



Dr. Raduș Theodor

UNIVERSITATEA REGALE FENELIND 1 DIN CLUJ

Facultatea de Medicină

PREZENTAREA FELVENS LA POLONICE

UNIVERSITATEA
de
ACCURAT IN MEDICINA SI CHIRURGIE
susținută în ziua de..... luna..... anul.....
de
DR. ADOLPH THEODOR

INST. MED. FARMAC. MURSȘ
ORV. IUD. G. OS. SZ. INT. NYH.
Bibl. Controla-Reg. Conf. Kérszár
Lelt. sz. 44606

24 MAY 2005

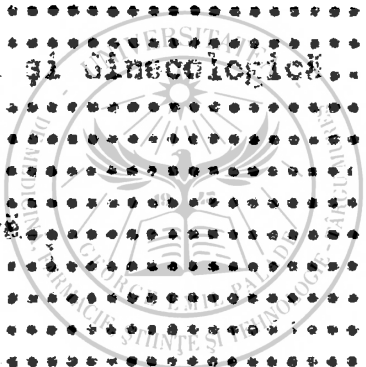
67

PROFESORATUL DE ANATOMIE

Decan Profesor Dr. V. BĂLĂȘ

PROFESORI :

Clinica Stomatologică.....	ref.	I. I. Ionescu
Bacteriologie.....	"	V. Bălaș
fiziologie Medicală.....	"	V. Bălaș
Farmacologie.....	supl.	V. Bălaș
Patologie Generală.....	"	V. Bălaș
Istoria Medicinii.....	"	V. Bălaș
Clinica otorinolaringologică.....	"	V. Bălaș
Histologie.....	"	V. Bălaș
Clinica medicală II.....	"	V. Bălaș
Clinica Obstetricală și Ginecologică.....	"	V. Bălaș
Clinica medicală I.....	"	V. Bălaș
Medicină Legală.....	"	V. Bălaș
Chimie fiziologică.....	"	V. Bălaș
Clinica Neurologică.....	"	V. Bălaș
Clinica oftalmologică.....	"	V. Bălaș
Fizică.....	"	V. Bălaș
Radiologie.....	"	V. Bălaș
Patologie locală.....	"	V. Bălaș
Clinica Chirurgicală.....	"	V. Bălaș
Clinica infantilă.....	"	V. Bălaș
Chimie Generală.....	"	V. Bălaș
Clinica balneologică.....	"	V. Bălaș
Clinica fiziologică.....	"	V. Bălaș
Clinica Dermatologică.....	"	V. Bălaș
Anatomie patologică.....	"	V. Bălaș
Clinica Psihiatrică.....	"	V. Bălaș
Fiziologie locală.....	conf.	V. Bălaș
Fiziologie Generală.....	agr.	V. Bălaș
Clinica Boalelor Contagioase.....	conf.	V. Bălaș



JURUL DE PROIECTIE

Președinte : Dl. Prof. Dr. C. GRIGORIU

**Membrii: Prof. Dr. A. STANZA
Prof. Dr. I. P. ATIEGIANU
Prof. Dr. A. NERȘIU
Prof. Dr. Ch. POPOVICI
Copleant: Dl. Conf. Dr. Em. POPOVICI**



PREZENTATIILE PELVIENE SI PODALICE

NOIUNI GENERALE

Ilumim prezentare pelviană, când extremitatea pelviană a fătului vine în raport cu strămoașa superioară a bazinului mamei. Când fătul este așezat cu picioarele la stânga strămoașa superioară, vorbim de prezentare podalică sau cu picioarele. În prezentarea pelviană sau cu șezutul, dacă lângă șezutul fătului găsim și ambii genunchi, zicem că prezentarea pelviană este completă; iar dacă găsim numai șezutul, picioarele fiind întinse în sus, înspre abdomen, vorbim de o prezentare cu șezutul incompletă.-

Prezentările pelviene se mai împart în primitive și secundare, după cum ele reprezintă conservarea prezentării pelviene, normal în primele luni de sarcină, sau ele succed unei serii de mutații fetale.-

Important pentru tratarea acestui subiect este noțiunea de poziție, prin care înțelegem raportul pe care îl are diferitele puncte ale părții prezentate a fătului, cu diferitele puncte ale bazinului mamei. Pentru aceasta ca puncte de reper sunt luate pentru făt creasta sacrată și șanțul interfesior.-atât prezentările pelviene complete sau incomplete, cât și cele podalice, pentru grija și conduita specială ce o cer medicului practician, sun considerate din punct de vedere obstretical ca faceri anormale sau faceri cu distocie.-

FRECVENȚA

Prezentările pelviene și podalice, ca frecvență vin după prezentările cu creștetul.-Frecvența prezentărilor pelviene și podalice crește cu cât facerea are loc mai

înainte de term n. Astfel după o statistică franceză se știe un caz la 30 de nașteri când facerea are loc în de termen și un caz la 60 de nașteri când facerea are la termen. - Frecvența variază și după felurile de prezentare. - Prezența pelviene incomplecte și podalice sunt mult mai rare de cât prezentările pelviene complete. -

După poziții frecvența prezentărilor pelviene și podalice este cam următoarea : 1. Sacro-iliacă stângă anterioară. - 2. Sacro-iliacă dreaptă posterioară. - 3. Sacro-iliacă stângă posterioară. - 4. Sacro-iliacă dreaptă anterioară. -

E T I O L O G I A

Cunceaște toate cauzele care împiedică sau nu solicită acomodarea cefalică normală, la sfârșitul sarcinei. - Ele se pot împărți în cauze de ordin fetal, matern și ovular sau anexial. -

CAUZE DE ORDIN FETAL. 1. Moartea și macerația fetală care îi conservă atitudinea pe care o avea în momentul morții. - 2. Hidrocefalia și volumul exagerat al capului ajută păsarea în fundul spațiului uterului. - 3. Sarcina gemelară, cu prezentarea pelviană pentru unul sau pentru amândoi. - 4. Micimea fătului, care determină imposibilitatea de stabilitate în interiorul uterului. -

CAUZE DE ORDIN MATERN. - Sunt cele mai frecvente și aparțin de uter, bazin și de organele pelviene. - Uter: a/. Multiparitatea producând relaxarea pereților uterini și abdominali, numai solicită fătului o acomodare normală. - b/. Malformațiile uterine permit sau solicită chiar adaptarea pelviană a segmentului inferior, modificând forma cavității uterine. - c/. Tumorile uterine care împiedică mutațiile fetale normale în cursul ultimelor luni de sarcină. -

Bazin: bazinul strâmt, retractat, jeneză acomodarea normală a creștetului. -

Organele pelviene: toate tumorile parauterine, ovariene, ale ligamentului larg, ale trompelor, vezice, rectului și sacrului jeneză acomodarea, favorizând prezentările pelviene și podalice. -

CAUZE DE ORDIN OVULAR SAU ANEXIAL. - 1/. Lichidul amniotic : hidramniosul prin mărirea capacității uterine la multipare, fătul foarte mobil, ia atitudini diferite și este surprins de facere în prezență pelviană sau podalică; - oligamniosul, fătul comprimat de toate părțile nu poate fa-

ce mișcările basculare și își conservă statură primitivă.-2/.Placenta:în deosebi placenta praevia, jensează a comodarea normală întocmai ce și tumorile segmentului inferior.-3/.Cordonul ombilical:scurtîmes accidentelă sau câștigată a cordonului poate de asemenea să turbure acomodarea și prezentarea creștetului, înlesnind plasarea fătului în prezentațiile pelviene și podalice.-

DIAGNOSTICUL

Căprinde diagnosticul de prezentare, de poziție, și diferențial.-Diagnosticul de prezentare poate fi făcut în timpul sarcinii și în timpul facerii.-

În timpul sarcinii:semele sunt diferite după cum avem prezentație pelviană sau podalică.-

Interogatoriul.Nără prea mare însemnătate, ne aduce simptome de angajarea anormală a unei părți fetale.-Astfel se plânge de un punct dureros fix spre fundul uterului, în general sub ficat, datorită presiunii constante exercitate la acest nivel de capul fătului, în prezentație pelviană completă.-În prezentarea pelviană incompletă și podalică sunt simptome de compresiunea organelor pelviene.

Inspectia.În prezentarea pelviană completă, uterul are formă ovoidă normală și marea sa axă, longitudinală.-În prezentațiile pelviene incomplete și podalice, găsim fundul uterului coborât.-

Palpația.În prezentația pelviană completă excavația pelviană e goală.-La nivelul strâmtoării superioare, mâinile noastre întălnesc o parte fetală voluminoasă, ne regulată, depresibilă și moale.-Se recunosc uneori și membrele.-În fundul uterului se constată prezența capului fetal, dur, rotunjit, neregulat și mobil.-Îl ocupă epigastriul sau unul din hipocondrii.-Uneori se ascunde sub ficat sau sub bordul falselor coaste.-Între capul mobil și dosul fătului se constată depresiunea gâtului și lateral se găsește planul rezistent și convex format de spate.-În prezentarea podalică găsim cu aproximație aceleași caractere cu excepția că la nivelul strâmtoării superioare putem mai bine distinge membrele inferioare, iar când sunt coborâte excavația este plină.-În prezentarea pelviană incompletă găsim la nivelul sau deasupra strâmtoării superioare o parte fetală, puțin voluminoasă, depresibilă și conică ce se palpează mai bine cu podul palmelor.-Membrele nu se găsesc la acest nivel.-În fundul uterului palpăm capul fe-

tal, rotunjit, dur, și puțin mobil.-mai distingem dosul fătului și depresiunea gâtului.-Când fecelo șezutului sunt angajate în stramtoarea superioară, excavația pelviană e plină cu o parte fecală dură, mai puțin voluminoasă și mai depresibilă decât în prezentarea creștetului.-

Ascultația. În ambele prezentări, dacă nu aș avut loc angajarea, focarul de ascultație al inimei este destul de sus, până la nivelul sau deasupra ombilicului.-Când angajarea a avut loc, focarul de ascultație se găsește dedesubtul ombilicului.-

Tuseul. De obicei nu ne oferă nimic însemnat.-Câte odată simțim la vârful degetelor mici părți neregulate late.-Când angajarea a avut loc atunci putem mai ușor distinge diferitele părți fetale.-

În timpul fecterii: din cauza contracțiilor uterine și angajării prezentației, semnele cele mai precise ni le poate oferi numai tuseul vaginal.-La începutul fecterii până la ruperea membranelor fetale semnele ce la obținem prin tuseu sunt mai puțin precise. După ruperea membranelor diagnosticul devine ușor.-În prezentarea pelviană completă și podalică, degetul întâlnește șanțul interfesier și depresiunea anusului.-Urzărind șanțul interfesier distingem într'o direcție, o mică ridicătură osoasă coccigale, iar mai sus neregularitățile crestei sacrate.-Într'altă direcție descoperim organele genitale externe ascunse de picioare.-În prezentarea podalică distingem genunchii cu rotulele, în modul genunchilor sau călcălole cu degetele și maleolele în modul picioarelor.-În prezentarea pelviană incompletă prin tuseu distingem o parte fetală mai mult sau mai puțin angajată.-Înapoia simfizii pubiene distingem regiunea trochanteriană anterioară sau ischiatică, înconjurând-o deosebit caracterelor șezutului.-Picioarele nu le găsim.-Organele genitale sunt mai ușor de simțit, decât în prezentarea pelviană completă.-

Diagnosticul de poziție punctul de reper fetal este constituit de creasta sacrată.-Șanțul interfesier joacă din punct de vedere al diagnosticului același rol pe care suturasagitală îl are în prezentarea creștetului.-Prin palpate situația dosului la dreapta sau la stânga uterului și direcția sa înainte, înapoi sau direct într'o parte indică și direcția sa și a sacralui.-Prin tuseu raportul pe care creasta sacrată a fătului o are cu punctele de reper ale bazinului matern și acela al șanțului fesier

cu diametrele pelviene, permit determinarea orientării șezutului. - În ascultarea focarelor în diferitele poziții sunt următoarele: în sacro-iliacă stângă anetrioră focar e în vecinătatea ombilicului aproape de linia mediană; în sacro-iliacă dreaptă posterioară focarul pușin intens e în dreapta și destul înapoi; în sacro-iliacă dreaptă anterioară focarul e la dreapta și înapoi; în sacro-iliacă stângă posterioară focarul e maxim la stânga și înainte. -

Diagnosticul diferential. În timpul sarcinii se poate confunda prezentarea pelviană și podalică cu prezentarea creștetului, pentru că uneori capul aflat în fundul uterului se ascunde sub falsele coaste. - Eroarea e mai ales comisă când prezentarea pelviană incompletă este angajată din timpul sarcinii, și când ne face să credem că suntem înaintea unei prezentări a creștetului. - O palpate metodică face să excludă această eroare. - O varietate posterioară a creștetului face să baloteze șezutul în fundul uterului, ceea ce ne poate face să credem că este capul fătului. - Când diagnosticul este dificil, radiografia poate ridica aceste îndoieli. - În timpul facerii, în prezentarea creștetului o boasă sanghină voluminoasă ne poate face să credem, că avem șezutul în prezentare. - De asemenea prezentarea feței ne poate face o asemenea confuzie. - O prezentare a creștetului complicată cu procidentența unui picior ne poate face să ne gândim la șezut. - Dar un bășon profund ne permite să recunoaștem creștetul. -

MECANISMUL FACERII ÎN PREZENTĂȚIA PELVIENE LI

PODALICĂ. -

În ambele prezentări, indiferent deci cum se prezintă șezutul sau membrele inferioare la strămoșirea superioară, mecanismul facerii rămâne același. - Timpii de facere interesează separat cele trei segmente ale fătului: șezutul, umerii și capul. - Mecanismul facerii are loc în ordinea următorilor lo timpii. -

Timpul prim: acomodarea șezutului la strămoșirea superioară. Pentru a se acomoda la strămoșirea superioară, șezutul se micșorează prin înghemuire și îngrămădire. - În influența presiunii uterului, are loc descinderea progresivă a șezutului. - Astfel îngrămădită această parte a fătului, pune diametrul său transvers bitrocantarian devenit cel mai mare, în raport cu unul din diametrele oblice ale

strâmtorii, ericace și în centrul și anterocervicilor sacro-tibial, etc., prin îngrădirea, în raport cu simetria oblică etc. -

Amplasul doi : angajarea șezutului are loc prin mișcări progresive. - Costul străunde în excavația și parcurge înscădând până la planșeul perineal fără a-și modifica orientarea. -

Amplasul trei : acomodarea șezutului la strâmtorile inferioară. - Când șezutul ajunge aici pentru a pătrunde alții modifică orientarea. - Într-o mișcare de rotație șezutul poate realiza acomodarea necesară angajării sale în leziunile etc. - Întru această șezutul cel mai apropiat de cea simfiză pubiană, e orientat dinapoi încaștă sub simfiză, iar șezutul posterior rămas, e orientat înainte spre concavitatea sacrată. -

Amplasul patru : degajarea șezutului. - Costul acordat șezutului poate prăsi strâmtorile inferioare și să se degajeze. - În vremea acestei mișcări șezutul anterior sub simfiză pubiană eșină din vulvă în timp ce șezutul posterior, în rășinut împinge înapoi coccigul și costințele perineale. - Are loc aici o înălțare puternică a trunchiului, șezutul anterior ridicându-se în sus spre mușchii lui Veruș apoi la urmă progresiv are loc degajarea întregului șezut.

Amplasul cinci : acomodarea umerilor la strâmtorile inferioare. - Ambele brațuri bicromial se plasează în șezutul diametral oblic, cel stâng și diametral bitrocant în timpul angajării șezutului. - Costii : acomodare ce trebuie primită în mișcare de rotație externă. -

Amplasul șase : angajarea umerilor. - Ambele coccige și umerii efectuează coborârea excavației, în timp ce abdomenul și partea inferioară a toracelui se degajează. -

Amplasul șapte : acomodarea umerilor la strâmtorile inferioare. - La acest nivel umerii execută o rotație, plimbându-se medial anterior sub simfiză pubiană, iar cel posterior desușura coccigului. - Diametral bicromial și se plasează astfel în șezutul diametral coccipubian. -

Amplasul opt : degajarea umerilor. - Se degajează astfel umerii anterior, iar apoi cel posterior, după ce a încaștat coccigele și a stors perineul destins. - În acest moment trunchiul este în întregime în afara organelor genitale și cade între coapsele mamei. -

Amplasul nouă : acomodarea capului la strâmtorile inferioare. - După degajarea umerilor are loc descinderă etc.

prin strângerea superioară în excavatia pelviană.-
Ajuns la nivelul strâmtorii inferioare, capul trebuie să
se acomodeze plasând surile sale dinotro în raport cu
axele diametru cocci-pubi-n.-are loc o rotație, sau și
bine zis o deflexie a capului de trunchi, occiputul in-
tercându-se înainte sub simfiză în timp ce față se in-
tercepe înăoi șezându-se în concavitatea sacrului.-

—Timpul zece:degațirea capului.-sub presiunea uter-
ină apare mai întâi față, iar la urmă occiputul.-

—MOM. III în act. II.—

—Trivește fiecare timp al nașterii:

—Timpul prima:prin prezentarea șezutului mai puțin
înclinat la strâmtoarea superioară, acomodarea șezutului este
întârziată, prin transformările ce trebuie să aibă loc.-

—Timpul doi:când diametrul bitrocantarian se pla-
sează în sensul diametrului transvers, făcând dificilă
descinderea șezutului.-

—Timpul trei:constă în lipsa rotației, exagărarea
rotației sau perversiunea rotației.-

—Timpul patru:ceea ce consecința a lipsei de rotație
șezutul se degajează oblic, soldul anterior venind în ra-
port cu axe distre ramurile ischiopubiense.-Când sacrul pri-
vește direct înainte sau înăoi, direcția transversală a
diametrului bitrocantarian face degajarea destul de gre-
cioasă.-

—Timpul cinci:constă în imposibilitatea de orien-
tarea a diametrului bicrotal în diametrul oblic și deci
lipsa de rotație.-

—Timpul șase:în coborârea șezutului se produce uneori
o anomalie prin ridicarea unuia din brațe, creându-se
un obstacol serios la ieșirea fătului.-

—Timpul șapte:ei, carea de rotație, care aduce un u-
mer înainte și celălalt înapoi, poate lipsi sau să se con-
tinuie peste măsură, în cele două cazuri diametrul bi-
crotal se găsește oblic dispus pentru a trece diametrul
cocci-pubi-n.-

—Timpul opt:consecutiv absenței sau exagărării mi-
șcării de rotație, se pot vedea degajându-se șezutii mai
mult sau mai puțin oblic.-Capul nu se poate degaja, cu
urmare a unei deflecții anormale.-

—Timpul nouă:este caracterizat prin absența, insuficien-
ța sau perversiunea mișcării de rotație a șezutului, care

morsul sôuce occiputul în întâ.- occiputul se poate angaja în diametrul oblic, aproape de pubis sau se rotește înapoi la dreapta sacrului.-

Timpul zecorei e consecință a timpului nou, poate prezenta două evenimente: a/. capul flectat cu fața plasată înapoi la pubisului, gâtul corespunzând comisurii posterioare a vulvei.- Capul se degajează deci urzând diametrele sale, sub occipito-mentonier, sub occipitofrontal, sub occipitobregmatic.- b/. capul deflectat occiputul plasează în cavitatea sacrului, mentonul deasupra pubelui.- Timpul se va degaja occiputul, bregma, fruntea, fața și la urmă mentonul.-

PROGNOSTICUL

Pentru mamă: în prezentatiile pelviene și podalice e puțin favorabil.- Morbiditatea e mai ridicată din cauza, fâcării lungi, ruperii precoce a membranelor, frecvenței intervențiilor, ruperii perineului și a vaginului. Prognosticul e agravat dacă se intervine înainte de dilatația completă a colului.-

Pentru copil: e deosebit de defavorabil.- Se admite o mortalitate mijlocie de 8-10.- Această mortalitate depinde de numeroși factori: primiparitate, vârstul copilului, poziția șezutului, modul și momentul intervenției.- Cauzele morții sunt: asfiziia prin compresiones cordonului sau deslipirea placentei; prin intervenții stângace; prin leziuni traumătice diverse, produse în manoperile necesitate de degajare.-

În prezentatiile pelviene incomplete prognosticul e mai defavorabil:

Pentru mamă: morbiditatea este mult mai ridicată decât în prezentatiile pelviene complete și podalice, din cauza intervențiilor numeroase, care fac fecerea lungă.- Rupturile perineului sunt frecvente.-

Pentru copil: e mult mai prost decât în celelalte prezentatii, mortalitatea depășind 10.-

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

TRATAMENTUL.-

Pentru prezentațiile pelviene complete și podalice este acelaș.-Variază după cum se aplică în timpul sarcinei sau în timpul facerii.-

In timpul sarcinei.-Fiind dat prognosticul atât de grav, se procedează la transformarea în ultimele săptămâni de sarcină, în prezentarea creștetului.-Această transformare se efectuează prin versiunea prin manopere externe.-Deși e foarte utilă la primipare, este însă dificilă și eșuează adesea din cauza tonicității peretelui utero-abdominal.-Este mult mai ușoară însă la multipare.-ea eșuează foarte des când ne găsim în prezența unei malformațiuni uterine, a unui fibron sau a unei lipse de lichid amniotic și de altă parte existența posibilă a circulațiilor seroase ce pot da loc la accidente (decolarea placentei) în cursul încercărilor de versiune prin manopere externe.-

In timpul facerii.-Variază după cum colul e incomplet dilatat sau cu dilatația e completă.-

a/.In perioada de dilatație.-Femeia va trebui să stea culcată de la începutul facerii și tușeul va fi practicat în mod prudent și cât mai rar posibil, pentru a evita ruptura precoce a membranelor.-Dacă acestea sunt intacte se poate încerca înainte de angajare în transformarea creștetului prin manopere externe; dar aceste încercări trebuiesc părăsite la cea mai mică dificultate.-Dacă membranele sunt rupte se va evita versiunea, căci se risca să se crea o prezentare cu umărul.-Se va prepara tot ceace trebuie pentru reânsufletirea copilului dacă vine în stare de moarte aparentă, ceace este de stul de frecvent: apă caldă, alcool, insuflator.-Forcepsul trebuie să fie pregătit în caz de oprirea capului în urmă.-Se va atține cu grije de a trage de picioare și de a le scoborâ și mai ales de a încerca extragerea copilului înainte de dilatația completă: aceasta expune sau la rupere colului sau a segmentului inferior sau la extragerea unui copil mort.-Dacă dilatația întârzie fătul, suferind, se va căuta activarea prin injecții calde, băi calde, sulfat de chinină, balonul lui Champetier, dilatația manuală la sfârșitul perioadei de dilatare, sau rachianestezie dacă este posibil.-

///.

b./ In perioada de expulzie :mamozul trebuie să aibă ca regulă de a nu interveni intempestiv; de a abandona singurile forțe ale naturii la expulzia trunchiului, când totul este normal; de a nu interveni decât pentru degajarea la urmă a capului. -Toate tracțiunile premature asupra pieptului și șezutului, jenează mecanismul nașterii, ridicând brațele sau deflectând capul, creind astfel sarcini dificultăți pentru extracția umerilor și capului. -Când naștere evoluează normal trebuie să angajăm femeia la timp. -Se poate și trebuie să ajutăm la nevoie, făcând exerciția uterină, exercitând presiuni asupra fundului uterului. Se va asculta frecvent copilul. -Cu speranța șezutului în vulvă, femeia va fi plasată în poziție obstetricală la marginea patului. -mamozul cu mâinile dezinfectate, plasat înaintea privește ascultă și așteaptă. -Numai la nevoie ajută. Când șezutul și regiunea subombilicală a trunchiului sunt în afara vulvei, degetul pus în sinusul forat de cordon și abdomen trage iară o porțiune din acest cordon, făcându-se anza cordonului. -Apoi se susține trunchiul, favorizându-se mai bine mișcările de încurbare laterară, până ce umerii sunt degajați sub influența eforturilor mamei. -Rămâne degajarea capului aflat în vulvă. -Această degajare se face artificial prin manoperele lui Mauriceau. Se așază fătul în poziție călare pe antebrațul care răspunde planului ventral al fătului. Apoi aceeași mână introdusă în vagin, caută gura care privește de obicei la dreapta sau la stânga în care se introduce indexul și mediul. -Cealaltă mână e plasată tot călare pe umeri, indexul deoparte, mediul de alta. -De trei feluri sunt mișcările necesare pentru antrecerea capului: 1). indexul și mediul mâinii vaginale, exercită tracțiuni asupra maxilarului inferior, flectând capul. - 2). -Cele două mâini operează rotația internă, dirijând mentonul spre sacru și ducând occiputul spre simfiza pubiană. -3). Se exercită tracțiuni asupra maxilarului inferior sau mai bine asupra planșului gurii și asupra umerilor până ce gâtul se plasează sub simfiză, apoi se ridică fătul cu antebrațul și se degajă capul flectându-l, făcând să iasă succesiv diametrele suboccipitomentonier, suboccipitonazal și suboccipitofrontal. -Această degajare trebuie să fie progresivă și lentă, mai ales în momentul trecerii în

circumferinței suboccipitofrontale, în așa manieră, ca să se

trabune să se slăbească argint nesterea și extragerea
artificială a șezutului, fie pentru că mama se află în pri-
ajidie, fie că fătul suferă. - Extremitatea pelviană poate
să se gisească la strătoarea superioară, în excavația sau
la vulvă. - Trebuie să edite un picior trăgând în vulvă
extremitatea pelviană. - Este mai bine de a se folosi de un
singur picior, decât alt protejând cordoanel ajută și la di-
latarea părților moi ale mamei. - Este mai bine folosirea pi-
ciorului anterior, aceasta permițând mai bine tracțiunile
la cea strătoare superioară, decât folosind pe cel poste-
rior, soldul anterior se apropie la nivelul simfizei. -
Trebuie tras la început în jos și în napoi, pentru a angu-
la șezutul în strătoarea superioară și a face decida-
rea în excavație; apoi se trage înainte, în sfârșit înainte
și în sus. - Tracțiunile vor fi făcute în timpul contracțiilor
flore. - Este bine de a combina cu expresia ut rină și strun
ajutor. - Când șezutul a ajuns în excavația vor folosi manop-
verile obișnuite, exercitând tracțiuni asupra membrului in-
ferior. - b). Dificultăți pot să intervină în momentul extra-
cției membrilor. - În acest caz vor folosi versiunea prin
manopere interne. - c). Dificultăți pot să intervină și la
extracția capului. - Acestea se pot să datorite retrac-
țiilor înelabile lui Brad, prin colul insuficient dilatat
prin perineul foarte rezistent. - Când manopere lui Mauri-
ceeu, eşivă, vor folosi totdeauna forcepsul. - În prezent -
șile incomplete fiind prognosticul foarte defavorabil
și pentru mamă și pentru făt se cer măsuri speciale pen-
tru efectuarea fetei. - 1). În timpul sarcinii se poate in-
carca versiunea cefalică prin manopere externe, când fetei
le sunt rebile deasupra strătoare superioare. - Aceste vor
slăbi deficiențele apăsă în general la primirea cu pereți
rezistenți, când lichidul e în mică cantitate, și când mem-
branele inferioare ridicat sub foraj de stete, sau supleșea
trunchiului fetal. - 2). În timpul fetei dureri deose-
culul este pe cale de dilatare, se. că dilatarea este com-
pletă. - 3). În perioada de dilatare. - Când membranele sunt
intacte, trebuie cu orice preț menajată mama prin repau-
sarea și tusea raro. - Este cea mai bună garanție pentru
făt și cel mai bun agent de dilatare a colului. - Dacă mem-
branele sunt rupte, trebuie așteptat chiar dacă fătul s-
fără sau dacă fetea se prelungeste peste termen. -

racă se prezintă une din aceste enervări se utili-
vează dilatarea colului, nu trebuie niciodată încercată
extragerea printr-un orificiu incomplet dilatat. - Coborâ-
rarea unui picior înainte de dilatarea completă și ne-
urmată de extracția șezutului expune la precidentă carc-
mului și la inspirații premature ale fătului (metoda lui
Hfeld) b.) în dilatația completă se lasă facerea de dres
cargă spontană, până ce survine o indicație de a interveni. -
se va sustine egirea șezutului, se va ajuta încurcarea la
trunchiului, se va ușura egirea membrilor inferioare când
genunchiul apăsă în valvă. - la primipare se recomandă trei
ștergerea șezutului incomplet, nodul în-selor, în prezen-
țarea pedelică, prin versiunea prin seronere internă. -
Insași în trei alternative se va interveni: când șezutul e
încă mobil la strângtoarea superioară, extremitatea pelvi-
ană e angajată în excavatie, e forțată la strângtoarea infer-
ioară. - a) - Când șezutul e la strângtoarea superioară, tre-
buie căutat un membru inferior și coborârea lui în văzduh
în așa fel ca să asigure o trecere comodă, evitând difi-
cultățile care pot să survină când fătul se angajează în ex-
cavatie și se incluză. - aceasta se numește scoborârea
profilactică a piciorului. - la se face după metoda Vin-
zentel în nodul urător: se introduce în uter mâna a căre-
ia ține priveste planul ventral al fătului; se scurge

în lung l coapsei anterioare a fătului până ce extremită-
tea degetelor atinge creasta poplitee. - indexul și me-
diul apăsă puternic în această creastă, în același timp și
dece coapse în abducție. - Cămba fătului se flectează atunc
spontan și piciorul se cade pe mână. - Când lichidul amni-
otic e scurs, sau când inelul lui band este retractat, în
această metodă de scoborâre este greș și eguează. -

Se reușește într-o asemenea situație folosindu-
se procedeul lui Ternier, ducând coapse fătului în adducție
și simțind gamba dedesubtul genunchiului pentru a coborâ-
re. - se operează atunci cu mâna a cărei palmă privește de
sus fătului. - Coborârea profilactică a piciorului fiind
făcută se așteaptă expulzia spontană a șezutului sau se
procedează la extracția sa. - timpul cel mai prielnic pen-
tru scoborârea profilactică a piciorului este momentul a
urășeză ruperii membranelor, dilatația completă. -

b.) Când șezutul este în exavație fesele fiind inclavate este indicată intervenția în interesul mamei și copilului. - Barnes preconizează căutarea picicrului în uter prin deflectarea membrului anterior și scoborârea lui. - Potoki recomandă deflecsia membrului prin metoda Pinard-

Mantel. - Ambele procedee, eșuează coapsa fătului fiind prea lungă pentru a bascula în excavație. - Când ea reușește se datorește ghemuirii prealabile a feselor deasupra excavației, în timpul introducerii mâinei. - Bonnaire folosește o scoborâre parțială, flectând gamba pe coapsă, ceace aduce prezentarea mai favorabilă. - Mai valoroase sunt tracțiunile directe asupra șezutului, fie cu ajutorul mâinii, fie cu lacuri, fie cu forcepsul. - a). Tracțiunile manuale: se introduce indexul sub formă de croșetă în vintrele anterioare ale fătului; sau se încearcă acroșearea celor două vintre exercitându-se tracțiuni. - Vintrele posterioare sunt inaccesibile. - Cele anterioare singure sunt insuficiente. -

b.) Tracțiunile cu lacuri: se pot întrebuița în felul lacului o panglică de fir sau un fitil de lampă. - Lecurile îmbrăcate în cauciuc traumatizează mai puțin părțile moi. - Se așează în jurul vintrelor anterioare fie cu degetele, fie cu un instrument. - Lacul ținut între extremitățile indexului și mediului, alunecă între peretele pelvian și șoldul anterior și dus până în plica vintrelor cât mai de aproape posibil. - Cealaltă mână alunecă între coapsele fătului acroșează și trage extremitatea lacului. - Odată plasat folosește pentru tracțiune. - Ele trebuiesc făcute în timpul cotracțiunilor uterine și ajutate de expresia abdominală. - E indicată în pozițiile anterioare, modul feselor când ia punct de sprijin pe oasele late ale bazinului fetal. - În pozițiile posterioare se riscă fracturarea femurului. -

Tracțiunile instrumentale: 1). Trebuie înlăturată complet folosirea croșetelor metalice moi sau tari. - 2) - Aplicația forcepsului este indicată uneori în prezentarea șezutului modul feselor, inclavat în bazin. - Trebuie însă rezervat pozițiilor posterioare ale șezutului; în acest caz instrumentul aplicat pe coapse ridică fătul care formează o masă conică cu baza inferioară, împiedicând lunecarea lingurilor. - În varietatea anterioară a șezutului, forcepsul se aplică pe fesele care formează un con cu

vârful în jos pe care instrumentul alunecă.-Tracțiunile se fac în timpul contracțiilor uterine, în același timp făcându-se și expresia abdominală.-Când copilul e mort, se pot întrecuși lacurile, forcepsul, croșeta sau chiar craniocelstul.-c).Când șezutul e la strâmtorrea inferioară și deșajarea spontană întârzie și copilul suferă trebuie intervenit.- Preferabilă este exercitarea de tracțiuni asupra regiunilor inghinale cu degetele în croșetă.-Un ajutor face în același timp expresiunea uterină.-se încearcă ghemuirea înainte și fesei posterioare cu un deget introdus în rectul mamei, după manopara lui Nitgen, în timp ce indexul celeilalte mâini exercită tracțiuni asupra vintrelor anterioare.-după procedeul lui Huech se înconjură cu cele două indexe rădăcina coccisii anterioare și se trage în timpul contracțiilor.-Atracția se poate efectua când șezutul e în vulvă cu lacul sau cu forcepsul, dacă celelalte mijloace au eșuat.-Anestezie, paralizând mușchii planșoului pelvi-perineal, ușurează mult expulzia sau extracția șezutului.-

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



CONCLUZII

1.-Prezentatiile pelviene si podalice sunt considerate din punct de vedere obstetric ca faceri abnorme sau faceri cu distocie.-

2.-Deaceia se cere medicului practician o grije si o conduită specială.-

3.-Pentru prevenirea eventualităților sumbre este necesară precizarea diagnosticului, încă din timpul sarcinii.-

4.-Odată diagnosticul precizat se va încerca modificarea în prezentarea creștetului, cu ajutorul versiunii prin manopere externe.-

5.-Versiunea prin manopere externe se va încerca numai cu câteva săptămâni înaintea fazei, folosind o tehnică cât mai adecvată pentru a evita accidente.-

6.-Atât timp cât facerea decurge normal vom avea numai rolul de spectator.-

7.-Dacă facerea întârzie, punând în pericol viața mamei și a fătului, se va încerca activarea ei, ajutând dilatarea colului.-

8.-Vom interveni eficace, numai după dilatarea colului și după ruperea membranelor.-

9.-Până la degajarea capului, vom folosi dacă nevoia cere, versiunea prin manopere interne.-

10.-La degajarea artificială a capului, aplicăm manopere lui Mauriceau.-

11.-În prezentarea pelviană incompletă se va aplica metoda Pinard-Mantel și procedeul lui Tarnier pentru coborârea profilactică a piciorului.-

12.-Când senutul e înclavat în excavație se vor folosi tracțiunile directe cu ajutorul mâinilor sau lacurilor.

13.-Când toate procedeele eșuează vom aplica forcepsul, dinainte pregătit, pentru salvarea mamei.-

14.-În toate manoperele enumerate, ne este de un real folos, expresia abdominală.-

Văzută și bună de imprimat
Decanul Facultății. Președintele tezei.