

## SECȚIUNEA CEZARIANĂ ÎN SLUJBA OCROTIRII MAMEI ȘI A FATULUI

Tibor *Rosenfeld*, Béla *Kertész*, Istvan *Kali*

Istoricul secțiunii cezariene se leagă în perioada modernă de două evenimente importante. Primul e activitatea lui *Semmelweis* și *Lister*. Lor li se datorește introducerea aseptiei și antisepsiei în practica obstetricală și chirurgicală. Al doilea eveniment revoluționar îl constituie activitatea lui *Kehrer* (Heidelberg) și *Saenger* (Lipsca). Acești doi autori au elaborat în 1882, independent unul de celalalt, suturarea plăgii uterine în două straturi, principiu care se aplică și astăzi.

Începând de atunci, s. cezariana a început să ciștige teren din ce în ce mai mult. Extinderea ei s-a făcut treptat. La începutul secolului nostru, această operație se executa numai în cadrul strimtorărilor de gr. IV, mai târziu însă s-a efectuat și în caz de disproporție fetoplacentară.

Paralel cu dezvoltarea științelor, riscul operației s-a micșorat treptat și în același timp teritoriul de aplicare a intervenției s-a extins din ce în ce mai mult, dar foarte prudent. Pe la 1930, obstetricienii au manifestat față de s. cezariană o rezervă explicabilă, cu toate că procentul mortalității mamelor scăzuse pînă la 6—7%. În cazurile date s-au aplicat cu prioritate procedeele vaginale în locul s. cezariene, dat fiind faptul că astfel mortalitatea maternă a fost mai mică.

*Winter* a exprimat în modul cel mai lapidar părerea obstetricienilor de atunci: „S. cezariană abd. este cea mai periculoasă operație terminală a unei nașteri și deocamdată așa rămîne.”

Noua tendință al cărei scop a fost acela de a schimba concepția de atunci despre s. cezariană a pornit din Germania, iar precursorul acestei tendințe e *Max Hirsch*.

Încă în 1927, *Hirsch* a preconizat în scris și pe cale orală că orice intervenție vaginală trebuie înlocuită cu s. cezariană, deoarece noxele acestea sînt, după el, mai ușoare, atît pentru mamă cît și pentru făt, decît cele ale metodelor vaginale.

La congresul de obstetrică ce s-a ținut la Lipsca în 1929, *Hirsch* și-a expus din nou părerea. Cu toate că cei mai mulți dintre obstetricienii care erau de față au combătut punctul său de vedere totuși el a avut meritul de a stîrni discuții foarte animate care au durat mult timp.

Propunerea lui *Hirsch* a primit o lovitură decisivă din partea lui *Winter*. Acesta a preluat într-un studiu apărut în 1931, 4500 de cazuri de cezariană, pe care le-a clasificat după criteriul dacă mama a fost febrilă sau nu în timpul operației.

La 4304 cazuri febrile mortalitatea operatorie a fost de 6,4%, iar la 146 cazuri febrile aceeași mortalitate a fost de 27,0%.

În concluziile sale, *Winter* insistă că nimic nu pledează pentru extinderea indicației operatorii a cezarienei.

Controversa *Hirsch—Winter* ale cărei valuri nu s-au oprit la granițele Germaniei, a avut o influență foarte rodnică asupra dezvoltării specialității noastre. Autorii au început să cerceteze posibilitățile înlăturării erorilor care compromiteau rezultatele operațiilor de cezariană.

Descoperirea chemoterapeuticelor și a antibioticelor precum și posibilitatea de a fi ușor procurate, elaborarea unor noi procedee de anestezie, aplicarea pe o scară din ce în ce mai largă a transfuziilor, tehnica operatorie mai avantajoasă, noile cuceriri ale pregătirii preoperatorii și ale tratamentului postoperator, sînt tot alți factori care au redus pînă la 1% mortalitatea maternă survenită din cauza intervenției, lărgind în același timp într-o considerabilă măsură, sfera de indicație operatorie a cezarienei.

În lucrarea de față tindem să dăm un răspuns la cîteva probleme actuale în legătură cu cezariana, folosind materialul clinicii noastre. Dorim să lămurim mai cu

seamă următoarea chestiune: pînă unde e judicios să se extindă și unde trebuie să se limiteze indicația operatorie a s. cezariene? Cu alte cuvinte pînă la ce punct poate servi cezariană interesele supreme ale ocrotirii mamei și fătului?

Una din caracteristicile obstetricei de azi e lărgirea sîerei de indicații operatorii a cezarienei. După cum am amintit, mortalitatea maternă cauzată de s. cezariană s-a redus considerabil, practic ea varînd în jurul proporției de 1%. Uneori rezultatele obținute sînt mai favorabile. Astfel, la noi în țara, *Vuia* relatează 616 cazuri de cezariană fără mortalitate maternă. Firește, aceste rezultate nu înseamnă că riscul mortalității materne nu mai există în s. cezariană, dar fără îndoială ca am devenit pe drept cuvînt mai temerari și că azi, pe lîngă luarea în considerare a salvării mamei, se mărește și sfera de indicații menite să servească interesul fătului.

O relativă disproporție feto-placentară plus tăt mare, primipară în vîrsta plus indicații asociate, cezariană iterativă plus indicații asociate, naștere trenantă plus asfizia iminentă a fătului, tulburări de dinamică uterină prezentație transversală, sarcină prelungită toate acestea înseamnă o lărgire a indicațiilor care servesc interesul fătului.

Trebuie să notăm însă că predominarea interesului fătului o e armă cu două tășuri. Pentru a nu aluneca pe panta exceselor dăunătoare, e nevoie de o apreciere bine cumpănită a situației. În anumite împrejurări sîntem de acord cu indicațiile amintite mai sus. Nu acceptăm însă de ex. părerea potrivit căreia se stabilește indicație de s. cezariană, în caz de prezentație pelviană la toate primiparele, indiferent de vîrstă, numai din cauza faptului că în această prezentație mortalitatea fetilor e de cinci ori mai mare decît în prezentația craniană.

Sîntem de acord să se efectueze intervenție la cea de a doua sarcină sau la una mai tardivă, după o s. cezariană anterioară, în cazul în care aceasta s-a executat de ex. din cauza unor bazine strîmte de gr. II.—III., a unei stricturi cicatriciale a vaginului sau a unei alte indicații constante, dar nu acceptăm operația dacă executarea acesteia a fost necesară prima oară din cauza eclampsiei, prolăbării cordonului ombilical, deslipirii premature a placentei, prezentației transverse sau a altor indicații cu caracter incidental.

Dintre indicații primul loc îl ocupă și astăzi bazinele strîmte. Proporția de 24,82%, existentă în materialul nostru corespunde mediei din țara noastră (25,00%). În ultimul deceniu numărul absolut al bazinelor strîmte arată o tendință de scădere. Explicația acestui fapt poate fi adusă în legătura cu ameliorarea condițiilor de viață ale maselor oamenilor muncii de la sate și orașe. Pe de altă parte, indicațiile pentru interesul fătului fiind predominante, un anumit procent al bazinelor strîmte trece în această grupă de indicații. Merită să fie relevat faptul că marea frecvență a bazinelor strîmte ce figurează în literatura europeană și americană, în unele regiuni ale Extremului Orient e aproape inexistentă ca indicație în secțiunea cezariană. Astfel din cele 450 de nașteri asistate de noi la spitalul din Nampo în rîstimp de 11 luni cit am stat în Coreea, numai în cinci cazuri am efectuat secțiune cezariană. În două cazuri a trebuit să intervenim din cauza unei cicatrice vaginale ce s-a format în urma plăgii de război, în alte două indicația a fost o eclampsie rezistentă la tratamentul medicamentos, iar în cazul al cincilea secțiunea cezariană s-a executat din cauza unui bazin strîmt de gr. III.

Raritatea bazinelor strîmte își găsește explicația în condițiile de viață ale coreenilor, cum sînt de ex. bogata alimentație vegetariană, pește ieftin, soare abundent. Ca urmare a acestora, rahitismul infantil e foarte rar. Colegii coreeni ne-au comunicat că rahitismul și bazinele strîmte sînt rare de asemenea atît în Japonia cît și în China de Sud.

Drept curiozitate, amintim și faptul că în tot timpul șederii noastre în Coreea nu am observat nici o mastilă. În cazuri de nașteri cu bazin strîmt atitudinea noastră s-a schimbat. Dispunînd de antibiotice, alături de asigurarea posibilității secțiunii cezariene, astăzi putem să executăm nașteri de probă mai frecvent ca în trecut. Eventualitatea infecției nu mai e atît de periculoasă, factorul timp nu mai poate influența hotărîrea noastră în aceeași măsură ca în trecut. Această atitudine are drept rezultat faptul că putem să fim mai expectativi în cazul ruperii premature a mem-

branelor, și observăm mai frecvent nașteri spontane în caz de contracții normale și de configurabilitate corespunzătoare a craniului.

Dacă experiența negativă a nașterilor anterioare sau gradul de strîmtoare — conj. vera mai mică de 8 cm. — exclude nașterea spontană, intervenim de obicei chiar la membrana intactă.

Dacă bazinul strîmt e de gradul II. iar conj. vera mai mare de 8 cm., așteptăm ruperea spontană a membranei, dispariția orificiului uterin, de la caz la caz rupem membranele la o lățime de 5—6 cm., după aceea așteptăm 2—4 ore dacă starea fătului ne permite. Intervenim numai în cazul în care craniul fătului nu manifestă nici o tendință de a se angaja, adică de a înainta prin bazinul strîmt.

În materialul nostru placenta praevia a survenit în 14,49% a cazurilor. Aceasta proporție corespunde mediei generale din țara noastră (14,50%) publicată de Vago și colab. Situația nu e aceeași în toate țările, așa de ex. *Brandstrup* arată în materialul studiat între 1941—1950 că în Danemarca frecvența secțiunii cezariene la placenta praevia a fost de 31%. Această valoare ridicată poate fi pusă în legătură cu frecvența intreruperilor de sarcină.

În rezolvarea cazurilor de placenta praevia ținem seama de trei factori: 1) starea generală a mamei; 2) gradul de dezvoltare a fătului; 3) raportul placentei praevia față de orificiul uterin.

Dacă mama prezintă o anemie pronunțată executăm secțiune cezariană chiar dacă fătul e prematur sau mort, sub protecția mamei transfuzii masive, fără să riscăm viața mamei aplicînd procedee vaginale.

Dacă fătul e matur sau viabil, executăm cezariana abd. în caz de placenta praevia centrală. Dacă fătul e prematur acordăm prioritate procedeelelor vaginale. (Versiune Braxton-Hick, pensă celalocutanată Willet, ruperea membranei.)

La placenta praevia marginală cumpănim întotdeauna posibilitatea ruperii membranei deci a nașterii spontane.

În clinica noastră distocile de contracție au constituit indicație operatorie în 9,88% a cazurilor. Această noțiune cu caracter general e de dată recentă. Ea cuprinde diferitele forme de moarte uterină, dintre care marea majoritate au constituit-o cele care nu au fost de loc sau aproape de loc influențabile cu ajutorul medicamentelor. Distocile de contracție de natură hipertonică sau dischinetică s-au produs într-un procent mai mic. Aici am grupat de asemenea starea spastică rebelă a orificiului uterin.

În cazuri similare utilizăm întotdeauna toate metodele de corectare a tulburărilor de dinamică uterină, începînd de la legarea abdomenului și termelor, pînă la perfuzie i. v. cu glandurim, sau pînă la felurile varietăți de antispasmodice. Numai după ce am epuizat toate posibilitățile fizice și medicamentoase de stimulare a contracțiilor, procedăm la executarea secțiunii cezariene pe baza indicației operatorii tetale.

Deseori distocile de contracție dinamice sînt însoțite de ruperea înainte de termen și precoce a membranelor. Dispunînd de antibiotice, în cazuri de naștere trenantă nu am ținut seama de timpul cînd se produce ruperea membranei. După 24—36 de ore am executat s. cezariană cu bune rezultate și atunci cînd în trecut eram siliți să renunțăm la efectuarea intervenției din cauza infecției cailor de naștere — sau chiar dacă făceam operația procedam după metoda lui *Porro*.

În materialul clinicii noastre indicația de *prezențiație transversă* constituie 9,19%, acesta fiind un procent mai ridicat decît media existentă în țară (8,1%) așa cum rezultă din datele publicate de Vago.

Atitudinea noastră a fost înriurită de lucrarea lui *Zollan*: „Tratamentul modern al prezențiației transverse”. Autorul combate părerea dominantă potrivit căreia prezențiație transversă în sine nu ar însemna o indicație pentru executarea s. cezariene.

El se referă la studiul lui *Kiss* care relatează 1.642 de prezențiații transverse la 1.000.000 de nașteri. Dintre aceste 1.642 de cazuri, 2.105 feți s-au născut morți, adică 15,5% (această cifră cuprinde materialul din toată țara). Studiînd materialul dintre 1934—1948 al clinicilor I. și II. din Budapesta, *Zollan* constată că dintre cei 138 de feți cu prezențiație transversă care au fost vii la data internării, 55 adică 39,8% au

murt în timpul nașterii în urma aplicării procedeeelor obișnuite (versiune podalică etc.). La primipare mortalitatea fetală a fost de 52,1%, iar la multipare de 37,3%. Acest fapt arată că chiar și atunci când e vorba de cei mai buni specialiști, mortalitatea fetală în nașterile cu prezența transversă e altă de ridicată. Din cele de mai sus, *Zoltan* trage concluzia că „prezența transversă în sine constituie o indicație pentru efectuarea s. cezariene, fără să se mai ia în considerare nici o alta împrejurare”.

Clinica noastră nu și-a însușit fără rezervă punctul de vedere al lui *Zoltan*, dar lucrarea acestuia a avut o influență salutară, deoarece ne-a atras atenția asupra înaltei mortalității fetale în nașterile cu prezența transversă conduse prin intervenții vaginale. De aceea, după apariția lucrării lui *Zoltan*, în anumite cazuri am executat mai frecvent s. cezariană.

În cazul feților maturi cu prezența transversă executăm s. cezariană dacă membranele s-au rupt la 2—3 degete. Astfel prevenim prolăbarea cordonului ombilical, adică prezența transversă neglijată.

În caz de prezența transversă la primipare, executăm s. cezariană mai ales la cele în vîrstă chiar dacă prezintă o membrană intactă, deoarece în asemenea condiții rezistența părților moi pune sub semnul îndoielii eficacitatea versiunii podalice.

La multipare, în prezența transversă executăm sub narcoză ruperea membranei și versiunea podalică internă plus extracție, dacă membrana nu s-a rupt pînă la dispariția completă a orificiului uterului. În caz de tăt prematur, acordăm de asemenea prioritate intervențiilor vaginale. Sintem convinși ca atitudinea noastră e justă, deoarece ea servește într-o măsură mare ocrotirea mamei și a fătului.

În interval de 17 ani, în clinica noastră am executat 15 s. cezariene (3,44%) din cauza eclampsiei, și 10 (2,29%) din cauza toxemilor și preeclampsiei tardive de sarcină. În ceea ce privește tratamentul diferitelor forme de toxemie, părerea diferă. Literatura sovietică preconizează aplicarea procedeeelor terapeutice preventive și conservative. *Kovács* atrage atenția asupra articolului lui *Marschall* (Arc. Gyn. 1950, 180) care relatează că obstetricienii englezi consideră drept toxică simpla albuminurie, executînd s. cezariene la o albuminurie mai ridicată de 1<sub>00</sub>. Aceasta e una din explicațiile faptului că în spitalele engleze, frecvența s. cezariene depășește 6%.

E o veche constatare că mamele și feiții care prezintă toxemie, dar mai ales eclampsie, suportă anevoios s. cezariană și că în astfel de cazuri e mai mare atît mortalitatea maternă cît și cea fetală. În lucrarea lui *Brandstrup*, amintită mai sus, frecvența s. cezariene executate din cauza toxemiei, e de 7%, iar mortalitatea maternă de 3%. Din acestea, mortalitatea maternă provocată de placenta praevia e de 3,3%, de bazinul strîmțat 1,9% și de eclampsie 11%.

Rezultatele obținute în ultimii ani cu ajutorul medicamentelor sînt mai bune decît cele din trecut. Administrarea hipotensivelor și a clorpromazinilor a ameliorat rezultatele noastre. Aceasta constituie o indicație că probabil în viitor s. cezariene executate din cauza toxicozelor vor fi mai rare.

Rezumînd vom spune ca dacă ne aillam în fața unei grave toxicoze tardive de sarcină încercăm s-o combatem prin tratament medicamentos. Dacă în ciuda acestuia, tensiunea arterială crește, deosebirea dintre valoarea sistolică și cea diastolică se micșorează, albumina în urină se urcă la peste 3<sub>00</sub>, semnele oculare subiective și obiective se înrăutățesc, indicăm intervenția cezariană chiar înainte de instalarea accesului eclamptic. Aceasta intervenție e impusă de interesul mamei, deoarece în organismul ei pot să se producă pe de o parte modificări viscerale ireversibile, iar pe de altă parte există posibilitatea instalării apoplexiei utero placentare. Această intervenție e impusă și de interesul fătului, deoarece riscul morții intrauterine crește paralel cu agravarea toxemiei.

Dacă în cursul tratamentului medicamentos observăm apariția accesului eclamptic, încercăm să terminăm nașterea pe cale vaginală cu forceps, versiune + extracție, pensă cefalocutanată, histerotomie vaginală cu forceps, corespunzător gradului de dezvoltare a fătului. Dacă în ciuda tratamentului, accesele se repetă, și nu sînt indicații că nașterea se va sfîrși în interval de 4—6 ore, sau nașterea nici nu a început, atunci executăm s. cezariană. Dintre aspectele multilaterale ale problemei s. cezariene, dorim să ne mai ocupăm încă de unul, anume de fecunditatea postoperatorie.

Se știe că diferitele feluri de cezariană micșorează într-un chip sau altul fecunditatea mamei. În parte, această micșorare e consecința directă a operației însăși. Posibilitatea aceasta se referă mai ales la mamele cărora li s-a făcut o intervenție mutilantă și li s-au ligaturat trompele uterine.

Datele publicate de *Szontagh* arată că femeile au devenit sterile, datorită consecinței directe a s. cezariene, în următoarele proporții: după prima operație cezariană: 2,25%; după cezariană repetată: 96,00%; luind ca bază toate intervențiile cezariene: 18,57%.

Femeile pot să devină sterile datorită aderențelor și inflamațiilor ce survin după orice intervenție pe abdomen, deci și după s. cezariană.

Dar mai există încă un fapt care nu trebuie nesocotit atunci când dezbatem această chestiune, anume acela că femeile operate de cezariană se apără intenționat împotriva unei noi sarcini.

Această lămurire voluntară a fecundității constituie consecința efectului psihic pe care s. cezariană îl exercită deseori asupra mamei. Femeile trecute prin încercarea acestei mari intervenții fac tot posibilul să nu mai rămână însărcinate, deoarece știu în mod aproape sigur că vor trebui să fie supuse din nou aceleiași operații.

Firește ca despre apărarea femeilor operate de cezariană împotriva unei noi sarcini nu putem obține lămuriri decât în mod foarte necușor. Cunoaștem lucrarea lui *Jost Horst* care constată că dintre cele 65 de femei rămase sterile după s. cezariană, 57 s-au apărat intenționat împotriva unei noi sarcini, din cauza fricii de operație.

După toate acestea, să nu ne surprindă că luind în considerare sporul de prolificitate de după s. cezariană constatăm că fertilitatea medie a femeilor operate de cezariană e de 1,6 față de media de 3,8 a nașterilor din toate căsnițiile.

Tocmai de aceea la tinerele femei primipare în plină prolificitate stabilirea indicației operatorii de s. cezariană trebuie să fie temeinică și cupănită.

Iși asumă o mare răspundere medicul care expune o femeie tinăra consecințelor s. cezariene, din cauza unui lăt de o vitalitate problematică sau pentru a înlătura unele complicații a căror repetare nu e sigură (eclampsie, dezlipirea prematură a placentei etc.), dat fiind că mai tirziu această femeie ar putea să dea viață mai multor copii prin nașteri naturale.

Se pare că mulți obstetricieni caută și nădăjdiesc să găsească în extinderea nelimitată a s. cezariene din ce în ce mai sigură în zilele noastre, chezașia ocrotirii mamei și fatului.

Dar succese obținute în acest domeniu au trecut nu o dată dincolo de punctele de vedere judicioase de care trebuie să ținem seama. Azi majoritatea personalităților reprezentative ale specialității noastre sau în orice caz cele mai cumpătate — afirmă că în locul extinderii indicațiilor operatorii ale s. cezariene e mai neaoșar deocamdată să se procedeze la analiza critică și consolidarea rezultatelor obținute pînă acum.

Se pune deci în mod firesc întrebarea: care sînt bunetele indicațiilor s. cezariene? În lucrarea lui *Vago* și colab., apărută în 1953, care studiază materialul din 6 spitale din București și 11 spitale din provincie, frecvența s. cezariene în țara noastră a variat între 2,3% și 8,7%. Evidența totalizată a spitalelor din capitală și din provincie a arătat o frecvență de 5,5%, respectiv 4,8%, media generală corespunzînd deci proporției de 5,1%.

În 1952, *E. D. Colvin* a relatat că în SUA frecvența s. cezariene a oscilat între 0,5% și 14%. În ultimii 15 ani, frecvența s. cezariene a prezentat în maternitățile mai mari 6,2%. *Colvin* explică creșterea frecvenței s. cezariene prin siguranța creată de antibiotice, prin transfuzii, printr-o tehnică mai adecvată, prin posibilitățile examenului radiologic, dar nu mai puțin prin comoditatea mai mare a operatorului și prin onorarul mai ridicat al intervenției. Părerea lui e ca deseori s. cezariană se execută și atunci cînd nașterea ar putea fi bine condusă și pe cale vaginală. Acest autor preconizează o mai severă apreciere a cazurilor, și nu considera justificată creșterea în continuare a numărului s. cezariene.

În lucrarea lor publicată în 1952, *Smakin, Volkov* și *Repina* relatează frecvența s. cezariene în institutele din Uniunea Sovietică. Această frecvență a fost în 1948 de 0,56%, în 1949 de 0,78% și în 1950 de 1,21%. Deși, după cum se vede în urma noilor

cuceriri medicale, frecvența arată o creștere progresivă, totuși specialiștii sovietici ne îndeamnă să fim moderați și prudenți.

Schröder stabilește în jurul valorii de 3% limita frecvenței s. cezariene menită să servească în cea mai mare măsură interesele mamei și fătului. Experiența clinicii noastre dovedește că această cifră e reală.

În materialul de 17 ani al clinicii noastre, la 17.580 de nașteri am avut 435 de s. cezariene, ceea ce corespunde unei frecvențe de 2,47%. În acest timp am executat 577 de aplicații cu forceps, deci 3,28%. În ultimii 10 ani — 1948—1957 — am avut 11.811 nașteri din care 323 s. cezariene, aceasta constituind 3,3%.

Raportat la volumul total de nașteri, mortalitatea maternă a fost de 0,30% (53 de cazuri).

Mortalitatea maternă în nașterile cu s. cezariană a fost 2,7‰—12 cazuri, din acestea 7 au survenit în urma maladiei de bază, iar 5 în urma intervenției, deci mortalitatea maternă reală în s. cezariene a fost de 1,14‰.

Mortalitatea fetală raportată la numărul tuturor nașterilor a fost de 2,95‰, adică 520 de cazuri. Mortalitatea fetală în nașterile cu s. cezariană a fost de 5,4‰, adică 24 de cazuri. Din acestea în 3 cazuri am fost siliți să executăm s. cezariană la ieși morți din cauza eclampsiei, prezentației transverse și a placentei praevia. În patru cazuri a fost vorba de ieși prematuri, iar în alte trei anomalii de dezvoltare au contribuit la pierrea fătului. Au fost 2 cazuri de higroni al gâtului și un fat cu gît de lup + buză de iepure. Celelalte 14 cazuri mortale au survenit din cauza operației, ceea ce reprezintă o proporție reală de 3,2‰ a mortalității fetale în nașterile cu s. cezariană.

Date fiind cele de mai sus socotim că frecvența s. cezariene existentă în clinica noastră servește în mod just interesele ocrotirii mamei și fătului.

*Sosit la redacție: 1 decembrie 1958.*

*Bibliografia la autor*

