

TRABAJOS DE LA CLÍNICA MATERNAL DE SANTA MADRONA
VISITA DEL Dr. S. DEXEUS FONT

INYECCIÓN TRANS-ABDOMINAL UTERINA DE HIPOFISINA, COMO TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA ATÓNICA POST-PARTUM

por el doctor

M. de los S. SALARICH TORRENTS

Ayudante de Clases Prácticas de la Facultad de Medicina
Médico-Asistente a la Obra Maternal del Instituto de la Mujer que Trabaja

La técnica del Dr. ESQUIVEL, de la Clínica Obstétrica del Profesor ZÁRATE de Buenos Aires, consistente en la inyección de pituitrina en pleno músculo uterino a través de la pared abdominal, descrita como un medio heroico contra las hemorragias atónicas después del alumbramiento, ha sido puesto en práctica por nosotros en 7 casos, con éxito inmediato en todos ellos.

Por primera vez, aparece descrito este procedimiento en nuestra literatura científica en *Revista Médica de Barcelona*, en el tomo X, n.º 56, correspondiente a agosto de 1928, en una nota práctica firmada por nuestro colega el Dr. F. CARRERAS.

El autor de esta nueva técnica y otros que la han empleado con buenos resultados publicados, la precinizan en los casos en que después de haber agotado los medios usuales para combatir una hemorragia del alumbramiento (inyecciones subcutáneas de cornezuelo e hipófisis, masaje, irrigaciones intrauterinas calientes, etc.) y esta pérdida patológica no tiene tendencia a cesar, perdiendo el útero el globo de seguridad momentáneamente adquirido, la inyección de hipofisina en pleno parénquima uterino asegura la contracción persistente del órgano y por lo tanto la cesación de la expoliación sanguínea consecutiva.

Un valor pronóstico han dado también los autores a este proceder, puesto que, del fracaso de este medio se desprende la inutilidad de otros menos directos, abogando la necesidad de una histerectomía como recurso radical.

Su técnica es descrita en la siguiente forma: colocada la enferma en Trendelenburg y acercando el cuerpo del útero hacia la pared abdominal haciendo presa del mismo por su fondo y sujetándolo fuertemente, se inyectan a través de la pared abdominal, previamente desinfectada con mercurocromo o tintura de yodo, parte de 3 a 5 c. c. de hipofisina en pleno músculo uterino. Sin retirar totalmente la cánula, se continúa inyectando pequeñas cantidades del líquido sobrante en diversos puntos alrededor de la primera inyección.

Si a causa de una gran flacidez no es posible abarcar el fondo del útero, una mano intra-uterina practica fácilmente el levantamiento del mismo hacia la pared abdominal.

La introducción de la aguja (aguja que debe medir

por lo menos 5 cms. de longitud) en la masa muscular uterina, es señalada por una sensación especial que percibe el operador, semejante a la que se observa al practicar una inyección intradérmica.

A los pocos segundos de practicada la inyección, el útero se contrae en general regularmente; otras veces, en los casos graves la contracción se efectúa solamente alrededor de la zona donde se ha verificado la introducción del líquido.

Los únicos peligros que se describen con esta técnica son la posibilidad de perforar una asa intestinal interpuesta entre el útero y la pared del abdomen, y la de caer de pleno en algún seno venoso uterino. La posición de Trendelenburg y el acercar fuertemente el cuerpo del útero hacia la pared abdominal alejan la posibilidad de la primera de estas complicaciones. Referente a la segunda, los autores la consideran inocua, puesto que muchas veces se han practicado inyecciones intravenosas de pituitrina sin el menor trastorno.

El doctor S. DEXEUS FONT, ha apellidado este procedimiento "inyección trans-abdominal uterina", por creer que de esta forma queda claramente definido el concepto básico de esta técnica. Otros títulos que le han sido otorgados, inducen a errores de interpretación por lo que se refiere a la vía de conducción de la aguja. El único equívoco a que expone nuestra denominación es, que al decir *uterina* pudiera parecer referirse a la cavidad misma, pero hemos creído que si éste fuera verdaderamente el lugar destinado a recibir el líquido, el término apropiado sería entonces el de *intra-uterina*. El apellido *trans-abdominal* da perfecta idea de la vía de conducción a seguir.

Nuestra casuística es la siguiente. (Enfermas intervenidas en Clínica Maternal por S. DEXEUS FONT, ayudado por M. DE LOS S. SALARICH TORRENTS.)

Observación 1.ª—A. B. 1para de años. Fórceps de Kielland por falta de rotación, con anestesia clorofórmica. Alumbramiento ayudado por una ligera expresión. Después del alumbramiento, hemorragia por inercia uterina que no cede mediante inyecciones subcutáneas de hipófisis y ergotina y masaje. Inyección trans-abdominal uterina de 3 c. c. de pituitrina, cesando la pérdida inmediatamente. Puerperio normal.

Observación 2.^a—M. N. Ipara. Cesárea suprasinfisaria por estrechez pélvica (C. V. 9,1/2 cms) y presentación de cara, 45 horas después de comenzado el parto y 4 después de rotas artificialmente las membranas a dilatación completa. Con raqui-anestesia (0,12 grs. de novocaína, entre 11.^a y 12.^a vértebra dorsal). Después del alumbramiento, hemorragia atónica abundante al poner los últimos puntos de sutura de la pared abdominal. Inyección de 2 c. c. de pituitrina en la masa uterina por vía trans-abdominal con buen resultado. Puerperio febril, hasta 38° los diez primeros días. Curación.

Observación 3.^a—C. A. 3para. Parto espontáneo. Alumbramiento ídem a los veinte minutos. Pérdida abundante, un litro aproximadamente en los momentos de relajación uterina; síntomas de anemia cerebral, pero sin taquicardia ni polipnea. Tónicos cardíacos, ergotina y pituitrina sin resultado. Inyección trans-abdominal uterina de 3 c. c. de hipofisina con éxito. Durante el puerperio, pielitis colibacilar y flebitis doble. Curación.

Esta enferma, en sus dos partos anteriores, ambos espontáneos, había sufrido también de copiosa hemorragia del alumbramiento.

Observación 4.^a—E. C. Ipara. Distocia de partes blandas. Cabeza fetal en el segundo plano de Hodge, en O. I. D. T.; más de veinticuatro horas de trabajo de parto; bolsa rota prematuramente setenta horas antes. Versión interna, con buen resultado, bajo anestesia clorofórmica previa inyección de adrenalina, cafeína y pantopón. Pituitrina inmediata a la extracción fetal. Alumbramiento por expresión a los diez minutos. Ergotina. A pesar de todo, hemorragia atónica abundante, que cede ligeramente a los pocos segundos. Inyección trans-abdominal uterina de 5 c. c. de pituitrina, cesando total e inmediatamente. Puerperio apirético.

Observación 5.^a—P. A. Ipara. Enferma intervenida en el exterior por un colega particular, sin éxito y con hemorragia grave (aproximadamente un litro). Transportada a Clínica con intenso sufrimiento fetal.

Raqui-anestesia con 0,10 grs. de novocaína entre primera y segunda vértebra lumbar. Intento moderado de aplicación de fórceps de Kielland. Versión interna, fácil. Feto muerto. Después del alumbramiento, pituitrina y ergotina subcutáneas por hemorragia. No cesando la pérdida sanguínea, inyección trans-abdominal uterina de 3 c. c. de pituitrina con buen resultado. Curso: septicemia puerperal con hemocultivo negativo y muerte brusca de la enferma a los seis días por embolia bulbar.

Observación 6.^a—M. B. Ipara. Distocia por inercia uterina. Basiotripsia sobre el feto + en el primer periodo del parto; bajo raqui-anestesia. Pituitrina inmediata a la extracción fetal. Alumbramiento a los diez minutos mediante Credé, por pérdida. Después continúa la pérdida abundantemente a pesar de ergotina, masaje, compresión de la aorta. Utero atónico. Inyección trans-abdominal uterina de 3 c. c. de pituitrina, adquiriendo en el acto un perfecto globo de seguridad que cohibe la hemorragia definitivamente. Sapremia de curso benigno que dura ocho días. Curación.

Observación 7.^a—D. G. Ipara. Distocia por D. P. Con raqui-anestesia, intento de fórceps de Kielland (doble aplicación) sin resultado. Versión interna con los dos pies fácil, no tanto el desprendimiento del tronco, que para facilitarlo intentamos sinfisiotomía de Zárate que no logramos por no encontrar la articulación pubiana. Terminamos la extracción podálica, aunque laboriosa, con buen resultado. Pituitrina subcutánea después de la extracción fetal. Alumbramiento espontáneo a los tres minutos. Ergotina. Pérdida sanguínea que, sumada a la que acompaña a las diferentes maniobras obstétricas, evaluamos en unos 1.000 gramos. Taponamiento vaginal, a pesar del cual el útero está flácido, la madre, con pulso muy hipotenso, aunque no frecuente, palidez acentuada de tegumentos y mucosas, pseudo-sincopeada. Cafeína, estrignina, aceite, Trendelenburg. Inyección en plena masa uterina de 5 c. c. de pituitrina por vía trans-abdominal, obteniendo un resultado brillante, inmediatamente, adquiriendo el útero un globo de seguridad perfecto. Puerperio normal.

No es cuestión de estudiar aquí las causas que favorecieron la aparición de la hemorragia en estas observaciones; el objeto puramente descriptivo de esta aportación queda cumplido con la sola exposición de los hechos.

La técnica del doctor Esquivel, por su eficacia terapéutica está llamada a prestar poderosos auxilios en estas hemorragias graves post-partum incoercibles por los procedimientos usuales conservadores.

Por nuestra parte creemos que su facilidad técnica y su inocuidad absoluta obligan a que no se debe esperar un estado desesperado de la enferma ni el fracaso de los demás medios corrientes ante una hemorragia copiosa para aplicarlo, sino que puede perfectamente compartir con dichas prácticas habituales, siempre que dicha hemorragia dependa de una tendencia del útero a una inercia hipotónica persistente.

La práctica de este proceder nos parece, además, más inocua que la irrigación o el taponamiento intra-uterinos, fácilmente realizables en un ambiente de Clínica, pero mucho más difíciles en la práctica domiciliaria. La urgencia con la cual debe actuar el tocólogo lleva como consecuencia inevitable la renuncia de obligadas precauciones asépticas, con sus peligros de sepsis subsiguientes. La inyección trans-abdominal uterina tiene la gran ventaja, en cambio, de ser realizable, y en buenas condiciones, en cualquier medio.

Por razones obvias, que no necesitan discusión, lo creemos superior a la compresión de la aorta y al tubo de Momburg. No tengo experiencia del medio de Henckel, de compresión con pinzas del paquete vascular en los tejidos parametrales, pero me parece, *a priori*, mucho más traumático que la inyección de hipofisina.

RÉSUMÉ

Nous apportons une série d'observations dans lesquelles une hémorragie atonique post-couches non coercible par les moyens courants, oblige à pratiquer une injection, en pleine masse uterine de pituitrine à travers la cloison abdominale, en suivant la technique du Docteur Esquivel de Buenos Aires.

Nous considérons cette technique comme donnant des résultats excellents:

Par son innocuité elle est applicable avant que l'état de la malade soit désespéré, et elle est préférable aux irrigations et tamponnements intra-utérins, au tube de Momburg, à la compression vasculaire paramétrale de Henckel et de toutes les manœuvres qui demandent une manipulation avec ses périls de septicémie subséquents, d'autant plus grands qu'ils doivent être réalisés à cause de leur inévitable un ambiant défectueux.

SUMMARY

A contribution of a series of seven cases where a post-partum atonic hemorrhage, rebellious to the usual means, compels one to perform an injection of pituitrine into the full uterine mass through the abdominal wall, following the technique employed by Dr. Esquivel, of Buenos Aires.

We consider this technique gives excellent results and due to its innocuity, applicable before reaching a hopeless condition of the patient; and preferable to intrauterine plugging and irrigations, Momburg's tube, Henckel's parametral vascular compression and to all those maneuvers requiring handling with their subsequent sepsis dangers, mostly when due to their inevitable urgency they must be performed in defective surroundings.