

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica "Unión Fernandina"

AÑO XIII }

LIMA, FEBRERO 15 DE 1896.

{ N.º 171

CLINICA GINECOLOGICA

del Doctor Néstor J. Corpancho

ELECCIÓN DE LOS MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS, EN RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO, SIMPLE Y DIFERENCIAL, DE LOS TUMORES ABDOMINALES, RADICADOS EN EL ÚTERO Ó SUS ANEXOS.---NOTAS CLÍNICAS.

(Conclusion)

26.

E. P.—natural de Lima—de 38 años de edad—soltera—de constitución fuerte y linfática.

Desde su infancia ha sufrido grandes enfermedades. A consecuencia de un mal de Pott, le ha quedado una cifosis de la columna vertebral.

Hace algunos años que viene experimentando dolores agudos en el vientre, y este ha adquirido un volumen considerable. A la palpación, se nota un tumor fijo, muy grande, que ocupa el hipogastrio y que sobrepasa el ombligo, en dos ó tres centímetros. Este tumor ofrece una fluctuación, apreciable en ciertos sitios; pero en otros, su dureza es tal, que hace suponer la existencia de tumores múltiples y de distinta naturaleza, como se comprobó después en la operación.—El 27 de octubre de 1895 se practicó la LAPAROTOMIA y se encontró varios QUISTES EN AMBOS OVARIOS, con múltiples y fuertes adherencias á los órganos vecinos: uno de estos quistes contenía un mechón de cabellos y su contenido era purulento: QUISTE DERMOIDEO; el contenido de los demás quistes, era un líquido color de café y bastante espeso. Existe además un TUMOR FIBROSO DEL ÚTERO.

La operación fué muy laboriosa, siendo muy difícil la extracción de

los tumores. El peso total de estos fué de 12 libras. La duración de tal operación fué de dos horas y media. PEDÍCULO EXTRA-PERITONEAL.

La noche de la operación no fué del todo mala, y hasta las 10 p. m. nada hacía temer un insuceso; pero en la madrugada, la enferma es presa de delirio violento, hipotermia, disnea, vómito, etc. A la mañana siguiente, á pesar de nuestros asiduos cuidados y de agotados todos los recursos científicos, falleció á las 7 $\frac{1}{4}$ a. m., á las 16 horas de operada.

27.*

Nicolasa Amaro—india—natural de Iquique—de 39 años de edad—de constitución robusta y de temperamento linfático—vino á mi servicio del Hospital el 5 de agosto de 1895, y ocupó la cama N° 5 de la sala de San Pedro.

Múltipara—ha tenido 8 hijos y un aborto de dos meses; después de éste ha experimentado trastornos menstruales frecuentes, aumento de volumen del vientre, dificultad para la defecación y aun para la micción, algunas veces.

Después de cuatro años de continuos sufrimientos ha decidido operarse y, con tal objeto, ha venido á esta capital.

Examinada la enferma se nota, en la palpación, un abultamiento redondeado y resistente, hacia la parte inferior é izquierda del abdomen, que alcanza por su límite superior hasta dos centímetros debajo del ombligo; es bastante móvil y se hace muy evidente, al tacto, sobre todo en el fondo de saco vaginal, lateral izquierdo.

El 3 de noviembre del mismo año, se practicó la *histerectomía abdominal*, con ablación de los anexos del lado izquierdo, que se hallaron degenerados y, entre las dos hojas del ligamento ancho, una colección purulenta, enquistada.

Se extrajo, pues, un FIBRO MIOMA DEL CUERPO DEL ÚTERO Y UN QUISTE INTRA-LIGAMENTAR SUPURADO.

La operación fué de fácil ejecución, no habiendo ocurrido nada digno de ser referido. PEDÍCULO EXTRA-PERITONEAL---Ligadura elástica.

La noche consecutiva á la operación fué muy mala: suma depresión, pulso frecuente y pequeño, hipotermia, 35°8, vómitos, algidez de las extremidades. Inyecciones de cafeína, éter; inhalaciones de oxígeno, cognac, hielo, etc., etc., nada es capaz de levantar su postración, muriendo al siguiente día. No pudo verificarse la autopsia.

LÁMINA III FIGURA 2. (1)

28.*

M. B. de H.---natural de Lima---de 32 años de edad---casada---constitución fuerte---temperamento nervioso---núlpara.

(1)---Las láminas han aparecido en el número anterior.

Hace pocos meses que siente peso en el vientre y observa que aumenta considerablemente de volumen; experimenta trastornos é irregularidades en su menstruación.

Después de una exploración metódica, se diagnostica: FIBRO-MIOMA DEL ÚTERO, y se resuelve la operación, que hubo de retardarse, á consecuencia de un ataque de bronquitis que la maltrató bastante y que le duró más de quince días. Restablecida por completo de esta afección se procedió á la *histerectomía abdominal* el 9 de noviembre de 1895.

La operación ofreció algunas dificultades, no tanto por la magnitud del tumor, como por las adherencias múltiples con los órganos vecinos.

Ligera hemorragia de la arteria útero ovárica derecha, durante la operación, á consecuencia de haberse aflojado una de las pinzas; se la toma y se liga separadamente. PEDÍCULO EXTRA-PERITONEAL. Sutura á tres planos del vientre y colocación de gasa de desagüe al lado del pedículo.

La noche de la operación, muy mala: delirio, vómitos muy frecuentes, sabor metálico en la boca, aceleración notable del pulso, fenomenos todos que hacen suponer, con fundamento, que hay un principio de intoxicación yodofórmica.

Tratada convenientemente por mi compañero el Dr. Castro, pasa ese estado tan alarmante para entrar en un período de tranquilidad completa. A los 8 días su estado es muy satisfactorio. El pedículo cayó á los 21 días. Cicatrización próxima.

LÁMINA I.--FIGURA 5.

29.*

J. L. de C.—natural de Arequipa—de 40 años próximamente—casada—de constitución fuerte—ha venido á esta Capital con el exclusivo objeto de curarse.

Después de exámenes múltiples y repetidos se deside á operarse, de un tumor (FIBRO-MIOMA UTERINO) que comprende todo el cuerpo del útero, en cuya superficie externa se encuentran insertados cuatro tumores de tamaño mediano y muchos más pequeños, de los cuales hay algunos *intersticiales*.

La operación se verificó en el domicilio de la enferma, el día 19 de noviembre de 1895. *Histerectomía abdominal y ablación total de los anexos*. Sin embargo, las adherencias del tumor con el peritoneo y aún con los intestinos, es de fácil extracción, relativamente. La incisión del vientre es pequeña. PEDÍCULO EXTRA-PERITONEAL.

En la noche que se siguió á la operación, hubo ligera hipotermia, la que sólo duró dos ó tres horas; después se levantó la temperatura á 37° 3, para quedar estacionaria. Vómitos raros que se cohibieron al siguiente día, con sólo el uso del hielo.

Desde el siguiente día de la operación, ha continuado reanimándose gradualmente; se han restablecido las funciones digestivas, y el pe-

diculo ya modificado está próximo á caer; siendo su estado general magnífico al escribir esta observación.

LÁMINA II—FIGURA 3.

30.^a

Maria Gutiérrez viuda de Ormeño—mestiza—natural de Casma—de 46 años de edad—de constitución fuerte y de temperamento linfático—entró en mi servicio y ocupó la cama número 21 de la sala de La Virgen, el 11 de noviembre de 1895.

Su padre falleció á consecuencia de una hemotisis algunos años há, y su madre murió hace poco de una afección cerebral.

La Gutiérrez no ha sufrido enfermedades anteriores dignas de ser referidas. Su menstruación se verificó á los 12 años—Nulípara—A la edad de 32 años, y á consecuencia de un esfuerzo, se le produjo una hernia umbilical. Hace sólo dos ó tres años que sufre de hemorragias frecuentes, irregularidad en los períodos menstruales, y observa que su vientre va aumentando sensiblemente.

TUMOR FIBROSO DEL ÚTERO CON ALTERACIÓN DE SUS ANEXOS.

Se operó el 22 del mismo mes. *Histerectomía abdominal y ablación de anexos.* Al mismo tiempo se hizo la *reducción y curación radical de la hernia.* La operación fué muy laboriosa para facilitar la extracción del tumor que era muy voluminoso y que pesaba 15 libras; fué necesario dilatar la herida del vientre. PEDÍCULO EXTRA PERITONEAL. En el pedículo se comprendió los anexos, previa ligaduras de las arterias útero ováricas de ambos lados, y sutura de los ligamentos anchos al catgut número 4.

Consecutivamente á la operación y después de una noche bastante regular, con 37° de temperatura y 130 pulsaciones por minuto, sobrevinieron vómitos frecuentes, timpanismo, dolor intenso en el vientre, elevación de temperatura que alcanzó, en la tarde del siguiente día, á 39½, aceleración del pulso, 146 al minuto, respiración muy anhelosa, y vómito casi incesante, de aspecto porraceo y dolores intensos al vientre, falleciendo el día 24 á las 10 a. m.

Verificada la autopsia, se comprobó la muerte por peritonitis.

LÁMINA III—FIGURA 5.

HIGIENE

Lima, enero 14 de 1896.

Sr. Inspector de Higiene y Vacuna.

S. I.

Tengo el honor de remitir á U. S. el cuadro estadístico de las vacunaciones practicadas en la sección de mi cargo durante el año que ha terminado; en él notará U. S. que el mayor número de vacunaciones corresponde á los meses de noviembre y diciembre, época en que comenzaron á

presentarse casos de viruela, los que desgraciadamente continúan con alguna frecuencia en razón de la resistencia que oponen muchas personas del pueblo para vacunarse y hacer vacunar á sus hijos. También notará U. S. que han concurrido á la oficina de vacunación de la Exposición en solitud de vacuna 1.585 personas; hecho que manifiesta la confianza que tiene el público en la vacunación directa, así como la garantía que presenta el Establo Vaccinal.

No debo pasar desapercibido que á pesar de las dificultades que presenta la vacunación á domicilio, por causas muy variadas que U. S. conoce, los señores Vacunadores de Distrito han alcanzado una cifra que hace ver que no han descuidado la misión que les está encomendada, habiéndome convencido personalmente del buen éxito obtenido en muchos de sus vacunados.

Próximamente remitiré á U. S. una Memoria detallada del servicio de mi cargo.

Dios guarde á U. S.

JOSÉ M. QUIROGA.

RESUMEN de las vacunaciones y revacunaciones practicadas por los señores vacunadores de Distrito desde el 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre de 1895.

Distritos	SEXOS		RAZAS				EXITOS			Vacunados	Revacunados	Total
	Hombres	Mujeres	Blancos	Indios	Negros	Mestizos	Buenos	Nulos	Ignorados			
1.º	203	211	189	47	35	143	205	89	120	164	250	414
2.º	240	320	285	172	29	83	240	„	320	165	395	560
3.º	218	271	254	134	24	77	127	159	203	134	355	489
4.º	182	295	387	82	8	„	83	81	313	198	279	477
5.º	200	208	145	46	8	209	133	67	208	189	219	408
6.º	326	216	176	131	43	192	237	18	287	319	223	542
7.º	223	295	254	160	35	69	205	148	165	138	380	518
8.º	247	81	129	106	42	51	189	90	49	88	240	328
9.º	252	217	87	208	22	152	165	96	208	239	230	469
10.º	224	253	235	168	6	68	145	93	239	313	164	477
Sumas	2315	2367	2141	1254	243	1044	1729	841	2112	1947	2735	4682

ANOTACIONES.—Los éxitos nulos corresponden en su mayor número á los revacunados y á los ignorados. Depende esto de la falta de tiempo para observar á todos las vacunados.

Lima, enero 12 de 1896.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
 Universidad del Perú. Decana de América

RESUMEN estadístico de las vacunaciones y revacunaciones practicadas en Lima por el personal de vacunadores en el año de 1895.

MESES	SEXOS		RAZAS				NACIO- NALI- DAD		EXITOS			LUGARES DE VACU- NACIÓN		Vacunados	Revacunados	Totales	Tubos con vacuna re- mitidos al H. Consejo	Frasquitos con emul- sion de vacuna
	Hombres	Mujeres	Blancos	Indios	Negros	Mestizos	Peruanos	Extranjeros	Bueno	Nulos	Ignorados	Mercedo de la Concepción y domicilio	Establo Vacci- nal					
Enero...	20	22	18	13	1	10	41	1	29	..	13	42	..	41	1	42	35	
Febrero...	17	23	16	14	..	10	40	..	19	..	21	40	..	40	..	40	10	
Marzo....	14	14	15	9	..	4	28	..	20	..	8	28	..	28	..	28	10	
Abril.....	18	25	21	15	1	6	42	1	28	..	15	43	..	42	1	43	44	
Mayo.....	32	41	28	18	1	26	71	2	55	1	17	73	..	69	4	73	62	
Junio.....	63	79	61	47	3	31	193	4	103	2	37	117	25	113	29	142	130	
Julio.....	89	98	74	52	5	56	183	4	142	1	44	136	51	139	48	187	314	
Agosto...	133	118	123	83	7	38	244	7	205	6	40	143	108	137	114	251	370	
Setiembre	120	157	140	57	36	44	272	5	195	39	43	143	134	214	63	277	500	
Octubre...	332	331	226	115	112	210	659	4	444	73	146	527	136	551	112	663	504	15
Noviembr	814	739	654	545	165	189	1547	6	1103	126	324	1112	441	1311	242	1553	686	21
Diciembre	500	537	472	394	77	94	1035	2	779	114	144	347	690	838	199	1037	717	3
Suma...	2152	2184	1848	1362	408	718	4300	36	3122	862	852	2751	1585	3523	813	4336	3372	39

ANOTACIONES.—Desde el mes de julio sólo se emplea el virus vaccínico animal cultivado en el Establo Vaccinal de la Exposición, habiendo vacunado hasta la fecha 40 terneras, 38 con buen éxito y dos sin suceso.

El 15 de noviembre el H. C. Provincial nombró 10 vacunadores, uno para cada distrito de la población, los que en el corto tiempo de 45 días han vacunado 4332, como consta en el cuadro adjunto, los que agregados á los 4336 hacen un total de 9018 vacunados.

Lima, enero 14 de 1896.

DR. JOSÉ M. QUIROGA.

HERIDA POR ARMA DE FUEGO

Fractura del cráneo—Contusión cerebral—Compresión cerebral—Encefalitis circunscrita—Doble trepanación Punción exploradora—Curación. (1)

El 17 de marzo del año 1995, día del ataque á esta capital por las fuerzas de la Coalición, el soldado Manuel Chuctalla, de 28 años de edad, perteneciente á la 3.^a compañía del batallón "Cuzco" del ejército del General Cáceres; fué herido en la tarde de ese día, durante el combate que sostuvieron

fuerzas de su batallón, en la plaza de Santa Teresa.

Manuel no se daba cuenta de nada absolutamente, pues desde el momento en que recibió la herida, cayó derribado y completamente privado de conocimiento, el cual sólo recobró parcialmente algunas horas después de su ingreso en el Hospital Militar de San Bartolomé, en el que ocupó la cama N.º 3 de la sala de San Antonio.

Presentaba una herida en la región parietal derecha, que comprometía el cuero cabelludo y el hueso en todo su espesor; se notaban claramente los latidos cere-

(1). Conferencia dada en la Sociedad Médica "Unión Fernandina".

brales; la dura madre se conserva intacta.

La herida tenía 4 centímetros de diámetro anteroposterior, y un centímetro de través; la parte media de ella distaba en centímetros de la sutura biparietal 6, de la parte media del arco zigomático del mismo lado 12, de la apófisis mastoidea 12, del vértice de la sutura lambdoidea 8, de la apófisis orbitaria externa 10, del vértice del bregma 7.

Examinado el fondo de la herida con un estilete, sólo se tocó una pequeña esquirla adherida á la dura madre.

El proyectil, que sin duda fué de Mannlicher, dado el pequeño diámetro transversal de la herida que hemos descrito, pasó tangencialmente á la región parietal.

Nuestro herido estaba apirético, su pulso era pequeño y lento, su palidez manifiesta, el miembro superior izquierdo lo tenía completamente paralizado, pero no había perdido la sensibilidad, pues hincado con un alfiler ejecutaba movimientos reflejos con el miembro opuesto; sus facultades intelectuales parecían ligeramente embotadas; los demás aparatos y órganos nada de anormal presentaban.

Creímos desde luego que la monoplegia era sintomática de la *contusión* que había sufrido el cerebro en la parte de las circunvoluciones frontal y parietal ascendentes derecha, que es el centro motor del miembro superior izquierdo.

Teniendo en cuenta la benéfica acción terapéutica que las sales amoniacaes, y especialmente el muriato de amoniaco, ejercen en las contusiones cerebrales, prescribimos, para que tomara cada dos horas, una cucharada de la siguiente poción: Muriato de amoniaco 4 gramos, Agua destilada, 120,,.

El interno del servicio señor Pablo Mimbela hizo en este día como en los siguientes la cura an-

tiséptica de la herida, con toda prolijidad.

El 22 de marzo amaneció casi en el mismo estado; siempre apirético, el pulso pequeño y lento. Continuó con el mismo régimen del día anterior.

El 23 estaba algo aliviado, pues ejecutaba ligeros movimientos con el miembro paralizado; su estado mental era satisfactorio, contestaba racionalmente á las preguntas que se le dirigían. Continuó tomando las cucharadas de muriato de amoniaco.

En los días transcurridos del 24 al 29 de marzo avanzó la mejoría, pues los movimientos del brazo eran más extensos. Continuó con el mismo régimen.

El 30 de marzo siguió apirético, pero notamos que los movimientos del brazo eran menos fáciles que el día anterior; los latidos cerebrales que en días anteriores habían sido bastante marcados en el fondo de la herida, eran muy poco manifiestos. Continuó con las mismas cucharadas y la cura antiséptica; además se le prescribió un enema de lo siguiente:

Sulfato de magnesia.... 60 grms.
Sulfato de soda..... 60 „
Infusión de sen..... 200 „
que dió por resultado dos cámaras abundantes.

El 31, el retroceso era manifiesto, pues el herido no podía ya sentarse como en días anteriores, el movimiento del brazo era casi nulo, el miembro inferior izquierdo lo manejaba con dificultad; estaba apirético, el pulso era lento. Se le prescribió una cucharada, cada dos horas, de la siguiente poción:

Carbonato de amoniaco. 4 grms.
Agua destilada..... 120 „
Fricciones generales, tres veces al día, de Esencia de trementina.... 100 grms.
Amoniaco líquido..... 4 „

El 1.º de abril el paciente amaneció en estado de coma, la hemiplejia del lado izquierdo era com-

pleta; el termómetro marcaba 37°, el pulso era pequeño y frecuente; en la herida no se percibían ya los latidos cerebrales; en el momento de la visita le sobrevinieron convulsiones clónicas en el lado paralizado, que duraron un minuto, las cuales, después de unos cuatro minutos de tranquilidad, volvieron á presentarse con más intensidad y duración.

Visto el estado de gravedad tan rápido á que había llegado nuestro enfermo, resolvimos practicar inmediatamente la trepanación del cráneo, como único recurso terapéutico salvador.

Efectivamente, conducido á la sala de operaciones, y colocada la cabeza en la posición usual en estos casos, se afeitó y desinfectó la región parietal derecha, se inyectaron cuatro jeringuillas de Pravaz llenas de una solución de clorhidrato de cocaína al 2%, á fin de anestesiar la región donde se iba á operar; como el estado de depresión del paciente fuese marcado, se le inyectó además por la vía hipodérmica 25 centg. de una solución de cafeína y benzoato de soda.

Practicamos con un bisturí convexo una incisión crucial en el cuero cabelludo hasta descubrir el hueso parietal; las incisiones tenían 8 centímetros de longitud; una de ellas, antero-posterior, seguía la dirección del diámetro mayor de la herida, la otra le era perpendicular; desprendimos en seguida el cuero cabelludo y el pericráneo, poniendo á descubierto el hueso parietal en una extensión de 8 centímetros cuadrados, en el que se percibió la fractura ya descrita, y limitada solamente al punto que atravesó el proyectil; al rededor de ella no se notaba ninguna depresión ni solución de continuidad; aplicamos una corona de trépano en la extremidad anterior de la brecha ósea, y otra hacia su parte posterior y externa; la extrac-

ción de las redondelas óseas puso á descubierto, un pequeño foco purulento entre la dura madre y la lámina interna del parietal, y á varias esquirlas formadas á expensas de esta última, la mayor de las cuales tenía tres centímetros de largo por un centímetro de ancho, las otras eran más pequeñas; fueron extraídas con ayuda de una pinza. Explorada minuciosamente la herida operatoria y asegurados de que no había quedado ninguna esquirla, se hizo la antisepsis de ella, por medio de una solución de Bicloloruro de hidrargirio al 1 por 1000, se la cubrió con polvos de yodoformo y se rellenó con gasa fenicada, terminando la cura según las prescripciones usuales.

En cuanto al régimen interno, se le prescribió cucharadas de muriato de amoniaco cada dos horas.

En la tarde el estado comatoso había disminuído, el termómetro marcaba 36°8; se le inyectó 25 centigramos de solución de cafeína y benzoato de soda, á fin de combatir la depresión que aún persistía.

Al día siguiente amaneció con 36°7, el estado de coma había desaparecido completamente, el pulso no era tan lento y pequeño; movía ligeramente el miembro inferior izquierdo, que hasta el día anterior había estado completamente paralizado, el miembro superior continuaba privado de movimiento. Siguió con el mismo régimen interno y su respectiva cura antiséptica. En la tarde el termómetro marcó 37°.

El 3 de abril amaneció con 36°8, el pulso no era tan lento, el estado general mejorado, se pudo sentar; los movimientos del miembro inferior izquierdo más extensos, el miembro superior en el mismo estado. En la tarde 37°. El mismo régimen.

El 4 y 5 de abril la temperatura era de 37°, en la mañana y tarde, su estado general se había mejorado aún más, los movimientos

del miembro inferior casi completamente recuperados. El mismo régimen.

El 6 de abril el miembro superior izquierdo continuaba paralizado, haciendo contraste con el inferior que había ya recuperado sus movimientos. Explorada la herida que, dicho sea de paso, supuraba abundantemente, no se percibía con el estilete nada que pudiese comprimir las circunvoluciones parietal y frontal ascendentes en las partes que son centro motor del miembro superior del lado opuesto. Se hacía, pues, necesario el emplear otros medios de investigación, á fin de poder darnos cuenta exacta de cual podía ser la causa de la parálisis tan persistente del miembro superior izquierdo; resolvimos en consecuencia hacer una punción exploradora en la masa encefálica; para lo cual, previamente hecha la antisepsis de la herida, introdujimos un trocar de un milímetro y medio de diámetro, á dos centímetros y medio de profundidad; hacia la parte de las circunvoluciones que sirven de centro motor del miembro superior izquierdo; sacado el punzón se notó la extremidad ligeramente teñida de sangre; extraída en seguida la cánula, la abertura de punción dejó salir sangre en abundancia; se le hizo la cura antiséptica y continuó con el mismo régimen medicamentoso.

El 7 de abril amaneció más ó menos en el mismo estado del día anterior. El mismo régimen.

El 8 principió á ejecutar ligeros movimientos de extensión con los dedos de la mano hasta entonces paralizada. El mismo régimen.

En los días 9, 10 y 11 continuó la mejoría, pues los movimientos de flexión y extensión de los dedos eran marcados, la mano principiaba á ejecutar ligeros movimientos sobre el antebrazo.

El 12 separaba ligeramente el brazo del tronco (abducción).

En los días siguientes continuó

el alivio aunque paulatino, pues sólo á fines de junio pudo nuestro operado hacer uso de su miembro superior; durante este transcurso de tiempo se inflamó repetidas veces el pericráneo y el cuero cabelludo próximo á la herida; pero se dominaba la inflamación, una vez eliminados algunos pequeños secuestros.

La herida continuó supurando; habiendo terminado la cicatrización á fines de agosto del próximo pasado.

El cuero cabelludo ha quedado formando una depresión de dos centímetros de diámetro en el punto de la cicatriz, y deja apenas percibir los latidos cerebrales.

A fines de setiembre fué dado de alta Manuel, completamente curado; para emprender su marcha al Cuzco, á donde se encuentra en la actualidad.

La historia cuyo relato hemos hecho, es por demás interesante para el clínico.

Ha presentado á la observación lesiones distintas unas de otras, y circunscritas á las partes de las circunvoluciones frontal y parietal ascendente derecha que hacen de centro motor de los miembros superior é inferior del lado opuesto.

Efectivamente, en los primeros días consecutivos á la herida del cráneo, estaba sólo contusionado el centro motor del miembro superior izquierdo, pues era el único paralizado; cuando esa contusión había sido casi completamente dominada por la acción terapéutica del muriato de amoniaco, que en esta clase de lesiones produce magníficos resultados; se presentaron síntomas de compresión cerebral; el cómo las convulsiones y hemiplegia izquierda inclinaban el diagnóstico en tal sentido; dicha compresión era producida de una parte por el pequeño foco purulento formado entre la dura madre y el hueso parietal, y de otra, por las

esquirlas provenientes de la lámina interna de dicho hueso, del cual se separaron por efecto de la supuración; la trepanación así lo manifestó claramente.

Por último, se produjo encefalitis circunscrita en la parte de las circunvoluciones que hace de centro motor del miembro superior izquierdo, á consecuencia de la compresión prolongada sobre esa parte delicada, por la contusión que aun no había sido dominada completamente. La falta de fiebre no dice nada en contra de este diagnóstico, pues es sabido que este síntoma falta muchas veces en las inflamaciones sean circunscritas ó nó.

Esta historia clínica nos pone de manifiesto también, lo inofensivas que son las punciones exploradoras en la masa encefálica, cuando se practican con la debida antisepsis; y el partido provechoso que de ellas se puede sacar para el diagnóstico y tratamiento; ya se necesite de la intervención operatoria, como en el caso de haber supurado el foco inflamatorio, ó ya no, como en el presente caso, en el que la punción sirvió de norma para el tratamiento ulterior, y quizás hasta de medio terapéutico, pues á partir de ella principió á modificarse la inflamación del cerebro.

Por último, el feliz resultado obtenido, nos hace ver una vez más, el beneficio hecho á la cirugía cerebral, con el descubrimiento de las localizaciones; y la casi seguridad con que ahora se puede aplicar el trépano á los huesos del cráneo, en todas aquellas afecciones cuya sintomatología reclama su intervención inmediata y eficaz.

Lima, enero de 1895.

DR. M. GONZÁLEZ OLAECHEA.

EL GUAYACOL COMO TOPICO antitérmico

El presente trabajo es una recopilación de observaciones sobre una

nueva propiedad del guayacol: la de ser antitérmico usado como tópico.

En el servicio del doctor Morales, "Hospital de Santa Ana", he podido comprobarlo repetidas veces, y ahora presento seis historias clínicas que contienen 25 observaciones.

El empleo de dicho medicamento no puede ser más sencillo y á veces es de gran utilidad, cuando por el enfermo ó por su estado es difícil la ingestión de medicamentos.

Su efecto es rápido y constante por lo que he visto, y su eficacia es relativamente poderosa comparado con otros antipiréticos que no siempre producen el resultado que de ellos se espera.

Feliz, por no haber observado ninguno de los inconvenientes que algunos experimentadores señalan, no por eso pretendo negarlos; pero, creo que son raros y que pueden evitarse. No pretendo, tampoco, precisar las indicaciones y contra-indicaciones de esta nueva medicación: este punto árduo todavía, lo considero superior á mis limitados conocimientos.

Sólo he procurado confirmar lo que otros han experimentado, declarando en vista de mis observaciones que el guayacol usado en embrocaciones es un antipirético.

He dividido en 6 partes el presente trabajo, á fin de que sea más fácil juzgarlo.

PRIMERA PARTE. *Constitución química del guayacol.*

SEGUNDA PARTE. *Historia de su empleo.*

TERCERA PARTE. *Acción fisiológica.*

CUARTA PARTE. *Dosis, sitio, extensión de las embrocaciones y diversas preparaciones empleadas.*

QUINTA PARTE. *Indicaciones y contra-indicaciones.*

SEXTA PARTE. *Historias clínicas.*

1.—CONSTITUCIÓN QUÍMICA DEL GUAYACOL. El guayacol es un fenol de fórmula $C^7 H^8 O^3$, que en la

proporción de 60 á 90 % se encuentra en la creosota, substancia descubierta en 1832, por Reichenbach, entre los productos de la destilación del alquitrán de Haya. La creosota es un líquido aceitoso, incoloro ó débilmente amarillo que se oscurece por la acción de la luz y del aire. De olor fuerte y persistente, de sabor quemante y muy cáustico; poco soluble en el agua, muy soluble en el alcohol, éter, glicerina, sulfuro de carbono, ácido acético, aceites fijos y algunos volátiles; disuelve un gran número de substancias, como el fósforo, azufre, etc.

Es una mezcla de fenoles y de éteres metílicos, ácidos de difenoles. Marasse ha aislado como sus componentes, el fenol, el creosol, el cresilol, el florol y el guayacol.

Cuando por destilación fraccionada de la creosota se llega á los grados 200 á 205 se obtiene un líquido de olor aromático, que es el guayacol.

Su densidad es 1.171 á 13°. Hierve á 200°. Es poco soluble en el agua y muy soluble en el alcohol, éter y aceites fijos, y dá con el ácido sulfúrico una coloración rosa claro. La luz le altera, teniendo que conservarse, por esto, en frascos opacos. Este guayacol líquido se expende en el comercio; pero es algo impuro: contiene, casi siempre, un 48 á 50 % de creosol y un 2 á 4 % de cresilol.

El guayacol del comercio puede obtenerse cristalizado, es decir, sin impurezas. El procedimiento siguiente permite conseguirlo así.

El guayacol líquido mezclado con una débil solución de amoníaco se agita y se destila. El líquido de la destilación se disuelve en igual volumen de éter adicionado de una solución alcohólica concentrada de potasa cáustica hasta ligero exceso. El precipitado que se forma se lava con éter, se le hace cristalizar en alcohol y en fin se le satura con ácido sulfúrico diluido.

A. Behal, E. Choay y Merck han conseguido prepararlo sintéticamente, mediante la acción del ioduro de metilo sobre la pirocatequina.

El guayacol sólido, cristalizado, es blanco, fusible á 28°5 (á 33° según Merck). Cuando está fundido queda en sobre fusión, durante un tiempo indeterminado.

Es muy soluble en la glicerina anhidra (casi nada en la oficial). A una baja temperatura, un gramo de guayacol puro es soluble en 60 centímetros cúbicos de agua destilada. Tratando 2 centímetros cúbicos de una solución de $\frac{1}{16}$ de guayacol por dos gotas de una solución acuosa de percloruro de hierro al 0°20 %, se obtiene una coloración azul que pasa rápidamente al verde y al amarillo.

Cuando Reichenbach descubrió en 1832 la creosota, se la empleó, desde esa época, en el tratamiento de la tisis pulmonar; la usaron Nreefe de Berlín, Kunkel, Breschet, Grandjean, Mignot, etc., pero, muy pronto se la olvidó y sólo desde 1877 el profesor Bouchard y el doctor Gumbert volvieron á generalizar su administración. Numerosos trabajos y ensayos de médicos como Guttman Sommerbroat, Fraentzel, Coruet, Hugues, Bravet, ..., etc., revelaron cuan eficaz era la creosota en la tuberculosis pulmonar, y desde entonces quedó establecido su empleo. Habiendo manifestado Marasse que en la creosota—mezcla de fenoles—existía el guayacol en proporción de 60 á 90 % se atribuyeron los efectos obtenidos con aquélla á esta última substancia; y en vista de la variedad de pureza de la creosota, así como de algunos inconvenientes que producía su empleo, el doctor Sahli (de Roma) propuso reemplazarla con el guayacol. Los trabajos de Saladie, Sagrave, Fraentzel, Bourget y otros generalizaron y confirmaron la opinión de Sahli, quedando reconocida la efi-

cacia del guayacol en la tuberculosis pulmonar y las ventajas que presenta en su administración y tolerancia.

2. — HISTORIA DEL EMPLEO DEL GUAYACOL. Todos los experimentadores que han escrito sobre el uso externo del guayacol, están de acuerdo en reconocer que el doctor Sciolla, asistente del doctor E. Maragliano, profesor de Clínica Médica en la Facultad de Génova, fué el primero que descubrió las propiedades antitérmicas del guayacol.

En la Clínica del doctor Maragliano, trataba Sciolla de obtener en los tuberculosos una absorción máxima de guayacol, en vista de la eficacia curativa de esta substancia en la tuberculosis pulmonar, y para conseguirlo usó la vía epidérmica friccionando diversas regiones del cuerpo.

El resultado fué inesperado, y deseando convencerse de esta nueva propiedad emprendió una serie de observaciones que dieron por consecuencia que en la "Gazzeta degli Ospedale" del año 1893, expusiese el método seguido por él y los efectos que debían esperarse de esta medicación.

El doctor Maragliano y sus colegas Devoto, Campana y Mosso repitieron los trabajos de Sciolla, quedando convencidos de que el guayacol es un antitérmico poderoso.

La publicación de estas primeras observaciones llamó la atención del doctor L. Bare, profesor agregado á la Facultad de Medicina de Lyon, el cual aplicó dicho tratamiento á 4 tuberculosos y después á otros, siendo objeto sus trabajos de una comunicación á la Sociedad de Ciencias Médicas de Lyon. En ella confirmaba lo expuesto por Sciolla, rectificaba algunos puntos tales como dosis, limitaba el uso á ciertos períodos de la tuberculosis y en ciertas formas; y, en fin, precisó sus ventajas, señalando al mismo tiempo algunos accidentes que pueden presentarse á consecuencia de la

medicación, cuando ella se aplica indistintamente; y sin creer el asunto completamente estudiado, recomendaba nuevas observaciones.

En Lyon siguieron al profesor Bard algunos médicos, como los doctores Cowimont, Lepine Weill; el doctor Guinard, que se ocupó del mecanismo de la acción antitérmica; al doctor Geley, que escribió una tesis; los doctores Linossier y Lannois, que estudiaron la absorción del guayacol; en fin, se dió en esa ciudad impulso grande á esta medicación publicándose numerosos trabajos que cada día precisaban más el método que debía seguirse.

Al mismo tiempo que se emprendían estudios en Lyon, en otras partes de Francia se hacían observaciones: en Lille, los doctores Robilliard y Desplats; en Angers, el doctor Lepage; en París, los doctores Gilbert y Labadie Lagrave; en Montpellier, el doctor Bosc.

Como cada uno de estos observadores publicaba los resultados que había obtenido, aparecieron durante los años 93 y 94 importantes trabajos. El uso del guayacol ya no se limitó á la tuberculosis; sino que considerado como antipirético de una manera general, se empleó en diversas piroxias. Así, el doctor Federici, que hizo observaciones en niños, estudió sus efectos en las piroxias de origen infeccioso. En la fiebre tifoidea, Montagnon expuso las indicaciones para el uso del guayacol. Moissy consiguió prolongar la hipotermia durante 12 ó 15 horas siguiendo un método expuesto en una tesis. Friendenwald, Hayden, Sidney, Thayer, publicaron, lo mismo que Clemente y Ferreyra, algunas observaciones felices sobre las embrocaciones en la fiebre tifoidea.

El doctor Darbonet, las empleó en las anginas pultáceas y los flegmones amigdalinos; igualmente los doctores Raymond, Cotton, A. Corvin y E. Rhodes. Casowice y

M. Sigalea consiguieron aplicarlas con eficacia en las pleuresías.

Sería muy largo enumerar todas las pirexias en las que el guayacol, como tópico, ha revelado sus propiedades antitérmicas; así mismo, sería extenso mencionar uno por uno todos los experimentadores que se han ocupado de este asunto; sin embargo, no dejaré de recordar y de agregar á los mencionados á los doctores Vedrini, Fleury, Tavitian, Aubert, Lamoine, Stourbe y Cheron, De Reuzi, Da Costa, etc.

Algunos de nuestros médicos han prescrito las embrocaciones de guayacol, y si bien sé que existe uno que otro caso no muy feliz, en cambio hay muchas observaciones de éxito favorable. Siento no conocerlas minuciosamente, para consignarlas en el presente trabajo.

3.—ACCIÓN FISIOLÓGICA.

A.—*Acción local.* Habiéndose empleado diversos guayacoles para las embrocaciones, no es extraño la divergencia de opiniones respecto á la acción cáustica, que dicen produce este medicamento cuando es aplicado á los febricitantes. El guayacol cristalizado—que es el puro—no produce ninguna acción revulsiva sobre la piel; en cambio, el guayacol líquido—el del comercio—contiene siempre un 50 % aproximadamente de impurezas, tales como creosota, cresylol y cresol, á las que se deben los eritemas de aspecto erisipelatoso acompañados á veces de hinchazón y siempre bastante dolorosos, señalados por Lepine.

Otras veces es una sensación de quemadura bastante intensa la que se observa, y la piel embadurnada se pone roja como acontece después de un sinapismo.

Suele seguir á la acción irritante una descamación análoga á la escarlatina. (*Presse médicale*, 20 de abril de 1895).

A no ser que se trate de personas de una demasiada susceptibilidad de la piel, teniendo cuidado de

emplear un guayacol puro, no hay temor que se presenten accidentes cutáneos inflamatorios. (Bard).

El grado de irritación varía según la calidad del guayacol, según la dosis y la susceptibilidad epidérmica del enfermo. (Guinard).

El guayacol que he usado ha sido el líquido—el del comercio—sin embargo, nunca he visto que produzca eritema, ni siquiera sensación de quemadura; y no sólo lo he visto en las veinte y cinco observaciones que presento, sino en muchas más que no consigno.

Es cierto que casi siempre las personas han sido indias, zambas, etc., todas de trabajo, influyendo su poca ó ninguna susceptibilidad epidérmica para explicar la falta de reacción cutánea; pero, en cambio, á pesar de mis continuas preguntas jamás se han quejado ni de sensación de quemadura.

No obstante, creo preferible el empleo del guayacol cristalizado.

B.—*Absorción—Eliminación.—Análisis de las orinas.*

El doctor Sciolla, al dar cuenta de sus observaciones, afirmó que el guayacol era absorbido por la piel, fundándose que á los 15 minutos, el enfermo siente en la boca el sabor característico de esta substancia acompañado ya de un descenso térmico, y en que más ó menos al cabo de una hora aparecen en la orina las señales del guayacol eliminado, alcanzando su máximo á las 5 ó 6 horas.

El doctor Guinard que ha estudiado y procurado dar una explicación científica y experimental del modo como se produce el fenómeno antipirético, no admite la hipótesis de Sciolla, fundándose en que una absorción tan rápida del guayacol por la piel no es posible, por ser esta vía de introducción casi nula, pues los cuerpos grasos que son los que más se absorben penetrando por simple imbibición necesitan como minimum 2 ó 3 horas, y según Aubert 4 ó 5 horas.

La presencia del guayacol en las orinas no basta para deducir que es absorbido por la piel, dice Guinard.

Los vapores de guayacol se difunden con abundante rapidez, pudiendo penetrar por las vías respiratorias en suficiente cantidad, no para provocar un marcado descenso de la temperatura, pero sí para permitir encontrar señales en la orina tres horas después que el sujeto ha respirado sus vapores.

Lo ha comprobado haciendo respirar el guayacol á animales, ya colocándolos en una atmósfera saturada de esta substancia, ya haciéndolos respirar á través de una máscara de anestesiarse cuya esponja está impregnada de este medicamento.

El, pues, es de opinión que la absorción influye poco en el grado de antitermia y que la cutánea es casi nula; así, al menos, lo manifestó en la sesión de 18 de junio de 1894 á la Academia de Ciencias de París.

En ella, al dar cuenta de los trabajos practicados con el doctor Geley sobre la regulación de la termogénesis por acción cutánea de ciertos alcaloides, manifestó también que la cocaína, la solanina, la esparteína y la elleborina gozan de las mismas propiedades que el guayacol, produciendo la antitermia, y dice: "Además, no sólo no creemos por principio en una absorción cutánea, que en los casos presentes sería muy insuficiente, sino que todavía el análisis de las orinas no nos ha permitido descubrir rastros de los alcaloides."

En fin, ambos experimentadores han comprobado que una mezcla íntima de guayacol con glicerina en partes iguales, producía á las 3 ó 4 horas un efecto hipotérmico bien manifiesto, no obstante que, por la mezcla, la cantidad de guayacol que actuaba era sumamente pequeña; probando así que la acción antitérmica no podía considerarse en

relación con la absorción. Después de los observadores Guinard y Geley los doctores Linossier y Launois (de Lyon) hicieron una serie de experimentos y en la Sociedad de Biología de París dieron cuenta de sus trabajos en la sesión de 3 de febrero de 1894.

Decían: (*) "Hemos estudiado la absorción del guayacol y su eliminación por la orina, después de las embrocaciones practicadas sobre la piel con dicha substancia. Nuestros experimentos prueban que la absorción del guayacol por la piel es real, porque ella tiene lugar cuando el individuo respira mediante un tubo que termina fuera de la sala en que se encuentra.

"A consecuencia de embrocaciones practicadas con dos gramos de guayacol, la eliminación por el riñón es ya manifiesta al cabo de $\frac{1}{4}$ de hora; la proporción de guayacol contenida en la orina alcanza su máximo de $1\frac{1}{2}$ á 4 horas después de la embrocación. Ella decrece rápidamente al cabo de 6 ó 7 horas. A las 24 horas el análisis no permite ya encontrar señales de guayacol.

"La cantidad de guayacol eliminado por la orina puede alcanzar 1 gramo 11 centigramos, ó sea el 55'5 % de la cantidad empleada en embrocaciones.

"Resulta de estas indagaciones que las embrocaciones de guayacol pueden ser utilizadas para suplir la ingestión ó inyección subcutánea de esta substancia, ó para ampliar sus efectos. Es necesario siempre, para activar la absorción, envolver la superficie embrocada con un tafetán impermeable."

Como se vé, los estudios de los doctores Linossier y Lanois tienden á probar que hay absorción cutánea y que la eliminación se verifica por el riñón.

En vista de lo expuesto el doctor Guinard asociado al doctor Stour-

*) *Semaine Médicale*, febrero 7 de 1894.

be (de Lyon) volvió á hacer experimentos, y en la Sociedad de Biología el 24 de febrero de 1894 el doctor Charrin presentó una nota en nombre de ambos observadores, en la que manifestaban haber conciliado la divergencia que existía antes, aceptando que la absorción cutánea era cierta y que el guayacol penetraba al estado de vapor. "Si, en efecto, se recubre la región embadurnada, si se impide la evaporación, se vé aumentar la dosis de guayacol en las orinas."

(*) El doctor Favitian en una tesis presentada el año pasado á la Facultad de Medicina de París, opina que hay una cierta absorción de guayacol al natural, debida al reblandecimiento y á la ligera é inapreciable desagregación de la capa córnea, epidérmica, que permite al medicamento llegar al cuerpo mucoso. Además una mínima cantidad sería absorbida por los folículos pilosos y sebáceos.

La calidad del guayacol influye en algo respecto de su absorción, la que varía, también, según se emplee puro ó en alguna mezcla, como glicerina, vaselina, aceite de almendras, etc.; siendo por lo tanto la prontitud del efecto dependiente de la más ó menos fácil absorción.

Así Stourbe dice que la glicerina retarda mucho la absorción del guayacol, mientras que con el aceite de almendras es más fácil.

El doctor Pablo Cheron aconseja emplear el procedimiento siguiente—debido á Larlet,—para la investigación del guayacol en la orina. Se ponen en un balón de vidrio 50 cc. de orina á la cual se agrega una mezcla de 25 cc de agua destilada con 4 cc de ácido sulfúrico. Se destila de manera de obtener 50 cc; se agregan entonces 50 cc de agua destilada á los 29 cc que quedaron en el balón y de nuevo se destila hasta obtener sólo 50 cc. Se puede

buscar el guayacol, agregando al producto destilado ácido nítrico. Hé aquí como se debe proceder: se toman tres tubos de prueba, y se pone en uno 1 cc de la solución titulada de guayacol, en otro 1 cc de orina destilada como más arriba se indica, tomando esta orina del sujeto en experimento antes de la embrocación del guayacol, y en el último otro cc de orina destilada después de la embrocación del guayacol. Se agregan á cada tubo unas gotas de ácido nítrico, se neutraliza por el amoniaco á fin de fijar el color más ó menos rojo ó amarillo del nitrofenol que se forma. Una vez terminada la reacción se agrega á los tubos que contienen el destilado de orina con guayacol y la solución titulada de guayacol, una cantidad de agua destilada tal que la coloración de las dos mezclas sea idéntica á la del destilado de orina normal. (**)

Siendo conocidos el título de la solución de guayacol y la cantidad de agua destilada, es fácil hacer un cálculo de proporción que indicará la cantidad de guayacol eliminada por la orina.

El guayacol se elimina al estado de guayacol—sulfato de potasa; pero el tratamiento que sufre la orina en el balón le transforma en guayacol.

(Continúa)

JOSÉ C. PATRÓN,
Interno de los Hospitales.

REVISTA DE LA PRENSA

Lo que no debe hacerse en enfermos del oído y de la nariz

El Dr. J. Robert publica con este título tales consejos en el *New York Médic. Record* (1.º de junio) que bien pudieran titularse "lo que no debe y lo que debe hacerse" con tales enfermos.

(*) *Senaine Médicale*, febrero 28 de 1894.

(**) *Bulletin Médical*, febrero 17 de 1895.

En primer lugar abstengámonos, dice, de las instilaciones de cloriformo, láudano, aceite alcanforado, para aliviar un mal de oído. Tales remedios ineficaces, pueden provocar además inflamaciones locales. *Mejor es* instilar agua caliente, pura ó glicerínada, poner una cataplasma, aplicar una sanguijuela á nivel del tragus.

En la otorrea difusa *no debe* aconsejarse el constante algodón en el oído: opónese á la salida del pus. El galvanocauterio puede ocasionar necrosis, ulceraciones, otitis externa, estrecheces del conducto. Cuando exista supuración, á través de una pequeña perforación timpánica no insufléis polvos insolubles; cierto que disminuyen la supuración, pero es taponando, acaso con malas consecuencias, la perforación dicha. No insufléis por el método Politzer en enfermos cuyas narices contienen mucosidades ó son nerviosos ó su tímpano es muy delgado.

Para mejorar una rinitis atrófica ó un catarro fétido debéis desembarazar antes la nariz de sus costras y mucosidades.

No cautericéis un cornete en punto muy cercano al tabique: la posible adherencia subsiguiente haría peor el remedio que la enfermedad; nunca cautericéis la faringe por encima del velo del paladar (adherencias), ni el tabique nasal,

por temor á producir ulceraciones, exóstosis ó epicondrosis.

No apliquéis soluciones concentradas en la bóveda faríngea sin asegurarnos de que el exceso de líquido no pueda refluir á la laringe (espasmo peligroso); *debéis*, en cambio, exprimir cuidadosamente el algodón portatópico, haciendo tomar al enfermo un trago de agua inmediatamente después de aplicando el cáustico.

Después de una operación en la nariz *debéis* dejar la cura en su punto unas treinta y seis horas al menos, pero no más de sesenta; si la quitáis muy pronto podéis irritar la parte y renovar acaso la hemorragia; si, en cambio, la dejáis demasiado tiempo, podéis ocasionar una inflamación séptica.

No prescribáis la cocaína en el coriza, como tampoco el hierro ó el tanino en las epistaxis. *Emplead* en el primer caso la solución de nitrato de hidrastina al 2 ó 4 por 100 y en las hemorragias la antipirina.

CRONICA

Administración de La Crónica Médica.—El Dr. E. L. Congrains, ha hecho formal renuncia del cargo de Tesorero-Administrador del periódico.

Publicaciones recibidas,

CUYA REMISIÓN AGRADECEMOS A SUS AUTORES Ó EDITORES

Reglamento del servicio de sanidad militar de Bolivia. formulado en cumplimiento del decreto de 25 de agosto de 1894, por el Dr. D. ANDRÉS S. MUÑOZ. Un folleto de 60 páginas con tres láminas litografiadas. *Sucre* (Bolivia), Imprenta Boliviana, calle Grau, 73. Año 1894.

Universidad de la Paz. Facultad Oficial de Medicina. Programa del año escolar de 1895, por el Dr. ANDRÉS S. MUÑOZ, Decano de la Facultad y profesor de la 3.ª cátedra de la misma. Un folleto de 64 páginas. *La Paz* (Bolivia). Litografía Americana. año de 1895.