esercitando le adatte trazioni sul manubrio. La testa deve venir estratta in una direzione conforme a quella, che sceglie nel disimpegno spontaneo, dalla posizione 2 (vedi fig. 46) deve quindi venir tirata pian piano nella posizione 3 e da questa nella posizione 4, sempre nella direzione dell' asse del bacino. Ciò si ottiene dirigendo le trazioni dapprincipio in basso verso l'ano finchè l'occipite si sarà impegnato sotto l'arcata del pube e sollevando poi lentamente il manubrio a misura che la testa discende, prima verso la posizione orizzontale e finalmente quasi perpendicolarmente all' insù.

Non si tira continuamente nella stessa direzione; anzi le trazioni devono essere dirette alternativamente un po' a destra ed un po' a sinistra, perchè così l'ostacolo vien superato in un modo più delicato e con minor dispendio di forze. Di tempo in tempo si riposa. Neppure durante i dolori non si deve tirare. In questo frattempo la levatrice guarderà, se la testa progredisce e se ha forse cambiato posizione, perchè possa dare alle prossime trazioni la direzione, che corrisponde all' asse.

Quando la testa comincia a distendere fortemente l'apertura della vagina, si dovrà rivolgere un' attenzione speciale al perineo, acciochè resti illeso. La levatrice *vede* il distendimento del perineo e lo può anche avvertire *col tatto,* perchè in quel tempo ove si distende il perineo basta sempre *una* mano sola per guidare il forcipe.

Appena occorre sollevare fortemente i due manubri, sarà ben fatto di dare un' altra posizione alle dita che guidano il forcipe. Fin quì il pollice e l'indice della mano destra si trovavano a sinistra e le tre altre dita a destra. Adesso la levatrice farà girare il pollice verso il lato destro del forcipe e porterà a sinistra accanto all' indice, che conserva al suo posto di prima, le tre dita che giacevano a destra. Così la levatrice può sollevare comodamente il manubrio del forcipe senza perdere d' occhio il perineo, giacchè può conservare la sua posizione bassa. Nei § 204—219 la levatrice ha imparato come si deve contenere per impedire la rottura del perineo. Quando il forcipe vien maneggiato bene, non è *mai* necessario di sostenere il perineo; è però d'importanza che la donna non spinga e non prema, e quando sopraggiunge un dolore può anch' essere necessario di applicare un dito sulla testa onde impedire che si disimpegni durante il dolore, come si fa nel parto normale.

Quando la testa ha abbandonato le parti genitali, si allontana il forcipe, afferrandone colle due mani i due manubri, aprendone la serratura e ritirandone i cucchiaij l'uno dopo l'altro. Quando colla testa hanno abbandonato anche i cucchiaij del forcipe le parti genitali, si potrà allontanare il forcipe anche nel seguente modo: la levatrice porta un dito della mano che guida il forcipe fra i due cucchiaij dello stesso — se aveva cambiato l'atteggiamento delle dita come abbiamo insegnato più sopra, questo dito sarà il minimo — e lo preme contro la serratura; i cucchiaij si staccano così dalla testa ed il forcipe può venir allontanato e messo da parte con *una* mano sola. Quest' ultimo metodo di allontanare il forcipe ha il vantaggio, che l'altra mano può sorreggere la testa nata e restar nello stesso tempo in corrispondenza col perineo. Questo vantaggio è tanto maggiore, quando le spalle come talvolta avviene

seguono immediatamente la testa, perchè la levatrice sa, che il perineo deve sempre venir sorretto durante il disimpegno delle spalle.

Quando ritardasse il parto delle altre parti del feto, la levatrice agirà come abbiamo insegnato nel § 389.

§ 593 (28).

2. *L'applicazione del forcipe quando la testa ha una posizione obliqua o trasversa.* Quando la testa ha una posizione ancora molto obliqua, il forcipe non verrà applicato nel diametro trasverso del bacino, ma bensì nel diametro obliquo; nella prima posizione della presentazione del vertice la branca sinistra verrà quindi introdotta un po' più indietro nel lato sinistro della madre e la branca destra un po' più in avanti nel lato destro; nella seconda posizione della presentazione del vertice il forcipe verrà applicato nel senso opposto, cioè quasi nel primo diametro obliquo del bacino.

In egual modo si applicherà il forcipe anche quando la testa *dopo essere già discesa nel fondo del bacino si trovasse ancora in una posizione trasversa,* § 335, fig. 69.

Anche quì si farà prima la trazione di prova. Durante la prossima trazione vera si eseguisce poi un movimento di rotazione, di modo che la piccola fontanella che si trova lateralmente si porti un po' più in avanti.

§ 594 (29).

3. Quando occorre applicare il forcipe *nella seconda variante del parto per il vertice* (la gran fontanella in avanti, § 334), la levatrice non dovrà dimenticare, che l'occipite, il quale deve venir abbrancato col forcipe perchè forma la parte più larga della testa, si trova posteriormente nel bacino, e che perciò chiudendo il forcipe non deve abbassarne i manubri così fortemente come nella prima variante del parto per il vertice, quantunque la testa sia discesa egualmente in basso. Estraendo la testa, ne imiteremo esattamente il disimpegno normale nella seconda variante del parto per il vertice come è rappresentato nella fig. 68; si tira in basso la testa finchè s'impegna colla fronte sotto l'arcata del pube, poi si fanno scivolare

lentamente il vertice e l'occipite sul perineo all' infuori, rivolgendo un' attenzione speciale al perineo, che in questo caso è fortemente minacciato, e finalmente si disimpegna la faccia, abbassando dinuovo i manubri del forcipe.

§ 595 (30).

4. Nella *presentazione della faccia* (§ 338) la levatrice potrà applicare il forcipe solamente quando la testa si troverà nella posizione Nr. 3 della fig. 72, vale a dire quando la testa si troverà col mento in avanti nel fondo del bacino. Anche quì la levatrice dovrà introdurre i cucchiaj del forcipe più indietro nel bacino per poter abbrancare la testa colla sua maggiore circonferenza. Sollevando per tempo i manubri del forcipe e prestando un' attenzione speciale al perineo, tirerà poi la testa nella posizione 4 e di quà nella posizione 5.

§ 596 (31).

5. Rarissime volte sarà necessario di applicare il forcipe *alla testa nel parto per i piedi o per le natiche* dopo che sarà già seguito il parto del tronco.

Nel § 366 abbiamo insegnato, come si possa disimpegnare la testa nel parto per l'ovoide pelvico per mezzo di *maneggi adatti.* In quell' occasione abbiamo detto, che la testa debba però occupare una *posizione favorevole* e che, se ciò non fosse il caso, sia anzitutto necessario di ridurla *colla mano* in questa posizione. Col forcipe non si potrà mai ridurre la testa nella posizione favorevole, ma bensì *unicamente colla mano.* Quando la testa si trovasse ancora al di sopra del bacino e la levatrice non riuscisse a raggiungerla con quattro dita, colla mezza mano, allora introdurrà la mano intiera e portandola sulla faccia e sulla fronte del feto farà rotare la testa in modo che la faccia guardi verso una o l'altra sinfisi sacro iliaca e premendo le dita sulla fronte la farà poi discendere nel bacino col mento in avanti. Quindi sarà quasi sempre possibile di terminare l'estrazione della testa coi maneggi descritti nel § 366. Solamente quando la testa non seguisse alle trazioni colla mano e neppure alla trazione sulle spalle descritta nel § citato, quantunque la testa abbia una *posizione favorevole,* si trovi cioè

nel fondo del bacino colla faccia rivolta in dietro, *solamente allora la levatrice potrà applicare il forcipe alla testa nel parto per l' ovoide pelvico.*

A tal scopo farà sorreggere da un' assistente il corpo del feto già partorito ed introdurrà al disotto del feto prima il cucchiajo sinistro e poi il destro precisamente come quando la testa discende la prima. Eviterà assolutamente di abbrancare il funicolo insieme colla testa. Quindi chiuderà il forcipe, farà la trazione di prova e tirerà poi la testa in basso, finchè la fossa della nuca s' impegnerà sotto l' arcata del pube. Pian piano la levatrice solleverà in seguito il manubrio del forcipe e facendo ben attenzione al perineo, disimpegnerà il mento, la faccia, la fronte ed il vertice, mentre l' occipite, che si trova sotto l' arcata del pube, forma il punto di rotazione per la testa.

Frattanto l' assistente dovrà sollevare pian piano più in alto il corpo del feto per far posto a chi maneggia il forcipe.

Conclusione.

§ 597 (32).

Già nel § 185 abbiamo detto, che la levatrice non si debba mai opporre, quando la partoriente od i suoi parenti desiderano un medico. Ciò che non le è permesso nel parto normale, non le è permesso neppure nel parto, che richiede un' operazione.

Quando sa, che il ritardo, il quale andrà necessariamente congiunto coll' intervento dell' ostetrico, può portar pericolo, lo dirà però francamente. Spetta poi alla partoriente ed ai suoi parenti di decidersi; quando non seguissero il consiglio della levatrice ricadrà sopra di loro anche la risponsabilità per il ritardo.

D' altronde se il parto richiedesse un' operazione, che la levatrice non può e non sa' eseguire, allora parlerà da bel principio esclusivamente della necessità di chiamare l' ostetrico.

Nelle ore susseguenti le cose ponno mutar aspetto. La testa, che prima si trovava ancora in alto, può essere discesa più in basso, cosicchè la levatrice, che prima non osava fare l' operazione, ora può afferrar la testa col forcipe.

E viceversa, quando dapprincipio le cose stavano in modo, che la levatrice avesse potuto o voluto far l'operazione, ma che i parenti avessero preferito di aspettare l'arrivo dell'ostetrico, le cose ponno frattanto aver cambiato aspetto, in modo che i parenti si decidino più tardi di lasciar fare alla levatrice l'operazione. In questo caso la levatrice dovrà però esaminare nuovamente con tutta diligenza, se ora le cose stiano propriamente ancora così, che possa e sappia ancora fare l'operazione. Nella posizione trasversa per esempio, l'utero si può frattanto essere addossato sul feto così strettamente, che la levatrice, la quale prima aveva voluto fare il rivolgimento, ora non sia più in grado di farlo e debba assolutamente aspettare l'arrivo dell'ostetrico.

In un momento così serio la levatrice non dovrà mai perdere la calma nel ponderare e la sicurezza nell'eseguire quanto sta' nel suo dovere.

DOBIS/LIBIS-Verbund Graubünden KBGR

Exemplar-Nummer 308718

PP !Rätor 1900!

308718