

vueltos hácia afuera, supuraba y tenia tendencia á ulcerarse; la rubicundez del testículo habia disminuido lo mismo que su volúmen.

Dia 10. El estado general no se habia alterado, la herida tenia buen aspecto; la comunicacion con el escroto no se cerraba aún, y comprimiéndolo se hacia refluir hácia la herida el pus que contenia.

Dia 14. Cayeron los últimos restos del epiplon y las ligaduras. Como la herida estaba cubierta de botones y el pus era de buena naturaleza, se afrontaron los bordes para apresurar la cicatrizacion.

Dia 20. La herida estaba mas corta, los bordes casi en contacto, la comunicacion con el escroto se habia obliterado.

Dia 26. La herida cerrada en toda su longitud, presentaba granulaciones exuberantes, que se han reprimido con el nitrato de plata.

Dia 14 de Febrero. La cicatriz perfectamente formada se ha retraido y ha adquirido mas solidez; parece que no ha contraido adherencias con el intestino porque nada hay que lo haga sospechar; el epiplon ha formado un tapon que obstruye el canal por donde se hizo la hernia; puesto el dedo en todos los puntos de la cicatriz y los del rededor y obligando al enfermo á hacer un esfuerzo, no se observa ningun fenómeno que pudiera hacer creer en la reincidencia de la enfermedad. En una palabra, la curacion es perfecta. Para aseguar la cicatriz se le ha puesto un vendaje herniario.

Esta observacion me parece interesante: 1º porque los signos fisicos hacian suponer un epiplocele y se encontró un entero-epiplocele; 2º porque la operacion practicada al espirar el cuarto dia de la estrangulacion fué seguida de un éxito completo é inmediato.

El enfermo que ahora tengo la honra de presentar á la Academia, es el objeto de esta observacion.

México, Febrero 14 de 1866.

E. LICEAGA.

---

### TRATAMIENTO DE LA ASFIXIA POR SUMERSION.

En los *Annales d'Hygiène et de Médecine légale* del año pasado de 1865, se ha insertado una Memoria del Dr. Leroy de Méricourt publicada en los *Archives de médecine navale*, que lleva por título: «*Tratamiento de la asfixia por sumersion, segun el método fisiológico del Dr. Marshall-Hall, perfeccionado por el Dr. Sylvester.*» Nosotros traduciremos, para conocimiento de los lectores de nuestra *Gaceta*, la parte de aquella Memoria, que nos parece mas interesante y suficiente á instruir sobre cómo se debe obrar para restablecer la respiracion en los casos de muerte aparente por sumersion, inhalacion de cloroformo, respiracion de gases deletéreos, etc.

«El procedimiento del Dr. Sylvester consiste en imitar en el cuerpo del ahogado una profunda respiracion natural; lo cual se consigue poniendo en juego los mismos músculos que emplea la naturaleza para esta funcion. En una amplia inspiracion ordinaria, nosotros elevamos las costillas y el esternon por medio del músculo pectoral y de otros muchos músculos, que van á los hombros, para producir el vacío que atrae el aire y dilata los pulmones. Se elevan artificialmente las costillas y el esternon por medio del músculo pectoral y de otros muchos músculos, que van de los hombros á las paredes del torax, estendiendo vigorosamente los brazos del paciente hasta ponerlos á los dos lados de la cabeza; entonces elevándose las costillas, la cavidad del pecho se ensancha, se produce la tendencia al vacío y una corriente de aire afluye inmediatamente á los pulmones: la espiracion es producida por la simple compresion de los costados del pecho con los mismos brazos del paciente. En consecuencia, los brazos del paciente serán empleados por el operador á manera de unas palancas para agrandar y estrechar el pecho.

Este procedimiento ha sido aplicado experimentalmente sobre cadáveres y se ha comprobado, por medio de aparatos indicadores, que la cantidad de aire inspirado así, es cerca de diez veces mas grande que por el procedimiento del Doctor Marshall-Hall. Veamos cómo el Dr. Henry Sylvester ha formulado su tratamiento para reanimar á los asfixiados.

REGLA 1ª—*Dar al paciente la posicion conveniente.*—Póngase el cuerpo sobre la espalda, con los hombros levantados y sostenidos por cualquier pieza de ropa enrollada y los piés apoyados contra alguna cosa.

REGLA 2ª—*Conservar libre la introduccion del aire en la traquiarteria.*—Límpiese al paciente la boca y narices, estíresele la lengua y consévesele fuera de los lábios. (Si se levanta suavemente la mandíbula inferior, podrán servir los dientes para mantener la lengua en la posicion requerida: si fuere necesario, se retendria la lengua en esta posicion pasando un pañuelo debajo de la barba y anudándolo sobre la cabeza.)

REGLA 3ª—*Imitar los movimientos de una respiracion profunda.*—Levántense los brazos del paciente hácia los lados de su cabeza, manteniéndolos allí suavemente, pero con firmeza, por dos segundos. (Este movimiento ensancha la capacidad del pecho, elevando las costillas, y produce una *inspiracion*.)

Abátanse en seguida los brazos oprimiéndolos suavemente, pero con firmeza, contra los costados del pecho. (Este movimiento disminuye la cavidad del torax y produce una *espiracion* forzada.) Tales movimientos se repetirán alternativamente quince veces por minuto con empeño y perseverancia.

REGLA 4ª—*Devolver la circulacion y el calor, y escitar larespiracion.*—Fricciónense los miembros de las estremidades hácia el corazon; cámbiense los vestidos mojados por un cobertor seco y caliente; de tiempo en tiempo rociésele al paciente la cara con agua fría: estas prescripciones son perfectamente compatibles con la ejecucion de los movimientos que tienden á imitar el acto de la

respiracion. La friccion debe ser continuada por debajo del cobertor ó por encima de los vestidos secos.

Para devolver el calor, se harán aplicaciones de franelas calientes, botellas ó vejigas de agua caliente, ladrillos calentados, etc., á las axilas, entre los muslos y á las plantas de los piés.

Si el paciente despues de haber recobrado el aliento ha sido trasladado á alguna casa ú otro lugar, téngase cuidado de dejar circular libremente el aire á su rededor.

Cuando haya vuelto á la vida, désele una cucharada de té caliente, y despues, si el enfermo puede pasarlo, se le ministrarán pequeñas cantidades calientes de agua, vino, aguardiente ó café; tambien se le hará guardar la cama recomendándole dormir.

**Notas explicatorias.**—*A la regla 1<sup>a</sup>*—La posicion del cuerpo no es esencial, pero en esta situacion la capacidad del pecho se encuentra mas amplia que en cualquiera otra actitud horizontal. La caja huesosa del pecho tiene mas libertad para moverse y sus dos costados pueden separarse al mismo tiempo: de facto, esta posicion es precisamente la que escogen las personas afectadas de dispnea.

*A la regla 2<sup>a</sup>*—En este caso el orificio abierto de la traquiarteria es elevado y llevado hácia delante, de suerte que nada se interpone entre este órgano y el canal natural del aire que pasa por la nariz. Se impide así á la lengua volver á caer al fondo de la garganta y al mismo tiempo la estension que recibe la traquiarteria es claramente indicada. De la misma manera, la faringe se abre suficientemente para permitir la salida de los líquidos y otras cosas de la boca, nariz, faringe, etc., si no es que han sido ya completamente vaciadas por un tratamiento especial.

*A la regla 3<sup>a</sup>*—El procedimiento en cuestion cumple artificialmente y con exactitud lo que el paciente mismo cumpliria haciendo funcionar los mismos músculos, si tuviera la gana y el poder de respirar ampliamente.

Si se observare que el enfermo hace algunos esfuerzos espontáneos para respirar (esfuerzos que cuando mas podrian repetirse dos veces por minuto), cúidese de no estorbarlos en manera alguna por una intervencion oficiosa. Téngase gran cuidado de no modificar el movimiento natural de la respiracion, y cuando mas, se podrian esforzar un poco las espiraciones y hacer mas amplias las inspiraciones.

Seria posible que la posicion elevada de los brazos concurriese, con la compresion muscular ejercida sobre las venas de los mismos, á favorecer el descenso de la sangre al pecho, en el momento en que se produce el vacío y en que la elevacion de las costillas atrae una corriente de aire fresco á los pulmones. Se podria tambien al mismo tiempo que se tuviesen los brazos estendidos, llenar de aire los pulmones por la insuflacion de boca á boca.

Por fin, he aquí reunidas las principales ventajas de este sistema,

1ª La inspiracion puede preceder á la espiracion ó vice versa, como quiera el operador. 2ª La ampliacion de la cavidad torácica es segura y artificialmente producida. 3ª Las maniobras no pueden causar daño ninguno al paciente. 4ª El contenido del estómago no puede ser espulsado hácia la traquea. 5ª La lengua en ningun caso puede incomodar ó interceptar la inspiracion. 6ª El aire es introducido en cantidades iguales para los dos lados del pecho. 7ª El sistema del Dr. Sylvester está en perfecta armonía con la accion de la naturaleza. 8ª El aire es inspirado en mayor cantidad que por cualquier otro medio artificial. 9ª El procedimiento es muy fácil de ejecutar. 10ª El aire atmosférico es inspirado puro. 11ª No se necesita de ningun aparato especial.»....

R.R.

---

### MORTALIDAD EN LA CAPITAL.

(MARZO.)

Por los datos oficiales recibidos en el Consejo Central de Salubridad, consta que durante el mes de Marzo ha comenzado á disminuir la mortalidad de pulmonías que reinaron de una manera inusitada en los meses de Enero y Febrero; que las afecciones intestinales (diarrea y disenteria), escasas en los primeros meses del año, aumentan en una escala algo notable, marcando la constitucion médica que ha reinado por muchos años en la Primavera y el Estío: las viruelas empiezan á dar su guarismo de fallecimientos, pues el número de éstos asciende á 34, mientras que eran casi nulos en la estacion que acabamos de pasar: el croup, escesivamente raro antes en México en otro tiempo, dió su regular contingente en los meses de Enero y Febrero, pero en el mes de Marzo solo falleció de él una persona: otro tanto puede decirse de las intermitentes, cuya mortandad fué de cierta importancia, y en el mes pasado solo ha dado 4 defunciones, de las cuales una es algo dudosa por referirse á un niño de edad de 2 años y estar espresada la noticia con cierta vaguedad: continúan aún con poca diferencia, los fallecimientos de apoplejía que vienen de ordinario con los cambios de la estacion.

La mortalidad total ha sido de 561 personas, distribuidas así con relacion á las edades: De 1 á 10 años, 239; de 10 á 30, 61; de 30 á 50, 85; de 50 á 80: 90; indeterminados, 86. Total, 561.

Con relacion á las enfermedades, la mortalidad ha ocupado el órden siguiente: 1º Pulmonía. 2º Afecciones intestinales (diarrea y disenteria). 3º Eclampsia. 4º Congestion cerebral. 5º Tos ferina (aunque no se espresan los accidentes). 6º Heridos. 7º Tabardillo.

Las otras enfermedades no merecen una mencion especial, así porque son de aquellas que no están sujetas á los cambios estacionales, como por representar una cifra sumamente pequeña. Es, sin embargo, digno de notarse que el tabardillo solo haya dado seis defunciones, no obstante el estado que guarda el Valle; lo mismo puede decirse de la disminucion de las intermitentes.

Relativamente al estado de los que han sucumbido en Marzo, haciendo á un lado los impúberes, resulta el guarismo de 236, de los cuales 84 eran solteros, 83 viudos y 69 casados.—J. M. REYES.