

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 panoftalmítis, 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 meníngeos 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 antidiftérico. — 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 disfagía 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-

ración se veía el tirage supra é infra external. Había también un estado general asténico. Y al examinar la garganta, pude ver sin dificultad; sobre la faringe, las amígdalas, los pilares anteriores, la úvula y el velo del paladar, falsas membranas blanquiscas y grisáceas.

No pude aplicar el laringoscopio, pero sí logré despejar, por medio de una pinza, á la que le agregué algodón biclorurado, algunas de las falsas membranas.

En presencia del cuadro sintomatológico que estoy describiendo, no cabía la menor duda que se trataba de la difteria: y aunque por no haber podido aplicar el laringoscopio, no me constaba que las falsas membranas existieran en la laringe, sin embargo, los síntomas racionales subjetivos, me estaban diciendo claramente, que dicho órgano era ya invadido, y que de seguro lo sería más dentro de muy poco, si la marcha progresiva de la enfermedad no era detenida por la aplicación del suero antidiftérico, que resolví emplear en el acto.

Inyecté 15.00 gramos de suero antidiftérico, curé la garganta con un algodón empapado de glicerina con ácido salicílico; y dí á beber á mi enfermo, una poción con cafeína, benzoato de sosa y cognac. Pero habiendo notado desfallecimientos, moderación en el pulso y de cuando en cuando algunas intermitencias, ordené, buscando un efecto más rápido, una inyección subcutánea de benzoato de cafeína.

Apliqué en seguida sobre la garganta una irrigación con una solución de ácido salicílico, é inmediatamente después una embadurnación con jugo de limón.

Cuatro horas después de la inyección del suero antidiftérico, el niño era más grave. Estaba como asustado, con sus ojos pedía auxilio, la cara estaba muy pálida y violácea, la nariz, la frente y los labios eran cubiertos de sudor; todos los músculos respiratorios se contraían convulsivamente; la boca era muy abierta y la cabeza inclinada hacia atrás, la respiración silbante, espasmódica y muy difícil; y la espiración muy corta.

Por la auscultación observaba la resonancia del silbido laringo-traqueal y una debilidad muy notable del murmullo vesicular.

Todo esto me indicaba claramente la suma gravedad del enfermo; á quien en estado casi agónico, con cianosis verdadera y tirage con-

tinuo y muy intenso, apliqué la traqueotomía, bajo la influencia de la semianestesia producida por el cloroformo, que administró el Sr. Dr. D. Fermín Martínez.

Previa asepsia y antisepsia quirúrgicas muy rigurosas, y provisto de los instrumentos necesarios, procedí á operar á mi enfermo, del modo siguiente:

Colocado á la derecha del niño, hice una incisión en la piel, como de dos centímetros de longitud, exactamente sobre la línea media y partiendo de la eminencia que forma el cartílago cricoide.

Dividí la piel y la aponevrosis superficial, para llegar al intersticio de los músculos infrahioides.

Introdujé mi índice izquierdo hasta el cricoide y funcioné el conducto aéreo: entonces; sirviéndome de guía el mismo dedo, prolongué hacia abajo la incisión, aproximadamente en la extensión de la piel, é incontinenti introduje la sonda y la cánula. Retiré la sonda, dejando colocada la cánula, que sujeté atando las cintas detrás del cuello. Cubrí la cámula con gaza fenicada y ordené mantener caliente la atmósfera de la habitación de mi operado.

No hubo hemorragia y ningún otro accidente durante la operación.

Restablecida la respiración, hice una irrigación faríngea con la misma solución de ácido salicílico y toqué repetidas veces la garganta con la solución de *Loeffler*. Doce horas después inyecté otros 15.00 gramos de suero antidiftérico. Y ordené que alimentaran al niño con leche y que le dieran agua muy seguido, porque la tomaba con mucho gusto.

La temperatura se mantenía en 39° y el pulso muy frecuente.

La cánula interna la quitaba y la limpiaba cada seis horas.

El día 12 volvieron nuevos síntomas de asfixia.

Las falsas membranas que no podían desprenderse, se acumularon debajo de la cánula, produciendo ruido de bandera. Pero me apresuré á hacer la curación de una manera escrupulosa, valiéndome de algodón salicilado y de una solución bórica al 4%, y logré la expulsión de las membranas, que aunque veía que se reproducían, también observaba que ya podía despegarlas.

En la noche la temperatura bajó á 38° y la

tos era húmeda y menos áspera. La garganta ya no sangró al curarse y al reproducirse las falsas membranas, se notaba que eran más delgadas y semi transparentes. Al otro día me encontré al enfermo muy aliviado. La inflamación de los ganglios submaxilares había disminuido notablemente: la temperatura era de 37°5; la respiración bronquica muy regular: la tos húmeda y sin aspereza ninguna. Quité las cánulas y desprendí con facilidad las falsas membranas muy húmedas que se habían acumulado. Después de la curación se puso el niño muy contento y muy animado. El estado indiferente y sóporoso que tenía desde hacía 72 horas, desapareció; siendo substituido por la alegría y el buen humor habituales. El día 16 estaba el niño bueno y sano: y el 21, diez días después de operado, retiré definitivamente las cánulas, y obtuve la curación completa cinco días después.

Sobre el diagnóstico de este enfermo, debo decir, que como no pude hacer el examen bacteriológico, no me fué posible distinguir de una manera absoluta el primer día que lo ví; la angina diftérica; sin embargo, me llamó la atención en el niño la palidez tan marcada de su semblante, la astenia verdadera y la anorexia que tenía, síntomas que me hacían sospechar una intoxicación.

Peró el examen físico de la garganta, no nos enseñó ese día, la exudación fibrinosa y membraniforme que caracteriza anatómicamente á la difteria.

*Darthez* llama á estos casos traidores, y con razón, porque comienzan de una manera al parecer benigna, cambiándose muy pronto en graves. Y esto es precisamente lo que ha su-

cedido en mi enfermo. Por lo demás, el principio de la difteria, aquí, ha sido insidioso, como es frecuentemente en la mayor parte de los casos. Más aún, no noté tampoco el primer día, la inflamación de los ganglios submaxilares; y sí pude apreciarlos al día siguiente, en el que ya existían las falsas membranas.

Como se ve por la descripción clínica, se ha tratado en este enfermo, de un caso grave de difteria, y que se presentó de una manera repentina; porque si es verdad que el niño fué previamente enfermo de catarro, también lo es que las falsas membranas, único síntoma patognomónico de la difteria, no se presentaron sino hasta el día 11, en el que se marcó la gravedad.

Ahora el *Croup*, que en este caso ha complicado á la difteria, se presentó como casi siempre sucede, precedido de la angina diftérica, sin olvidar que el verdadero principio de la enfermedad fué el catarro, y sin dejar de recordar que el ilustre sabio Bretonneau dice en su notable Tratado de la Difteria, que el catarro es muchas veces el principio de esta enfermedad infecciosa, que ha aumentado tanto su esfera de acción, y que nos es importada frecuentemente de los Estados Unidos del Norte, donde es endémica.

Respecto del tratamiento, no cabe dudar, que el suero antidiftérico ha producido en mi enfermo, un verdadero efecto curativo: pero habiéndose presentado el *Croup*, y tras él la asfixia con tendencia progresiva, era indispensable operar. Así es que en el caso actual se imponían tanto la aplicación del suero antidiftérico como la traqueotomía.

Monterrey, febrero de 1902.

ALFONSO MARTÍNEZ.