

DE LA PUBIOTOMIA I DE LA MARXA DEL PART
EN LES ESTRETORS PELVIQUES SIMETRIQUES
DE PRIMER GRAU

pel Dr. DOMINGO AGUSTÍ i PLANELL

De la Clínica d'Obstetrícia de l'Universitat de Barcelona

En les pelvis estretes totalment, ja regulars o ja planes, i en pelvis senzillament planes, i totes elles en primer grau de reducció, no hi ha rés més insegur que sentar indicació durant l'embrac.

Aleshores queden oberts aquests interrogants: Què passarà? Hi haurà part expontani amb fetu viu? Encaixat el cap fetal caldrà aplicar el forceps per a enllestir el part? No encaixarà i la versió interna podàlica complirà l'indicació de fer passar més fàcilment el cap en darrer terme? Però, aqueixa versió interna ens donarà el fetu viu? I aleshores, si abans de la versió duptavem, què fer? una cesàrea o una pubiotomia?

Heusaquí çó que'ns preguntém en tot cas de pelvis reduïda de primer grau abans d'arribar al part, i acabém per respóndrer que serém oportunistes, que no intervindrém ni abans ni després; serém expectants mentrestant la marxa del part no's pertorbi; intervindrém quan no progressi o el fetu sofreixi i en aquest cas l'intervenció que eligirém serà en vistes al fetu.

Hi ha cassos de estretors de primer grau i amb fetu a terme en que'l part és expontani; porta una marxa lenta, especialment si's primípara pot durar dies (jo recordo un cas en el qual va durar cinc dies sense que'l fetu ni'ls teixits materns sofrís) però en cap moment ha sofert el fetu ni ha deixat de progressar el part per a que hi tinguéssim d'intervindre; i és que'ls tres factors que cal tenir en compte en tot part ens han sigut favorables. Són aquests: la pelvis, el cap fetal i les forces expulsives;

en les pelvis de primípara jove cedeixen les sínfisis púbica i sacro-iliàques, tenen certa movilitat; facultat de relliscar que amplien quelcòm el cinturó pelvià.

El cap fetal si no és d'exagerades dimensions, i no està ossificat excessivament, reduint-se en els seus diàmetres practicables per allargament dels perpendiculars a ell i encavallant-se els òssos de la volta craniana fa més fàcil el seu pas per acomodació de la seva forma i dimensions a les de la flera pèlvica. I per fi, les forces expulsives, que sinó defalleixen, sinó cau l'úterus en atonia, són un factor importantíssim en els cassos de part laboriós en que la naturalesa vol dominar l'obstacle que se li presenta, enfortint les contraccions uterines, en tots els cassos que hi ha dificultats a l'encaixament, l'úterus desplega més energia que'n els cassos ordinaris, però si la situació no's venç en un temps prudencial, agota aquesta energia i aleshores l'atonía és invencible.

Altres cassos hi ha en què o bé perque les forces expulsives són ja des del primer moment febles o perque els altres factors del part no afavoreixen (pelvis en dòna primípara ja entrada en anys o cap molt ossificat i gran, i, per tant, poc modificable i reductible) i arriba un moment en que l'úterus cau en atonia, però després d'haver-se encaixat el cap fetal, és a dir, després d'haver passat l'estret superior el diàmetre bi-parietal i ésser practicable una aplicació de forceps, que més o menys alta, però sempre dins l'excavació, resol perfectament el conflicte.

En altres cassos, per aquestes mateixes circumstancies del cas anterior, però més accentuades o perque la pelvis sigui totalment estreta i plana, que's el cas de pelvis que més dificultats acumula, sofreix l'interrupció el part, estant el cap sense encaixar, i si en aquest moment cal l'intervenció, ja per atonia de l'úterus, ja per sofriment total, que's lo més freqüent, perque en aquests parts de dificultats a l'encaixament el romprer's les teles sol ésser prematur i no siguent practicable una aplicació de forceps per trobar-se el cap en l'estret superior no queda cap més recurs que la versió o bé la pubiotomia, quin dels dos?

La versió podàlica ja sabém que essent el cap lo darrer és més fàcil l'encaixament; per la base s'encaixa el cap amb més facilitat que pel vèrtix, però una versió en una pelvis reduïda és sempre una intervenció molt exposada; si no pot ésser ràpida sens mor l'infant per poc de temps que'ns passém en el descens

dels braços, si és que quedin enlairats (cal fer contraure l'úterus pel massatge abans de l'encaixament de les espatlles), o en el de Mauriceau, ens neix el fetu amb asfíxia blanca accentuada i per profunda intoxicació carbonèmica del centre respiratori, ja no és possible tinguin eficàcia els estímuls cutanis i respiratoris que empleïem, i els banys calents, la ruixa freda i la respiració artificial, no'l reanimen; per a la versió en pelvis ampla sempre fàcil i ràpida, no sempre és difícil en cas de pelvis reduïda, i per tant, no serà la pubiotomia l'operació d'elecció; per a decidir-nos per quina de les dues intervencions cal acudir ens hem de fixar en una dada molt important i és el relleu que forma el cap del fetu per dessobre del pubis. Aquest ens marcarà el grau d'estretor, si'l pol cefàlic per la seva part anterior, és a dir, si la borça parietal anterior no està a nivell de la cara posterior del pubis sinò que ressalta, sobressurt, és més sortint que la cara anterior, no duptarem un moment, la pelvis no donarà fàcilment pas al cap la última i potser tampoc el diàmetre bi-acromial, la versió fóra laboriosa i el fetu moriria.

Però hi ha altres cassos en els que la pubiotomia no és prevista, es senta l'indicació d'un altra intervenció i en el curs d'ella, si's vol salvar al fetu, hi ha que acabar per la pubiotomia; és el cas del cap enclavat en l'estret superior que falta molt poc pel pas del diàmetre bi-parietal, en pelvis poc reduïdes i cap poc voluminós, tot fa pensar que'l forceps pot resoldre el conflicte, car malgrat lo no estar encaixat el diàmetre aprofitable, hi està tant proper, li manca tant poc, que no's pas un disbarat ei pensar i fins creurer que amb el forceps n'hi haurà prou; però, si una volta aplicat no hi ha prou espai per a el pas del cap fetal, si no's possible l'encaixament en cap posició, si la versió tampoc és possible fer-la perquè s'hagi trencat la bossa de les aigües de molt temps i l'úterus estigui retret amb força sobre'l fetu, i si aquest és viu, malgrat ésser una pelvis poc reduïda, quasi normal, i amb fetu no exagerat en quant a tamany de pol cefàlic, si'l volém viu, que aquest és nostre deure, no hi haurà més recurs que utilitzar una pubiotomia, que'n aquest cas serà poc exposada a lesions, car serà poc lo que tindran que estirar-se les parts toves després de la secció òssia i poca la força de compressió del cap fetal a nivell de la part inferior de la secció òssia.

De tot això s'en desprén que la pubiotomia deu tenir indicacions molt més amples de lo que s'acostuma i no hi ha que

reservar-la per aquells cassos de pelvis de reducció accentuada de 7 a 8 cms. de conjugat veritable, i encara en aquests cassos li redueix el camp la cessària segóns siguin les aficions de la persona que intervé; sense que degui vulgaritzar-se, no deu ésser temuda i a ultrança hem de vetllar pel producte de la concepció i nostre desig de portar-lo viu al món deu absorbir nostre atenció, ja que'n aquestes indicacions que acabo de puntualitzar, de pelvis poc reduïdes i tal vegada gairebé normals, si recurrim a la pubiotomia és per no ésser possible la versió i en ella no hi ha els perills de les grans reduccions.

Avui les indicacions de la pubiotomia són restringides; gairebé és una operació d'excepció en certs llocs i devém fer constatar que no està pas cercada dels perills que se li han suposat. La secció òssia es cura amb gran facilitat; s'aixequen les operades dels 11 als 15 dies; les ferides vesicals no són possibles amb sòls que s'hi posi una mica de cura mentres es passa l'agulla per darrera del pubis; i els estripaments de les parts toves vaginals degudes a la distensió durant el pas del fetu o al frec del cap contra els costats de la secció òssia, no són tant freqüents com es diu, si no són primíparas amb alguns anys, és molt fàcil evitar-ho tenint una mica de calma en l'extracció, fent-la amb lentitut, i per a que no fregui amb força el pol cefàlic contra la secció òssia, es procura fer més presió sobre el perinó, car de lo contrari es malmetria la vagina al ésser comprimida entre'l fetu i l'òs matern seccionat; en cambi, en les primíparas d'edat (de més de 35 anys) és més difícil evitar aquestes destrocés de les parts toves, degut a lo poc elàstiques que són, fins al punt que'n aquestes primíparas es considera contra-indicada la pubiotomia.

En tres cassos de pubiotomia que tinc practicats, una en II^{para}, altra en VIII^{para} i la tercera en I^{para}, el resultat ha sigut bó en totes elles per a la mare i el fetu. En la primera se li practicava la pubiotomia per segona vegada; en la segona el fetu que's presenta-va de front, pesa-va més de 4'5 kg., i en la tercera, d'edat de 41 anys, hem tingut que lamentar una petita ferida vaginal en la part infero-lateral de la paret vaginal anterior, a nivell del punt de secció òssia, sense lesió de bufeta, que ha comprés l'uretra i per estirament de l'esfínter hi ha incontinença d'orina; avui dia està en vies de curació mercós a la dilatació gradual de la cicatriu per taponament vaginal i a l'electroteràpia.

La tècnica seguida en elles és la del nostre mestre Nubiola;

primerament s'aplica el forceps i es lliguen amb glassa les dues branques o es realitza la versió podàlica portant a l'exterior el peu anterior o ficsant-lo també amb una glassa; desseguida es verifica el cateterisme uretral i previs els cuidados de neteja i assepsi (rasurar la regió, rentat vaginal antisséptic i tintura de iode en el costat on se va a practicar la secció òssia), es procedeix a passar l'agulla de punta esmossada; per això es marca mentalment la línia de secció que correspondrà a una línia paral·lela a la sínfisi del pubis, passant a nivell de l'espina del mateix; es separen cap endins el llabi major corresponent, i en el solc gènitocrural a nivell del punt de l'arcada púbica que correspondgui a aquella línia, amb el bisturí es fa una puntura en la pell per la que introduïm l'agulla guiada amb un dit de l'altre ma que tenim a la vagina i procurant en tot moment que la punta no deixi de fregar fortament amb l'òs; en quant arriba a nivell del costat superior retirém el dit de la vagina i amb la mateixa ma aixafém a nivell de la punta de l'instrument els teixits cutànics per a que surti per l'altre, puntura que també practiquém amb el bisturí a nivell de l'espina del pubis sense perdre mai el contacte de les parts òssies; d'aquesta manera és impossible produir ferida vesical, aleshores per l'ull de l'agulla i per mitjà d'una seda es passa la serra de Gigli i es procedeix a la osteotomia subcutània, procurant que les superfícies de secció òssia siguin perpendiculars a les cares anterior i posterior del pubis i d'aquesta manera no fornim b c e les superfícies de secció; al acabar aquesta s'ou un soroll com una crepitació i desseguida es separen els fragments: ho comproba el dit que pot introduir-se a la vagina una vegada seccionat el pubis, i per tant, ampliada la pelvis; dos ajudants sostenen les cuixes en hiperflexió sobre l'abdómen (posició de la talla) i s'extreu el fetu procurant fer-ho poc a poc per a que vagin aixamplant-se suaument les parts toves, i com ja hem dit, fugint de fer molta pressió sobre la part anterior de la pelvis, sobre tot si fem servir el forceps.

Finida l'intervenció, es sutura, si hi ha hagut qualche traumatisme perinial i s'aplica un apòsit vulvar asséptic i un envenat passant a nivell de les crestes ilíaqües i trocanteries per a que mantingui en contacte les superfícies òssies; passades 12 hores es procedeix al cateterisme uretral i si l'orina és sangüinolenta s'aplica una sonda permanent durant uns dies per por a una ferida vesical, o si hi ha incontinència, deguda a una distensió uretral o d'esfínter, també s'aplica durant uns dies la

sonda permanent; pot retirar-se el envenat dels 3 als 4 dies, car en la posició de decubít supi, per sí sola la pelvis manté en contacte les superfícies seccionades, i dels 12 als 15 dies, si no hi ha complicació puerperal, pel sól fet de la pubiotomia, pot aixecar-se l'operada i caminar. El *call* òssi no queda voluminós i per tant no és obstacle per a un altre part.