

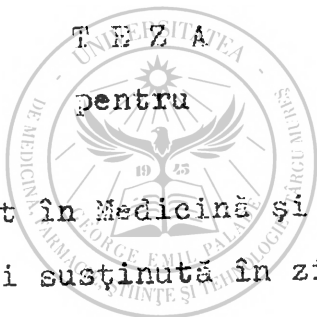
ANGHELESU MIȘU

FACULTATEA DE MEDICINA

No. 1753

INDICATIUNILE SECTIUNII

CEZARIENE



pentru

Doctorat în Medicină și Chirurgie

Prezentată și susținută în ziua de.....1940

de

ANGHELESCU N. MISU

Fost extern titular al Clinicilor Universitare

24 MAY 2005

Mh602.

F A C U L T A T E A D E M E D I C I N A

D E C A N : Prof.Dr.V.PAPILIAN

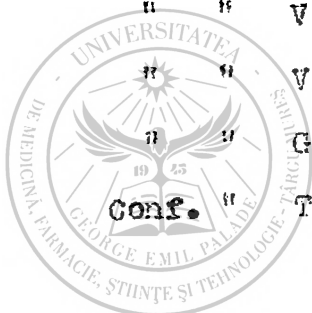
PROFESORI :

Anatomia umană.....	Prof.Dr. V.Papilian
Chimie generală medicală.....	" " Secăreanu St.
Chimie biologică.....	" " Manta I.
Istologie și embrologie	" " Drăgoiu I.
Fiziologie și fizică medicală..	" " Benetato Gr.
Anatomia patologică.....	" " Vasiliu T.
Bacteriologie.....	" " Baroni V.
Patologie generală și experim..	" " Botez M.
Igienă și medicină preventivă..	" " Moldovan I.
Clinica medicală I	" " Hațieganu I.
Clinica medicală II/semiologie/	" " Goia I.
Clinica chirurgicală/semiologie,	" " Pop A.
med.oper/.....	" " Teposu E.
Clinica chir.și boalele căilor	" " Grigoriu C.
urinare.....	" " Tătaru C.
Clinica gineologică și obstetr.	" " Popoviciu D.
Clinica dermatologică și sili-	" " Minea I.
grafică.....	" " Urechea C.
Clinica infantilă și puericul-	" " Michail D.
tura	" " Sturza M.
Clinica neurologie și endocri-	" " Buzoianu Gh.
nologie	" " Aleman I.
Clinica psihiatrică	" " Kernbach M.
Clinica oftalmologică	" " Negru D.
Clinica balneologică și dieteti-	" " Bologa V.
că.....	" " Baroni V.
Clinica oto-rino-laringologie,.	" " Zolog M.
Clinica stomatologică.....	" " Gavriliș T
Medicina legală	" "
Radiologia medicală	" "
Istoria medicinei ,.....	" "
Farmacologie...../s upl./	" "
Igienă și medicină preventivă	" "
/generală/.....Ag ^h .	" "
Clinica boalelor contagioase Conf	" "

JURUL DE PROMOTIE

PRESIEDINTE : Prof. Dr. C. Grigoriu

Membrii : " " Al. Pop
" " V. Bologa
" " V. Papilian
" " Gr. Benetato
Supleant : Conf. " Tr. Popoviciu



CUVANT INAINTE.

Cazurile in cari punea indicația operației cezariene sunt multiple dar din zi in zi s'a găsit mai utilă această intervențiune pentru a se salva in acelaș timp viața mamei și a copilului.

Luând acest subiect, pentru lucrarea mea de teză in Clinica gineologică și obstreticală. simp in clipa de față o mare bucurie care pune stăpânire pe ~~meu~~ sufletul meu, este bucuria dorinței implinite, de a-mi face teza dintr' o ramură a medicinei pe care doresc a o practica.

Voiu păstra Domnului Profesor Grigoriu amintirea cea mai plăcută, din zilele cand, ca student, am audiat cursurile Domniei Sale practice dela Clinica Gineologică și Obstretică din Cluj.

Aduc și pe această cale mulțumirile mele sincere și ~~dezinteresate~~ dezinteresate Domniei Sale pentru bunăvoința pe care mi-a arătat-o.

Domnului Conferențiar Dr. Fr. Popoviciu pentru darul Domniei Sale de a incuraja pașii unui in-
a cepător

asigurarea recunoștinței mele.

Mulțumirile mele D-lui Dr. Tănăsescu, medicul
primar al institutului gineologic și obstetric din
Sibiu, care mi-a înlesnit adunarea materialului din
serviciul D-sale.

Din cauza timpurilor grele prin care trece
azi Universitatea din Cluj, din lipsa unei biblioteci
în care se găsește izvoara mai complete, lucrarea de
față poate avea eventual ~~lipsuri~~ lipsuri.

Memoriei tatălui meu închin lucrarea mea
înagurată .

Dragoste neîmămurită mamei mele toate sa-
crificiile.

I S T O R I E .

Încă în timpul romanilor secțiunea cezariană a fost cunoscută și practică.

Unii autori susțin că datorită ei, au trăit mulți împărați romani, de unde și-ar trage chiar numele.

Majoritatea autorilor însă, cred că numele operației ar deriva de la verbul latin "Caedere" care se traduce "a trăi". Legiferarea ei s'a făcut de către Numa Pompiliu care admitea că femeile decedate și însărcinate, înainte de a fi înmormântate, să fie supuse unei intervenții care constă în extragerea fătului pe cale abdominală. Din cauza mijloacelor necorespunzătoare din acele timpuri, în care se făcea orice operație, mortalitatea era foarte ridicată.

Creștinii o interzic, socotind-o ca o operație barbară. Au trecut veacuri până în secolul XV-lea găsim că operația a fost practică de un măcelar elvețian. Mai târziu, după descoperirea microbilor, medicii fiind în posesia mijloacelor de asepsie și antisepsie, riscurile operatorii, cu toate complicațiile, scad, deve-

nind azi o operație căreia i se lărgeste din ce în ce mai mult indicațiile.

----- X -----



INDICAȚIILE SECȚIUNI CEZARIENE.

Prin operația cezariană urmărăm evacuarea cavității uterine, prin extragerea copilului, atunci când nașterea pe căile naturale este imposibilă.

Indicațiile operatorii sunt de două feluri :

a/ absolută atunci când prin nici un alt procedeu nu putem evacua un copil viu, și

b/ relativă, când evacuarea pe căile naturale este posibilă prin cranioplazie, rămânând ca singura operația cezariană să ne permită obținerea unui făt viu.

A / Indicația absolută.

1.- In bazinele strâmtate de gradul IV. Din punct de vedere al diametrului, bazinele patologice s' au clasificat in 4 grupe : Gr. I care au conjugata vera de 9-11 cm.Gr.II care au conjugata vera între 7-9 cm. Gr.III cu conjugata vera între 6-7 cm și Gr. IV când conjugata vera este sub 6 cm.

In bazinele de gr. I operația cezariană nu vine in discuție.La cele de gr. II conduita terapeutică este foarte dificilă, deoarece putem aplica versiunea, forcepsul,sau cranio - clazia și câteodată secțiunea

cezariană. In bazinele de gr. III, dacă mama dorește un copil viu, se va indica operația cezariană, în caz contrar se va indica o craniotomie. Indicația absolută, va fi recomandată în toate cazurile de bazin de gr. IV. Dintre examinări se va face numai cea externă, știind că examinarea internă va duce mai târziu la compromiterea intervenției.

2.- In neoplasmă, care prin comprimarea exercitată asupra canalului pelvi genital nu putem să ne așteptăm la o naștere pe căile naturale. Astfel dintre procesele tumorale amintim : fibromul, carcinomul, sarcomul și endondronul. De multe ori sarcina este întovărășită de fibrom, tumora benignă care îi turbură cursul ei normal. În acest caz, mersul nașterii depinde mai mult de localizarea tumorii decât de volumul său. Tumorile care au sediul în segmentul superior sau inferior al corpului uterin nu sunt atât de periculoase ca acelea localizate la nivelul colului uterin, care prin evoluția lor se fixează prin aderențe în fundul de sac al lui Douglas.

Fiind fixate, ele nu se mai pot ridica în sus, astfel că obstruiază canalul pelvian, femeia succumbând prin ruptura uterului dacă nu intervenim la timp.

Kaltenbach indicând secțiunea cezariană cu amputația corpului uterin degenerat, obține rezultate fericite în care atât mama cât și copilul sunt salvați.

După o statistică făcută de Brindeau pe un număr de 314 cazuri, mortalitatea maternă a survenit în 17,2 % iar cea fetală în 26%. În statistica lui Tröbell rezultatele sunt ceva mai bune, astfel din 43 de cazuri 7,1 % reprezintă mortalitatea mamei iar 10 % cea fetală.

Cercinomele uterului formează deosebit de o complicație serioasă a gravității. Gravitatea în astfel de cazuri poate fi întreruptă, dar poate ajunge și până la termen. Totul depinde numai de întinderea procesului canceros al copilului. Când procesul este limitat, dilatarea colului se produce iar nașterea poate avea loc. Dacă însă cercinomul se extinde, pentru a salva viața mamei se impune operația radicală de extirpare a neoplaziei cancerului în același timp cu a uterului gravid.

Când este vorba de o gravidă în primele patru luni, practică intervenția pe cale vaginală, deoarece nu este absolut necesar de a evacua uterul pentru re-

ducerea cavită volumului cavității uterine. Pentru cazurile când sarcina este înaintată, punem indicația secțiunii cezariene vaginale după Dehresen.

Această intervenție pe lângă avantajul de a fi mai puțin periculoasă, decât cea abdominală, are și inconvenientul că țesăturile interesate nu pot fi operate radical și astfel expunerea la recidive este frecventă. Sunt cazuri însă când procesul tumoral este atât de înaintat, că în orice lună a gravidității am opera, nu am reuși să salvăm viața femeii.

În astfel de situații se așteaptă ca nașterea să fie la termen și să salvăm prin operația cezariană viața copilului, lăsând procesul tumoral în aceeași evoluție.

O altă indicație absolută a secțiunii cezariene este în 5/stricturile cicatriciale ale canalului pelvi-gential care sau îi obstruiază complet, sau îi diminuează considerabil calibrul.

B / INDICATIA RELATIVA.

1.-În bazinele de gradul III când, prin celelalte mijloace nu avem certitudinea că am putea avea un făt viu, se face incizia cezariană.

2.- Eclampsia ne dă prilejul de a pune aceeași indicație. După ce am epuizat tot tratamentul medical, ne rămâne o indicație principală de tratament care consistă în evacuarea cavității uterine cât mai curând posibil. Astfel în eclampsie, când convulsiile se succed și bolnava se apropie de comă iar tratamentul cu morfină și sangerare nu rămas fără efect, atunci, fără a mai întrebuița celelalte mijloace, pe cari le avem la dispoziție ca: Forceps, balon de cauciuc sau dilatatoare, recurgem la cezariana vaginală care la multipară ne dă cele mai bune rezultate, ajungându-se la evacuarea copilului pe cale naturală.

Când femeia bolnavă este o nulipară, la care avem strâmtarea părților moi și colul uterin este ~~gr~~ greu accesibil, aplicarea cezarienei abdominale trebuie să fie riguroasă, deoarece, histerotomia vaginală nu ne poate aduce decât dificultăți. Rezultatul in-

tervenției, pe lângă asepsis, depinde de starea generală și de plus în momentul operației.

5.- Placenta praevia are două varietăți: placenta praevia centrală, când centrul placentei corespunde orificiului intern uterin și placenta praevia parțială, când orificiului uterin îi corespunde numai un lob placentar. Conduita noastră terapeutică trebuie să se refere în ambele cazuri la oprirea hemoragiei și expulzia fătului.

În practică, frecvent se face ~~temporară~~ tamponarea nec vaginului sau versiunea podalică a lui Braxton Hicks cu rezultate bune când hemoragia este mai mică. Datorită versiunii podalice combinate, când acesta se execută la timp, mortalitatea maternă atinge 5 % iar cea fetală este mai ridicată din cauza procesului asfixic pe care îl suferă fătul în cavitatea uterină. Dacă temperamentul și administrarea de ergotină plus masajul rămân fără rezultat, sângerarea continuând abundent, starea femeii fiind gravă, practicarea la timp a hysterotomiei vaginale sau abdominale urmată de transfuzie sanguină, salvează în

majoritatea cazurilor ~~față~~ viața femeii și a copilului. Primii care au încercat eliberarea fătului pe cale abdominală în cazuri de placenta praevia au fost Kroenig și Pankow. Rezultatele lor ne arată următoarele date:

Mortalitatea mamei	3%
Mortalitatea fetală	2%

Dacă intervenția se face la începutul nașterii, pierderea de sânge va fi mică pentru că nu se ridică întinderea segmentului inferior al uterului din timpul ~~față~~ cerii care dă sângerarea. De câte ori hemoragia va fi abundentă iar căile genitale păstrate aseptice, se va pune indicația operației cezariene abdominale care e în avantajul față de cea vaginală, unde țesuturile sunt mai fragile iar câmpul puțin vizibil.

Indicația relativă își găsește aplicarea și în cazurile de 4 / făt voluminos.

Creșterea excesivă a corpului fetal și deci proporția dintre el și bazin care survine, a adus pentru chirurgii obstetricieni o nouă problemă.

Sunt femei care în cursul sarcinilor obișnuite

pe cari le-au avut, au dat naștere unor astfel de Feți giganți.

Cu toate că diametrele bazinului sunt normale, în cazul când un făt cântărește 7,8,9, Kgr. după cum / au fost cazuri descrise, obstreticianul trebuie să întrevadă indicația operației cezariene. Pe lângă mărimea copilului fetal se adaugă și alte greutăți, cari constau înțesături rigide, oase destul de tari, și diametrul transvers mare al centurei scapulare, care primează față de mărimea capului fetal.

În astfel de cazuri, dacă femeia la termen a rămas încă aseptică, nefiind deci examinată intern, prin operația cezariană vom obține un făt viu fără a periclita viața mamei.

5.- În hemoragiile placentare înainte de expulzia fătului. Foarte rar s' a observat ruptura vaselor utero-placentare în timpul perioadelor de facere, cu toate că inserația placentei era normală. Aceste hemoragii sunt datorite, fie unei lovituri la nivelul abdomenului sau eforturilor mușchilor abdominali tuse și vomă. De asemenea tracțiunea unui

cordon ombilical prea scurt ne poate produce deslipirea prematură a placentei. Prognosticul acestor hemoragii este grav pentru fetus, deoarece din cauza presiunii sanghinoi mărite el se asfixiază. Acelaș prognostic serios revine și mamei când deslipirea placentară este întinsă. Pentru a opri definitiv aceste hemoragii se impune de urgență evacuarea uterului care dela caz ~~se face~~ la caz se face după procedee cunoscute. Numai când ~~posibil~~ colul uterin nu este dilatat iar prin administrarea de doze maxime de ergotină nu am obținut rezultate bune, și hemoragia se menține, amenințând viața mamei, trebuie să recurgem la secțiunea cezariană vaginală sau abdominală, pentru a ~~evacua~~ evacua cavitatea uterină, aceasta fiind singura condiție pentru a avea o bună hemostază.

Găsim o indicație relativă și în 6/-lipsa completă a durerilor de facere.

Înainte însă de a ne gândi la o intervenție vom încerca combaterea lipsei contracțiilor uterine prin procedee mai ușoare, recurgând la măsuri energice în cazurile cari periclitizează viața mamei.

7.- In angajarea defavorabilă a capului fetal cum ar fi prezența facială, avem ocazia de a pune indicația relativă a operației cezariene.

In 15 % din cazuri, dacă se obține nașterea, fătul este mort și același prognostic serios se aplică și mamei care va avea un post partum patologic din cauză că nașterea ține prea mult timp și din cauza presiunii exercitate asupra părților moi ale canalului genital. Mai putem avea indicația relativă in cazurile de 8/ edem labial acut

ori de cite ori se va cere urgență in evacuarea conținutului uterin, operația cezariană se va indica fără a pierde timpul, ajungându-se la rezultate surprinzătoare pentru mamă și făt.

Când luăm hotărârea de a pune indicațiile secțiunii cezariene, trebuie să ținem seama de următoarele condițiuni

1.- Fătul să fie viu.

2.- Membranele fetale să nu a fie rupte.

3.- Asupra femeii care naște să nu fi făcut examinarea internă.

P R O G N O S T I C .

Dacă se respectă tehnica operatorie iar femeia, la naștere este în stare de asepție, riscurile operatorii sunt minime.

Natural, pentru aceasta stare generală a femeii în momentul intervenției va conta foarte mult pentru succesul operator. O tehnică defectuasă, însoțită de infectarea organelor genitale, nu ne va aduce rezultatele așteptate. Astfel, dacă în uter au pătruns germeni virulenți, odată cu secționarea lui și cu extragerea copilului, aceștia se vor depune pe plagă, dând complicația mortală - peritonita septemică.

CAZURI CLINICE.

Redăm mai jos câteva cazuri operate în Institutul Obstretic din Sibiu .

Cazul 1.- Bolnav V. în etate de 26 ani, căsătorită casnică. Intră în clinică în 4 / II 1938.

Antecedente ereditare și persoanele fără importanță. Anecdotele fiziologice : Menstrată la 13 ani, urmând la interval de 4 săptămâni cu o durată de 4-5 zile.

Examen general : temperatură 37°, puls 90, pulmon și cord normal. Bazin : conjugata vera 6 cm. prezența fătului pelviană.

Dg. Bazin stramt de Gr. IV, turtit anteroposterior.

Observații : În 5 /II se face pregătiri preoperatorii. Se face laparotomie subombilicală, se incizează peretele anterior al uterului și se extrage fătul și placenta. Apoi se reface țesuturile.

Fătul are 42 cm, 1900 gr., circumferința capului 30 cm, este viu și născut la termen. Sucombă la 5/1 ora 12. Cauza morții: debilitatea congenitală. Mama

părăsește serviciul vindecată.

Cazul II. Bolnava M.D. 55 ani, căsătorită, casnică. Vine în 20 / II. Antecedente eredo-colaterale și personale fără importanță. Menstruată la 14 ani, survine regulat și ține 5-7 zile. Nașterile anterioare au fost la termen în număr de nouă.

Starea prezentă : A suferit hemoragii mari la domiciliul și a fost adusă în stare gravă. Temperatura 37° plus 14° . Este slab dezvoltată. La acord - auz cardiac, miocardită. Pulmonar : congestie pulmonară. Urine albumină pozitiv, puroie pozitiv și zahăr negativ.

Prezența fătului este pelviană. Bătăile cordului nu se aud clar.

Examenul genital : Organele genitale externe pline de sânge, canalul cervical nu e permeabil pentru un deget. Se încearcă remontarea bolnavii cu cardio-tonice, băuturi calde stimulate.

Diagnosticul : Placenta Fraevia centrală totală.

Observație : În 22 / II bolnava încă nu prezintă dureri de naștere.

Starea generală ameliorată, se observă însă o

ușoară pierdere de sânge. Canalul cervical nefiind permeabil nici pentru un deget, se decide evacuarea cavității uterine prin sec. cezariană, care se execută fără dificultate. După operație se remontează cu ser fiziologic și oleu canforat.

Fătul 40 cm. lungime, 1450 gr. prematur, viu Placenta se extrage imediat după copil, membrele complete. Mama sucumbă în 25 / II 1938 din cauza hemoragiei grave ante-partum, astm și congestie pulmonară. Fătul sucumbă în 28 / II : debilitatea congenitală.

Cazul III. Bolnavă B. E. 38 ani , căsătorită, vine în clinică în 26 / II 1938, pentru sterilizare și întreruperea sarcinei în urma aprobării parchetului tribunalului Sibiu.

Diagnosticul : Gravitatea luna II, surditatea lmaxIII. Se indică operația cezariană.

Observație : Se face sacționarea tropelor. apoi se inciziază peretele uterin și se extrage oul. Se suturează uchiul uterin și se acoperă sutura cu peritoneul vezicii. Se închide cavitatea abdominală.

Mers postoperator. Operă în 29 / II se simte bine.
În 30 / II prezintă dispnee care devine din ce în
ce mai accentuată, se dau cardiotonice dar fără
efect. Femeia sucombă.



CONCLUZII.

- 1.- Indicațiunile secțiunii cezariene sunt de două feluri : absolute și relative.
- 2.- Când nașterea unui făt, nici viu nici mort, nu este posibilă pe căi naturale, punem indicația absolută.
- 3.- Dacă nașterea unui făt, viu este imposibilă pe căile naturale, posibilă fiind numai craniotomia, indicația este relativă.
- 4.- Ori de câte ori se va cere urgență în evacuarea cavității uterine de conținutul său, operația cezariană se va indica fără a pierde timpul, ajungându-se la rezultate bune atât pentru mamă cât și pentru copil.
- 5.- Niciodată nu vom face o secțiune cezariană dacă
n au fost îndeplinite următoarele condiții
a/ fătul să fie viu
b/ membranele să nu fie rupte
c/ examinarea internă să nu fi avut loc
- 6.- Prognosticul este bun dacă se respectă tehnica operatorie și dacă asepsia și anti sepsia au fost păstrate.

Văzută și bună de imprimat :

DECANUL FACULTĂȚII :

PRESEDINTELE TREZI :

ss .Prof.Dr, V. Papilian

ss. Prof Dr. C.R.Grigo