

completo sus dolores; y presenta una cicatriz lineal bien formada, como de doce centímetros de extensión en la región epigástrica yendo á terminar en el ombligo.

Por la palpación y percusión no encontró ningún signo que atestiguase la existencia del padecimiento; y sólo se encuentran bien infartados los ganglios abdominales del lado izquierdo. El orador cree, como el enfermo, que su estado ha mejorado notablemente y que por lo mismo se le prolongará la vida.

Sympatectomía.—Dr. F. Hurtado.—Presentó una pieza anatomopatológica que consiste en dos pequeños ganglios cervicales. Según dicho señor doctor, la enferma á quien pertenecen, es una epiléptica, linfática, y fué operada por él haciendo la extirpación de los ganglios cervicales superiores: la herida cicatrizó fácilmente, los ataques han disminuido, y su estado intelectual mejora notablemente.

Habló de otro enfermo de la sala del Dr. Casro, en el hospital San Andrés: Hombre de 48 años, jornalero. Hace quince años, regresando á Querétaro, por la tarde, á las 6, tuvo una hemorragia cerebral con hemiplegia derecha y afasia; fué tratado enérgicamente, por su médico, con el calomel, drásticos, etc. A los 6 meses disminuyó la hemiplegia, recobró en parte el habla; tenía temblor, espasmos del bucinador y del macetero; los núcleos del facial estaban afectados.

Hace un año perdió la vista, primero en el ojo izquierdo y luego en el derecho.

El Dr. Hurtado le encontró debilidad del lado derecho, ni la sensibilidad ni el sentido del espacio estaban perturbados. Había espasmo facial izquierdo. En los ojos había neuritis óptica con atrofia papilar, diagnosticadas por el Dr. Montaña, quien declaró incurable la lesión ocular.

Había comprensión cerebral, aumento de presión y exceso de líquido céfalo-raquídeo.

Consultada la opinión del Dr. Chávez, éste señor se declaró partidario de la trepanación, como la aconseja Parinaud.

Operación el 26 de septiembre: craniectomía en la región temporo-occipital. Quitada la rodela huesosa, se hizo manifiesta la compresión cerebral; apareció la dura madre tensa. (El Dr. Hurtado suspendió su exposición ofreciendo

para la próxima vez, presentar el caso por escrito.) La Academia entró en sesión secreta por cuyo motivo se suspendió la pública. Abierta de nuevo, se leyeron los turnos de lectura y se cerró la sesión á las 9 y 15 de la noche.

Asistieron los Sres. Dres. Aragón, Chacón A., García E., González Urueña, Gutiérrez M., Hurtado, López Hermosa, Lugo, Mendizábal, Núñez, Olvera, Orvañanos, Ramírez de Arellano Nicolás, Ramos, Ruiz. Soriano, Toussaint, Villada y el suscrito secretario

J. P. GAYÓN.

CIRUGIA OCULAR.

TRABAJO REGLAMENTARIO LEIDO EN LA SESION DEL DIA 5 DE MARZO DE 1902.

*Diagnóstico diferencial entre el flemón del globo del ojo (pa-
noftalmítis) y el flemón de la órbita, su diverso pronóstico y
tratamiento.*—La enucleación del globo ocular no debe se-
practicada sino en casos excepcionales, en general debe ser
reemplazada la enucleación por la exenteración.

Señores:

Con frecuencia se presentan en el hospital Juárez, casos de panoftalmítis consecutivos ó lesiones traumáticas del globo ocular y á pesar de que son raros los flemones de la órbita, también se presentan de tiempo en tiempo en dicho hospital.

La gravedad que presentan sobre todo estos últimos y la influencia capital que tiene un tratamiento bien dirigido para salvar no ya el órgano sino la vida del paciente, me han hecho escoger como asunto de mi trabajo reglamentario, el estudio de estas afecciones oculares, estudiándolas bajo el punto de vista de su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento.

Quiero, desde ahora, llamar la atención de los Señores Académicos sobre la cuestión del tratamiento, pues deseo que este sea el punto objetivo de mi trabajo, por la importancia tan capital que tiene la conducta que sigue el cirujano para salvar ó dejar morir á su enfermo.

Deseando que este trabajo sea esencialmente práctico, todo lo que en él exponga, estará fundado en una observación cuidadosa de los casos que he tenido que tratar y que he visto

tratar en un regular número de años de práctica en el citado hospital.

Entrando en la cuestión, comenzaré por decir que la panoftalmitis ó el flemón del globo del ojo, reconoce con más frecuencia como causa las lesiones traumáticas y son más bien las heridas por instrumentos punzo-cortantes, las que la producen. Las contusiones del globo ocular que ocasionan la desgarradura de las membranas del ojo y la salida completa del humor acuoso é incompleta del humor vitreo, la luxación del cristalino y la desgarradura del iris, en una palabra, la desorganización del globo del ojo, dan más bien lugar á la tisis del globo ocular y no á la panofmitaltis. Es probable que el instrumento vulnerante lleve consigo los gérmenes de la supuración que ocasionan el desarrollo del flemón del ojo, mientras que en la contusión, como no ha habido penetración de algún cuerpo extraño, los gérmenes de la supuración no tienen acceso á la cavidad del globo ocular, por lo que no se desarrolla el flemón.

La desgarradura del ojo por una contusión intensa, da más bien lugar á la tisis del globo del ojo, siendo ésta la terminación más frecuente de estas contusiones, cuando han desorganizado uno de los órganos de la visión, y esta terminación se explica fácilmente, pues no hace más que obedecer á una ley de patología; todos sabemos que la pérdida funcional de un órgano, tiene que traer como consecuencia modificaciones en su estructura que en último resultado traen la atrofia del órgano.

Con respecto á los flemones de la órbita, son también las lesiones traumáticas las que los producen, aun cuando en casos muy contados, estos flemones pueden ser causados por lesiones huesosas del frontal, bien sea la carie ó la necrosis consecutivas á lesiones no traumáticas, pero repito, esta etiología es excepcional, siendo las lesiones traumáticas las causas más frecuentes de estos flemones.

Con respecto al diagnóstico diferencial entre la panoftalmitis y el flemon de la órbita, no presenta dificultades, al menos, cuando desde el principio se ha observado el caso, pues más tarde, el flemón ocular viene muy á menudo acompañando al flemón de la órbita, encontrando que la inflamación de los tejidos

de la órbita, se ha propagado al globo del ojo. Esta dificultad en el diagnóstico, que repito, puede presentarse cuando el flemón de la órbita está bastante avanzado y no ha sido atendido desde sus principios, desaparece si se fija uno en el mecanismo de la lesión; si por ejemplo, se le dice á uno que después de recibir el individuo la herida veía bien y aun siguió viendo bien por algunos días, hay razón más fundada para creer que se trata de un flemón de la órbita, y esta suposición, queda confirmada si puede uno saber que el instrumento vulnerante penetró por el surco oculopalpebral, sin interesar el globo ocular, como acontece en todos los casos de flemón de la órbita.

Al principio, el diagnóstico no es difícil, pues si se trata de una panoftalmitis, la inflamación se circunscribe al globo del ojo, y los surcos oculo-palpebrales, no se abultan, no se ven salientes como pasa en el flemón de la órbita, más bien estos surcos se pronuncian más al aumentar el volúmen del ojo. En el flemón de la órbita, estos surcos se hacen salientes. abultados, el globo del ojo tiene sus dimensiones normales y no es sino más tarde, cuando la enfermedad está bastante avanzada, que se ve la exoftalmia, la saliente del globo ocular de la órbita por la presión del exudado y del trasudado que se encuentran en el tejido celular de la órbita, detrás ó fuera de la cápsula de Tenon, como consecuencia de la inflamación de este tejido celular-adiposo de la órbita. Más tarde, como decía yo, la inflamación de los tejidos de la órbita, sobre todo de este tejido celular-adiposo, se propaga al globo del ojo y entonces viene el flemón del globo ocular á acompañar al flemón de la órbita, haciendo el caso de un pronóstico más serio. Aun así, no hay dificultad para hacer el diagnóstico del flemón de la órbita, si se tiene en cuenta el mecanismo de la lesión y su marcha. En este último caso ya no se trata de una simple exoftalmía, sino de un verdadero proceso flemático del globo ocular, cuyo diagnóstico se puede establecer sin dificultad por una persona que tenga práctica en tratar estas lesiones y que sepa observar bien á su enfermo.

En cuanto al pronóstico de estas lesiones, es muy diverso: el pronóstico del flemón del ojo, siempre trae la pérdida del órgano, peor

no pone en peligro la vida del paciente, salvo en los casos de que hablaré más adelante, el pronóstico del flemón de la órbita es sumamente grave y si me atuviera yo á mi propia práctica, podría decir que era mortal, pues los pocos casos que he tratado y los que he visto tratar, han terminado con la muerte del paciente.

Es la meningitis ó la leptomeningitis la que se lleva á estos enfermos, la inflamación del tejido celular-adiposo de la órbita se propaga bien por las vainas que le forman al nervio optico en la cavidad orbitaria, la pía madre y la dura madre, ó bien por el pus de la órbita que pasa por la abertura esfeno-maxilar á la cavidad craneana, poniéndose en contacto con las meninges y trayendo su inflamación; este último mecanismo lo he visto comprobado al practicar las autopsias.

En la última autopsia que practiqué en un muchacho de unos 16 años, que murió á consecuencia de un flemón de la órbita por haber sido herido con un lápiz que penetró por el surco oculo-palpebral superior izquierdo, pude ver las alteraciones anatomo-patológicas de la leptomeningitis, el paso de la supuración de la órbita á la cavidad craneana por la abertura esfeno-maxilar, encontrando dos fragmentos de la puntilla del lápiz en la cavidad craneana, cerca de la abertura esfeno-maxilar, por la que habían penetrado á esta cavidad con la supuración.

Felizmente estos flemones de la órbita de un pronóstico tan grave, se presentan muy raras veces, mientras que el flemón del globo ocular es el que se presenta con más frecuencia.

Paso ahora á ocuparme del tratamiento de estos flemones, á mi juicio importantísimos, tratándose del flemón del globo del ojo, pues así como un tratamiento bien dirigido, hace que esta afección no comprometa la vida del paciente, cuando este tratamiento no se emplea de una manera conveniente, la muerte del enfermo puede ser la consecuencia de la panoftalmitis. En el flemón de la órbita, aun cuando se emplee un tratamiento conveniente, generalmente la muerte del enfermo, es la consecuencia de esta afección; así, pues, al abordar el tratamiento de estas afecciones me fijaré de preferencia en la conducta que en mi humilde opinión debe seguir el práctico al tratar á un enfermo que tenga un flemón del glo-

bo del ojo; la cuestión del tratamiento quirúrgico, es, sobre todo, lo que debe preocupar al práctico.

Cuando la lesión del globo del ojo ha traído la panoftalmitis, no hay que perder el tiempo instituyendo un tratamiento médico, con la esperanza ilusoria de ver si se resuelve la inflamación, esto no se consigue, y si se espera á que el pus se forme para intervenir con el bisturí, el enfermo, entre tanto, sufre dolores intensivos, que se calman y aun desaparecen tan pronto como se interviene quirúrgicamente. Todos sabemos que la inflamación de un órgano ó de un tejido, produce dolores tanto más intensos, cuanto que dicho órgano ó tejido, está más limitado por tejidos resistentes, tales como la aponeurosis, el hueso, etc. Ahora, bien, la inflamación del globo del ojo que tiene su sitio dentro de la esclerótica, que es una membrana muy resistente, da lugar á dolores intolerables por la compresión que sufren los nervios ciliares por el exudato inflamatorio que comprime estos nervios de una manera enérgica por la falta de elasticidad de esta membrana. Para hacer cesar esta compresión y calmar inmediatamente los dolores intensísimos que sufre el paciente, nada hay tan eficaz como la debridación amplia de esta membrana resistente por medio de una incisión. Esta incisión debe practicarse siguiendo una línea horizontal, que pase por la parte media de la cornea, dividiendo además de la cornea, la esclerótica de uno y otro lado en una extensión conveniente. Esta incisión no tiene por objeto dar paso á la supuración que aun no existe muchas veces, sino para combatir la compresión que están sufriendo los nervios ciliares y hacer cesar ó cuando menos calmar el dolor aflojando está cápsula fibrosa; más tarde, la supuración al formarse, ya tiene una puerta abierta para salir con facilidad á la vez que se puede hacer la antisepsia de la cavidad ocular, combatiendo de esta manera la inflamación del globo del ojo. Cuando se presenta la panoftalmitis á consecuencia de una lesión del globo ocular, ya este órgano está completamente desorganizado, por lo mismo nada tiene que perder el paciente al desbridarse ampliamente el globo del ojo, y sí gana mucho al calmársele sus sufrimientos y abreviarse la evolución del flemón del globo ocular; esta práctica creo que es la que debe seguirse, y entra á mi juicio en la cirugía de urgencia.

Una vez que por este tratamiento la inflamación cede, entonces es cuando viene la oportunidad de practicar la exenteración, operación que debe, á mi juicio, reemplazar á la enucleación del globo del ojo, en todos los casos de panoftalmítis. Hasta hoy casi todos los cirujanos practican la enucleación del globo del ojo, y pocos, muy pocos son los que practican la exenteración, siendo así que la enucleación del globo ocular, puede traer la muerte del enfermo, mientras que la exenteración no presenta el menor peligro, teniendo además la ventaja de dejar un muñón que se presta muy bien para la colocación de un ojo artificial lo que no pasa cuando se estirpa todo el globo ocular.

Decía yo que la enucleación del globo del ojo puede traer la muerte del paciente, y este peligro aunque no es frecuente, sin embargo, lo he visto hacer algunos años traer la muerte de un operado. Recuerdo que siendo Jefe de la clínica quirúrgica, se operó á un enfermo que tenía un flemón del globo del ojo, muriendo este enfermo á los pocos días de operado, á consecuencia de la meningitis que se desarrolló como consecuencia de la operación, desde entonces, habiéndome impresionado mucho este caso, me puse á reflexionar sobre él, teniendo la convicción de que la sección del nervio óptico había sido la causa de esta muerte, me vino la idea de que se podría muy bien evitar en lo sucesivo estas muertes, si se reemplazaba la enucleación del globo ocular por la sección de una parte del hemisferio anterior del ojo, operación, que dando el mismo resultado que la enucleación, sería completamente inocente. En efecto, desde el siguiente caso que se me presentó en mi práctica y que tuve que tratar, comencé á poner en práctica esta operación, que aun no estaba erigida en método operativo y á la que más tarde de Graefe le dió el nombre de exenteración, presentándola como una nueva operación. Desde entonces no he vuelto á practicar ni una sola vez la enucleación del globo del ojo en los casos de panoftalmítis, y jamás he tenido el menor accidente operatorio, salvándose todos mis enfermos, y por el contrario he visto algunos otros casos de muerte por la enucleación, y el Dr. Albert me refería dos casos de flemón del globo del ojo, en los que la muerte fué la consecuencia de la enucleación.

Voy á permitirme describir el manual operatorio de la exenteración, tal como la prácti-

ca de Graefe, que fué quien la erigió en método operatorio y el método que yo sigo y que he practicado algunos años antes de que se hubiera hecho conocer esta operación que data de unos 12 años aproximadamente * Exenteración del ojo.—“He aquí una operación rival de la enucleación. Su aparición en la escena es muy reciente y ya su porvenir parece asegurado. Esta operación se debe á de Graefe.”

“Consiste en amputar el segmento anterior del ojo á uno ó dos milímetros atrás del limbo esclero-corneal y en vaciar ó ahuecar la cavidad ocular de manera á no dejar más que la concha de la esclerótica.”

“PROCEDIMIENTO.—El blefarostato, una vez colocado en su lugar, diséquese la conjuntiva circularmente al rededor de la cornea en una extensión de dos á tres milímetros, sirviéndose de las pinzas y del cuchillo de Graefe. Con este mismo cuchillo se punciona la esclerótica á dos milímetros del limbo esclero-corneal. Se introduce por la pequeña herida una de las ramas de las tijeras curvas y se divide la esclerótica circularmente, conservando siempre la misma distancia de la cornea.”

“El segmento anterior del ojo siendo quitado se introduce la cucharilla de Volkmann en la cavidad; se quita el cristalino y el cuerpo vítreo, si es que no han salido ya, luego se raspa con cuidado todo el cuerpo ciliar, todo el resto de la coroides y de la retina, no dejando sino la esclerótica.”

“En fin, se reúnen por cinco ó seis puntos de sutura adelante del muñón, el colgajo conjuntival superior al colgajo conjuntival inferior.”

“La raspa del ojo siendo extremadamente dolorosa, la anestesia es indispensable.”

“La operación de de Graefe da un muñón tan ventajoso como la operación de Taylor, y ofrece al mismo tiempo más seguridad terapéutica. Expone menos que la enucleación á los accidentales meníngeos, siendo respetados el espacio linfático de Tenon y los espacios vaginales del nervio óptico.”

Esta es la manera como de Graefe practica la *exenteración*.

Yo siempre que practico esta operación, omito (*racler ó raclement*) la raspa de todo lo que queda de la coroides y de la retina, así co-

* Véase V. Chalot. Nouveaux éléments de Chirurgie Opératoire.

mo los puntos de sutura para unir el colgajo conjuntival superior con el inferior. Creo que después de hecha la amputación del segmento anterior del globo del ojo, que permite hacer salir el pus que se haya formado y vaciar completamente lo que queda del globo del ojo, no debe traumatizarse la retina ni el nervio óptico haciendo la raspa de esta membrana, pues caería uno en el peligro que se trata de evitar por medio de esta operación. La retina que ha estado en contacto con el pus y el exudato inflamatorio, así como la papila del nervio óptico, podrían inflamarse al ser traumatizadas con la cucharilla de Wolkman y esta inflamación podría propagarse tanto por el nervio óptico como por las porciones de dura madre y pía madre que envuelven este nervio, formándole una vaina, á las meninges del cerebro, como suele acontecer con la sección del nervio óptico al practicar la enucleación del globo ocular. No hay necesidad de aplicar puntos de sutura para unir los bordes de la conjuntiva dividida; sin necesidad de esta sutura la conjuntiva se cicatriza perfectamente.

Una vez que el ojo está vacío, yo lavo con una jeringuita la cavidad, con una solución de ácido bórico al 4% y alcohol, introduciendo después unas bolitas de algodón hidrófilo, empapadas en esta misma solución, aplico unas capas de gaza yodoformada ó salolada que cubro con bodroux y pongo encima unas capas de algodón absorbente, sosteniendo estas piezas de la curación por medio de un vendaje contentivo. Esta es la primera curación que aplico y que dejo por espacio de unas 48 ó 72 horas; después de este tiempo cambio la primera curación procurando lavar bien la cavidad é introduciendo cada vez menos bolitas de algodón á medida que las yemas carnosas de las paredes se vienen aproximando, aplicando las mismas piezas que en la primera curación. Las curaciones siguientes las voy haciendo cada tres ó cuatro días, quedando los pacientes curados completamente de la operación á la quinta ó sexta curación.

Como se ve, no puede ser más sencilla esta operación, tanto en su manual operatorio, como en sus resultados, siendo una operación completamente inocente, pues no teniendo que tocarse al nervio óptico, ni traumatizarse la retina, jamás puede venir la meningitis que suele presentarse después de la enucleación

del globo del ojo; la curación después de la operación se obtiene muy pronto sin que sobrevenga el menor accidente á interrumpirla quedando un muñón que se presta muy bien para la aplicación de un ojo artificial, muñón que no queda después de practicarse la enucleación.

En vista de estas ventajas yo creo que la exenteración debe reemplazar á la enucleación en todos los casos de flemón del globo ocular cuando este órgano está ya perdido.

Para concluir voy á decir unas cuantas palabras sobre el pronóstico y el tratamiento del flemón de la órbita.

He dicho al comenzar este trabajo, que el flemón de la órbita es muy grave y que si me atuviera á mi propia práctica diría que su pronóstico es mortal, pues en efecto los pocos enfermos que he tratado de este padecimiento, han sucumbido. Afortunadamente este flemón se presenta muy raras veces, sobre todo tratándose de los flemones que reconocen como causa un traumatismo, pues el instrumento vulnerante casi siempre interesa el globo ocular y excepcionalmente lo respeta, pasando entre el ojo y la bóveda orbitaria, que es como se producen estos flemones de la órbita.

No entraré en todos los detalles sobre el tratamiento del flemón de la órbita, pues este es bien conocido por las personas que me escuchan, solamente insistiré en que el tratamiento quirúrgico debe ser empleado, aun cuando en el mayor número de casos no dé resultado, como no lo da ningún tratamiento.

Algunos cirujanos recomiendan que se practique una incisión en el párpado superior siguiendo el borde orbitario, sin esperar á que se forme la supuración cuidando de penetrar profundamente en la órbita, dividiendo la hoja palpebral de la aponeurosis de Tenon. Otros cirujanos aconsejan hacer la incisión en el surco ocular-palpebral que en el flemón de la órbita se presenta muy abultado y saliente, cuidando de dividir la hojuela palpebral de la aponeurosis de Tenon para poder penetrar á la cavidad orbitaria y debridar el lóculo posterior. La incisión practicada en el párpado, siguiendo el borde orbitario tiene la ventaja de permitir la salida del pus con más facilidad á pesar de que en el mayor número de casos, el pus que es muy espeso y no es abundante, tiene tendencia á depositarse y permanecer

en el fondo de la órbita estando en contacto con la dura-madre craneana. A pesar de que la incisión tenga la amplitud conveniente, el pus por la misma disposición de la cavidad orbitaria y el aumento de volumen del globo ocular no puede salir en su totalidad, y la desinfección no es fácil practicarla de una manera satisfactoria. Las lavaduras de la cavidad orbitaria con una solución caliente de ácido bórico al 4 % con una jeringuita que se introduce por la incisión que se ha practicado, es el tratamiento recomendado; estas inyecciones, á la vez que desinfectan la cavidad orbitaria inflamada, arrastran el pus que no es posible hacer salir completamente si no es por medio de estas inyecciones. A estas prácticas de antisepsia que forman el tratamiento quirúrgico, se añade la administración del calomel, morfina, etc.

A pesar de este tratamiento, que es el recomendado, los accidentes de parte de las meninges se presentan en el mayor número de casos; causando la muerte del enfermo, la trombosis de la vena oftálmica, y de los senos raras veces se presenta.

Por lo expuesto se ve, que si tratándose del flemón de la órbita, el mejor tratamiento no puede salvar al paciente en el mayor número de casos, no sucede lo mismo tratándose del flemón del globo del ojo; en esta última afección la influencia del tratamiento es capital, pues los casos de muerte no han sido la consecuencia directa de la panoftalmitis, sino de la enucleación del globo del ojo, es decir, del tratamiento que se ha emprendido, por lo mismo insisto en repetir que: *todo caso de flemón del globo del ojo, debe ser tratado por la exenteración, y no por la enucleación que debe ser proscrita por los accidentes meningeos que suele traer, mientras que la exenteración, además de ser una operación completamente inocente, tiene la ventaja de dejar un muñón que se presta muy bien para la protesis ocular.*

México, marzo 5 de 1902.

T. NÚÑEZ.

TURNO DE LECTURA

PRESENTADO A LA

ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MEXICO

POR EL DR. ALFONSO MARTINEZ

SOCIO CORRESPONDIENTE EN MONTERREY

Difteria complicada de croup. — Aplicación del suero antitíférico. — Traqueotomía. — Curación.

El niño Gustavo Zepeda, de dos años cuatro meses de edad, hijo de una familia que vive en la calle de Aramberri, de esta ciudad, de padres sanos y bien constituidos y que no han padecido enfermedades constitucionales, comenzó á estar enfermo de catarro, según refiere su madre, el día 7 de febrero de 1901. — Su salud ha sido siempre buena y vive en una casa húmeda que no tiene buenas condiciones higiénicas. Ha habido en estos días en Monterrey, muchos casos de gripa, algunos de laringitis catarral y dos enfermos de difteria, en determinada parte de la ciudad, pero muy distante de donde vivía mi enfermito.

Siendo bueno y sano y sin haber salido de su casa, hacía muchos días, á causa de la mala constitución médica reinante, le vino el catarro: y tres días despues, el "10," sufrió una calentura efímera. Al día siguiente, que comencé á visitarlo, estaba el niño triste, abatido, inapetente, con disfagia ligera y cambio casi imperceptible en el timbre de la voz. Habiendo examinado el fondo de la garganta, pude observar el aspecto de una angina inflamatoria simple. No existía inflamación de los gánglios submaxilares. La temperatura era de 38°3 (centígrado) y el pulso frecuente y débil. Le apliqué una inyección subcutánea de 0.20 de clorhidro sulfato de quinina; le curé la garganta con una esponja empapada de una mezcla de glicerina y percloruro de hierro habiendo sangrado la mucosa: y le prescribí, para tomar, unos polvos de clorato de sosa y bórax.

El día siguiente, 11, fuí llamado con urgencia, porque el niño estaba muy grave. Me lo encontré con la cara muy pálida y llena de terror: con el pulso incontable; disnea muy marcada y con accesos de ortopnea, los piés y las manos muy frías y sudor copioso. La temperatura estaba á 39°5, y hacía más de doce horas que el niño no quería tomar alimentos y ni agua. La voz era muy velada; y observando la respi-