

I FENOMENI DEL PARTO

| | |
|--|----|
| INTRODUZIONE | 2 |
| FENOMENI DINAMICI..... | 2 |
| 1. DELIMITAZIONE ED ESPANSIONE DEL SEGMENTO INFERIORE..... | 3 |
| 2. RACCORCIAMENTO E SCOMPARSA DEL COLLO DELL'UTERO..... | 4 |
| 3. FORMAZIONE DELLA BORSA AMNIO-CORIALE E SUA ROTTURA..... | 6 |
| FENOMENI MECCANICI..... | 7 |
| 1. RIDUZIONE E IMPEGNO DELLA PARTE PRESENTATA..... | 8 |
| 2. PROGRESSIONE..... | 9 |
| 3. ROTAZIONE INTERNA..... | 9 |
| 4. DISIMPEGNO DELLA PARTE PRESENTATA..... | 10 |
| 5. RESTITUZIONE O ROTAZIONE ESTERNA..... | 10 |
| [Nds 1]..... | 11 |
| [Nds 2]..... | 11 |

INTRODUZIONE

I fenomeni del parto sono l'insieme delle modifiche che interessano la parte molle del canale del parto, interessano quindi la madre e perciò sono detti fenomeni materni (dinamici). Poi ci sono quei fenomeni che interessano le modifica dei rapporti tra gli indici materni e quelli fetali e che sono dunque detti materno-fetali (meccanici). Infine ci sono quelle modifiche che interessano il feto stesso e perciò detti fetali (plastici). Quindi le interazioni che si hanno durante il parto determinano una serie di modifiche a carico del canale del parto.

Distinguiamo poi tre periodi del parto, che non sono altro che il travaglio (secondo il parere di alcuni sono quattro perché in più c'è il periodo prodromico che precede il travaglio): dilatante, espulsivo e del secondamento.

1. Il periodo prodromico può durare anche qualche giorno ed è un aumento di quell'attività contrattile normale, che si verifica durante tutta la gravidanza, e della sensibilità della pz alle contrazioni stesse che sono ancora aritmiche e sporadiche.
2. Il periodo dilatante corrisponde all'insorgenza del travaglio di parto, la donna avverte le contrazioni che sono ritmiche, sempre più frequenti ed intense; l'aumento della frequenza determinerà ovviamente la riduzione del tempo che intercorre tra una contrazione e la successiva. Il periodo dilatante ha una durata diversa a seconda se la donna è primipara (12-16 ore) o pluripara (5-6 ore).
3. Inizia infine il periodo espulsivo che corrisponde al reale passaggio del feto attraverso il canale del parto; dura circa 1 ora nella primipara, 30 minuti o meno nella pluripara.
4. Quando il feto ormai è nato restano da espellere gli annessi fetali durante il periodo del secondamento, dura poco e insorge dopo una decina di minuti. A questo punto il parto si è concluso.

I fenomeni dinamici (materni) corrispondono al periodo dilatante, i meccanici (materno-fetali) e i plastici (fetali) al periodo espulsivo, infine c'è il periodo del secondamento.

FENOMENI DINAMICI.

Quando parliamo dei fenomeni del parto li descriviamo come una successione di eventi, ovviamente questa successione non è mai così netta ma le varie fasi si embricano tra loro.

Vediamo i fenomeni dinamici qui di seguito:

1. Delimitazione ed espansione del segmento inferiore.
2. Raccorciamento e scomparsa del collo dell'utero.
3. Formazione della borsa amnio-coriale e sua rottura.
4. Distensione della vagina, del perineo e dell'anello vulvare.

1. DELIMITAZIONE ED ESPANSIONE DEL SEGMENTO INFERIORE.

È necessario capire cos'è il segmento inferiore. Come sappiamo l'utero è composto da: collo, corpo e una parte intermedia che l'istmo. Quest'ultimo nell'utero non gravido è lungo 5 mm, in gravidanza, intorno al VI mese comincia ad espandersi, ad allungarsi fino a raggiungere 10 cm di lunghezza al termine di gestazione per l'azione contrattile dell'utero.

Il limite superiore del segmento inferiore è la vena coronaria, che vediamo in genere nel cesareo, è a decorso circolare, ma non ci riferiamo ad essa come limite perché non riusciamo sempre a vederla. C'è dunque un altro metodo per identificare il limite superiore del segmento inferiore ed è l'adesione lassa del peritoneo viscerale. Come sappiamo il peritoneo viscerale è lo strato più esterno che riveste l'utero in tutte le sue parti e che aderisce molto tenacemente al miometrio sottostante tanto che non è possibile sollevarlo da esso con una pinza. Riusciamo però a effettuare questa operazione a livello del segmento inferiore. Quindi il segmento inferiore è l'unica regione a livello della quale riusciamo a sollevare e separare il peritoneo viscerale dal miometrio sottostante. La parte adesa riveste il collo, il resto il segmento inferiore. Al di sotto c'è il tessuto cellulare lasso e il peritoneo che riveste la vescica che possiamo così allontanare dal collo dell'utero scollandolo a livello del segmento inferiore. Sappiamo che al davanti dell'utero c'è la vescica che possiamo così allontanare scollando il peritoneo viscerale (quest'ultimo concetto non è molto chiaro...). Il punto in cui il peritoneo non può più scollarsi dallo strato muscolare sottostante corrisponde al limite superiore del segmento inferiore, quindi quando si passa da un'adesione lassa ad una più tenace. È fondamentale conoscere i limiti anatomici del segmento inferiore perché attualmente il cesareo si effettua con un'isterotomia proprio a livello del segmento inferiore.

Il limite inferiore del segmento inferiore è l'orifizio uterino interno anatomico. Questo avviene in maniera graduale dal VI mese in poi. Al momento del travaglio, quando iniziano le contrazioni, il segmento inferiore si espande ulteriormente perché il corpo dell'utero si contrae. Abbiamo già parlato delle proprietà della muscolatura

uterina in travaglio: le fibre del corpo dell'utero, che presentano i tre strati, man mano che si contraggono si accorciano e aumentano di spessore (il prof. Dice utilizzando un francesismo: "diventano più corte e più chiatte") così come il corpo dell'utero che diventa più corto e più largo e quindi aumenta di spessore (brachistasi). È ovvio che se il corpo aumenta di spessore e diventa più piccolo anche la cavità del corpo diventerà più piccola. Il suo contenuto però, in termini di volume, non cambia e per essere accolto allo stesso modo deve scendere più in basso dove incontra il segmento inferiore che a tale scopo va incontro ad un processo opposto rispetto al corpo dell'utero perché si allunga e si assottiglia (mecistasi).

In travaglio, dunque, proprio per il susseguirsi di questi fenomeni, si può notare un restringimento tra corpo e segmento inferiore che è il cercine di retrazione fisiologico il quale fa assumere all'utero la forma di una clessidra in cui la parte superiore diventa sempre più piccola e quella inferiore sempre più grande. All'atto pratico questo cercine è molto importante perché: finché l'andamento della gravidanza è normale questa struttura non la apprezziamo (a meno che la donna non sia magra), se però il feto non riesce ad essere espulso a causa di una sproporzione feto-pelvica (volume del feto > alle dimensioni del canale del parto), avviene che l'utero continua a contrarsi e a diventare più piccolo, il segmento inferiore diventa sempre più grande e sottile di parete, la sproporzione tra queste due strutture aumenterà sempre più, il cercine diventa sempre più evidente e sale verso l'alto finché, raggiunto l'ombelico, si ha la rottura dell'utero.

Istologicamente il segmento inferiore è costituito da poche ghiandole. Lo strato muscolare intermedio cioè il reticolare (la muscolatura dell'utero è costituita da tre strati: longitudinale, reticolare, circolare) è molto ridotto nel segmento inferiore, ciò vuol dire che al momento del parto questo strato si contrarrà molto meno rispetto al corpo dell'utero e stringerà meno i vasi presenti a questo livello. Se quindi la pz ha avuto la sfortuna che al segmento inferiore si è inserita la placenta, quando questa si stacca dall'utero le arterie spirali, che in questa fase si aprono a pieno canale negli spazi lacunari intercotidionali, rimangono beanti, non si chiudono, per la mancata contrazione dello strato reticolare che è assente nel segmento inferiore. Ciò comporta una possibilità di emorragia in caso di placenta previa cioè quando è inserita a livello del segmento inferiore.

Il segmento inferiore è ricco di fibre elastiche che parteciperanno al processo fisiologico della mecistasi. La funzione del segmento inferiore in gravidanza è quella di contenere il polo inferiore dell'uovo. In travaglio succede che il contenuto uterino viene spinto in basso dall'azione delle contrazioni e il segmento inferiore, per la sua minore resistenza rispetto al corpo, si espande e si allarga.

2. RACCORCIAMENTO E SCOMPARSA DEL COLLO DELL'UTERO.

Rappresenta il secondo fenomeno dinamico. Man mano che l'utero si contrae il feto viene spinto verso il basso. Questo vuol dire che sulla parete del segmento inferiore ci sono delle forze che tendono a stirare verso l'alto la parete, perché il corpo si restringe e si ispessisce e in questa retrazione non fa altro che tirare anche il segmento inferiore, per cui quello si espande e nello stesso tempo spinge il contenuto verso il basso. Questo fenomeno non dura per sempre e le forze cominceranno ad agire su ciò che si trova a valle del segmento inferiore cioè sul collo dell'utero (orificio uterino interno). Il collo dell'utero, inizialmente di forma cilindrica, tenderà ad aprirsi verso l'alto e a svasarsi ad imbuto per azione di queste forze che lo tirano in alto e lateralmente. Al di fuori della gravidanza il collo è cilindrico e lungo 2-3 cm, con l'azione delle contrazioni il cilindro si svasa e si accorcia finché, quando tutto il canale è aperto ad imbuto, diciamo che il collo, la parte stretta dell'imbuto, è scomparso ed è sottile come un foglio di carta. Se, all'inizio del travaglio, mettiamo un dito nel collo dilatato riusciamo a sentire tutti i suoi 3-4 cm di estensione che però man mano scompaiono e sentiamo solo un velo che riveste la testa del feto. Il collo rappresenta a questo punto una continuazione del segmento inferiore, del canale cervicale e del corpo dell'utero; il feto può così scendere ancora di più in basso non occupando più completamente la cavità del corpo ma anche parte del segmento inferiore e del collo dell'utero. A questo punto le forze che agiscono durante le contrazioni, che intanto stanno aumentando di frequenza e intensità, si esplicano a livello dell'orificio uterino esterno e tendono ad allargarlo e dilatarlo fino a 10 cm circa per effetto della trazione verso l'alto e lateralmente. L'orificio uterino interno si sposta lateralmente, il collo è ormai scomparso e con lo speculum in vagina non lo vediamo più, con le dita non sentiamo più il suo spessore ma solo un velo e c'è solo l'orificio uterino esterno.

Ci sono ovviamente delle differenze tra primipara e pluripara. Nella primipara il processo si svolge così come abbiamo descritto: l'orificio interno si apre per primo, poi gradualmente si apre ad imbuto e si allarga sempre più, fino all'apertura dell'orificio uterino esterno una volta che si è avuta la scomparsa totale del collo. Nella pluripara invece i due fenomeni si hanno in parte insieme: più che aversi una graduale dilatazione dell'orificio uterino interno, è come se il canale cervicale si aprisse tutto in maniera imbutiforme (orificio uterino interno e contemporaneamente anche esterno), mentre nella primipara avviene gradualmente prima l'uno e poi l'altro. Generalmente l'orificio uterino esterno è già un po' dilatato nella pluripara.

L'orificio uterino esterno quindi si apre pian piano fino a raggiungere una dilatazione di circa 10 cm. La dilatazione si dice completa quando si è formata un'unica cavità tra corpo-collo-vagina e ciò possiamo appurarla con l'esplorazione vaginale: non si vedono più i fornici vaginali e ponendo le dita in vagina non sentiamo più le sporgenze che corrispondono al collo dell'utero, la parete non mostra più un gradino tra le varie strutture che compongono l'utero perché si è formata una cavità unica. Possiamo così affermare che tutto il canale molle del parto, attraverso il quale dovrà passare quella struttura mobile che è il feto, si è costituito.

3. FORMAZIONE DELLA BORSA AMNIO-CORIALE E SUA ROTTURA.

Si verifica contemporaneamente agli altri fenomeni. Mentre si ha il raccorciamento e poi la scomparsa del collo, per effetto delle contrazioni che spingono il contenuto dell'utero verso il basso, si ha anche la formazione della borsa amnio-coriale. Il feto si trova in un sacco in cui la decidua parietale è fusa con la capsulare, la decidua è a sua volta fusa col corion. A questo punto si verifica il fenomeno inverso a quello avvenuto nel III mese, cioè c'è il distacco del polo inferiore del sacco ovulare dalla decidua parietale e questa parte distaccata prende il nome di borsa amnio-coriale o borsa delle acque. È logico che la parte superiore delle membrane è ancora adesa alla parete dell'utero, alla decidua parietale, la parte che si distacca è quella inferiore che guarda verso il collo dell'utero, quella che corrisponde all'orificio uterino interno che si sta dilatando. La sua dilatazione e svasatura sarà in parte responsabile del fenomeno di distacco della borsa.

Possiamo ora avere due eventualità. Se la presentazione del feto è normale, cioè fisiologica di vertice, c'è un adattamento, una corrispondenza "a tappo" a perfetta tenuta tra la parte presentata (il vertice) e l'ingresso pelvico; possiamo in tal modo distinguere una parte delle acque (liquido amniotico) che si trova al davanti della parte presentata (cioè al davanti della testa) e che è raccolta nella borsa amnio-coriale che si è distaccata dalla decidua parietale. L'acqua disposta in tal modo assume un aspetto a semiluna (fisiologico) perché aderisce perfettamente alla testa che fa da tappo a livello dell'ingresso pelvico e vengono definite acque anteriori. Tutto questo ci indica che la presentazione è normale. Se la presentazione del feto è anomala, non si ha più l'effetto tappo della testa sull'ingresso pelvico e le acque anteriori e posteriori (che si trovano a livello del fondo dell'utero) comunicano tra loro. Questo fa sì che durante la contrazione la pressione esercitata sul fondo dell'utero spingerà le acque posteriori anteriormente (verso il basso), la pressione verrà così trasmessa anche anteriormente (perché le acque anteriori e posteriori sono in comunicazione tra loro) verso il polo inferiore che si allunga verso il basso e le membrane assumono un aspetto a budello (detto anche a sanguinaccio o a dito di guanto). Se la testa invece fa da tappo, come avviene nella presentazione fisiologica di vertice, la pressione della contrazione non si trasmette al polo inferiore e le acque posteriori non raggiungono la zona al davanti della parte presentata. Dalla forma della borsa possiamo così stabilire se la presentazione è normale o anomala e se la testa è impegnata o no. Quindi se abbiamo una borsa piatta o a semiluna, la presentazione è di vertice, se la borsa è allungata vuol dire che la presentazione è patologica, che la testa non è impegnata e che le acque posteriori comunicano con le anteriori. La borsa a budello ovviamente si romperà più precocemente in maniera patologica. La rottura fisiologica della borsa invece si ha quando la dilatazione è completa, quando cioè è scomparso il collo, l'orificio uterino

esterno è completamente dilatato e si è formata un'unica cavità. La rottura in questo caso si definisce "tempestiva". Se la rottura avviene fuori travaglio e prima di esso viene detta prematura, se avviene durante il travaglio è definita precoce, se la borsa non si rompe al momento della dilatazione completa ma solo durante o dopo l'espulsione la rottura viene detta serotina [il prof. la pronuncia con l'accento sulla "o"] (il feto nasce con la camicia perché è avvolto in questa membrana).

Le funzioni della borsa amnio-coriale sono: proteggere il feto dai traumi compressivi dovuti alle contrazioni e ridurre la colonizzazione batterica nella cavità uterina. La borsa si rompe fisiologicamente in maniera "tempestiva".

Il problema della rottura delle membrane è fondamentale perché quando la presentazione è anomala si può avere il prolasso del funicolo ombelicale. Per la mancanza dell'effetto tappo, di cui abbiamo parlato prima, c'è la possibilità che il funicolo ombelicale venga fuori, al davanti della parte presentata, e addirittura se si rompono le membrane viene all'esterno, in questo caso parliamo di prolasso. Se il funicolo si pone al davanti della parte presentata ma le membrane rimangono integre parliamo di procidenza del funicolo stesso. L'eventualità più grave è ovviamente il prolasso del funicolo in quanto, se le membrane si rompono e il funicolo viene all'esterno, durante la contrazione la parte presentata, che è patologica, viene compressa contro l'ingresso pelvico e così pure il funicolo interposto tra queste strutture. In tal modo non giunge più sangue al feto e viene bloccata l'ossigenazione fetale.

FENOMENI MECCANICI.

Siamo ora di fronte alla fine del periodo dilatante e all'inizio di quello espulsivo che è caratterizzato proprio da questi fenomeni meccanici del parto. Sono i fenomeni che riguardano i rapporti materno-fetali cioè la modifica dei rapporti tra indici fetali e indici materni per effetto della progressione della parte presentata attraverso il canale del parto. Li vediamo qui in successione:

1. Riduzione e impegno della parte presentata.
2. Progressione.
3. Rotazione interna.
4. Disimpegno della parte presentata.
5. Restituzione o rotazione esterna.
6. Espulsione totale del feto.

1. RIDUZIONE E IMPEGNO DELLA PARTE PRESENTATA.

In questa descrizione ci riferiamo alla presentazione di vertice in prima posizione: la prima grossa parte fetale che prende rapporti con l'ingresso pelvico è la testa in atteggiamento di flessione. L'indice di questa presentazione è data dalla fontanella triangolare che prende rapporto con l'eminanza ileo-pettinea di sinistra. Il dorso fetale è quindi rivolto in avanti e a sinistra il che significa che c'è un diametro antero-posteriore del feto, o meglio della testa fetale, che si deve confrontare col diametro compreso tra l'eminanza ileo-pettinea di sinistra e l'articolazione sacro-iliaca di destra e che è l'obliquo di sinistra dell'ingresso pelvico. Il diametro che alla fine si confronta con l'obliquo di sinistra è l'occipito-frontale del feto, quindi tra l'occipite e la fronte, che misura 12 cm. Questo diametro deve passare attraverso questo obliquo di sinistra che misura allo stesso modo 12 cm per quanto riguarda la parte ossea, in più è rivestito da parti molli, quindi il diametro reale dell'obliquo di sinistra è anche inferiore ai 12 cm. Allora come fa un diametro di 12 cm a passare attraverso uno la cui misura è anche inferiore? La natura ha trovato ovviamente un metodo che è quello della riduzione del diametro della testa cioè della sostituzione di un diametro maggiore con uno minore. Come avviene questo? Se la testa, che abbiamo detto è in atteggiamento di flessione, si flette ulteriormente, per cui il mento si avvicina di più allo sterno, al diametro occipito-frontale si sostituisce il sottoccipito-bregmatico (a livello della fontanella quadrangolare). Questo è un diametro di 9,5 cm, quindi non avrà nessuna difficoltà a passare attraverso un diametro di quasi 12 cm. A questo punto diciamo che si è verificata la riduzione di tipo indiretto del diametro, per sostituzione di un diametro maggiore con uno minore. L'unica possibilità che si verifica in natura per una riduzione diretta, cioè compressione del diametro, si ha nella presentazione di podice. Ricordiamo che il podice è un'entità ostetrica costituita dalle due natiche e dagli arti inferiori flessi (gambe sulle cosce e cosce sull'addome) con i piedi incrociati. Se le cosce e le gambe si flettono ulteriormente, poiché al di sotto c'è l'addome che è comprimibile (sicuramente non è la testa quindi schiacciandolo non comprimiamo il cervello) il diametro sacro-tibiale si riduce e si ha l'espulsione del contenuto intestinale del feto (meconio) per compressione dell'addome. Quindi nella presentazione di podice il primo tempo dei fenomeni meccanici è data da una riduzione diretta per compressione del diametro. Se ciò avviene a borsa rotta possiamo visivamente affermare che si sta compiendo il primo tempo dei fenomeni meccanici perché vediamo l'espulsione del meconio. Il superamento da parte del diametro principale della presentazione, nel caso della presentazione di vertice è il sottoccipito-bregmatico, del piano dell'ingresso pelvico indica che c'è stato l'impegno della parte presentata che in questo modo non è più mobile; questo evento è spia fondamentale del fatto che la donna sta realmente per partorire per vie naturali. Infatti la parte inferiore dell'ovoide fetale è finalmente entrata nel canale, e poiché questa è la parte più grossa presumibilmente ci entreranno anche tutte le altre.

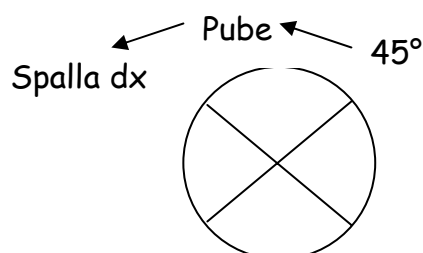
2. PROGRESSIONE.

Consiste in uno spostamento verso il basso di tipo elicoidale. Vedremo poi che il fenomeno successivo, che è la rotazione interna, è qualcosa che avviene contestualmente alla progressione stessa. La progressione si arresta al ginocchio del parto (cioè a livello del piano pelvico minore) dove la parte presentata trova una resistenza che è il muscolo elevatore dell'ano che chiude in basso il bacino. Per effetto di questa resistenza e delle contrazioni che giungono dall'alto, la parte presentata è spinta sempre più verso il basso e per progredire deve adattarsi con i suoi diametri maggiori ai diametri maggiori del bacino. Da questa necessità deriva il fenomeno della rotazione interna della parte presentata.

3. ROTAZIONE INTERNA.

La testa ruota da sinistra verso destra e verso il centro di 45° . L'occipite ruota da sinistra verso destra e verso il centro, per cui ruoterà di 45° . Se guardiamo dal basso, come qui rappresenta la figura, si trova l'eminanza ileo-pettinea in alto, l'articolazione sacro-iliaca sta in basso, l'occipite deve portarsi sulla antero-posteriore quindi il diametro sottoccipito-bregmatico, che si era impegnato all'inizio sull'obliquo di sinistra ed era sceso sul bacino lungo di esso, a questo punto trova spazio maggiore a livello dell'antero-posteriore. Quindi l'occipite ruota e si porta anteriormente e al di sotto della sinfisi pubica, la faccia evidentemente guarderà verso il sacro. Alla fine della rotazione interna l'occipite si viene a trovare al di sotto della sinfisi pubica e il sottoccipito-bregmatico si è portato sull'antero-posteriore dello stretto medio.

Nelle presentazioni anteriori la rotazione sarà sempre di 45° . In prima posizione sarà da sinistra verso destra. In terza posizione, cioè in corrispondenza dell'eminanza ileo-pettinea di destra, sarà da destra verso sinistra. L'effetto finale sarà sempre lo stesso perché l'occipite si verrà sempre a trovare in corrispondenza della sinfisi pubica. Nelle presentazioni posteriori, poiché bisogna sempre raggiungere il pube, la rotazione sarà di 135° da destra verso sinistra e da dietro in avanti.

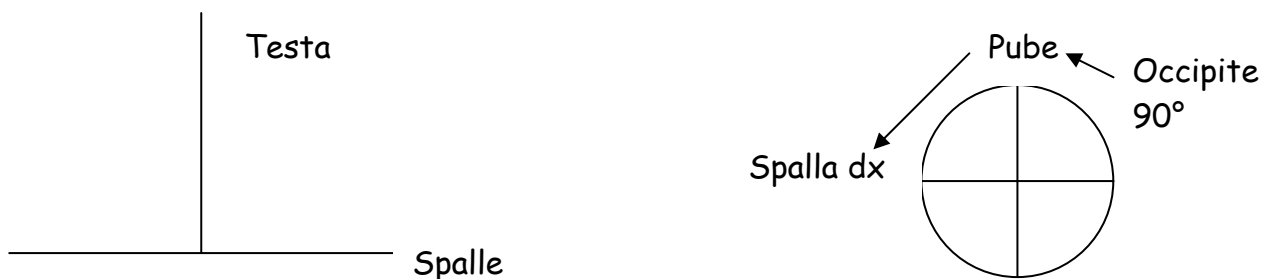


4. DISIMPEGNO DELLA PARTE PRESENTATA.

È il quarto tempo dei fenomeni meccanici. L'occipite fa da fulcro sotto la sinfisi pubica e il disimpegno avviene per deflessione della parte presentata. Quindi la testa che si trova al di sotto della sinfisi si deflette e viene fuori prima l'occipite e poi man mano i parietali, la fronte, il naso, il mento. A questo punto tutta la testa del feto è uscita.

5. RESTITUZIONE O ROTAZIONE ESTERNA.

Viene detto momento della restituzione perché, una volta uscita, la testa ruota dallo stesso lato in cui si trovava al momento dell'impegno, quindi se prima era a destra ruota a destra, se era a sinistra ruota a sinistra. Se consideriamo l'impegno descritto prima sull'obliquo di sinistra allora ruoterà a sinistra di 90°. Questo perché al momento del disimpegno della testa si devono impegnare le spalle (il cosiddetto diametro bisacromiale). Poiché il diametro delle spalle è a 90° rispetto a quello antero-posteriore della testa, le spalle devono impegnarsi prima lungo l'obliquo di sinistra e poi, giunte alla medio-pelvi, devono ruotare e impegnarsi sull'antero-posteriore, allo stesso modo in cui si era impegnata prima la testa.



Le spalle, come vediamo in figura, stanno sul diametro trasverso rispetto alle spalle che stanno sull'antero-posteriore. Quando se le spalle devono andare sull'antero-posteriore la testa deve ruotare di 90° e perciò c'è il movimento di restituzione. Come si disimpegnano a questo punto le spalle? La spalla anteriore fa da fulcro sotto la sinfisi pubica, si libera prima la spalla posteriore e infine abbiamo l'espulsione totale del feto.

[Nds 1]

Il prof. ha iniziato la lezione parlando del bacino. Riporto qui di seguito le sue parole relative ad una breve descrizione di questa regione anatomica.

Il bacino è il canale osseo del parto. È costituito dall'ingresso pelvico delimitato posteriormente dal coccige e poi da altri tre punti tra i quali: la sinfisi pubica anteriormente e altri due punti lateralmente. Il piano pelvico minore è compreso tra le due spine ischiatiche da una parte all'altra. Ricordate anche l'angolo sottopubico che è acuto nel bacino femminile.

[Nds 2]

Il prof. ha terminato la lezione descrivendo visivamente con un manichino come avvenivano i vari fenomeni del parto. Poiché, senza le immagini, le sole parole sarebbero state incomprensibili e superflue in quanto solo una ripetizione di quanto già detto, non ho riportato questa parte della lezione.

Francesca Antinolfi