3009

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DE LA

ASFIXIA

EN LOS RECIEN NACIDOS

—

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAMÓN CUCULLU
Ex-practicante de la Maternidad del hospital San Roque

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE PABLO E. CONI É HIJOS
680 — CALLE PERÚ — 680
—
1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DE LA

ASFIXIA

EN LOS RECIEN NACIDOS

—

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAMÓN CUCULLU
Ex-practicante de la Maternidad del hospital San Roque

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE PABLO E. CONI É HIJOS
680 — CALLE PERÚ — 680
—
1898

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en esta tesis.

(Artículo 162 del Reglamento de la Facultad.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

Doctor PEDRO MALLO

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor LEOPOLDO MONTES DE OCA
» JOSÉ T. BACA
» RAFAEL HERRERA VEGAS
» PEDRO MALLO
» JACOB DE T. PINTO
» EUFEMIO UBALLES
» JUAN R. FERNANDEZ
» ENRIQUE E. DEL ARCA
» PEDRO N. ARATA
» MANUEL BLANCAS
» ROBERTO WERNICKE
» PEDRO LAGLEYZE
» JOSÉ PENNA
» LUIS GÜEMES
» ELISEO CANTÓN.

Chaves

ACADÉMICOS HONORARIOS

Doctor ERNESTO ABERG
» PABLO MARENGO
» EDUARDO WILDE
» MARTIN SPUCH
» TELÉMACO SUSINI

Secretario titular : Dr. LUIS M. ACUÑA
Prosecretario : Dr. ZENÓN AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

TITULARES

Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan José Naón.
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teorico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología General y Humana	»	Pedro J. Coronado.
Higiene Pública y Privada	»	Melitón Gonzalez del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología Externa	»	Obdulio Hernandez.
Patología Interna	»	José Penna.
Anatómía Patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos G. Malbrán.
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica.	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica.	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	»	Julián Aguilar.
	»	Antonio C. Gandolfo.
	»	Alejandro Castro.
Clínica médica	»	Gregorio N. Chaves.
	»	Luis Güemes.
	»	Abel Ayerza.
	»	Francisco A. Sicardi.
Obstetricia y clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina Legal	»	Eduardo M. Perez.
Enfermedades génito-urinarias	»	Federico Texo.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Química analítica	»	Atanasio Quiroga.
Física Médica	»	Jaime R. Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología y rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Botánica médica	»	Martín Spuch.
Botánica farmacéutica	»	Adolfo Mujica.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.
Dentistería operatoria	»	León Pereyra.

SUSTITUTOS

Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutiérrez.
Histología teorico-práctica	»	Samuel de Madrid.
Fisiología general y humana	»	Vacante.
Higiene Publica y Privada	»	Enrique Revilla
	»	Ricardo Schatz.
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca.
	»	Angel M. Centeno.
Patología Externa	»	Daniel J. Cranwell.
	»	Pascual Palma.
Patología Interna	»	Marcial V. Quiroga.
Anatomía Patológica	»	José Badía.
Medicina operatoria	»	Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	José F. Molinari.
	»	Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Antonio F. Piñero.
	»	Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica.	»	Francisco Barraza.
	»	Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	José A. Estevez.
	»	Jose R. Semprun.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	»	Benjamín T. Solari.
Clínica Quirúrgica	»	Juan B. Justo.
	»	Diógenes Decoud.
Clínica Médica	»	Julio Mendez.
	»	Ignacio Allende.
Obstetricía y su clínica	»	Luis F. Vila.
	»	Fanor Velarde.
Física médica	»	Juan J. Galiano.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
	»	D. Cavia.
Toxicología	»	Juan Alba Carreras.
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante.
Farmacia práctica	»	Vacante.
Botánica médica	»	Roberto Kolbe.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury.
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello.
Obstetricía para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera.
Dentistería operatoria	»	Vacante.

PADRINO DE TESIS

DOCTOR JUAN R. FERNÁNDEZ

A MIS PADRES

A MI ESPOSA

Á MI HIJA

Señores académicos,

Señores profesores :

Durante el tiempo que permanecí como practicante de la maternidad del hospital San Roque, á cargo del doctor Alfredo Lagarde, tuve ocasión de ver algunos casos de asfixia en los recién nacidos, y al mismo tiempo los diversos tratamientos á que se recurría para volver á la vida á esos pobres inocentes; y es esto lo que me ha decidido á escribir la presente tesis, que aunque nada de nuevo os refiero en ella, por cuanto no hago más que referir lo que todos los profesores de obstetricia aconsejan en estos desagradables momentos; sin embargo, quiero en ella, una vez más, recordar estos diversos procedimientos que deben ser puestos en práctica en dichos momentos de asfixia, muchas veces prevista por el médico que

atiende á la parturienta y, por lo tanto, combatida enérgicamente.

Sería de mi parte una ingratitud, si antes de abandonar las aulas de esta inolvidable Facultad, no expresara mi profundo agradecimiento á todos los señores profesores, que con su dirección, sus sabias ideas y sanos consejos, me han dirigido en la ardua y difícil, pero humanitaria carrera de la medicina.

Al doctor Juan R. Fernández, á quien he tenido el honor de presentar como padrino de esta tesis, mi eterna gratitud.

La asfixia es debida á la falta de oxigenación de la sangre.

El feto, una vez que ha salido del claustro materno, puede presentarse bajo dos formas de muerte aparente.

En la primera, como consecuencia ya de un trabajo excesivamente prolongado del parto (y ésta es una de las causas más comunes), ya por haber sufrido el cordón alguna compresión temporaria, ó bien por la procidencia de éste; ya por circulares que comprimen fuertemente el cuello del feto, ó por un desprendimiento prematuro de la placenta ; otras veces á causa de un ataque de eclampsia, sufrido por la madre, ó por hemorragias, ó bien por una ruptura del útero.

Este es el estado asfíxico ó apoplético.

En la segunda forma, como consecuencia de una compresión del cráneo y del cuello; por congestión cerebral; ya por hemorragias internas del feto, ó por rotura del cordón, ó de las arterias umbilicales.

Este es el estado sincopal ó anémico.

En el clautro materno, el sufrimiento del feto se manifiesta, primero por los latidos del corazón, que unas veces están acelerados, otras son irregulares y extremadamente frecuentes, llegan á 160, 180 por minuto (Ribemont); otras veces son lentos y descienden á 100, 80, y aún menos.

Esta es una de las causas por qué durante el trabajo del parto, el tocólogo debe auscultar continuamente los latidos del feto, auscultación que debe hacerse en el momento que el útero esté en reposo y no en el de contracción.

En segundo lugar se manifiesta por el derrame de meconio. Éste resulta del siguiente modo: á consecuencia de la asfixia, se paralizan las fibras musculares del esfínter externo del ano, entonces

el meconio, no teniendo nada que le impida su salida, se escapa mezclándose con el líquido amniótico, al cual tiñe á su vez.

Este líquido amniótico penetra en el árbol aéreo (por ejemplo en los casos de compresión del cordón durante el parto), porque la compresión ha despertado, por vía refleja, movimientos profundos de inspiración, y el líquido amniótico entonces es arrastrado á la cavidad bucal y, por consiguiente, á los bronquios.

SÍNTOMAS

En el estado asfíxico se presenta el feto bajo la forma siguiente: lo primero que nos llama la atención es la coloración violácea, azulada, como amoratada de toda la piel y de las mucosas, sobre todo de la cara y del cráneo; la piel en algunas partes untada con meconio; la cara está abultada, tumefacta; los párpados entreabiertos, los ojos muy salientes y se ve la conjuntiva fuertemente inyectada; los labios gruesos, negruzcos, amoratados, lo mismo que la lengua. El feto está inmóvil, no se le oyen gritos, ni se le ve hacer movimientos, los músculos algo rígidos.

Si pasamos á auscultar el corazón, vemos que los latidos son muy lentos ó muy frecuentes, pero muy debilitados.

La vena umbilical y el cordón son gruesos, aumentados de volumen; los esfínteres relajados, presencia de meconio.

En la forma sincopal ó anémica la palidez de la piel y de las mucosas contrastan con la anterior, las pupilas dilatadas, ojos vedados, el cuerpo está inerte y en un estado de resolución completa, los músculos flácidos, esfínteres relajados, boca y párpados entreabiertos y la mandíbula inferior pendiente.

PRIMERAS INDICACIONES

Lo primero que se hará, una vez que el niño ha nacido, será limpiarle la cavidad bucal, que está llena de mucosidades y de líquido amniótico y que dificultan, por lo tanto, la entrada de aire á los pulmones.

Para esto le abriremos la boca y trataremos de introducir el dedo índice de la mano derecha bien limpio, ó cubierto con lienzo aséptico, en forma de gancho y de este modo sacaremos hacia fuera todas las mucosidades.

Hecho esto se flagelará el cuerpo, principalmente las nalgas, el tórax y tronco; después se le harán fricciones con una franela ó lienzo empapado en agua caliente ó en alcohol, vinagre aromático ó en esencia de trementina.

Se le colocará en seguida en un baño de 38 grados, donde permanecerá algún tiempo (Nœgele y Depaul). Algunos, como Le Bon, prefieren que este baño sea de una temperatura más elevada de 45 á 50 grados. Otros proponen que este baño caliente se alterne con otro frio, permaneciendo en ellos algún tiempo (Stolz, Runge, etc.).

Si con estas primeras indicaciones de limpieza de las vias respiratorias, flagelación, fricciones, baños, ya sean calientes ó alternados, no se llega á algún resultado, se aplicará entonces los siguientes medios de tratamiento que describiré en seguida.

TRATAMIENTO

DIVERSOS MÉTODOS

Como la asfixia es producida á causa de la falta de oxígeno en la sangre; todos los tratamientos están basados sobre las indicaciones siguientes: en la dificultad de la respiración, porque los bronquios están obstruidos por las mucosidades y el líquido amniótico, cargado más ó menos de meconio, y á facilitar la entrada de aire á los pulmones; esto es, producir la oxigenación de la sangre para que las funciones de la respiración y las del aparato circulatorio se normalicen.

Antiguamente, para extraer el líquido de las vías respiratorias, se hacía la aspiración de las mucosidades: el partero aplicaba su boca, directamente ó al través de un lienzo, á la del feto y

hacía aspiraciones profundas, hasta conseguir extraerlas, y en seguida trataba de insuflarle aire en los pulmones.

Esta aspiración é insuflación, practicada de esta manera, es repugnante é imperfecta; el aire que se inyecta es viciado, penetra también al exófago y además la boca no puede adaptarse á la del feto y, por lo tanto, el aire se escapa por las comisuras.

INSUFLACIÓN

Con el fin de evitar el contacto de la boca del partero con la del feto, Chaussier inventó un tubo por el que inyectaba aire en los pulmones. Este tubo ó insuflador es de uno 20 centímetros, de forma cónica y está aplastado lateralmente para su fácil manejo.

Se divide en dos partes, una horizontal y otra encorvada, es más ancho en un extremo que en el otro; la parte más delgada es la que se introduce en la larinje, y cerca de su extremidad

inferior, que es cerrada, tiene una abertura ó ventana de cada lado; la parte más ancha se pone en la boca del tocólogo ó en comunicación con un pequeño fuelle ó con una bomba de goma ó cautchú. A 35 milímetros de la extremidad laríngea hay una rodaja en la que se coloca una esponja, que tiene por objeto impedir que el aire, cuando se inyecta en los pulmones, refluya, y que cuando se hace la aspiración salgan las mucosidades.

Este aspirador ó insuflador ha sido modificado por Pinard y Depaul. El de este último, en lugar de ser cerrado en la parte inferior laríngea, es abierto y, por lo tanto, no tiene las aberturas del de Chaussier.

El inconveniente que tiene, es el de no adaptarse bien á la abertura de la glotis; el aire refluye y las mucosidades, por lo tanto, no pueden ser eliminadas por la aspiración.

Con el fin de evitar todos estos inconvenientes, Ribemont Dessaignes ideó su insuflador, que consiste, como los anteriores, en un tubo metálico compuesto de dos partes, una horizontal y otra curva. La parte recta ú horizontal es aplas-

tada lateralmente y tiene cerca de su extremidad unas asperezas; el tubo se adapta á una pera de goma ó cautchú. La parte curva se continúa con la recta formando una concavidad hacia arriba, y es la parte alveolar. La curva es la parte bucal, es convexa hacia arriba, hecha con el fin de que se adapte á la bóveda palatina, es de un calibre menor que la parte recta, y se termina en un pequeño tubo vertical de mayor calibre.

Este tubo vertical es aplastado lateralmente para adaptarse á la glotis, se estrecha en su parte inferior, sufriendo una especie de estrangulación, terminando en fin en un botón; en la extrangulación está situada una abertura de cada lado.

El tubo vertical es la parte que se introduce en la laringe.

Con este aparato, el aire no refluye, se adapta mejor que el de Chaussier y la aspiración de las mucosidades puede hacerse por medio del vacío de la perilla de goma.

Se usa del siguiente modo:

El niño es colocado, ya sea en un baño ó rodeado su cuerpo por compresas empapadas de agua caliente ; el tronco y la cabeza sostenidos por un ayudante. El partero debe quedar frente al feto, estará cómodamente, de manera que al efectuar la operación, sus movimientos sean bien libres ; toma el insuflador con la mano derecha, comprimiendo la perilla, y con el dedo índice de la izquierda procede á abrir la boca del feto y lo introduce rectamente, primero deslizándolo sobre la cara dorsal de la lengua y encorvando después las dos últimas falanjes para tocar la base ; hace presión sobre ella y trata de buscar la epiglotis.

Sentida ésta, se la deprime también, y en su base hallamos la abertura de la glotis.

Hay que tener cuidado de deprimir bien la epiglotis sobre la base de la lengua para que el dedo, resbalando sobre ella, vaya á dar con la hendidura glótica y no á caer en el exófago. Puede, para mayor seguridad, buscarse, en uno ó dos movimientos efectuados con la punta del índice de adelante hacia atrás, la salida de los aritenoídeos, pero estos cartílagos son tan pequeños, que es

difícil el sentirlos. Hallada la abertura glótica, se introduce el tubo del insuflador, deslizándolo á lo largo y á la derecha del índice, que no debe abandonar su presa mientras se realiza este movimiento hasta que el tubo haya caído en la abertura glótica, y entonces recién se retira el dedo.

Una vez introducido el insuflador, se hace la aspiración de las mucosidades, dejando de comprimir la perilla de goma; para la insuflación se hace todo el contrario, se la comprime

Debe hacerse cuatro á ocho insuflaciones por minuto, y éstas han de ser con la mayor suavidad, á fin de no distender mucho las vesículas pulmonares y evitar así la ruptura de ellas. Hay que fijarse en no introducir el tubo en el exófago, pues tendríamos entonces que se inyectaría el aire al estómago é intestinos distendiéndolos y esto dificultaría los movimientos del diafragma.

El tiempo que se ha de permanecer practicando las insuflaciones, ha sido causa para que Auvard estableciera las siguientes reglas: "que si después de media hora de insuflación los latidos del

corazón son nulos, es claro que el niño ha pasado á la muerte real. Si los latidos cardíacos existen después de una hora de insuflación y no se ha producido ninguna respiración espontánea, el niño tiene alguna lesión incompatible con el restablecimiento de la vida".

La insuflación es incompleta, debe ir siempre acompañada de cualquier otro método de tratamiento.

MÉTODO DE LABORDE

Laborde, en el mes de julio del año 1892 y en el mes de noviembre de 1893, presentó su método á la Academia de medicina de Paris. Consiste en sumergir el feto en un baño caliente, y una vez en él, levantarle un poco el tronco y la cabeza.

Con el dedo pulgar é índice de la mano derecha, el tocólogo trata de tomar la lengua del feto y de hacerle fuertes tiramientos ó tracciones, seguidas de relajamiento.

Se deben hacer de quince á dieciocho tracciones

por minuto. En lugar de colocar el feto en el baño, se puede también envolverlo en compresas empapadas en agua caliente y renovarlas á medida que se enfríen.

El objeto que se propone Laborde es despertar la acción poderosa que la excitación de los nervios sensitivos de la base de la lengua produce por vía refleja sobre los centros motores de la respiración.

Con el fin de que la lengua no se deslize continuamente de los dedos, se deben cubrir éstos con un lienzo limpio, como lo prefiere Pinard.

Otros se han servido de pinzas. Budin construyó unas en que las ramas que toman la lengua forman dos anillos.

El método de Laborde fué ideado para los casos de asfixia por sumersión, y más tarde se aplicó á la de los recién nacidos.

MÉTODO DE SYLVESTER

Consta de dos tiempos. En el primero (después de colocar el feto acostado sobre el dorso en una mesa, de rodearlo de compresas calientes y de elevarle un poco la cabeza) el tocólogo se coloca á la cabezera del feto; un ayudante tiene firmemente los pies de éste, el partero toma con cada mano el antebrazo del feto, los lleva de cada lado y lo más alto posible por arriba de la cabeza del niño.

En el segundo tiempo, los baja á lo largo del cuerpo, haciendo una suave compresión en la parte lateral de la base de la caja torácica. Debe hacerse esta operación unas quince á dieciocho veces por minuto.

Con el primer tiempo se trata de ensanchar la caja torácica, elevando las costillas y producir una profunda inspiración; con el segundo, se disminuye la caja del tórax y produce, por lo tanto, la

expiración y al mismo tiempo la expulsión de las mucosidades de las vías aéreas.

Este método es muy usado en las salas de cirujía.

MÉTODO DE PACINI

El método de Sylvester ha sido modificado por Pacini, sobre todo en su primer tiempo. La colocación del médico es la misma, como también la posición del feto; toma con las manos los brazos del feto, por la parte superior, cerca del muñón de la espalda, colocando los dedos de tal modo que el pulgar venga á quedar delante del cuello del húmero y la extremidad del dedo dirigida hacia atrás al operador. La mano empalma al hueco axilar.

En esta situación lleva los brazos hacia atrás y á cada lado de la cabeza del feto, elevando las escápulas, la clavícula, el esternón y las costillas por consiguiente.

Por este medio consigue Pacini una amplitud mayor para los tres diámetros del tórax.

El segundo tiempo es lo mismo que en el de Sylvester.

Con el agrandamiento de los diámetros, es bien claro que la cantidad de aire que ha penetrado á los pulmones por la inspiración debe ser mayor que en el anterior método.

MÉTODO DE SCHULZTE

Poco usado en Francia, pero es muy empleado en Alemania. Solamente es aplicado á los niños.

Consta también de dos tiempos (1).

Primer tiempo: El partero se coloca en medio de un espacio libre, las piernas un poco separadas, el tronco algo inclinado hacia adelante, la cabeza mirando el feto, los brazos extendidos teniendo á éste.

Toma el feto, suspendiéndolo por debajo del áxila, y la colocación de los dedos debe ser de tal

(1) Las siguientes láminas han sido tomadas del libro de Icard, *Muerte real y muerte aparente.*

Primer tiempo

modo que el pulgar venga á quedar aplicado delante y arriba del vértice del tórax, con la extremidad del dedo mirando hacia abajo. La palma de la mano, aplicada á las espaldas, y el dedo índice pasará de atrás á delante, rodeando al hueco axilar bajo la forma de gancho, y los

demás dedos dirigidos oblícuamente en dirección á la columna vertebral de arriba á abajo y de afuera á adentro, aplicados al tronco.

La cabeza del feto, que cae inerte, viene á descansar, apoyándose hacia atrás, sobre la palma de la mano en su borde interno, pero en la parte posterior, cerca de la articulación, con la muñeca, y en los bordes cubitales, aproximados entre sí, por la posición forzosa de los dedos.

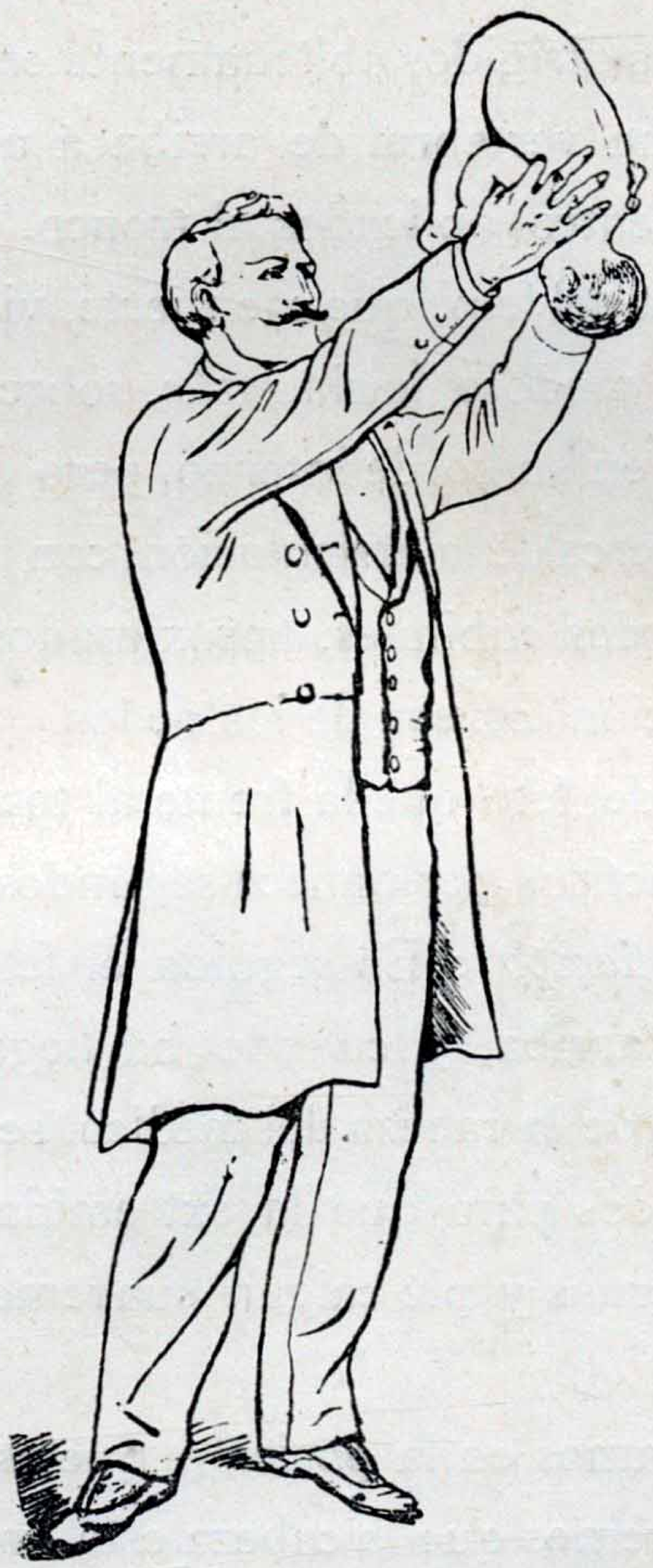
El dorso del feto queda frente al tocólogo.

En esta actitud permanece segundos.

Segundo tiempo : En seguida el feto es lanzado hacia arriba, y cuando ha llegado á una altura cerca de la cabeza del mèdico, se le detiene unos segundos para que la extremidad inferior del feto, piernas y pié caigan suavemente sobre el vientre.

Si nos fijamos en la posición que está en este momento, vemos que la cabeza está hacia abajo, las nalgas hacia arriba, la cara frente á la del médico, la columna vertebral encorvada, el dorso al contrario de la primera posición.

En esta posición permanece segundos.



Segundo tiempo

Se hace esta maniobra de ocho á doce veces por minuto y debe ser continuada durante un largo tiempo.

Con el primer tiempo obtenemos una inspiración, porque por un lado tenemos el peso del cuerpo del feto que cae hacia abajo, y por otro la fijación por parte del partero, que hacen que las escápulas, clavícula, esternón y costillas se eleven, y por lo tanto, ensanchan la caja torácica.

Con el segundo una expiración por la presión de los órganos abdominales sobre el diafragma, presión que es aumentada por el peso de los miembros inferiores cuando caen sobre el vientre del feto.

Los movimientos espasmódicos del diafragma que terminan por una inspiración y que se notan en el feto mientras se está practicando este método, son considerados para Pinard como de muy buen augurio.

Pinard los llama movimientos vermiculares.

He visto en la Maternidad del Hospital San Roque, cuando estuve de practicante, emplear dos veces este método al doctor Lagarde durante una hora, y volver á la vida á los fetos, cuya historia os refiero más adelante.

También la electricidad se ha aplicado para combatir la asfixia en los recién nacidos, unas veces por corrientes continuas, otras por corrientes inducidas.

Onimos y Boneffoy han empleado las corrientes farádicas. Con este procedimiento, tratan de hacer la faradización cutánea de la región precordial, para que obre sobre los centros nerviosos que presiden la enervación de la respiración y circulación.

He leído en la *Semana Médica,* de París, del año 96, que el señor doctor Brown, de Alejandría, hacía tiempo que estaba aplicando en os casos de fetos asfixiados al nacer, dos inyecciones subcutáneas de aguardiente, cogñac ó wisky, en la cantidad de 5 á 6 gotas en los brazos, y que había obtenido buenos resultados.

El máximum que inyectaba, era de 15 gotas.

Refiero esto por simple curiosidad.

Mi ánimo había sido el establecer un estudio comparativo de todos los diversos procedimientos, pero el corto tiempo que he tenido para confeccionar esta tesis, me ha obligado á desistir, y solamente, como lo digo en el pequeño prólogo, describo los diversos procedimientos que pueden usarse en favor de los fetos asfixiados.

CASOS CLÍNICOS

I

M. M., inglesa, de 18 años de edad, mucama, entró á la Maternidad el 20 de diciembre del año 1895. Ocupó durante el embarazo la cama número 5, después del parto, la número 14.

Tuvo su primera menstruación á los 14 años, es secundípara; el primer parto fué de término, normal, hace dos años.

Pelvis normal. Su última menstruación fué el 15 de abril del 95.

El examen de la embarazada daba: feto en presentación de vértice y en la posición occípito ilíaca izquierda posterior (OIIP) sin encaje. Los latidos fetales normales. La orina normal.

Parto. — Los primeros dolores, aparecen á las

6 y $^1/_2$ a. m. del día 2 de febrero del 96. Entró á la sala de partos á la 1 p. m., con dos traveses de dedo de dilatación y con las membranas rotas, hecho que tuvo lugar á las 12 a. m., y dió salida á una regular cantidad de líquido amniótico.

La presentación y posición del feto erán de V — OIIT, con encaje. Los latidos del corazón del feto tenían su foco máximo á la izquierda, á cuatro dedos debajo del ombligo y á tres dedos hacia afuera.

La temperatura antes del parto era 36°6; la dilatación se completó á las 10 p.m. El parto terminó á las 11 $^1/_2$ p.m. del mismo día 2 de febrero, fué natural, normal en la posición OP, el feto era de término.

El trabajo duró 17 horas. Temperatura después del parto 38°1.

Alumbramiento normal á las 11 y 45 p.m.

Placenta particularidad uterina, circular.

El cordón 53 centímetros, espiral, membranas completas.

El feto era del sexo masculino, en buen estado,

su peso era de 4450 gramos, su longitud 55 centímetros.

Los diámetros de la cabeza normal.

La única complicación fué la del feto que nació con todos los síntomas de asfixia negra.

Se le extrajo primero todas las mucosidades de la boca, después se flageló el cuerpo, se le sumergió en un baño caliente, y al mismo tiempo se le hicieron tracciones rítmicas de la lengua por el método de Laborde.

Después de diez minutos, el feto empezó á hacer fuertes inspiraciones, que se sucedían de tiempo en tiempo, luego las inspiraciones se hicieron más seguidas, hasta que se restableció normalmente la respiración. Después se le vistió y fué rodeado de botellas calientes.

El puerperio fué normal.

II

M. D., argentina, de 17 años, mucama, entró á la maternidad el 27 de diciembre de 1895, ocu-

pó la cama numero 1 y después del parto la número 4.

Antecedentes : su primera menstruación fué á los 15 años. Es primípara.

La conformación de la pelvis es la siguiente : BE 21 centímetros ; BI 25 centímetros ; BT 30 centímetros ; SP 17 $^1/_2$ centímetros.

Embarazo. — Su última mentruación fué á fines de marzo de 1895. La presentación del feto era de vértice, su posición en OIDP, sin encaje. Los latidos fetales normales. La orina normal.

Parto. — Tuvo los primeros dolores á las 8 a.m. del día 1° de marzo de 1896. Entró á la sala de partos á las 8 p.m. con una dilatación de cuatro traveces de dedo, fué completa al día siguiente á las 4 p.m., y al mismo tiempo se le rompieron las membranas, dando salida al líquido amniótico en regular cantidad.

La presentación del feto era de vértice y en la posición OIDP, sin encajamiento. Los latidos normales. La temperatura de la parturienta era de 36°6.

El parto se terminó á las 9 p. m. del dia 2 de

marzo con aplicación del forceps; en la posición OS. El feto era de término. El trabajo duró 37 horas. La temperatura de la enferma era de 37°4.

Accidentes y complicación: feto asfixiado. Hubo desgarradura del periné de segundo grado. El alumbramiento se produjo á las 9 y 20 p. m., fué espontáneo.

Placenta: particularidad circular uterina, membranas íntegras. Cordón 57 centímetros, espiral, inserción lateral.

Feto masculino, estado regular, su peso era de 2900 gramos, longitud 48 centímetros.

Los diámetros de la cabeza eran: OM 13 $^1/_2$ centímetros, OF 12 centímetros, SOB 9 $^1/_2$ centímetros, PB 9 centímetros, BT 8 centímetros. Como la enferma era primípara y con estrechez pélvica marcada, las contracciones del útero enérgicas y en vista de que la cabeza lejos de encajarse se apoyaba sobre el pubis, del largo trabajo del parto, del peligro de muerte que corría el feto, á causa de que sus latidos empezaban á hacerse frecuentes é irregulares, el doctor Lagarde resolvió intervenir aplicando el forceps y

extrajo un feto en OS por haberse hecho imposible la rotación hacia el pubis.

El feto se presentó con asfixia negra y después de sacarle las mucosidades de la boca, de flagelarle el cuerpo fué metido en un baño caliente, donde se le hicieron insuflaciones con el aparato de Ribemont, en seguida se procedió á practicar el método de Schulzte, con lo que se consiguió volver la vida al feto, después de hora y cuarto de haber nacido.

Se le envolvió en franelas calientes y en algodón y se le puso en la incubadora.

Á los 15 dias salian madre é hijo del hospital.

III

A. C. de M., de 28 años, maestra normal, entró á la maternidad el 28 de marzo del 96.

Antecedentes : Tuvo su primera menstruación á los 14 años, es multipara, hace 16 meses tuvo una mujercita, con aplicación de forceps, fué de término. Pelvis normal.

Embarazo. Ultima menstruación á fines de abril del 95, no recuerda bien el mes.

La presentación del feto era de vértice y la posición en OIIA, sin encajamiento. Los latidos normales. Examen de la orina de la madre sin albúmina.

Parto. — Tuvo los primeros dolores á las 4 p. m. del mismo dia de su entrada; pasó á la sala de partos á las 9 p. m., sin dilatación del cuello. Esta se hizo completa artificialmente el dio 30 de marzo á las 2 a. m. La ruptura de las membranas se efectuó á las 12 $^1/_2$ p. m. del dia 29, dando salida á un abundantísimo líquido amniótico. La dilatación se hizo por medio de las incisiones de Dürssen, á las 2 a. m. del 30. El feto se presentaba de vértice y en la posición OIDP con encaje. Latidos normales. El parto se terminó á las 4 y 50 a. m., del 30 de marzo de 1896, fué espontáneo, en la posición OP — feto de término — el trabajo duró 37 horas y $^1/_2$. El feto nació con asfixia y por la respiración artificial vuelve á la vida. El periné con desgarradura de primer grado. El alumbramiento á las 5 y 30,

espontáneamente. Placenta circular, uterina. Cordón 68 centímetros, espiral, inserción central, membranas completas. Feto femenino, estado general bueno, peso 3730 gramos, de 50 centímetros de largo. Este feto, como ya he dicho, nació con asfixia negra ; previa las primeras indicaciones y puesto en el baño, fué tratado, en primer lugar, por el método de Laborde y después por el método de Schultze.

RAMÓN CUCULLU.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

La insuflación debe ir acompañada de cualquier otro método de asfixia.

El método de Schulzte es el mejor tratamiento de la asfixia en los recién nacidos.

El tratamiento mejor del hidrocele es la extracción del líquido con resección parcial de la vaginal.

BIBLIOGRAFÍA

AUVARD, *Tratado de partos.*

ICARD, *La mort réelle et la mort apparente.*

RIBEMONT DESSAIGNES, *Tratado de partos.*

Semana Médica, de París.

Buenos Aires, Septiembre 17 de 1898.

Nómbrase á los señores : académico doctor Manuel Blancas, profesor titular doctor Juan B. Señorans y profesor suplente doctor Facundo Larguía, para que constituidos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
L. M. Acuña.

Buenos Aires, Septiembre 29 de 1898.

Señor Decano :

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno don Ramón Cucullu.

« En el local de la Facultad á 27 de Septiembre de 1898, reunidos los que suscriben encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno don Ramón Cucullu que versa sobre *Tratamiento de la Asfixia en los recién nacidos,* resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto. Firmados : *Manuel Blancas, Juan B. Señorans, Facundo Larguia, Zenón Aguilar,* Prosecretario.

L. M. Acuña.

Fecha ut supra.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
L. M. Acuña.