

Sr. Cutter es propia para dar efectos electrolíticos ó si para conseguirlos, no convendría más bien el cambiar de batería por otra dispuesta especialmente para la electrolisis.

Efectivamente, sobre este punto el método del Sr. Cutter ha sido fuertemente impugnado; algunos especialistas en materia de electro-terapéutica sostienen que una batería construida como la del Sr. Cutter no da casi ningun efecto electro-químico; que en las operaciones del Sr. Cutter no circula corriente ninguna entre los dos electrodos introducidas en el tumor; que la electricidad no tiene ningun mérito en los resultados obtenidos y que el método no obra sino como una sencilla puncion.

A estas objeciones contestan los autores refiriéndose á los hechos, que de todas maneras son superiores á las explicaciones.

Estas cuestiones formarán el asunto de un artículo ulterior que me propongo publicar en breve.

F. SEMELEDER.

CLINICA MEDICA.

NOTA SOBRE DOS APLICACIONES DE INHALACIONES DE OXIGENO.

SEÑORES:

Cumplo con un deber comunicándoles cuanto ántes un éxito feliz en la aplicacion de las inhalaciones de oxígeno.

El día 21 del presente fui llamado á ver á un niño de siete meses, bastante robusto para parecer de más de un año, quien tenia tos crupal, y habia sufrido ya un acceso de sofocacion repentino. La familia no dudaba que tuviera el croup.

Al examinarlo no se encontraban falsas membranas al alcance de la vista. Se notaba una coloracion muy subida en todas las fauces, y algun edema del velo del paladar, de sus pilares y de las amigdalas, la respiracion precipitada y ruidosa.

Desde luego declaré que no era sino el falso croup el que atacaba al

niño. A las 5 de la tarde y á las 11 de la noche hubo otros dos accesos de sofocación.

La noche fué pésima; á la mañana, temiendo un accidente repentino, por el edema de las vías respiratorias, tuvimos una junta con el objeto de saber si sería urgente la traqueotomía: eran las 9 de la mañana, no habia vuelto el acceso de dispnea desde las 11 de la noche: la faringe era ménos colorada y ménos hinchada; pensamos que no habia urgencia, conviniendo en reunirnos de nuevo al anochecer. La dispnea laríngea fué disminuyéndose, los accesos de asfixia aguda, si se puede llamar así, cesaron; pero comenzó evidentemente la asfixia pulmonar, con todas las señales propias de la bronquitis capilar, ménos la tos, que fué faltando absolutamente á medida que se sentía más y más engurgitamiento en los pulmones. La opinion de la junta, atendiendo á estas circunstancias y á la pequeña edad del sujeto, fué que era suma la gravedad y muy corta la esperanza. La dispnea, la precipitacion en los movimientos respiratorios, ya absolutamente abdominales, sin ninguna dilatacion apreciable de la caja torácica, aumentó toda la noche, siempre sin que se lograra provocar la tos.

Se usaron varias bebidas alcoholizadas, aún con carbonato de amoníaco y alcanfor. Se excitó repetidas veces el velo del paladar y la cara posterior de la faringe con plumas, con inhalaciones amoniacales, el movimiento reflejo habitual era insignificante y no llegaba nunca á producir tos ni basca.

A las 4 de la tarde ese cuadro sintomático tan alarmante, agravado desde las doce por una absoluta imposibilidad de mamar, pareció terminarse con una convulsion y un síncope. Un momento creyeron al niño muerto: al llegar cerca de él notamos el pulso miserable, intermitente, con tendencia á pararse. Repetimos los excitantes y volvió; pero no tosía y apenas penetraba el aire en las vesículas pulmonares. A medida que volvía en sí el niño, entraba en una agitacion de mal agüero.

Desde el día 22 se le habian aplicado dos emplastos de thapsia, uno en cada lado de las costillas con esperanza de lograr una derivacion, la que no se hacia á las veinticuatro horas; entónces aplicamos un vejigatorio en la region presternal, y en la tarde del 23 otros dos en los omoplatos.

Podia atribuirse tanta inquietud á la accion de los vejigatorios; pero más probable era que fuera por la asfixia; estaban las pupilas absolutamente dilatadas. Considerando el fin próximo, aconsejamos que mandaran preparar un globo de oxígeno, y por un tubo pequeño lo hicieran respirar á distancia, para hacerlo llegar mezclado con suficiente aire.

El estado del cerebro nos hacia temer una excitacion exagerada ó brusca; recomendamos á la persona más apta para tal aplicacion en la casa, que se guiara por el estado de las pupilas; que hiciera la inhalacion cada vez que las viera grandes, y la cesara siempre que se hubieran encogido.

Todas estas recomendaciones las haciamos por cumplir con nuestro deber, porque no teniamos ya ninguna esperanza. Al dia siguiente 23, recibimos aviso de que el niño desde las tres de la mañana habia vuelto en sí y habia mamado, y que lo creían muy aliviado: en efecto, á la primera inhalacion vino la tos, y á cada vez que se le aproximaba el tubo tosia; así fué desembarazando los brónquios. Al examinar la faringe nos llamó la atencion lo pálida que estaba; ya habia vuelto á sus dimensiones normales.

El éxito era tanto más bello cuanto que ménos se esperaba, y se ha seguido confirmando: hoy 30 está el niño completamente en convalecencia, tosiendo poco y reponiéndose evidentemente.

Un hecho tan satisfactorio merece no olvidarse, y creemos que muchas aplicaciones análogas se podrán hacer. Ese misterio que llamamos la vida, debido á un fenómeno de tan pequeñas proporciones en apariencia, como lo es el de la fecundacion, se pierde ó se conserva por circunstancias tambien muy delicadas.

¿Quién hubiera creído que un cuerpo muerto por la absorcion del curare, despojado ya de todo su sistema nervioso por un veneno tan terrible, pudiera revivir? y sin embargo, ya hemos visto que si se hace la respiracion artificial un tiempo suficiente, llega á eliminarse el veneno y revive el muerto.

En el caso, objeto de esta nota, no hubo envenenamiento en la acepcion corriente de la palabra, pero sí creemos que hubo paralizacion de los nervios respiratorios, la que dió lugar al edema de la faringe primero, en segunda al edema bronquio vesicular, á la anoxémia cerebral que es un envenenamiento indirecto.

Ningun excitante podia haber más apropiado á tales lesiones, que el excitante especial de la respiracion, el oxígeno: esta fué la teoria que nos impulsó á dar ese feliz consejo.

Los trabajos de Paul Bert han demostrado que se puede suplir á la rarefaccion del aire aumentando el oxígeno; unos brónquios que perdieron su calibre ponen al cuerpo en el caso de estar en un aire rarefacto; nos pareció que podia aprovecharse tal analogía.

En muchos casos se podria repetir la experiencia. El dia 29 tuvimos

ocasion de hacerla en un jóven de 20 años, de constitucion estrumosa, con una mala conformacion del velo del paladar, que indica un incompleto desarrollo de estas partes y una escrofulida ulcerada en la laringe.

Desde pequeño este jóven sufría ataques de dispnea y escupía pus con alternativas de mejoría y empeoramiento segun se trataba ó cuidaba; pero llevaba ya varios ataques de dispnea tan graves que desesperaban sus parientes. El compañero que lo asistía últimamente habia declarado inevitable la traqueotomía, y nos llamaban con la esperanza de evitarla.

Declaramos á la primera visita, que diferirla más era imprudente, y que dejábamos tal responsabilidad enteramente á cargo de los parientes. Dijeron que un hermano mayor del enfermo habia padecido del mismo mal, y que habia muerto en la operacion: á esto contestamos, que probablemente se la habrian hecho tarde.

A la tercera visita, despues de otros dos accesos de dispnea, nos autorizaron los parientes y el enfermo á que se practicara la operacion.

La hicimos con el termo-cauterio hasta descubrir la tráquea, la que puncionamos segun el método clásico; pero habiamos tomado la precaucion de tener un globo de oxígeno al alcance. Al poner al paciente en la posicion clásica, el cuello tendido sobre una almohada dura, se ampliaron las pupilas; sin cambiar su posicion le hicimos respirar por una ventana de la nariz la cantidad de gas necesaria para disminuir ese síntoma alarmante. Creemos haberle servido, haciéndole más soportable esa posicion incómoda que disminuye evidentemente el calibre de las vias respiratorias, aplicándolas contra la columna vertebral; pero que sin embargo facilita la operacion en cuanto al operador.

Todos hemos tenido ocasion de ver sucumbir enfermos en el acto mismo de la traqueotomía porque se hizo tarde, aplicando las inhalaciones de oxígeno, aunque el calibre de la laringe sea muy disminuido, habrá más probabilidades de evitar esas muertes tan inoportunas para la cirugía.

En el croup sucede algunas veces, que no respirando el paciente cuando ya la tráquea está abierta, un movimiento tan natural como heroico é imprudente haga aplicar la boca en la cortada para aspirar la sangre, y las falsas membranas soplando en seguida aire ya respirado más ó menos. ¡Cuánto mejor será tener su globo de oxígeno, y dar desde luego á la superficie respiratoria su excitante propio! á la sangre el más indispensable de los alimentos.

Para los recién-nacidos con asfixia, cuánto más se puede esperar de una inhalacion de oxígeno que de aire ya respirado.

México, Mayo 30 de 1877.

El día 2 de Junio fui llamado para ver á un tuberculoso llegado al último período de destruccion, en momentos en que la asfixia lo amagaba decúbito dorsal ortopnea; boca abierta, pupilas amplias, sudor, labios violados, indiferencia absoluta á lo que lo rodeaba; á las pocas inhalaciones de oxígeno habló palabras incoherentes; acabándose el globo se enderezó y se echó á llorar, sin poder expresar sus impresiones; el facies habia mejorado; el pulso que era incontable y sumamente depreciable, cayó á 120, y se desarrolló; el sudor cesó, y pudimos creer que se habian desaparecido los amagos de asfixia.

Hoy, día 3 por la mañana, encontramos al enfermo parado; se sentia mejor: preguntándole si recordaba lo que le habia pasado, nos contestó que se sentia como en una pieza muy chiquitita oprimido, y que despues se habia sentido como en una muy grande; que tenia muchas alucinaciones, y que estas habian pasado.

Nos dijo la esposa del enfermo, que hoy por primera vez, desde un pesar que tuvo hace años, habia comido bien el enfermo.

México, Junio 3 de 1877.

J. FÉNELON.

ACADEMIA DE MEDICINA.

ACTA DE LA SESION DEL 18 DE ABRIL DE 1877.

Presidencia del Sr. Reyes D. José María.

Fué leída y aprobada el acta de la sesion anterior, designándose al que suscribe para funcionar interinamente de Secretario.

Se leyó el expediente y dictámen de la seccion de Obstetricia, en que consulta se acepte al Sr. Juan J. Ramirez Arellano para cubrir el puesto declarado vacante en aquella seccion: sometido á votacion, en escrutinio secreto, fué aprobado unánimemente.

Se dió lectura á la renuncia que el Sr. López Muñoz hace del cargo de Secretario interino que desempeñaba, con cuyo documento remite todos los papeles de la Academia que tenia en su poder. Dicha renuncia fué aceptada por unanimidad, y á pedido del Sr. Bandera se acordó: que al contestar la Secretaría el resultado de su ocurso, le manifieste á dicho señor la extrañeza con que ha visto el inconveniente lenguaje de que usó para con la Academia.