



PELVIMETRÍA

pel Dr. J. ROIG-RAVENTÓS

De la Maternitat de Barcelona

Malgrat els progresos de la ciencia obstètrica actual, devém confessar que'l capítol de les estretors pèlviques mitjanès constitueix un escull on tot sovint el pronòstic que fem es contradiu amb els fets clínics. Està en l'esperit de tots el fet comú de cassos on havém cregut que'l part se faria en males condicions, i ha resultat absolutament normal, i pel contrari, cassos on una intervenció s'ha fet necessaria sense haver-la predit. No deu estranyar-nos davant d'aquests fets, la munió de discusions que cada día hi ha respecte a la conducta que devém seguir aquí en les estretors pèlviques, ni tampoc la disparitat de criteri d'homens i d'èpoques. Se tracta d'un punt on encara l'empirisme hi regna per desconèixer els elements que són objecte de discussió i estudi.

En el mecanisme del part hi entren els factors *pelvis, cap fetal i dinamisme úter-abdominal*.

La pelvis podém conèixer la completament com element estàtic mercés als variats procediments de mesuració digital, instrumental i radioscòpica. La part que la pelvis té en el part com element actiu en el sentit de amplades articulars és insignificant. En els cassos d'osteomalàcia cal tenir-ho en compte.

El cap fetal és una incògnita, malgrat les tentatives que s'han fet per a conèixer no solzament la mida, sinò la reductibilitat dels diàmetres i l'amotllament; condicions que juguen un paper importantíssim. Una mateixa pelvis parirà un fetus de testa eutòcica o sia reductible i amotllable i no'l parirà si no té aquestes condicions, encara que sigui de dimensions més reduïdes.

El dinamisme útero-abdominal és altre element completa-

Posteriorment Polak, de New York, recomanà el mateix tractament; semblant criteri regnà no fà gaire en les sessions de l'Academia Ginecològica de Madrit. La manca d'espai no'm permet portar les histories clíniques, per altra part innecessaries ja que la majoria s'ajustarien a la present: Obs. 3402, pluripara de 36 anys, sense antecedents morbosos; després d'una amenorrea de més de dos mesos, se feren manipulacions intrauterines per a provocar el gastament tota vegada que la dòna es cregué embrçada; al cap de pocs dies sobrevingueren lleugeres metrorragies i no fou expulsat més que l'embrió. Status: forta metrorragia, temp. 38,2, matriu tova del volúm del puny, cervix deiscient, l'orifici intern és impermeable a l'index, la malalta no aqueixa cap dolor. Un estat semblant ve sostingut dèu de fà 4 dies. Tractament: irrigacions vaginals antissèptiques, ergotina 1vón 20 gotes, 3 voltes al dia. Dèsprés de la tercera dosi i al cap d'unes 14 hores de tractament, fou expulsada la placenta per complet i en mig d'intensissims cólics metrats. Al cap de 48 hores la reveig en la Policlínica, no quedant del passat més que una lleugera pèrdua sanguinosa. Faig continuar l'ergotina durant uns quants dies més a la dosi de 20 gotes diaries en dèus vegades. Al quart dia, la malalta fou dada d'alta. El tractament va ésser ambulatori. Així porto tractats una trentena de cassos. En dèus d'elles es practicà finalment el raspat.

Perqué en el mateix espai de temps he practicat raspats tributaris del tractament ergotinic? Per imposició social unes voltes i en altres per afany intervencionista perfectament excusable, ja que ambdós tractaments estàn igualment indicats i condueixen al mateix fi.

CONCLUSIONS

- I. El seguel cornut pot cumplir la majoria de les indicacions a pendre en el gastament complicat.
- II. No determina efectes secundaris.
- III. Es condició indispensable propinar-lo a dosis altes.

La present comunicació no té més objecte que'l de fer perdre la por que'l metge té de donar seguel quan l'úterus gastat està ocupat, sense pretendre exclur els altres procediments.

ment desconegut fins que'l part està en completa evolució. Les contraccions uterines són les que produeixen la força que fa modificar la forma i dimensions de la testa fetal. Si aquestes són intenses i continuades el cap sofrirà les evolucions indispensables per a assolir una normalitat.

Aixís, doncs, ignorant aquets dos elements no deu sorprendre'ns que l'empirisme encara presideixi nostre criteri en aquest punt. De totes maneres el coneixement exacte del element estàtic, representat per la pelvis, dóna molta llum.

Per a assolir aquest fi s'han fet un estol d'aparells que s'han oblidat, tantost s'han construït, i és perquè sempre que's pretengui substituir el dit explorador per un aparell, se pert una gran quantitat d'exactitut. Me refereixo a aparells per a mesurar l'interior de la pelvis.

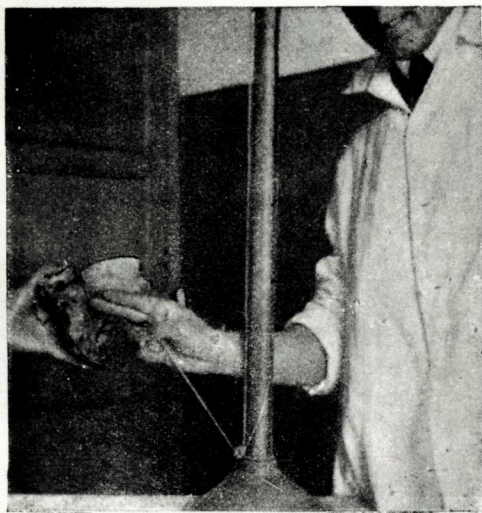


Fig 1

Per a mesurar el diàmetre promonto-subpubic, se cerca amb el dit mig el promontori amb la mà passada pel llac escorredor del pelvimetre, tal com està en la fotografia. Un cop se té la seguretat de que'l dit està en contacte amb el promontori, se mira el pés en quin punt està de la columna graduada; llavors es recula la mà fins que'l dit està en contacte amb la part inferior de la sínfisi del pubis, com indica la figura 2 i se llegeix en la columna els centímetres recorreguts pel pés que ha baixat a mida que la mà recula.

El procediment clínic més acceptat per tots es el següent: Amb un dit o dos, introduïts en la vagina se cerca el promontori; un cop convençuts que l'eminència ossia es realment la

unió de la paret anterior del sacre amb la paret anterior de la quinta lumbar, se fa una marca amb l'ungla de l'index de l'altra ma, en la part que l'index que tacta toca la part inferior de la sínfisi pubiana; se retira i se medeix la distancia que hi ha entre la polpa del dit que explora i la marca feta amb l'ungla. També pot retirar-se la ma sense treure el dit que senyala on havia arribat la sínfisi del pubis.

Causes d'error depenen de l'explorador i de la mateixa pelvis.

Devém partir del principi clinic que tota dona amb promontori accessible és estreta, i que de la distancia obtinguda o sia el diàmetre promonto-sub-púbic devém treure'n $1\frac{1}{2}$ centímetre per a tenir la mida de diàmetre útil, o sia la distancia que separa la part posterior de la sínfisi amb el promontori.

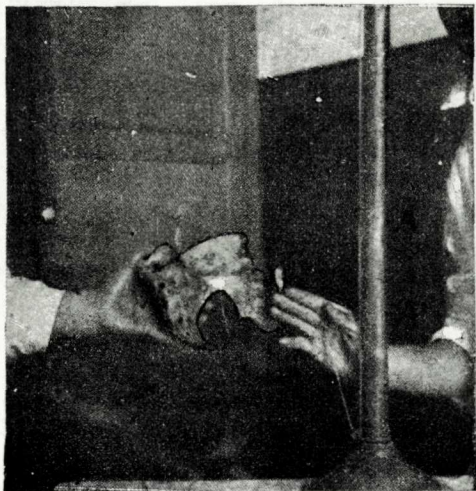


Fig. 2

La distancia A A' indica els centímetres recorreguts per la mà o sia la mida del diàmetre promonto-subpúbic. Aixís, amb una sola mà, poden mesurar-se tots els diàmetres antero-posteriors i amb un sol tacte. Cada cop que la mà canvia de punt pèlvic el pés oscila marcant les mesures dels diàmetres que són explorats. En la clínica el llaç és de seda esteril que posa en comunicació la mà exploradora amb el cordil del pelvimetre.

A la primera condició cal tenir en compte que hi han dones de periné molt flexible o de periné obert per desgarrs d'altres parts que fan que la mà pugui assolir el promontori sense que hi hagi estretor pèlvica.

A la segona condició hi han tres factors que poden variar el seu valor clínic, que són:

- a) L'alçada del promontori.
- b) L'inclinació de la sínfisi.
- c) La gruixaria de la sínfisi.

Si el promontori és molt alt la diferencia entre la mida del diàmetre útil i del promonto-sub-púbic pot arribar a ésser de 2 cm. 5. Si el promontori es baix pot ésser de 0 cm. 5 a 1 centímetre.

L'inclinació de la sínfisi del pubis deu fer amb el diàmetre conjugat veritable un angul de 95° . Quan més augmenta dit diàmetre més diferencia hi haurà entre les mides dels dos diàmetres i per lo tant s'haurà de restar més de lo normal.

La gruixaria sinfisiana pot arribar a tenir un centímetre del diàmetre ántero-posterior.

Les causes que depenen de l'explorador són: que'l dit no estigui en contacte amb el promontori veritable; que'n el moment de cercar el punt en que la sínfisi toca al dit explorador el dit que tacta el promontori se retiri; que si's fà pressió forta el dit se doblega amb facilitat i per lo tant la mida que's pren no es la veritable.

Pensant sobre aquesta munió d'errors he cercat una simplificació de la pelvimetria interna pel mitjà d'un pelviòmetre que no eliminés la má exploradora i amb aquest fi vaig fer construir la columna mesuradora que tinc l'honor de presentar-vos aquí. Se tracta senzillament d'una columna graduada i buida per dintre, dins la qual puja i baixa un pés de 2 kilos. Aquest pés està lligat a una corda que per mitjà d'un joc de rodes se posa en relació amb la má que reconeix la malalta. En aquest cas amb una má sola n'hi ha prou. L'operació és molt senzilla. Se cerca una seda, se lliga el dit que deu tactar al cordill que està en relació amb el pés. Se cerca el promontori un cop fet el diagnòstic amb calma, se mira on està el pés, se retira la má, i quan el dit toca la paret inferior de l'arc púbic se mira lo que'l pés ha recorregut i se té la mida exacta del diàmetre promonto-sub-púbic. D'aquesta manera, sòls amb una má pot fer-se el reconeixement de tots els diàmetres antero-posteriors de la pelvis inclós amb un sol tacte. Cal anar mirant a cada diàmetre els centímetres que puja i baixa el contrapés i se tindrà el resultat que se cerca.