



ca A 40 38

Dott. DOMENICO PALIERI

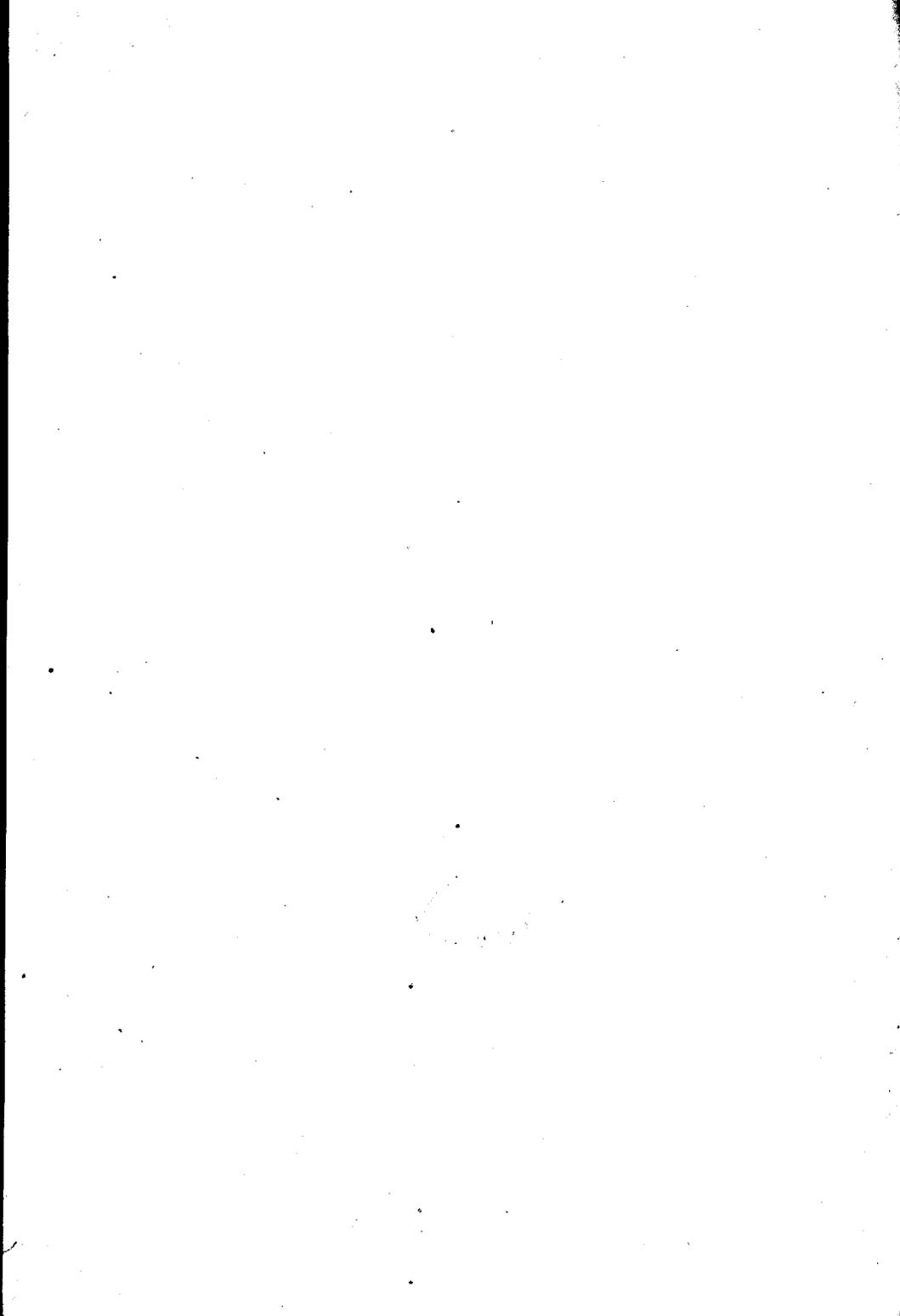
Le presentazioni di spalla e le alterazioni uterine

Estratto dal giornale l' "Arte Ostetrica", N. 11-1906



CUSANO SUL SEVESO
PREM. STAB. TIPOGRAFICO A. COLOMBO & FIGLI

1906



Dott. DOMENICO PALIERI

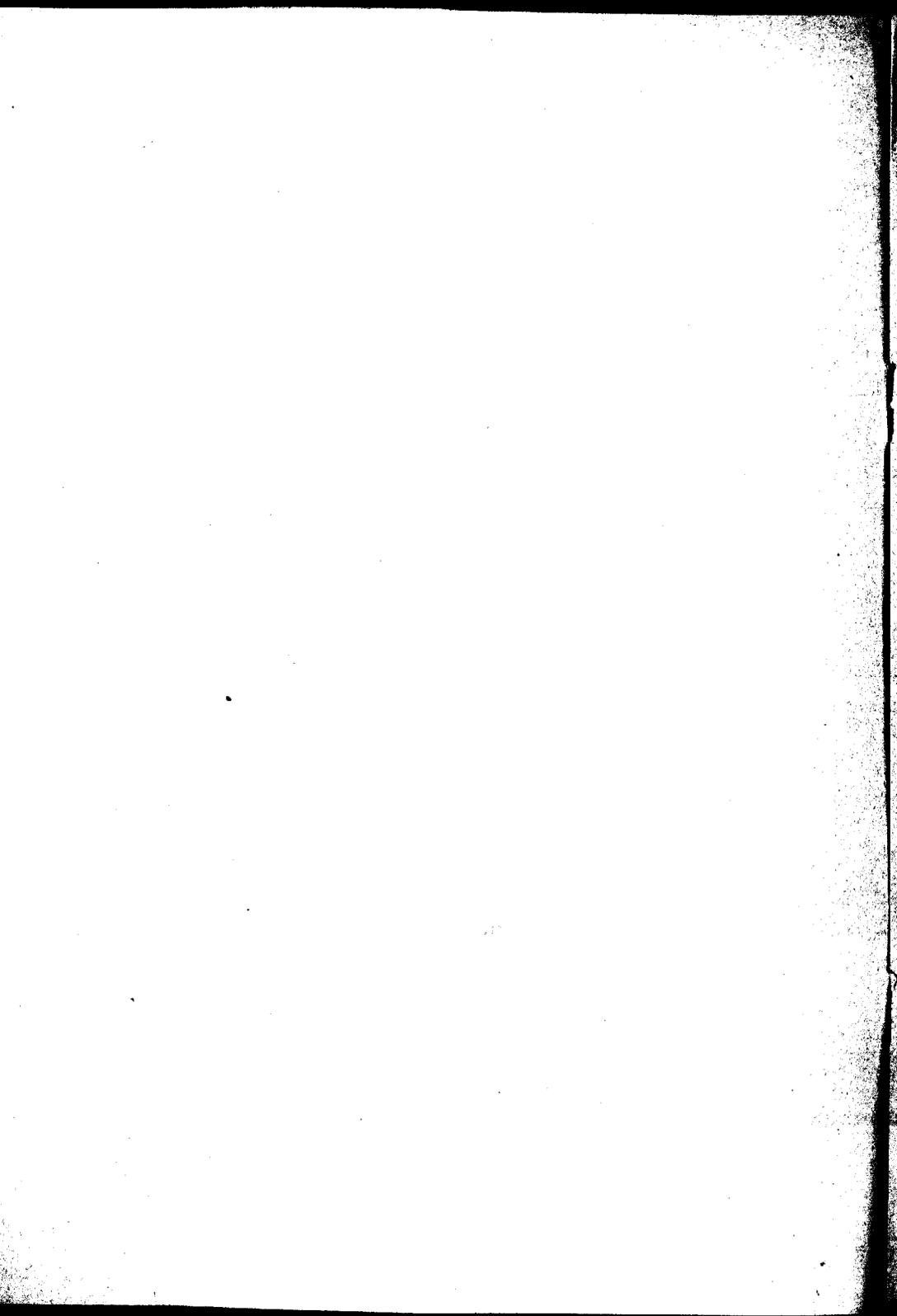
Le presentazioni di spalla e le alterazioni uterine

Esatto dal giornale l' "Arte Ostetrica", N. 11-1906



CUSANO SUL SEVESO
PREM. STAB. TIPOGRAFICO A. COLOMBO & FIGLI

1906



Le presentazioni di spalla e le alterazioni uterine

Le presentazioni di spalla, conosciute da tempi molto remoti, cioè sin dal 1664 a. C., hanno sventuratamente nelle statistiche italiane una frequenza maggiore di quella delle altre nazioni. E tale constatazione sembrerebbe ingiustificata e quasi inesplicabile, se non potesse dipendere, talora, dal lavoro cui sono obbligate le donne del nostro popolo. Dalle cifre riportate nelle varie cliniche, la media oscillerebbe dal 2-3 0/0, e, da osservazioni del prof. Berruti, nella maternità di Torino, si avrebbe una frequenza maggiore nel riparto pubblico (1 su 50) che in quello riservato (1 su 150), per le condizioni di vita delle ricoverate al tutto diverse. Altra constatazione rilevata dalle statistiche è la maggiore frequenza delle presentazioni di spalla destra per la presenza del fegato nell'ipochondrio destro del feto e delle dorso anteriori in prevalenza, per l'accomodamento migliore del piano sternale del feto alla colonna vertebrale materna.

Dati etiologici delle presentazioni di spalla si sono ricercati nella madre, nel feto e negli annessi; così la pluriparità, per l'influenza che esercitano le successive gravidanze sulla fibra muscolare uterina, la mobilità del feto, ed alcuni suoi vizi di conformazione, quali l'idrocefalia e l'anencefalia, i vizi di sviluppo dell'utero. Una quantità poi dei casi di presentazione di spalla riportati dagli autori hanno un'etiologia oscura, e quindi sono stati attribuiti a varie cause; professioni, tumori ovarici, sviluppo eccessivo del feto, ed in ultimo a brevità del funicolo ombelicale, ed anche a procidenza del funicolo, che però in molti casi non sarebbe che la conseguenza della presentazione.

Ricordati per sommi capi i dati etiologici della presentazione di spalla, non spenderò parole sulla grave distocia creata da questa anomala pre-

sentazione nel meccanismo del parto nè sui pericoli derivanti per essa alla madre e al feto. Mi basta però far rilevare il fatto che dal punto di vista pratico, il pronostico della presentazione di spalla non è solo grave per l'anomala presentazione in sè, quanto anche per le complicanze diversissime e per gli accidenti che ad essa troviamo molte volte associati. Così il Winchel in una grande statistica di 500 casi di presentazione di spalla riscontrò accidenti per 68 volte (13 0/10) a causa di precoce rottura delle membrane: 50 volte (10 0/10) per bacino ristretto, 48 volte (9 0/10) per procidenza del cordone, 38 volte (7,6 0/10) per placenta previa, 51 volte (10,2 0/10) per gravidanza doppia, 2 volte per prolasso dei due arti, 1 volta per idrocefalia, 4 volte per rottura dell'utero: ed il Cuzzi, in proposito, riporta una sua statistica dalla quale risulta che, mentre nelle condizioni ordinarie nasce un feto morto su 32 vivi (3 0/10) e muore una donna su 200 parti (0,50 0/10), nei casi di presentazione di spalla nasce un feto morto ogni 2 1/2 vivi (39 0/10) e muore una donna su 18 parti (5,5 0/10). Nei feti la media è più esagerata perchè comprende anche quelli macerati e premorti al travaglio; mentre è molto attenuata per le madri, non comprendendo i gravi accidenti che, pur non figurando in quelli enumerati dal Winckel, aggravano moltissimo le condizioni materne.

Premesse queste poche considerazioni trascrivo il caso occorsomi di presentazione di spalla dovuta alle condizioni di rilasciamento di atonia dell'utero.

Michelina P. giovane ventenne, di sviluppo scheletrico e pannicolo adiposo normali, senza precedenti ereditari, passata a marito, ebbe il primo parto alquanto laborioso, pel vertice in 1.^a posizione (O I S A.), seguito da un puerperio fisiologico.

Avveratosi un secondo concepimento, ed iniziatosi il travaglio a termine di gestazione, ad acque rotte, la levatrice diagnosticò una presentazione di spalla destra con dorso anteriore ancora mobile allo stretto superiore e di conseguenza mi chiamò per il rivolgimento.

Constatata l'esattezza della diagnosi praticai il suddetto atto operativo con grande difficoltà, forse per il valgismo delle ginocchia che mi permettevano una posizione poco comoda. Il feto nacque vivo, visse per parecchi mesi, e soccombette in seguito per bronchite capillare. Il puerperio trascorse senza inconvenienti.

Rimasta nuovamente incinta la donna, pel timore d'un altro intervento operativo ricorse ad una mia visita, e, francamente, per i diametri che presentava l'utero, diagnosticai all'ottavo mese una nuova presentazione di spalla.

Tale diagnosi veniva anche confortata da sintomi subbiettivi che la donna insisteva nel voler far rilevare e cioè di avvertire una pressione a sinistra, in modo che il feto restava sempre immobile in quel lato, mentre a destra ne avvertiva i movimenti.

Dall'attento esame dell'A. non potei rilevare anomalie nè dati apprezzabili che potessero rappresentare un momento eziologico della presentazione di spalla. Consigliai perciò alla donna di ottemperarsi a tutte quelle precauzioni che sono consigliabili in simili casi, cioè di non stare molto piegata col tronco in avanti per non rendere più ampio lo spazio pubo-ensiforme, di non esporsi a strapazzo, coricarsi di fianco, ecc.

Giunta la gravidanza a termine, iniziatosi il travaglio, alla rottura delle acque si ebbe la procidenza della mano sinistra, sicchè la presentazione di spalla diagnosticata fu perfettamente confermata, e precisamente di spalla sinistra a dorso posteriore.

Praticai il rivolgimento secondo le regole dell'arte, e l'atto operativo fu coronato da un esito felice: il puerperio decorse normalmente. Dopo un certo tempo la donna restò incinta per la quarta volta. A tempo opportuno diagnosticai ancora una presentazione di spalla per i diametri che presentava l'utero, ed anche perchè la donna insisteva nel riferire i medesimi sintomi subiettivi avvertiti nelle precedenti gestazioni, massime pei movimenti in un fianco solo e per la assoluta immobilità nell'altro, in modo che anch'essa si era persuasa di subire un novello atto operativo a gestazione compiuta. Le cose però procedettero diversamente giacchè si avverò la versione spontanea, ed alla non dubbia presentazione di spalla diagnosticata si sostitui quella cefalica.

Tale fortunato evento fu avvertito anche dalla donna che, per un giustificato timore, notava tutti i successivi movimenti per poter ricorrere in tempo utile all'opera dell'ostetrico, così che essa sentì girare il feto distintamente nell'atto in cui si avverava la sostituzione della presentazione del vertice alla spalla.

Tutto ciò mi venne affermato dalla levatrice che non abbandonò mai la donna.

Espletatosi il secondamento ogni pericolo pareva cessato, anche pel fatto che l'utero erasi notevolmente ridotto, quando al decimo giorno di puerperio, senza causa apprezzabile, non avendo la donna mai abbandonato il letto, sopravvenne una forte ed imponente emorragia da mettere in pericolo la vita della puerpera. Chiamato d'urgenza riuscii a dominare l'emorragia, che però si rinnovò dopo parecchie ore nella stessa giornata. Allora mi venne il dubbio che fosse rimasto nell'utero qualche cotiledone placentare, ma col'esame locale non riscontrai resti ovulari di sorta; notai invece come l'utero non fosse ben ridotto, e come la sua cavità si lasciasse facilmente distendere dal sangue che vi si raccoglieva e che si svuotava poi per la vagina. Rifiutatasi l'ammalata ad uno zaffo utero-vaginale che nel caso in questione avrebbe avuto indicazione evidente, mi limitai ad iniezioni di ergotina, ad applicazione di ghiaccio sull'addome ed a sostenere il cuore con ipodermoclisi ed eccitanti. La perdita di sangue continuò moderata-

mente con alternative, sino al 40.° giorno, cessando del tutto a tale epoca cioè a puerperio finito ed a riduzione completa.

Credo necessario ricordare nuovamente che la donna non ha vizi di conformazione d'utero rilevabili all'esame ginecologico, nè presenta nel suo organismo affezioni di sorta, godendo essa florida salute; come del pari, in tutte le presentazioni di spalla avute, non si è mai riscontrato vizio alcuno sul feto, nè brevità o procidenza del cordone ombelicale. Inoltre giova far rilevare che l'emorragia avvertasi veniva dall'utero ed esclusivamente dalla zona d'inserzione della placenta: e questo perchè alle volte le lacerazioni del collo, prodottesi in seguito ad un parto laborioso o ad una forte distensione, come in una versione spontanea, possono mentire un'emorragia da atonia. Allora il sangue proviene dalle arterie decorrenti nel collo e lese dalla lacerazione. La sintomatologia nettamente distingue l'emorragia da lacerazione da quella da atonia. Infatti l'emorragia da lacerazione profonda del collo s'inizia subito dopo l'espulsione del feto, è continua ed il sangue è arterioso: l'emorragia invece da atonia si può avere in un periodo più o meno lungo dall'espulsione del feto, ed è venosa: i flotti di sangue poi fuoriescono sincroni alle contrazioni uterine.

Ciò premesso, due domande vengono spontanee; il 1. parto in presentazione di spalla è stato quello che ha determinato le successive presentazioni trasverse, per aver lasciato tale orma nelle fibre muscolari uterine da far perdere loro in certo qual modo l'elasticità di cui godevano? La cedevolezza delle fibre muscolari uterine, e le successive presentazioni di spalla non possono per sè sole spiegare l'insorgenza degli accidenti verificatisi dopo la versione spontanea?

Che il primo parto in presentazione di spalla sia stata l'unica causa del ripetersi di tale accidentalità è facile a potersi affermare, giacchè tutti gli autori convengono nel ritenere che un primo parto per la spalla può benissimo predisporre l'utero a tali presentazioni col determinare un rilasciamento tale nelle sue fibre muscolari, da offrire al feto, nelle successive gestazioni, una cavità sviluppata maggiormente in senso trasverso.

Il Prof. Vicarelli, nella tornata dell'11 Luglio 1901 della R. Accademia di Torino, disse che, da studi delle sue casistiche e di altri autori, si era convinto che la inserzione della placenta sul fondo dell'utero poteva essere per sè sola causa di presentazione di spalla, e con ciò si accorderebbe la legge dell'accomodamento feto-utero, placentare emessa dal Fournier, ma certamente ciò in casi isolati.

Che sia invece stata la perdita di tonalità della fibra muscolare uterina, che ha determinato gli accidenti descritti nella storia Clinica che precede, si argomenta pure dall'aver avuto la fenomologia presentata un certo crescendo. E non avrebbe alcuna importanza la pluriparità, quale causa determinante più frequentemente di ogni altra la presentazione di spalla, se

non si ammettesse un rilasciamento delle pareti dell'addome e dell'utero in modo da offrire al feto una cavità sempre più dilatabile da permettergli la posizione col massimo diametro trasversale. Così molte presentazioni di spalla, viste ripetersi nella stessa donna per le quali la causa rimaneva oscura, io credo che possano attribuirsi al fatto stesso del ripetersi dell'anomala presentazione per le modificazioni di struttura indotte nell'utero e nelle pareti addominali. Anche il Monteggia, avendo osservato ripetersi nella stessa donna per tre volte consecutive la presentazione di spalla, l'attribuì alla maggiore disposizione acquistata dall'utero, dopo una prima volta, a distendersi trasversalmente.

Sulla maggior frequenza delle presentazioni di spalla nelle pluripare anziché nelle primipare, Pinard ha trovato che su 816 presentazioni da lui osservate, 181 appartenevano a primipare e 668 a pluripare; cioè più dei 4/5.

Veit ha riscontrato, nelle sue ricerche, il rapporto di 1/3 e Winchel su 576 presentazioni di spalla ne vide 86 in primipare e 496 in pluripare. Il Cuzzi invece ammette la pluriparità soltanto come causa della presentazione temporanea di spalla e non della permanente.

La versione spontanea avvertasi nella nostra donna al quarto parto evidentemente è in rapporto colle contrazioni uterine insorte in travaglio, agevolata certamente dalla mobilità del feto dovuta alla rilasciatezza dell'utero. Sappiamo che la versione spontanea può aversi o per contrazioni uterine generali sopra un feto assai mobile nella cavità uterina, o per contrazioni parziali che agiscono sopra un polo fetale. Nel nostro caso le contrazioni uterine a travaglio iniziato, agenti sopra un feto mobile in una cavità sfiancata e rilasciata, hanno determinata la versione spontanea; e che sia stato il rilasciamento del muscolo uterino, che aumentando la mobilità del feto abbia favorito nel nostro caso la versione spontanea, mi sembra avvalorato dall'insorgenza in 10. giornata di puerperio della grave emorragia dovuta a nessun'altra causa che all'atonìa del muscolo uterino.

Le emorragie post-partum o secondarie, quelle cioè che avvengono da poche ore sino ad otto giorni dopo il parto furono descritte da Clintock di Dublino, ed una delle primissime cause, allorché tutto è proceduto benissimo nell'espletamento del parto ed agnessi fetali, sarebbe la retrazione irregolare ed inefficace dell'utero, che, più propriamente, chiamasi inerzia secondaria. Dalle nozioni anatomiche e fisiologiche sappiamo che è lo strato medio della muscolatura dell'utero, che ha il compito di arrestare l'emorragia post-partum, detto perciò anche strato emostatico.

Esso è costituito da fasci muscolari incrociantsi in diverse direzioni, i fascetti vicini si riuniscono venendo così a formare degli anelli o dei veri canali che possono contrarsi. In questi canali camminano i vasi uterini, le arterie cioè che vanno alla caduca e le vene che ritornano. Ci è noto ancora che l'utero gode di un'altra proprietà cioè della retratti-

lità, proprietà che lo fa diminuire di superficie man mano che viene a vuotarsi del prodotto del concepimento. Tale funzione si avvera la mercè del tessuto elastico senza la benchè minima dipendenza delle fibre muscolari, e l'utero, come procede innanzi l'ovulo fetale, non è seguito da nuovo ampliamento di superficie e le sue pareti si trovano perciò sempre a contatto del feto, venendosi ad annullare l'ampia cavità, e questa azione diventa, per così dire, un rinforzo alla contrazione muscolare, perchè in seguito all'avvicinamento delle pareti, i fascetti muscolari si accostano tra loro, si accavallano e subiscono un nuovo raggruppamento, e così la contrazione piglia il sopravvento sulla retrazione.

E tutto ciò si avvera in massimo grado dopo il parto, e si ottiene che venga impedito l'afflusso di sangue che dovrebbe andare ai seni venosi, lacerati dal distacco della placenta.

Oltre a ciò l'utero non è sottoposto alla legge fisiologica, la quale stabilisce che il muscolo in attività è più irrorato di sangue di quando è in riposo, giacchè durante le contrazioni ne è meno irrorato. Tutta questa disposizione anatomico-fisiologica ha lo scopo di impedire l'emorragia post partum.

Da tutto ciò che si è venuto esponendo, si rileva che in virtù della funzionalità del muscolo cavo uterino, in un parto fisiologico, non dovrebbe mai aversi emorragia propriamente detta, e che avvenendo non dovrebbe mai interporre un tempo così lungo dal secondamento. Nel caso in esame, com'è detto nella storia, nessuna condizione, diciamo così patologica, venne riscontrata che avesse potuto spiegarci l'irrompere di una così grave emorragia al decimo giorno del puerperio. Infatti non venne osservata irritazione od infiammazione dei tessuti vicini (perimetrite, cistite ecc.) non costipazione, come in un caso riferito dal Moreau, non inversione, non ritenzione di cotiledoni placentari, non polipi, non albuminuria, non grumi che occludevano l'utero perchè il puerperio decorreva fisiologicamente, cause queste che avrebbero potuto spiegare un'emorragia in epoca così avanzata del puerperio.

Escluse così tutte le cause, la scena morbosa descritta non fu dominata che dalle ripetute presentazioni di spalla. Queste si sono susseguite perchè l'una fu l'effetto dell'altra, e lo sforzo per la versione spontanea, in un utero di poca resistenza, determinò secondariamente tale atonia nelle fibre muscolari per cui queste in dieci giorni non avevano ancora ripreso la loro energia. Che anzi tutto fa pensare che quell'utero in avvenire oltre che all'attitudine di disporsi col maggior diametro in senso trasversale, nelle eventuali nuove gravidanze darà spiacevoli sorprese a chi volesse fidarsi di esso senza sorvegliarlo nel secondamento e durante il puerperio.

DOTT. DOMENICO PALIERI.



