

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

LA REDACCIÓN DE "LA CRÓNICA MÉDICA"

dejando á cada cual emitir libremente sus ideas científicas, no patrocina, ni es responsable de las que contengan los artículos firmados.

AÑO XI }

LIMA, JULIO 31 DE 1894.

} N.º 134

SECCION NACIONAL

HERIDAS DEL CARRILLO Y DEL CUELLO

producidas por arma de fuego; Herida de la vena yugular externa;

Hemorragias consecutivas; Fractura de la apófisis coracoides; Mialgia (?) rebelde del muslo; Monoplegia braquial; Fiebre infecciosa —Curación

El día 27 de marzo del presente año, á horas 7 y 30 p. m., fuí llamado para asistir en la calle del Lechugal á un joven que momentos antes habia sido herido por una bala de revolver.

Trasladado al domicilio del herido, me encontré con un niño de nueve años de edad, extendido en el suelo, intensamente pálido, desfallecido, y en gran parte cubierto de sangre, la misma que manchaba varios paños que llevaba encima, y aun regaba el piso de la habitación. Procedí á la ligera á examinar al niño en el mismo sitio, y una vez comprobadas las aberturas de entrada y salida, que presentaban respectivamente el carrillo y el cuello, me convencí de que la bala habia salido del cuerpo y que por el momento no habia

peligro alguno. Mientras llegaban los útiles necesarios que habia solicitado para la primera curación, el enfermo fué trasladado á una cama en una habitación ventilada y espaciosa.

Previamente lavada la región con una solución de ácido fénico al 3%, comprobé lo siguiente: Una herida circular de 9 milímetros de diámetro en el lado izquierdo de la barba, en los límites de la región del menton con la región geniana, negruzca, sanguinolenta, circunscrita por multitud de pequeñas quemaduras, producidas por la deflagración de la pólvora del proyectil, la que se habia incrustado en toda la extensión del carrillo; encontrándose éste á su vez, ligeramente hinchado y muy doloroso;

Herida de salida, muy irregular, de doble diámetro que la anterior, festonada, situada por detrás del ángulo de la mandíbula, de bordes desiguales, sangrando con facilidad. La extensión que separaba estas dos aberturas, era de 5 centímetros, unidas por un trayecto fraguado entre el tejido celular subcutáneo y los músculos bucinador y masetero; trayecto que se dibujaba al exterior, por una zona roja y tumefacta;

Herida pequeña, circular, de 6 mm. de diámetro, de bordes completa-

mente regulares, cortantes, como si hubiera sido hecha con un saca bocados, situada en la parte anterolateral y superior del lado izquierdo del cuello, por dentro del músculo externo-cleido-mastoideo, dejando ver una cavidad en su interior, en la rotación de la cabeza hacia el lado opuesto y plegando sus bordes hasta desaparecer en la rotación hacia el mismo lado. Esta herida no daba sangre, se encontraba casi seca; y

Herida irregular, alargada, de 15^{mm.} en su mayor diámetro, situada por encima de la espina del omóplato y cerca de su extremidad externa. La separación de estas dos últimas aberturas era de 14 centímetros; trayecto que se manifestaba por el lado de la piel, sólo en su tercio anterior, por una ligera tumefacción.

Las heridas del carrillo comunicaban entre sí. La del cuello me limité á observarla simplemente. La de salida, situada en la espalda, la sondeé con el estilete, el cual, siguiendo una dirección oblicua, penetraba hacia la abertura del cuello, en una profundidad de 3 centímetros. Encontrando una ligera resistencia en este límite, decidí no llevar el examen más adelante.

El diagnóstico no podía estar más claro: cuatro heridas producidas por arma de fuego (Revolver SMITH y WESSON de 7^{mm.}). La del carrillo, á pesar de su feo aspecto, por la tumefacción y múltiples quemaduras, era de suma benignidad, por no haber comprometido el hueso, ni órgano importante alguno; y la 2.^a á pesar de su aparente benignidad, era de pronóstico grave, tanto por la incertidumbre de los órganos que hubieran sido lesionados, como por la abundante hemorragia que provocó en los primeros momentos, manifestando con ello el haberse herido vasos de alguna consideración. Una vez formulado este pronóstico, llegó el Dr. S. García, quien

después de haber reconocido las heridas, participó en todo de mi opinión.

Lavadas de nuevo las heridas, coloqué en cada una de sus aberturas una planchuela de algodón fenicado impregnado en la misma solución, y por encima, comprendiendo toda la zona interesada, una vejiga con nieve. Le prescribí una poción de acetato de amoniaco con éter, para que tomase cada 2 horas.

Durante el examen á que fué sometido, se quejó en extremo de dolores en el hombro y brazo izquierdos, no pudiendo mover en lo menor dicho miembro.

A las 11 p. m. que regresé á ver al enfermo, lo encontré tranquilo; la temperatura era de 37. 4.

Día 28.—Ha pasado la noche regular, durmiendo á ratos. En la mañana se encuentra apirético. Curadas las heridas como en la noche anterior, se hallan en el mismo estado, salvo la del carrillo que aparece con sus bordes ligeramente infiltrados; el carrillo á su vez se halla bastante tumefacto, rojizo y lustroso; es asiento de una inflamación bien marcada; todo él sembrado por multitud de puntos violáceos y negruzcos, dan á la fisonomía un aspecto desagradable. Le prescribí una poción de bromuro de potasio con valeriana, pues se mostraba algo inquieto; caldo y leche por alimento. Por la noche subió el termómetro á 38°.

Día 29.—La temperatura en la mañana es de 37°. No hay reacción en las heridas del cuello y del hombro; la del carrillo principia á supurar en la noche. Continúa en aumento la tumefacción del carrillo. Se queja de dolores en el hombro y brazo cuando se trata de imprimirle algún movimiento; persiste la impotencia funcional del miembro superior izquierdo. En la tarde de este día se ha presentado un ligero delirio, coincidiendo con una temperatura de

39°. 5. Como régimen, se ha indicado una poción de ácido salicílico, alternada, en la noche, con otra de cloral con bromuro de potasio.

Día 30.—La temperatura en la mañana ha sido de 39°. La tumefacción del carrillo adquiere proporciones considerables, por lo que se ordena una pomada alcanforada con belladona y opio; las heridas de esta región supuran de un modo franco; después de lavadas con una solución de bicloruro de hidrargirio al 1 por 4,000, se coloca un lechino, que atraviesa el trayecto que las separa. La herida del hombro principia á limpiarse, no así la del cuello que permanece como en el primer día; al descubrir esta última sale un poco de pus sanioso y algunos detritus; una vez lavada con bicloruro, se obtura por medio de un lechino, que se hace penetrar un centímetro, y se cubre todo con planchuelas de algodón fenicado. Durante el día ha tomado 0 gr. 90 de bicloruro de quinina, en tres dosis. Por la noche se le encuentra apirético; principiando á ceder, á esta hora, la tumefacción del carrillo. Como continuara quejándose del hombro, procedí á examinar minuciosamente esta región, descubriendo un ruido de crepitación bien manifiesto, que comprobé era debido á la fractura de la apófisis coracoides del omóplato.

Día 31.—Ha pasado la noche muy agitado. En la mañana el termómetro marca 40°. El carrillo ha continuado bajando; las heridas de esta región se cubren de botones carnosos. Quitado el lechino que cierra la del cuello, sale gran cantidad de pus sanguinolento, sanioso, con aspecto de pus hepático; sin embargo, los bordes de la herida permanecen delgados, pálidos, sin reacción alguna inflamatoria. Ejerciendo ligeras compresiones en los alrededores de la herida, no se despierta dolor alguno; la piel en esta región, siguiendo el trayecto de la herida, se encuentra lige-

ramente elevada, como si un cuerpo extraño estuviera colocado por debajo. Lavada la herida, se cubre con polvos de iodoformo y con una planchuela de algodón. Se ordena suspender la pomada de belladona con opio, por ser ya innecesaria. La temperatura descendió al medio día á 39° 4., bajando en la noche á 37° 4. Se prescribio: salicilato de quinina con extracto de valeriana, en píldoras, para tomar cada 2 horas; y tres cucharadas al día de una poción de bromuro de potasa con tintura de almizcle; se ordenó igualmente, enemas de suero con naftalina, y por alimento, chuño y substancia de carne. Este día tuve el agrado y satisfacción, de reunirme en consulta con el estimable Dr. J. I. Canales.

1.º de abril.—Ha pasado una noche regular; duerme á ratos; cuando despierta, está sobresaltado y prorrumpe en gritos. El carácter ha cambiado notablemente, se ha vuelto irascible, todo le fastidia, todo le contraría. En la mañana se encuentra apirético; por la noche el termómetro sube á 38°. Se retira definitivamente el lechino que se colocaba en la herida del carrillo, y en cambio se hace uso de una compresa graduada, para facilitar la adherencia de las paredes del trayecto. La herida del cuello suministra la misma calidad de pus; la de la espalda está limpia y en buenas condiciones. Como tratamiento, continúa con el salicilato de quinina. Principia á quejarse de dolores agudos en la parte media del muslo izquierdo.

Día 2.—Pasó la noche regular, sin gran agitación. En la mañana tuvo un acceso de risa, que motivó una abundante hemorragia por la herida del cuello, que felizmente pudo la familia cohibirla en el instante, por medio de la compresión directa. Habiendo llegado al poco rato de este accidente, encontré al herido inmensamente pálido, asustado, desfallecido, con taquicardia,

cubiertos de sangre el cuello y la ropa de cama. Descubierta la herida y quitados los coágulos que contenía, apareció un chorro de sangre venosa, cuya altura apenas alcanzaba á medio centímetro, escurriéndose en seguida por la parte declive del cuello. La compresión prolongada por encima y debajo de la herida, por medio de esponjas, detuvo nuevamente la hemorragia. Lavada en seguida la herida se colocó un grueso tapón obturador, y por encima dobles planchuelas de algodón fenicado y nieve á permanencia; recomendándose de un modo especial, el reposo más completo posible. Como régimen y tratamiento, continuó con el de los días anteriores; y por bebida, limonada sulfúrica, cada vez que tuviera sed. Durante el día le sobrevino un fuerte calofrío de muy corta duración, subiendo en seguida la temperatura, la cual llegó á 39°6 á las 9 y 40 p. m. hora en que volví á verlo.

Día 3.—Ha pasado muy mal la noche: agitado, durmiendo sólo por instantes, recordando á cada momento y prorrumpiendo en quejidos, determinados, según decía, por el dolor del muslo. Ha tenido varias lipotimias, y en tres ocasiones, le han sobrevenido accesos de verdadera asfixia, habiendo sido necesario agitar el aire á su alrededor y hacerle aspirar vapores de éter. En la mañana el termómetro ha marcado 37°2 y en la noche 38°. El trayecto del carrillo se ha adherido por completo, quedando solo en sus extremidades, dos pequeñas heridas cubiertas de exuberantes botones carnosos. Continuó con el salicilato de quinina.

Día 4.—En este día le ha sobrevenido otra homorragia por la herida del cuello, debida á los esfuerzos que ha hecho al llamar á gritos á su mamá. Se detuvo como la vez primera. Cuando llegué al lado del enfermo, haría media hora próximamente que tuvo lugar

el derrame sanguíneo; descubierta la herida me limité, después de haberla limpiado, á colocar una planchuela séptica, sin poner tapón alguno, con el objeto de favorecer la oclusión de la herida, cuyos bordes se encontraban limpios, manteniéndose siempre por encima la nieve. Con esta pérdida de sangre, se postró más aún el enfermo; el pulso se hizo pequeño, casi filiforme; se le recomendó, enérgicamente, la necesidad de que no hiciese ningún esfuerzo. Esta vez surtió efecto la amonestación, pues permaneció tranquilo y dócil por algunos días, lo bastante para que desapareciera el peligro de una nueva hemorragia. La temperatura de la noche, como lo esperaba, por lo que pasó en la hemorragia anterior, subió á 39°, á pesar de la dosis de quinina que á precaución se le administró.

Día 5.—La herida del cuello, cuya luz se ha reducido, ha suministrado regular cantidad de pus sanguinolento. En la noche, esta herida se encuentra casi obliterada; sólo se nota en el centro del tejido que la cierra, una pequeña umbilicación, en la que se observa una gruesa gota de pus sanioso; separada ésta, aparece otra y después otra, que se reproducen á medida que se retiran, convirtiéndose al cabo en una salida continua, cuando se presiona en los bordes de la herida. Llevada esta presión hasta cierto límite, se consigue hacer salir por el pequeño orificio, de 15 á 20 gramos de pus; después de lo cual se lava la herida con solución de bicloruro y se cubre con algodón fenicado. La temperatura en la mañana fué de 37.6, subiendo en la noche solo á 37.8. El régimen ha sido el siguiente: poción de extracto blando de quinina con serpentaria y almizcle; gotas de percloruro de hierro, cada 2 horas, y limonada sulfúrica. A pesar de la baja temperatura, ha pasado el día muy abatido, quejándose á

ratos de dolor en el brazo y pierna izquierdos.

Día 6.—Ha pasado la noche regular; ha sido una de las mejores en toda su enfermedad, conciliando el sueño en gran parte de ella. Por la mañana marcaba el termómetro 37.3. La herida del cuello se encuentra *completamente* cerrada. Todo el trayecto de la región, exceptuando las partes que obliteran la herida, se encuentra blando, elástico, sin la menor señal de tumefacción; la presión tampoco despertó dolor alguno. Las heridas del carrillo y espalda están reducidas á simples úlceras. Tiene poca sed, alguna apetencia y se muestra tranquilo. La temperatura en la noche ha sido de 38°. Como régimen, ha continuado con la posición tónica y el percloruro de hierro, que ha tomado solo tres veces en el día.

Día 7.—Ha pasado una noche pésima; los dolores de la pierna se han exacerbado de tal modo, que le han impedido conciliar el sueño, teniendo que cambiar de posición á cada instante. Este dolor ha continuado hasta la hora en que lo observo, dificultando la curación de sus heridas, pues no consiente el menor movimiento. Durante la media noche, ha tenido por primera vez un escalofrío intenso y prolongado, por lo que hubo que cerrar las puertas que facilitaban la ventilación, y aun suspender el uso de la nieve. Le prescribí una poción de salicilato de soda, para alternar, con la poción tónica, y defensivos de alcohol alcanforado con veratrina y láudano de Rousseau, en el miembro adolorido. En el día se ha encontrado completamente inapetente, agitado por ratos, soñoliento, insensible á lo que pasa á su alrededor; cuando le llaman la atención, parece que despertase de un sueño profundo y se irrita, volviendo después de cierto grado de agitación, á la misma pesadez. La temperatura de la ma-

ñana ha sido de 38°; la piel se presenta seca y ardorosa; la lengua ligeramente sucia y completamente seca. En la tarde de este día, se ha presentado un nuevo calofrío, igualmente intenso y prolongado, durando desde las 6 hasta las 8 p. m.; su intensidad ha sido tal, que constantemente pedía abrigo, pues nada le bastaba, siguiéndose, según confesión de la familia, una fiebre bien alta. A la hora en que lo observé—9 y 30 p. m.—el termómetro sólo marcaba 38°2. Se le ha prescrito salicilato de quinina 1'20, ácido fénico 0'10, para 12 píldoras, recomendando le dieran 3 en la noche.

Día 8.—La temperatura de la mañana ha sido de 38°2, la de la tarde de 39°2. A los dolores de la pierna, que cedieron algo la víspera, se agregan hoy los del brazo, y principia también á quejarse de la pierna derecha; las heridas se encuentran completamente pálidas, secas, sin supuración. No se han repetido los calofríos, pero en cambio, cada vez que se duerme, lo que sucede á menudo, aparecen sudores profusos; el decaimiento hace progresos, la anorexia es completa, se necesita usar de energía para obligarlo á tomar algún alimento, el cual consiste en substancia y leche con coñac. Continúa con el salicilato de quinina y ácido fénico, alternando cada 2 horas, con la poción de extracto blando de quina. Desde por la mañana de este día se curan las heridas con pomada de iodoformo, consiguiéndose en la noche, retirar las planchuelas impregnadas con pus de buena calidad.

Día 9.—No hay gran variación; el estado general es el mismo; en la mañana el termómetro marca 37°8, en la noche 38°5; la lengua se presenta ligeramente húmeda; los dolores han cedido algo, no se queja ya del lado derecho; persisten los sudores abundantes. Igual régimen y alimento que el día ante-

rior, agregando sólo dos cucharadas, al día, de salicilato de soda.

Día 10.—La noche es regular; la temperatura en la mañana y noche ha sido de 37.4; tiene ligero apetito; las heridas se presentan menos pálidas, y disminuyen sensiblemente; las del carrillo y espalda se cubren con esparadrapo; la del cuello se continúa curando con la pomada de iodoformo; la piel se presenta ardorosa y cubierta de sudor; la postración va en menos; se queja de la pierna y brazo sólo cuando lo cambian de posición. No se varía el tratamiento.

Día 11.—Ha pasado la noche muy mal; sólo ha dormido por ratos, de 3 á 6 de la mañana; se ha presentado abundante sudación, prolongándose por mucho tiempo durante la noche; se ha encontrado muy abatido y la fiebre ha sido bien alta. En la mañana desciende el termómetro á 38°. Se le inyecta 1 gramo de bicloruro de quinina de Erba, y continúa con la poción de extracto blando de quina; la temperatura en la noche fué de 38°. Las heridas no presentan nada anormal. En la noche se prescribe salicilato de quinina 0 gr. 20 cada 2 horas, y una cucharada de salicilato de soda, pues los dolores principiaban á fastidiarlo.

Día 12.—En la mañana el termómetro señala 39°; lo encuentro con gran soñolencia; no se ha dado cuenta de mi presencia; al llamarle la atención, despierta suplicando lo dejen dormir; al dirigirle la palabra prorrumpen en gritos, todo le contraría en el primer momento y en seguida se abate; al interrogarle la causa, al preguntarle si le duele algo, contesta unas veces que "no" y otras que "la pierna"; no hay fijeza en sus ideas, ni hilación en sus palabras; el abatimiento es grande. Se queja de calor, no tiene apetito, al darle el alimento lo rehusa, y al exigirle que lo tome, prorrumpen en llanto; se necesita amenazarlo para con-

seguir que tome algo; existe un poco de meteorismo, la lengua se presenta saburrosa y ligeramente húmeda. Régimen: salol 0'20 cada 2 horas, poción tónica, agua sulfocarbonatada, enemas de suero con naftalina, coñac con leche. El día lo ha pasado con la misma postración. Se nota sobre la tetilla derecha, un pequeño nódulo subcutáneo, móvil, como si fuera un quiste; la piel que lo cubre está ligeramente inflamada. La temperatura en la noche ha sido de 39°. En este día lo ví por cuarta vez en compañía del Dr. Canales.

Día 13.—El termómetro ha marcado en la mañana 38'7 y en la noche 38'3. Se presenta una ligera atenuación en los síntomas del día anterior. La herida sigue bien; la inflamación del pecho va aumentando y el dolor es ya espontáneo; se le aplica pomada de belladona opiada. Continúa con el mismo régimen.

Día 14.—Se queja en la noche, lo mismo que en la mañana, de cefalalgia. El estado general no ha variado; sin embargo, ha conseguido dormir tranquilo algunos ratos en la noche. La temperatura en la mañana es de 38'7; en la noche de 38'2, encontrándose más despejado. Continúa con el mismo régimen.

Día 15.—La temperatura, tanto en la mañana como en la noche, ha sido de 38'2. Está algo animado, conversa á ratos; ha desaparecido el meteorismo. Se le administra en la mañana 0'30 de sulfato de quinina, continuando en el resto del día con el salol y demás medicamentos. No se queja de dolores en la pierna, pero exige tenerla en semiflexión y recostada sobre un apoyo; apenas pretende uno tocarla, prorrumpen en alaridos, alegando que le duele (?); mas, si desoyendo sus súplicas y temores, se le cambia de sitio con presteza, aunque con alguna violencia, sus

lamentos no guardan relación con la intensidad del dolor que debería sufrir, y terminan una vez colocada en la nueva posición. Se nota ya ligera fluctuación en el centro del tumor de la tetilla.

Día 16.—La temperatura en este día, como en el anterior, ha permanecido invariable ($38^{\circ}2$); ha estado bastante decaído; se han presentado de nuevo sudores profusos, ligera disuria y anorexia; se queja de dolores en la cabeza, localizándolos en el occipucio; igualmente se queja de la pierna, pero sólo cuando se le obliga á hacer algún movimiento con ella ó se pretende cambiarlo de sitio. Se suprime el salol y se prescribe pomada alcanforada para unciones en el hipogastrio.

Día 17.—Noche regular. Continúa fija la temperatura de $38^{\circ}2$; se encuentra menos postrado, se anima algo, sin embargo persiste la anorexia. Como régimen, se le prescribe una poción compuesta de árnica, extracto de quina, valeriana, almizcle y cloroformo, para que tome por cucharadas; salol tres veces al día, y bicloruro de quinina en la mañana.

Día 18.—En la mañana bajó la temperatura á $37^{\circ}5$; no se tomó la temperatura en la noche. Se despierta algo el apetito; los sudores han disminuído considerablemente. Se desbrida el absceso, dando salida á 15 gramos, más ó menos, de pus de buena calidad.

Día 19.—El termómetro en la mañana señala $37^{\circ}5$; el apetito continúa aumentando; apenas se presentan los sudores, y sólo después de la ingestión de alguna bebida; la herida del absceso se encuentra en buenas condiciones. Continúa con el mismo régimen.

Día 20.—En la mañana, la temperatura es de 38° ; en la noche, de $37^{\circ}5$. Sigue mejorando. Igual régimen.

Día 21.— $37^{\circ}2$ en la mañana, $37^{\circ}5$ en la noche. Sigue mejor; sólo, sí,

no quiere salir de la posición en decúbito dorsal, alegando imposibilidad funcional en la articulación de la rodilla; no hace el menor esfuerzo para flexionar la pierna, á pesar de haberlo amenazado el día anterior, con la necesidad de hacerle un desbridamiento, convencido de que había mucho de exageración.

Días 22, 23 y 24.—Ha seguido mejorando rápidamente. Se ha encontrado apirético, excepto en la tarde del día 22, en que el termómetro marcó 38° . Las heridas se encuentran completamente cicatrizadas. El régimen ha sido: poción de cloroformo, tres veces en el día; hemoglobina y hierro reducido, en los alimentos. El 24 se consiguió, aunque con grandes dificultades, sentarlo por primera vez en la cama.

Día 25.—Apirético en la mañana; en la tarde, debido á una ligera indigestión, por desarreglo en la alimentación, subió el termómetro á $38^{\circ}6$. El mismo régimen, más 0'30 de bicloruro de quinina en la tarde.

Día 26.—Apirético. Se le viste y coloca en un sillón; igual cosa se hace en los días 27, 28, 29 y 30, en que consigue sostenerse de pié, solo. Me despidió del enfermo este día, dejándolo con sus heridas completamente cicatrizadas; las piernas débiles, por la prolongada inacción, y algo de paresia en el brazo izquierdo; ordenando como régimen: extracto fluído de quina, id. de valeriana, tintura de colombo y de nuez vómica, para tomar por gotas tres veces al día; hierro reducido y hemoglobina, en los alimentos.

El presente caso lo he considerado digno de relatarse, por las reflexiones á que se presta:

El diagnóstico no podía ser más claro; pues tanto por los caracteres de las aberturas como por el trayecto y la dirección que ha seguido el proyectil, se comprueba la existencia de una doble herida en

sedal, producida por arma de fuego: una en el carrillo, y la otra en el cuello, atravezando el hombro izquierdo; esta última de suma gravedad, por haber interesado un grueso vaso venoso, como lo manifiesta la abundante hemorragia del principio y las dos consecutivas (tres en rigor) que en virtud de esfuerzos verificados por el enfermo, se presentaron al 7.º y 9.º día del accidente.

¿Cuál ha sido el vaso herido?

Podemos afirmar que ha sido una vena, por los caracteres de la sangre y la poca fuerza impulsiva del chorro. Si nos fijamos en la altura á que se encuentra la herida—parte superior y lateral del cuello, por dentro del músculo esternocleidomastoideo—veremos que el trayecto fraguado por el proyectil, siguiendo su dirección hacia la abertura de la espalda, está, precisamente, en relación con la vena yugular externa, poco después de la reunión de la temporal superficial con la maxilar interna, lo que hace juzgar que sea dicha vena la herida; no pudiendo haber sido la yugular interna, ni mucho menos la arteria carótida que la acompaña, por razones fáciles de comprender.

¿Qué línea de conducta ha debido seguir el médico en presencia de las hemorragias que sobrevinieron?—¿Ha debido ligar el vaso, ó quedar en la inacción, limitándose solo á detenerlas apenas se presentaban?

Indudablemente que el ideal de la curación, habría sido la doble ligadura del vaso; pero ¿se podía impunemente practicar esta operación?—Creo que nó.

Debemos advertir que el carácter del niño no permitía practicar esta operación sino recurriendo á la anestesia general; lo cual no era posible por que el niño se encontraba por demás extenuado, profundamente anémico; condiciones, como se sabe, desfavorables para

una cloroformización; además se oponían á ella, su temperamento esencialmente nervioso y sus antecedentes, pues relataba la familia que en varias ocasiones, estando aparentemente bueno y sin causa ostensible alguna, le habían sobrevenido fenómenos de asfixia, y ya en los días 7.º y 8.º de su enfermedad, se habían presentado; era, pues, de temerse que sobreviniera durante la operación un síncope ó la asfixia.

Es cierto también que vista la gran cantidad de sangre que perdía en cada hemorragia, era de temerse que se quedara en una de ellas, máxime, cuando por tratarse de una herida en el cuello, era imposible prevenir la repetición de las hemorragias mediante una fuerte y continuada compresión, como la que habría ejercido un vendaje en cualquier otro sitio; pero este peligro, sin dejar de ser grande, no era inminente, como el anterior, y además había la esperanza—como efectivamente sucedió—de que recomendando la quietud y vigilando continuamente la herida, se pudiese prevenir ó detener la hemorragia apenas se presentara; y con el objeto de disminuir los temores de su reproducción, me resolví á facilitar la oclusión de la herida, á riesgo de que, por su deficiente limpieza, quedaran encerrados gérmenes infecciosos, elementos de futuras complicaciones.

Desaparecido los temores de nuevas hemorragias, por la completa oclusión de la herida, había que temer un nuevo factor, que no tardó en mostrarse, reagravando de nuevo el estado del paciente. Sabemos que las heridas de las gruesas venas son peligrosas por la flebitis que desarrollan, y por la facilidad con que son arrastrados hacia el torrente sanguíneo, los gérmenes infecciosos que se desarrollan en ellas cuando se encuentran en contacto con el aire. Ahora bien, por la complicación que sobrevino, las

curas y lavados tenían que ser muy superficiales, á fin de evitar el desprendimiento de los coágulos que obturaban el vaso de donde provenía la sangre; no fué, pues, posible precaver la infección, que se desarrolló cuando ya estaban en muy buenas condiciones las heridas, y la cual desapareció el día 22.

Respecto á la monoplegia braquial que ha presentado el enfermo, confieso que en los primeros momentos no le dí mayor importancia, dominado como me encontraba, por síntomas más alarmantes, y sólo cuatro días después, cuando persistían los dolores que experimentaba desde el principio, me ocupé de ella. Con este motivo descubrí la fractura de la apófisis coracoides del omóplato, ante la cual he tenido que mantenerme en la inacción, pues dadas las condiciones del enfermo, era absolutamente imposible la aplicación de vendajes; felizmente la quietud que tuvo que guardar el enfermo, bastó para su completa consolidación.

¿Cuál fué la causa de esta fractura?

Indudablemente que no se ha producido por acción directa; la falta de contusión en las partes blandas que la recubren, y el hecho de encontrarse fuera del trayecto seguido por el proyectil, favorecen esta exclusión; lo más lógico es suponer que se haya realizado durante la caída del cuerpo sobre el pavimento duro de la habitación.

Por lo que hace á la monoplegia braquial incompleta del lado izquierdo, le asigno una modalidad variable: la considero debida, tanto á la ruptura de algunos filetes nerviosos del plexo braquial, como á la fractura de la apófisis coracoides y á la destrucción de fibras musculares motoras del brazo; factores que unidos á la falta de movilidad del enfermo, han producido

cierto grado de atrofia y el retardo de la motilidad del miembro.

En cuanto á los dolores en el muslo izquierdo que aquejaban al enfermo, es posible que en un principio hayan sido de naturaleza reumática, reconociendo como origen, la permanencia prolongada de la nieve, la ventilación del cuarto, y la ligera cubierta de la cama; mas, posteriormente, una vez desaparecidas estas causas, creo haya habido mucho de simulación; pues además de haber perdido la espontaneidad y precisión de los primeros días, ellos sólo se manifestaban cuando se tocaba la pierna al enfermo ó se pretendía que hiciera el menor movimiento, no guardando relación alguna la intensidad del dolor con la causa que lo provocaba. Por otra parte, la observación más minuciosa no descubriría en el sitio—variable—en que se radicaba el dolor, manifestación externa alguna; no se notaba vestigio de tumefacción, cambio de color, aumento de calorificación, etc.; además, cuando se usaba de energía, haciéndole comprender al enfermo lo inútil de su engaño y el ningún asentimiento que dábamos á su afirmación, conseguíamos que flexionase la pierna; movimiento que verificaba con pereza, casi con temor, pero sin quejarse en lo más mínimo.

Respecto al tratamiento empleado, debo llamar la atención, sobre el uso del cloroformo; substancia que empleé desde el día 17, asociada á una poción de extracto blando de quina, y que no he abandonado hasta que se estableció definitivamente la apirexia. No trepido en asignarle un valor real y considerarlo como un recurso poderoso, contra el elemento infeccioso, cuya actividad era grande antes de emplear el cloroformo. La adopción de este poderoso agente antibacilar, que en concepto de MÜNTZ, “á dosis infinitesimal, suspende toda fermentación y la vida

de los microorganismos", data en mí desde que tuve ocasión de leer un artículo (1) en que se le recomienda en las enfermedades infecto-contagiosas, concediéndole una importancia de primer orden; recomendación que considero muy justa, pues he tenido oportunidad de comprobar los buenos efectos del cloroformo en tales casos. Así, en la misma época en que llegó á mis manos el trabajo de Müntz, lo administré con muy buen éxito á un niño afecto de fiebres infecciosas de origen intestinal; posteriormente he continuado empleándolo en casos análogos, y en todos ellos he tenido siempre que felicitarme de su empleo. En el caso cuya historia he referido, usé una vez más de tan poderoso microbicida, obteniendo un éxito satisfactorio.

Lima, julio de 1894.

DR. M. T. BELLIDO.

UN CASO DE ABSCESO HEPÁTICO

curado por la aspiración seguida de una inyección de agua iodo-iodurada.

María Nieves Risco, mujer de raza negra, natural de Trujillo, de 21 años de edad, de profesión lavandera, casada y de constitución regular, ingresó en el hospital "Santa Ana" el 17 de junio del año en curso, y ocupó la cama N.º 5 de la sala de San Antonio en el departamento del Dr. Samuel García.

Antecedentes. — Ha abusado de bebidas alcohólicas. Ha tenido varias veces neumonía, y ninguna enfermedad del hígado.

Principio de la enfermedad. — El 13 de junio de este año, como á las 3 p. m., sintió una fiebre intensa con escalofrío, que le duró cerca de tres horas. Al mismo tiempo que este síntoma, tuvo males-

tar general, y así febril continuó hasta el 16 del mismo mes, en que apareció un violento dolor en la región hepática, que le impedía moverse en su lecho, pues lo exacerbaba el menor movimiento. En este estado ingresó en el hospital al día siguiente.

Examinada el día 17, se comprobó que estaba en el segundo trimestre de un 5.º embarazo. Hallábase en decúbito dorsal, con la piel seca. El arqueamiento de la región hipocondriaca derecha era bastante manifiesto. Esta región era dolorosa espontáneamente y mucho más á la presión; había pastosidad. El hígado encontrábase notablemente aumentado de volumen. No había perturbaciones gastro intestinales, ni ictericia, ni dolores reflejos.

Después de este examen, el Dr. García diagnosticó un absceso de la cara convexa del hígado y, siguiendo el consejo de Boinet y Jaccoud, resolvió evacuar el pus por medio de la aspiración con el aparato de Dieulafoy; pero como la enferma se encontraba sumamente debilitada, empezó por levantarle las fuerzas, mediante un tratamiento tónico y reconstituyente

Por esta razón hubo de esperarse hasta el 1.º de julio, en que los síntomas se agravaron. En la mañana, después de la desinfección rigurosa del aspirador, se hizo una punción en el punto más doloroso, que era también el más prominente de la región hepática. Así se extrajo en una sola sesión 960 cc. de un pus cremoso, amarillento en los primeros golpes del aparato y color de chocolate en los últimos.

Concluida la operación, se hizo en el foco un lavado con la solución siguiente:

Iodo metálico.....	10	gramos
Ioduro de potasio..	2	„
Agua destilada.....	200	„

y, después de esto, la respectiva cura.

(1) Véase LA CRÓNICA MÉDICA, de Lima, agosto de 1892.

La temperatura que en los días anteriores había oscilado entre 39° 2 y 37° 2, era el 1.° de julio, día de la operación, de 37° 4. Al día siguiente el termómetro subió á 39° 1 y al 3.° bajó á 36°; manteniéndose entre este grado y 37° hasta el 19 del presente mes, en que la enferma salió del hospital completamente curada.

El tratamiento interno en los días que siguieron á la operación, ha estado constituido por el bicarbonato de soda asociado al iodoformo.

Lima, julio 23 de 1894.

M. ALFREDO TATAJE.

Interno de los hospitales

NOTAS CIENTÍFICAS

Nuevos medicamentos

14.—La esfacelotoxina.—En 1884, el Dr. R. Kobert, profesor de farmacología en la Facultad de Medicina de Doyart-Youriew, obtuvo del cornezuelo de centeno al mismo tiempo que la cornutina, otra substancia que tiene por efecto provocar el tétano uterino, así como una contracción espasmódica de las pequeñas arterias, que puede determinar la gangrena de los tejidos. El Dr. Kobert supuso que esta substancia era un ácido, y la designó con el nombre de *ácido esfacelínico*; pero ulteriores investigaciones han demostrado que se trata, no de un cuerpo químico definido, sino de una mezcla de varias substancias.

Recientemente aún, el Dr. Jacoby ha logrado aislar en estado químicamente puro el cuerpo que el Dr. Kobert había obtenido en estado impuro, y habiéndose convencido de que no es un ácido, le ha asignado el nombre de *esfacelotoxina*.

Esta es una substancia pulverulenta amarilla, insoluble en el agua, pero soluble en el éter, en el cloroformo, en el alcohol y en los líquidos alcalinos.

Los ensayos terapéuticos instituidos en la clínica del Dr. W. Freund, profesor de obstetricia y ginecología en la Facultad de Medicina de Estrasburgo, han demostrado que los efectos de la esfacelotoxina son los mismos que los del cornezuelo de centeno. La dosis activa del medicamento que se puede emplear sin inconveniente, varía de 0 gr. 04 á 0 gr. 10 centigramos. La acción de la esfacelotoxina se manifiesta al cabo de algunos minutos y alcanza su máximo en una media hora poco más ó menos.

La esfacelotoxina puede administrarse por la vía hipodérmica bajo forma de solución alcohólica glicerínada. Así no irrita el tejido sub-cutáneo.

Socorros á los ahogados, á los asfixiados y en general á todos los que se encuentren en estado de muerte aparente

NOTA DEL DR. MARESCHAL, MÉDICO MAYOR DE LA MARINA FRANCESA.

En el momento en que el ahogado es sacado del agua:

I. Después de acostado el individuo boca arriba con la cabeza baja, libre el cuello, quitada ó cortada la corbata y la camisa, separadas las mandíbulas y sostenidas en este estado de separación por un ayudante y desembarazada rápidamente la garganta de las mucosidades que la obstruyen, *se practicará inmediatamente el procedimiento de la lengua*, del modo siguiente:

El operador cogiendo el cuerpo de la lengua entre el pulgar y el índice con un pañuelo ó un trapo ó simplemente con los dedos, ejercerá sobre ella fuertes tracciones acompasadas y seguidas de relajación, quince veces por minuto. Es indispensable que estas tracciones se ejerzan sobre la raíz misma de la lengua y no sobre la punta.

Solamente al principio y durante las dos ó tres primeras tracciones, será conveniente introducir el

índice de la otra mano en la boca posterior con objeto de provocar el vómito.

Al mismo tiempo dos ayudantes practicarán la *respiración artificial*, ejerciendo simultánea y acompasadamente presiones enérgicas, el uno sobre los dos lados del pecho concéntricamente y el otro sobre el vientre, de abajo arriba. Estas presiones se harán quince veces por minuto, é irán seguidas de descanso brusco y simultáneo.

El que opere sobre la lengua dará la voz de mando, *!una!* en el momento en que hace la tracción, y la de *!dos!* cuando la vuelva á entrar en la boca. Las presiones sobre el pecho y el vientre deben coincidir con la voz de mando *!dos!* y con la voz de *!una!* el acto de cesar.

Estos cuidados inmediatos deberán continuarse por lo menos durante quince minutos y en ese tiempo se friccionará y abrigará al paciente como sea posible dentro de los recursos que se tengan.

II. Hecho esto, se transportará rápidamente al ahogado á un puesto de socorro ó á un paraje inmediato que esté bien areado; se le desnudará, secará y cubrirá con una manta de algodón y se le acostará en una cama con la cabeza baja. Si no ha vuelto aún la respiración, se empleará el procedimiento de Sylvester para la respiración artificial.

Después de haberle levantado el pecho, pasando por debajo de los riñones ropas arrolladas ó un cojín, con las mandíbulas separadas, y la lengua mantenida fuera de la boca, tanto como sea posible, por un ayudante colocado á horcajadas á la altura del vientre del paciente, el operador arrodillado á la cabeza del ahogado, le dobla los antebrazos, coge los codos y los apoya fuertemente contra las paredes del pecho (primer tiempo); los separa horizontalmente de modo que cada uno de ellos forme un ángulo recto con el cuerpo (segundo tiempo); los eleva verticalmente por delante de la cabeza (tercer tiempo), y por último los baja de-

rechos sobre las paredes del pecho (cuarto tiempo). La misma maniobra se repite quince veces por minuto durante diez minutos.

III. Enseguida se empleará de nuevo durante quince minutos el *procedimiento de la lengua*, combinado con el de la respiración artificial, como queda indicado en el párrafo primero. Se alternarán estos dos métodos durante una hora por lo menos.

IV. Simultáneamente conviene que otros ayudantes procuren restablecer la circulación y el calor, por los medios siguientes:

Fricciones en todo el cuerpo, la planta de los pies y la palma de las manos con guantes de crin, frotadores de lana, trapos calientes, etc.; amasamiento de los miembros; flagelación con manojos de ortigas; vasijas con agua caliente paseadas por todo el cuerpo, planchas, ladrillos ó piedras calientes, teniendo cuidado de no producir quemadura. Si el ahogado hace esfuerzos por respirar, se pasará rápidamente por debajo de la nariz ó por delante de la boca una esponjita ó un trapo empapado en amoniaco. Si intenta vomitar, introdúzcase el dedo en el fondo de la garganta. No se le dará de beber hasta que halla recobrado el sentido; pero para reanimarlo se le pueden introducir en la boca unas gotas de aguardiente, de vinagre, de alcohol alcanforado, etc.

Hay que tener presente que es necesario socorrer á los ahogados é insistir largo tiempo. Si la sumersión ha sido de cinco minutos, casi siempre se obtiene resultado. Ha habido casos de salvarse un ahogado después de más de media hora de sumergido.

Los enfermeros y los maestros de natación deberán ejercitarse en el salvamento de ahogados. Se les enseñará principalmente á no emplear otros medios que los llamados "*de suerte*", es decir, los simples recursos que tengan á mano en el momento en que ocurra el accidente.

No debe olvidarse que el éxito depende de la rapidez de los soco-

ros y de la inteligencia con que sean aplicados.

(*Anales del Dto. Nac. de Hig. de Buenos Aires*).

Transmisión de las enfermedades contagiosas por los coches de plaza, y los wagones de ferrocarril

Hace tiempo que los higienistas se ocupan de este particular. Después de demostrar la frecuencia de los casos de difteria, escarlatina y viruela, contraídas en los coches de plaza, que habían llevado enfermos al hospital, han reclamado la creación de coches especiales destinados á efectuar estos peligrosos transportes, y han logrado que se establezca este sistema en París. La prefectura de policía, y la del Sena han rivalizado en su establecimiento y en la actualidad este servicio funciona de un modo satisfactorio.

El Consejo de higiene y salubridad del Sena, se ha preocupado igualmente de los peligros que presenta la reunión de pasajeros en los ómnibus y tranvías, sobre todo en lo que hace referencia á la transmisión de la tisis, por los esputos que los tuberculosos lanzan al piso de estos vehículos; estos esputos, como se sabe, se desecan y se mezclan al polvillo que se respira. El Consejo ha declarado, que estos coches deben limpiarse y desinfectarse diariamente y que se fije en el interior, un aviso, suplicando que no se escupa en el piso. Esta última condición se ha ejecutado, y ha sido vivamente criticada por la prensa. Se ha hecho creer que se iba á amonestar y aun perseguir á todo aquel que faltase á lo mandado, cuando no es más que una simple súplica, un aviso, que con seguridad no triunfará por completo de esta asquerosa costumbre, pero que muchas personas se conformarán con lo prescrito y siempre se habrá ganado eso.

A los wagones de ferrocarril, es á donde se dirigen hoy. Nos hallamos en la estación en que muchos tísicos parten por el mediodía de

Europa, donde los trenes conducen numerosos enfermos y el peligro del contagio es mayor en estos largos viajes que en los cortos trayectos que recorren los ómnibus y tranvías.

Se vería con agrado, y la petición ha sido formulada muchas veces al Consejo de higiene, que se suplicase á las Compañías, como se ha hecho á las de ómnibus, que ejecutasen periódicamente la limpieza y desinfección de los coches de pasajeros, especialmente, los de las líneas del Mediodía. El Dr. Jorge Legrand, de Biarritz, ha dirigido recientemente á la Academia de Medicina, una memoria sobre este particular. Insiste también en la necesidad de adoptar medidas, en las estaciones que frecuentan los tísicos, contra el contagio posible por el mobiliario de los cuartos de los hoteles en que se hospedan. Estas medidas consisten: 1.º en la creación de una *oficina de higiene local* que se ocupe de todas las cuestiones que interesen al estado sanitario de la población, y vigile especialmente las habitaciones de los indígenas; punto que parece haberse descuidado hasta el presente; 2.º la adquisición de los aparatos necesarios para proceder á la desinfección de las piezas de lienzo, (tapices, sábanas, colchonetas, etc.) y de los mismos locales, después de la muerte, ó la estancia prolongada de enfermos atacados de afecciones transmisibles. Estas precauciones son muy juiciosas y es conveniente insistir en ellas.—(*L' Union Médicale y Rev. de Cienc. Médicas de la Habana*).

FORMULARIO

30.—SOLUCIÓN CONTRA LA ERISPELA EN LOS NIÑOS

Tordeus

Alcohol alcanforado 200 gramos
Sublimado..... 0 gr. 10 cent.

H. s. a.—Uso externo.

Aplicuese sobre la parte afecta

compresas empapadas en este líquido.

31.— SOLUCIÓN Y POMADA CONTRA EL ECZEMA PALMAR PROFESIONAL

J. Braun

Potasa cáustica.. 1 gramo
Agua destilada.... 2 „
H. s. a.—Uso externo.

Nitrato de plata.. 0 gr. 25 cent.
Lanolina..... 20 gramos
Vaselina líquida. 5 „
M.—Uso externo.

El enfermo deberá tocar al principio todas las placas eczematosas con algunas gotas de la solución alcalina; después se aplicará tres veces al día la pomada al nitrato de plata.

CRONICA

Bienvenida. — Saludamos muy afectuosamente á los doctores Anibal Espinosa, José S. Rodríguez, Pedro P. Chacaltana y Juan Y. García, que han llegado á esta capital á formar parte del Congreso de la República.

Obito.—Ha fallecido en Arequipa, el Doctor Santiago Febres.

Contra la sordera.—Mr. Mouton recomienda un sencillo procedimiento para hacer oír á los sordos. Los tubos y cornetillas acústicas cuestan caro y exigen la introducción de una cánula en el oído; además hay que llevarlas siempre consigo y tenerlas á mano en el momento oportuno; su efecto no es tampoco muy grande. Mr. Mouton ha imaginado una trompeta que cualquiera puede procurarse en todas partes. Se toma una hoja de papel un poco resistente (papel de dibujo, cartulina, etc.), se arrolla en forma de cilindro de unos 6 á 7 centímetros de diámetro, y esto es todo. Se aproxima un extremo al

oído y se habla por el otro; el efecto es sorprendente. Pueden prepararse tubos de esta clase de diferentes largos y tenerlos en las habitaciones al alcance del sordo. Se comprende que la masa de aire que se agita en ese tubo de ancha sección llega de golpe al oído é impresiona, no solamente el órgano auditivo, sino las partes inmediatas del cráneo. El aparato es por tanto más poderoso que los instrumentos similares.

Cosas de un . . . ruso.—El médico Sr. Zakharin, de Moscou, que ha visitado al Emperador de Rusia en su última enfermedad, es célebre por sus excentricidades.

Cuando entra en una casa todas las puertas deben estar abiertas, todos los péndulos parados y atados todos los perros.

Al entrar se desabriga paulatinamente; la piel del cuello en la antecámara, el gabán en la pieza siguiente; los chanclos en la otra, los guantes en la que le sigue, y así sucesivamente.

Reclama silencio absoluto de parte del enfermo y de su familia, que sólo permite conteste á sus preguntas con *si ó no*.

Es autor de una teoría de la hipertrofia idiopática del corazón, que es para él una regla de vida. Su máxima favorita es que se debe descansar antes de cansarse, y conforme á ella se sienta á cada siete ú ocho pasos.

Desde la muerte de Botkine es el primer médico de Rusia. Se calcula en cinco millones de rublos la fortuna que ha adquirido en el ejercicio de su profesión.

Nunca prescribe nada—á menos de extremada urgencia—antes de conocer á fondo toda la historia del enfermo, su pasado, su modo de vivir, sus costumbres, su régimen; así que á menudo somete al paciente á un examen de dos ó tres horas.

El Dr. Zakharin tiene ahora sesenta y cinco años de edad y es desde los treinta y cinco catedrático de Clínica médica en la Universidad de Moscou.