

mismo, sólo tendrá lugar el fenómeno que constituye intrínsecamente la asfixia, pero sin las concomitancias macroscópico-objetivas que se presentan cuando por no actuar los pulmones como bomba aspirante ó por otra causa análoga se entorpece la circulación venosa. Puede ser también que en el feto se produzcan á veces alteraciones en los hematies que les impidan apoderarse del oxígeno y den lugar, por consiguiente, á la asfixia.

En la modalidad *livida*, la superficie cutánea ofrece una coloración rojo-oscuro que puede llegar á ser cianósica; los globos oculares están algo prominentes, los párpados tumefactos, las conjuntivas inyectadas y la lengua y los labios abultados y azulencos; el sistema muscular conserva su tonicidad y no está relajado el esfínter anal; se halla más ó menos íntegra la sensibilidad cutánea; la acción cardíaca, aunque lenta, es intensa, mientras que la respiración es muy superficial ó se halla totalmente suspendida.

En la modalidad *blanca* ofrece el niño una densa palidez; el sistema muscular está relajado; los ojos entreabiertos; la mandíbula inferior caída; paralizado el esfínter anal; la sensibilidad cutánea abolida; muy débil la acción cardíaca y los movimientos respiratorios son nulos ó muy poco intensos.

#### Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—El de la muerte aparente no ofrece dificultad alguna, así como tampoco la diferenciación de sus dos formas sintomáticas; mas ya no es lo mismo la determinación de su naturaleza, de la causa que la ha producido.

Sin embargo, podrá llegarse á una presunción más ó menos fundada, teniendo en cuenta todos los detalles referentes al parto y los datos que arroje el examen del niño.

PRONÓSTICO.—Es sumamente variable, pues se halla en relación con la naturaleza de la causa y con la intensidad de las lesiones producidas.

TRATAMIENTO.—¿Qué indicaciones ofrece la muerte aparente? Dos principalmente: reanimar la respiración y la circulación. Ante todo hay que resolver si se deja sangrar un poco el cordón en la forma apoplética de la asfixia. Ribemont y Lepage opinan que no, fundándose en que la coloración violácea del niño no es debida á un exceso de tensión circulatoria, sino á la falta de oxigenación de la sangre. No creo aceptable el parecer de estos autores; porque, si bien es innegable que

la coloración lívida del niño es, en gran parte, ocasionada por el color obscuro que ofrece la sangre en estas circunstancias, tampoco se puede negar el exceso de tensión venosa—contribuya ó no, que yo creo que sí, á la coloración violácea—, como lo demuestran la congestión de la cara, la ingurgitación de la vena umbilical, etc., cuyo exceso de tensión venosa es, á mi juicio, *la que fundamenta la indicación* de dejar salir del cordón antes de ligarle, como una ó dos cucharadas de las de café, de sangre, según la intensidad de la congestión.

Es necesario desembarazar cuidadosa y rápidamente la boca y faringe de las mucosidades que contengan, valiéndose del dedo índice solo ó envuelto en un trapo fino; y si es preciso, también de la laringe y tráquea, ya aspirando directamente el médico con su boca sobre la boca del niño, después de haberle cerrado las ventanas de la nariz con los dedos, interponiendo si se quiere un lienzo con un agujero tan grande como la boca del niño y que coincida con ella, ó mejor, aspirándolas por medio de una sonda elástica introducida suavemente en la tráquea. Inmediatamente se le darán fricciones con una bayeta caliente; se le titilará la mucosa nasal con las barbas de una pluma; se le flagelarán con los flecos de una toalla la región precordial, la base del tórax, las nalgas y las plantas de los pies; se introducirá al niño unos segundos en un baño caliente, y al sacarle se le echan con fuerza gotas de agua fría; pero todo esto se hará muy rápidamente, para si no da resultado, proceder sin pérdida de tiempo á practicar la respiración artificial, que es la más importante, y para la cual se debería emplear oxígeno, á ser posible, inspirando al efecto antes el médico en el balón que le contuviera y espirándole seguidamente en el niño, si es que es la boca del médico la encargada de introducir el aire; y si es otro el procedimiento de respiración artificial, colocando la llave del oxígeno junto á la boca del niño, ó junto á la pera del aparato que le envíe el aire para la inspiración; por supuesto que mientras traen el oxígeno se efectuará la respiración artificial sin él, pues en ningún caso debe desaprovecharse ni un segundo. Se efectuarán tracciones rítmicas de la lengua, y si es preciso se emplearán corrientes farádicas con interrupciones sucesivas en la aplicación de los polos, imitando el ritmo respiratorio. Téngase cuidado de envolver al niño durante la respiración artificial en paños muy calientes, porque constituye un detalle de mucha importancia.

Si ninguno de los precedentes recursos ha dado resultado, aconsejo lo siguiente:

1.º Una inyección hipodérmica de 30 gramos de agua destilada y hervida con un 7 por 1.000 de cloruro de sodio y á 38° C.

2.º Inyección hipodérmica de un gramo de éter sulfúrico.

3.º Una inyección hipodérmica de un gramo de la siguiente solución:

Cafeína.....	1 gramo.
Benzoato de sosa.....	1 id.
Agua destilada y hervida.....	5 id.

4.º Una inyección hipodérmica de un gramo de la siguiente fórmula:

Alcanfor.....	25 centigramos.
Aceite de almendras dulces esterilizado.	4,50 gramos.
Éter sulfúrico.....	50 centigramos.

Estas cuatro clases de inyecciones hipodérmicas no las aconsejé simultáneamente, sino una tras otra, si la anterior no es suficiente, y separadas entre sí por el período de tiempo que las circunstancias aconsejen, y que si el caso es urgente no excederá de dos minutos. Tanto la dosis de éter como la de la cafeína y la de alcanfor que aconsejo, serían demasiado altas para un recién nacido si no fueran tan apremiantes las circunstancias; pero como se trata de llenar una indicación vital después que los medios corrientes han fracasado, no se debe perder tiempo empleando dosis que pudieran resultar insuficientes.

Si fracasan estos medios, aún aconsejo otro: inyección de 50 gramos ó menos, según después indicaré, de agua destilada y hervida con 7 por 1.000 de cloruro de sodio, por la vena umbilical. Al efecto, á todo niño que al nacer presente síntomas de muerte aparente, se le ligará el cordón á 20 centímetros próximamente del abdomen, para, si es preciso practicar esta inyección, hacer lo que voy á manifestar.

Se carga la jeringa bien aséptica con los 50 gr. de la solución salina á 38° C., se manda á un ayudante que comprima con los dedos el cordón cerca del abdomen, se le secciona inmediatamente por debajo de la ligadura y se le exprime suavemente para expulsar toda la sangre que contiene, pero sin quitar los dedos que le comprimen; se introduce la cánula de la jeringa por la vena umbilical y se empuja un poco el émbolo para que retroceda el líquido y arroje al exterior la sangre que pudiera contener la vena; una vez hecho esto, se quitan los dedos y se efectúa la inyección muy lentamente, y para que no se enfríe el contenido de la jeringa se estará echando constantemente sobre ella agua á

la temperatura de 38° C. No aconsejo que se inyecten indefectiblemente los 50 gr. de la solución salina, sino la cantidad conveniente según los efectos que observemos en el niño; pues si inyectáramos demasiado líquido, pudiera ser nocivo por perturbar la hidráulica circulatoria por exceso de presión intravascular; por lo tanto, si vemos que se reanima cuando llevamos inyectados 10, 15, 20 gr., los que sean, suspendemos la inyección por un momento; y si sigue el niño reanimado, la suspendemos definitivamente; mas si, por el contrario, observáramos que después de empezar á reanimarse comenzaba á decaer, reanudaremos la inyección hasta introducir los 50 gr. si fuera preciso. Un tercer caso puede ocurrir, y es que á pesar de haber comenzado la inyección el niño no se reanime en ningún momento, en cuyo caso continuaremos la inyección hasta introducir los 50 gr. Es decir, es preciso observar cuidadosamente los efectos que se obtienen, para obrar según las circunstancias. Donde hemos de buscar las primeras manifestaciones de aumento de vigor del niño es en la intensidad del funcionalismo cardíaco, y para apreciarla auscultaremos la región precordial. Concluída la inyección se liga el cordón por el sitio acostumbrado, seccionando lo que sobra, y precisamente para poder realizar todas estas maniobras, es para lo que aconsejo dejar 20 cm. de cordón en todo niño en quien se sospeche que puede ser necesario este recurso.

Propongo estos diferentes medios porque los considero indicados para levantar la energía del corazón, y aun del centro respiratorio, pues la acción de estos estimulantes no creo que se limite al corazón, sino que el sistema nervioso todo, y el organismo en general, participarán de su influencia vivificadora, dejando la inyección por la vena umbilical como último recurso, por la gravedad que ofrece desde el punto de vista de los accidentes que pudieran surgir. En efecto, no dejo de experimentar cierto temor, ante la contingencia de que la inyección salina arrastre algún coágulo de la porción de vena umbilical que no se puede exprimir, sobre todo en su trayecto intra-abdominal. Para evitar en lo posible semejante peligro es por lo que aconsejo exprimir suavemente el cordón, expulsando así la sangre que contenga y no quitar los dedos que le comprimen hasta que hayan retrocedido las primeras porciones del líquido inyectado, con el fin de que dejen limpia en lo posible la vena—al efecto deben ponerse en la jeringa 60 gr. de suero artificial; para gastar 10 en esta limpieza—y que se haga además la inyección muy lentamente, si bien esta última precaución es también para no sorprender al corazón con una cantidad de líquido

excesiva, pues sería peligrosísimo. Una vez tomadas estas medidas y cuantas la prudencia aconseje, y tratándose de una situación tan gravísima, tan extrema, que es realmente de inminencia de muerte, y para la cual hayan resultado ineficaces todos los demás recursos, considero ajustado á la más estricta moral médica mi consejo de practicar la inyección que me ocupa.

Terminaré este asunto mencionando la atropina, no para proponerla, pues creo que no debo hacerlo por lo peligrosa que es, sino para que sirva de tema de discusión, la cual no es absolutamente estéril por cuanto es científica. Pues bien; de la atropina se ha dicho que parece que puede ejercer una influencia excitante sobre el centro respiratorio; que tiene la propiedad de impedir la inhibición cardíaca, y según Brown-Séguar, que anula ó impide la inhibición de la actividad cerebral; motivos sin duda por los cuales Bradner conceptúa á la belladona como el remedio del *shoch*. ¿Serán exactas estas propiedades que se han atribuido á la atropina? ¿Intervendrá en ciertos casos de muerte aparente, además del elemento patogénico *asfixia*, ó sin que tome parte ésta, la inhibición cardíaca, respiratoria y cerebral, efecto de la intensa conmoción que implica el nacimiento en un parto distócico y que daría el carácter de un tremendo *shoch* al estado que estudiamos? ¿Será prudente el pensar alguna vez en ensayar este alcaloide en la muerte aparente del recién nacido? Tal vez no.

#### Atelectasia.

Se comprende bajo el nombre de *atelectasia* la persistencia ó la reaparición de las condiciones que caracterizan el estado fetal de los pulmones.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — Puede darse una fórmula patogénica que comprenda los diferentes casos que en la práctica se presentan y que expresaré así: La impotencia de las fuerzas respiratorias ó los obstáculos á la penetración del aire en estas vías, determinan el *colapso* de los alvéolos pulmonares.

En la precedente fórmula general dejo ya delineados dos órdenes de causas que expondré rápidamente: 1.º, deficiencia de las fuerzas respiratorias como expresión del escaso desarrollo del niño, ora por nacer antes de tiempo ó ya por pobreza fisiológica y alteraciones del centro respiratorio, ocasionadas por algún incidente durante el trabajo del parto; 2.º, obstrucción del árbol bronquial por moco, meconio, líquido amniótico que, desempeñando el papel de verdaderos cuerpos extraños, interceptan el paso del aire al parénquima pulmonar.

Estas causas, que constituyen el impulso inicial del proceso, ocasionan en

pequeñas zonas, si bien á veces se extienden á un lóbulo entero y aun á todo un pulmón, un color rojo obscuro ó azulado y una notable consistencia del parénquima pulmonar, el cual ofrece una superficie de sección lisa y no flota en el agua, sino que se hunde en ella, fenómenos que representan la anatomía patológica de este proceso. Tiempos atrás era confundida la enfermedad que nos ocupa con la pulmonía; pero Legendre dió á conocer en qué se diferencia una de otra: el pulmón atelectásico se dilata por la insuflación, mientras que el afectado de pulmonía, no.

PATOGRAFIA. — Los niños están pálidos y en ocasiones cianóticos; su respiración es superficial y el grito muy débil; no maman ó lo hacen de un modo incompleto; la auscultación da resultados negativos ó deja percibir tan sólo un murmullo vesicular muy débil, mezclado con estertores crepitantes en corto número; la percusión produce sonido á macizo, y el pulso ofrece una frecuencia variable, pues en unos casos es mayor que la normal, mientras que en otros es lento. No sólo falta la fiebre, sino que la temperatura no alcanza en ocasiones la cifra fisiológica.

#### Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO. — Es fácil, pues descansa en la siguiente antítesis clínica: un conjunto sintomático que ofrece gran semejanza con la neumonía, contrastando con un estado apirético y tal vez hipotérmico; es decir, una apariencia objetiva de pulmonía, pero sin sus fenómenos reflejos ni reactivos, supuesto que faltan la tos y la fiebre.

PRONÓSTICO. — Depende de las circunstancias de cada caso, pues según el grado de viabilidad que presenten los niños, el estar representada la causa por la presencia de moco en los bronquios ó por traumatismos del centro respiratorio, será este juicio leve ó grave, tomando una parte importantísima, en el curso que el proceso ha de seguir, los cuidados que con los niños se observen. Hay que tener en cuenta en el pronóstico la posibilidad de la persistencia del agujero de Botal y del conducto arterioso, á consecuencia de la atelectasia, debido á la insuficiencia de la aspiración pulmonar.

TRATAMIENTO. — ¿Qué indicaciones existen? Activar la respiración del niño, y si es preciso aumentar la energía de su organismo.

El tratamiento, que tiende á reanimar la respiración, no difiere sustancialmente del que he manifestado al ocuparme de la muerte aparente, siguiendo lo mismo que en ésta, en la atelectasia, una intensidad ascendente en los medios á que se recurra, según las circunstancias