

Dumont, *il piacere é il dolore*, etc., Milano, 1878, Biblioteca scientifica internazionale.

Mantegazza Paolo, *Fisiologia del dolore*, Firenze, 1880.

Arndt Rudolf, *Empfindung*, Real-Encyclopaedie der gesammten Heilkunde, lv. Band, Wien & Leipzig, 1880.

Albert Eduard, *Über den Schmerz und die schmerzstillenden Mittel*, Wien, 1888.

México, Octubre de 1892.

DR. F. SEMELEDER.

CLINICA INTERNA.

Laringitis catarral parenquimatosa aguda, terminada por supuración. Traqueotomía.—Curación.

AURORA TOPETE, hija de uno de los médicos residentes en esta población, es una niña de un año nueve meses de edad, bien desarrollada, ha terminado su dentición, y ha gozado siempre de buena salud. Debo á la amabilidad del Dr. Manuel Topete, padre de la niña, el siguiente conmemorativo: el 27 de Diciembre del año que acaba de terminar, por causa de enfriamiento, notó á la niña acalenturada, con ligera ronquera, pero sin sufrimiento aparente de la garganta. El 28 empezó á iniciarse alguna dificultad para tragar, disnea ligera, catarro de las mucosas faringo-nasal y conjuntivales, tos seca; no hay signos pulmonares; continúa la reacción poco intensa. El 29, aumenta la disnea y la ronquera, la reacción tiene exacerbaciones vespertinas; tos crupal ó de perro. Tratamiento en estos días: emolientes, sudoríficos, lamedor expectorante, revulsivos excitantes á la piel.

El 30 fué llamado el Dr. M. Gutiérrez, quien notó exacerbación del estado catarral, con resequedad notable de todas las mucosas, aumento de la disnea; en el día 2 ó 3, accesos de ortopnea, palidez de la cara y ligera cianosis; la deglución es dolorosa; la calentura no pasa de 38°5, pulso agitado, violento. Se ordena emplasto de tapsia al pecho y garganta, ja-

rabe de ipeca, por tres veces en el día, hasta el efecto emético, con lo cual se consiguió alivio pasajero; rehusa el alimento y el agua, no duerme y está bastante inquieta.

El 31 fuí solicitado para atenderla, en unión del citado compañero, á las 4½ p. m. Encontré disnea muy exagerada, afonía completa, grande angustia é inquietud, palidez y cianosis notables, pulso pequeño, violento, concentrado; latidos cardiacos tumultuosos, reacción 38°6, mucosas y piel secas. Tendencia al enfriamiento general. Ausencia de murmullo respiratorio, timpanismo de la caja torácica, respiración brónquica, áspera, superficial. En la garganta, amígdalas inflamadas, cubierta la izquierda de una pequeña placa blanquizca, membranosa, que se desprende y desaparece en los primeros días; faringe enrojecida, apezonada. La epiglotis turgente y erguida sobre la base de la lengua. Al tacto digital, en la parte posterior de la epiglotis, sobre el repliegue ariteno-epiglótico izquierdo, hay un punto indurado, haciendo saliente sobre el órgano de la fonación; las cuerdas vocales tumefactas y duras; la hendedura glótica casi borrada.

Propuse la traqueotomía, y mientras se hacían los preparativos conducentes, se insistió en la revulsión á la garganta y dorso, poción de pilocarpina y carbonato de amoníaco, baño sinapisado y ligera nube de alquitrán y trementina en combustión, en la pieza habitación.

A las 7 p. m., Aurora había empeorado notablemente, y de la excitación general, empezó á pasar á nuestra vista al colápsus precursor de una muerte inminente. In extremis procedí á la traqueotomía con luz artificial, confiando el gancho de fijación al Dr. Gutiérrez. No hubo ningún incidente notable; duró la operación ocho minutos; se restableció gradualmente la hematosis; respiración amplia, profunda, tranquila, después de la expulsión de gran cantidad de moco. Tomó leche y agua, una hora después, con avidez, de lo cual se había abstenido en lo absoluto durante 36 horas. Sobrevino sueño apacible, interrumpido á las tres horas por un acceso de sofocación por obstrucción de la cánula. Se previno asear las cánulas cada dos horas y sostener la atmósfera de la pieza habitación constantemente cargada de vapor de agua, y muselina humedecida sobre el cuello.

1º de Enero del corriente año: la niña descansó durmiendo ratos largos; da muestras de sufrimiento en la garganta. La cánula descansa sobre la piel desnuda de su epidermis por la revulsión sostenida. Se acodina la cánula con tela de salud y algodón salicilado. El día se pasa pe-

nosamente por las obstrucciones frecuentes, debidas al moco tan espeso que obliga al aseo casi constante.

2 de Enero. A las 5 a. m. fuí llamado violentamente. A pesar de haber retirado las veladoras la cánula interna, la asfixia era inminente; procuré entonces poner libre la externa con el escobillón, penetrando hasta la tráquea, pero no se vencía el obstáculo. Retiré violentamente la dicha cánula externa, y tras de ella fué expulsado, á gran distancia, un tapón cilíndrico de moco endurecido de 4 centímetros de largo. Reinstaladas las cánulas continuaron estos inconvenientes asfíxicos al grado que en el transcurso del día tuve que retirarlas de nuevo varias veces, y como se notara obstruida la tráquea de una manera alarmante, monté rápidamente una bolita de algodón aséptico sobre la pinza curva para cuerpos extraños, y empapada en agua hervida, la repasé al través de la herida, varias veces á lo largo del árbol aereo, hasta su bifurcación. Esta operación repetida en la misma sesión, facilitó la expulsión de varios tapones de moco consistente, con lo cual se venció el obstáculo. Intenté por primera vez obstruir con el dedo la herida: la laringe estaba completamente obturada. Coloqué nuevas cánulas montadas sobre un cuadro de tela engomada, perforada en su centro, y para contrarrestar estos accidentes que á cada paso comprometían tan seriamente la vida de mi enfermita, me vino la idea de hacer, cada media hora, pulverizaciones con un atomizador, de agua esterilizada, bórica al 2 por ciento, directamente sobre la herida, con el fin de conservar húmeda la tráquea constantemente. Este arbitrio, que no he visto recomendado en ninguna obra, me dió tan excelente resultado, que en lo sucesivo no volvió á presentarse contratiempo alguno, expulsándose el moco con facilidad suma. La temperatura oscilaba entre 38° y 38°5. Localmente se atendió la inflamación laringo-laríngea con toques bieuotidianos, con solución félica al 1/30, bebidas emolientes y lamedor con elorato de potasa. No fué posible hacer uso del laringoscopio, por la rebeldía de la niña. La perspiración cutánea y la derivación intestinal formulan el complemento del tratamiento.

Hasta el 4 de Enero no ocurrió nada digno de mención. A las 9 a. m., de este día, fuí informado, que repentinamente empezó á escurrir por la cánula y por entre los labios de la herida, gran cantidad de pus, y en tal porción, que á no ser por los accesos de tos frecuente que sobrevinieron, dicha supuración hubiera invadido los bronquios. Se hizo preciso retirar por algunas horas las cánulas, y entonces pudo hacerse el escurrimiento, al través de la herida, con mayor comodidad. En el trascurso del

día se fué agotando la supuración á la vez que el termómetro marcaba un descenso gradual de la temperatura hasta llegar en la noche á la normal. La leche que hasta entonces pasaba la niña sin gran dificultad, se presentaba á la herida, en buena parte, provocando accesos de tos. Otro tanto sucedió con el agua, al grado de rehusar ambas cosas la enfermita, después de dar los primeros tragos con avidez. En vista de esto ordené se le dieran atoles, sopas y papillas espesas, con lo que se siguió alimentando desde ese día sin dificultad, pero seguía rehusando el agua, porque se ahogaba. Tapando la herida en la noche produjo la laringe un grito sofocado, pero perceptible, con mucha angustia. La enfermita dormía con la cánula.

Enero 5.—Pasó la noche muy tranquila, apacible, semblante animado, risueño, se entregó á juegos infantiles; no quiso beber agua. Se ordenaron lavativas cortas pero frecuentes de agua templada. El pus se ha agotó casi del todo. La obstrucción de la herida, con el dedo, permitió el paso del aire por la laringe con más amplitud: gritos y voz velados. Se retiraron las cánulas del todo y se cubrió el cuello con gasa bórica humedecida, dejando sin afrontamiento la herida. Se continuó la pulverización bórica directamente y con la misma constancia de antes.

Enero 6.—Se intentó el afrontamiento de la herida con bendoletes, pero sólo pudo soportarlo por dos horas. Pasó la noche sin afrontamiento y empezó á tolerar mejor el agua.

Enero 7.—Se afrontó la herida definitivamente, previa antisepsia. La voz de semi-afona empezó á recobrar en los días que siguieron su timbre y fuerza habituales, paulatinamente.

Al undécimo día se dió por terminada la curación, quedando sobre la herida una superficie yemosa, en vía de rápida cicatrización, y restablecidas totalmente las funciones respiratorias, sin quedar indicios de atresia, ni traqueal ni laríngea. A los 13 días estaba ya formada la película cicatrizal, quedando como fenómeno consecutivo el paso de los líquidos al través de la laringe, cuyo inconveniente fué disminuyendo, hasta desaparecer totalmente en el trascurso de 15 días más.

Al ocupar la atención de esta ilustrada Corporación con esta desaliñada lectura, en sí desprovista de todo mérito, lo hago con la esperanza, de que sus respetables miembros tomarán en consideración este éxito ope-

ratorio, á título de importante, por las dificultades y circunstancias especiales, de que se encontraba rodeada y comprometida dicha operación.

Primero, por la edad tan corta del sujeto operado, pues según Malgaigne, en su medicina operatoria, al tratar de la traqueotomía en general, dice: "abajo de la edad de dos años, la mortalidad es tal, que muchos cirujanos rehusan practicar la operación.

Segundo, por el hecho de haberse procedido á la traqueotomía, *in extremis*, contra el precepto expreso de practicarla lo más temprano posible, tan luego como se adquiriera el convencimiento de que se han agotado inútilmente los recursos médicos y siendo una contraindicación expresa la asfixia avanzada.

Tercero. Es de considerarse como agravante el uso, obligado por las circunstancias, de la luz artificial, y en pésimas condiciones de localidad, por la estación de invierno.

Cuarto. Por último, una laringitis catarral aguda, simple, terminada por absceso intralaringeo, como se desprende claramente del caso que estudio, deberá considerarse como una rareza, supuesto que las estadísticas que arrojan los estudios especiales de este órgano, consignan este modo de terminación, como la excepción de la regla.

Alamos, Febrero 7 de 1892.

ALFONSO ORTIZ,

Socio Correspondiente.

FARMACIA.

Ligeros apuntes sobre la Boconia y su alcaloide la Boconina.



LA planta conocida con los nombres de Boconia, Lloro sangre, Palo amarillo, Guauchille y Cocoxihuitl en mexicano, es un arbusto de tres ó cuatro metros de altura: pertenece á la familia de las Papaveráceas y es la *Bocconia Frutescens* L. B. *Quercifolia* Mench, que vegeta en el Sur de Michoacán, en varios lugares calientes de la República, así como en Jalapa y Sultepec: la hay cultivada en la Escuela N. Preparatoria, en la de Sordo-mudos y en el jardín del atrio de Catedral.