2699
T 1D

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL IODOFORMO

EN LAS

TUBERCULÓSIS LOCALES

TÉSIS

Presentada á la Facultad para optar al grado de doctor en Medicina y Cirujía

POR

F. OLMOS GONZALEZ

Ex-practicante del Hospital San Roque — Ex-practicante por concurso de la Casa de Aislamiento — Ex-practicante por concurso del Hospital de Crónicos — Ex-oficial de demografía del Consejo Nacional de Higiene — Pro-secretario del Departamento Nacional de Obras Públicas.

BUENOS AIRES

225 — Imprenta SUD-AMÉRICA, Bolivar 164

1891

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL IODOFORMO

EN LAS

TUBERCULÓSIS LOCALES

TÉSIS

Presentada á la Facultad para optar al grado de doctor en Medicina y Cirujía

POR

F. OLMOS GONZALEZ

BUENOS AIRES

225—Imprenta SUD-AMÉRICA, Bolivar 164

1891

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las Tésis, (Art. 162 del Reglamento).

Facultad de Ciencias Médicas.

Decano.

Dr. D. Mauricio Gonzalez Catán.

Académicos honorarios.

Dr. D. Santiago Larrosa.
» » Ernesto Aberg.
» » Pablo Marengo.
» » Eduardo Wilde.
» » Ignacio Pirovano.

Académicos titulares.

Dr. D. Manuel Porcel de Peralta.
» » Mauricio Gonzalez Catán.
» » Manuel Arauz.
» » Leopoldo Montes de Oca.
» » José T. Baca.
» » Rafael Herrera Vegas.
» » Pedro Mallo.
» » José M. Astigueta.
» » Martin Spuch.
» » Jacob de T. Pinto.
» » Eufemio Uballes.
» » Juan R. Fernandez.
» » Enrique E. del Arca.
» » Pedro N. Arata.
» » Manuel Blancas.

Secretario.

Dr. D. Luis de la Cárcova.

ESCUELA DE MEDICINA

CATEDRÁTICOS TITULARES

Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomía topográfica	»	Mauricio Gonzalez Catan.
Histología (teórico-práctica)	»	Francisco A. Tamini.
Fisiología general y humana	»	José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	»	Meliton G. del Solar.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Guillermo Udaondo.
Patología interna	»	~~Manuel Arauz~~. José Penna
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Lucio Melendez.
Clínica Quirúrgica	»	Ignacio Pirovano Julian Aguilar
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes. Juan B. Gil.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina legal y Toxicología	»	Eduardo Perez.
Química aplicada á la Medicina Química aplicada á la Farmacia	»	Pedro N. Arata
Farmacia y práctica farmacéutica	»	Juan A. Boeri.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-práctica	»	Andrés F. Llobet.
Fisiología general y humana	»	Jaime R. Costa (en ejercicio).
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Vacante.
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología externa	»	Obdulio Hernandez.
Patología interna	»	~~José Penna (en ejercicio)~~ Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	Cárlos Malbran.
Medicina operatoria	»	Vacante.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica Alfo Lazgarde
Enfermedades de niños y Clínica pediátrica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enferm. de los ojos y Clínica oftalmológica	»	Eduardo Obejero. Francisco Barraza.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Esteves.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirùrgica	»	Antonio C. Gandolfo. Juan B. Justo. Alejandro Castro.
Clínica médica	»	Gregorio N. Chaves. Abel Ayerza. Julio Mendez. Francisco Sicardi.
Obstetricia y Clínica obstétrica	»	Luis F. Vila. Juan R. Fernandez.
Medicina legal y Toxicología	«	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina Química aplicada á la Farmacia	»	José M. Irizar.
Farmacia y práctica farmacéutica	»	Atanasio Quiroga.

PADRINO DE TÉSIS

DOCTOR LEOPOLDO MONTES DE OCA

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE Y HERMANOS

Al Dr. Benjamin Paz

GRATITUD

INTRODUCCION

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES ACADÉMICOS:

Apesar del sin número de trabajos que existen y se publican diariamente sobre el tratamiento de la tuberculósis local, una de las enfermedades más comunes y que mayor número de víctimas causa en todos los centros de poblacion de mayor densidad, y apesar tambien de que nuestros más grandes génios científicos han tomado á lo sério esta cuestion multiplicando sus investigaciones tanto clínicas como microbiológicas, á fin de llegar á un resultado satisfactorio; apesar de esto digo, me he decidido ayudado con la generosa cooperacion del Dr. Juan B. Justo, Cirujano del Hospital de Crónicos, á cuyo servicio he estado y en el que he recogido mis observaciones, á escribir sobre el tratamiento de la tuberculósis local y más especialmente de los abcesos frios por medio del iodoformo.

He encontrado conveniente, para mayor claridad, dividir este trabajo en los siguientes Capítulos:

I. *Reseña de otros tratamientos en las tuberculósis locales.*

II. *Materia Médica y Terapéutica del iodoformo.*

III. *Investigaciones micrográficas é histológicas con relacion al iodoformo.*

IV. *Tratamiento de las tuberculósis locales por el iodoformo. Casos — Clínicos.*

Debo advertir además, que algunos de los casos operados por el Dr. Justo, tanto en el Consultorio como de los pertenecientes á las salas de Cirujia, tienen historias incompletas, porque en los del Consultorio, como despues de operados se marchan á sus casas, no se ha podido observar la temperatura, efectos locales y generales á que dá lugar el iodoformo, y en cuanto á los enfermos asistidos en las Salas, han pedido sus altas estando en tratamiento.

En el Capítulo I solo me ocuparé muy someramente de los diversos tratamientos que desde los tiempos primitivos se han puesto en práctica para curar la enfermedad de que se trata, empeñándome al mismo tiempo en poner de manifiesto los resultados que han dado, sus ventajas é inconvenientes.

En el II recordaré las propiedades físicas y químicas, el empleo terapeútico del iodoformo, su valor antiséptico así como las formas en que se administra generalmente y dósis à que debe ser dado.

En el III espondré, tratando de apreciar en su valor, los resultados obtenidos por diversos observadores sobre el modo de obrar del iodoformo contra el bacilo de la tuberculósis, y las modificaciones que produce en la materia tuberculosa.

Y finalmente en el IV y último Capítulo asentaré la importancia del iodoformo en el tratamiento de la afeccion que me ocupa, el método operatorio que se sigue segun los casos, datos estadísticos é historia de los enfermos tratados por este procedimiento y resultados obtenidos.

CAPITULO I

Reseña de otros tratamientos en las tuberculósis locales

Desde Hipócrates, quien parece tenia conocimiento de los abcesos frios no precisamente por su causa, completamente desconocida en aquellos tiempos, sino por la evolucion de su marcha, el que los distinguia por su cronicidad de los abcesos calientes ó flegmonosos, tratando aquellos por medio del fierro rojo ó del bisturí, hasta hoy en que el sábio aleman Dr. Koch, tratando de completar su obra monumental que principia por el descubrimiento del bacilo que lleva su nombre y que concluirá con el agente que ha de exterminarlo, ha instituido la curacion de la tuberculosis por medio de la linfa á la que tambien ha dado su nombre; se ha recurrido como se verá á los más diversos y variados tratamientos que si bien han dado algunos sucesos no pueden ser aceptados ninguno de ellos como tratamiento general y seguro para todos los casos, escluyendo de esta apreciacion el tratamiento por medio de la linfa Koch, porque considero que las esperiencias que se han hecho hasta el presente y especialmente en Buenos Aires, donde no se ha dispuesto sino de muy pequeña cantidad del medicamento, son deficientes y no pueden tomarse como base segura de criterio para emitir sobre dicho tratamiento un juicio que pueda conducirnos á la verdad.

Me ocuparé en primer lugar de los abcesos frios idiopáticos, palabra usada no porque la causa de estos abcesos sea desconocida, sino porque son completamente

independientes de lesiones de otros tejidos, como la de los huesos en los abcesos sintomáticos ú osifluentes.

No me ocuparé del tratamiento general, apesar de su importancia, porque siempre es el mismo, es decir, medicacion tónica y reconstituyente, buena alimentacion y buena aereacion, tal es en pocas palabras, la indicacion que es necesario llenar estrictamente en todos los casos.

Sucede á veces que el desarrollo de los abcesos frios vá precedido de un cierto grado de tumefaccion, por lo que se ha aconsejado la aplicacion de tópicos, tales como pomadas resolutivas ó fundentes con tintura de iodo; la administracion de duchas salinas ó sulfurosas; masaje prolongado; vejigatorios; emplasto de Vigo; cauterizacion trascurrente.

Como se comprende, estos medios si alguna vez llegan á determinar la resolucion del abceso, creo sea más debido á los esfuerzos mismos de la naturaleza que á la accion de aquellos, sirviendo únicamente para satisfacer al enfermo en las ideas, por lo regular fanáticas, que tiene sobre estas medicaciones.

En presencia de una coleccion purulenta francamente formada, la primera idea que vino á los cirujanos era la de abrirla, porque los peligros de la abertura espontánea son manifiestos, determinando la formacion de fístulas, úlceras y cuando curan cicatrices completamente deformes.

Los cirujanos, sin embargo, no están de acuerdo sobre la época en que deben ser abiertos los abcesos frios, porque no existen las causas que hacen que se acelere la abertura de los abcesos calientes, pues aquellos son completamente crónicos en su marcha.

Denonvilliers, Boyer, piensan que es mejor hacerlo tardiamente, salvo el caso en que por su disposicion anatómica se tema despues la falta de adosamiento de las paredes.

Por otra parte, como la inflamacion de las paredes del foco es la condicion *sine quá non* para que ellas

puedan fusionarse, la abertura sola de los abcesos frios debe ser rechazada completamente.

Para los efectos del tratamiento que en esta Tésis he de sostener como el más adecuado y que á la par que reune las ventajas que los otros presentan, carece de todos sus inconvenientes, se elimina el temor de la abertura de los abcesos frios por más prematura que ella sea, como veremos más adelante.

En el mayor número de casos los cirujanos se servian de la potasa cáustica ó polvo de Viena para determinar la formacion de una escara, provocar una inflamacion adhesiva en las paredes del foco, traer prontamente el reblandecimiento y obtener una abertura más ámplia, lo que impide que ésta se cierre antes que el adosamiento se haya efectuado.

Aunque por este medio pretenden ciertos autores curar bien los abcesos rios, sin embargo, el uso de los cáusticos á más de ser doloroso é incómodo, trae siempre el inconveniente de dejar cicatrices, úlceras y el más grave aún, de que continúe siempre la supuracion, pues la simple inflamacion determinada por el cáustico, no basta para destruir el bacilo que se desarrolla en las paredes del foco.

A más hay siempre la necesidad de usar el bisturí, la aplicacion de un ungüento y despues un trozo de diaquilon perforado en su medio para dar paso al pus; estas maniobras son largas é incómodas para el cirujano y para el enfermo.

Por otra parte, confiesan los autores de este procedimiento que en el mayor número de casos se ven obligados á hacer inyecciones irritantes para despertar la inflamacion de las paredes y el trabajo de cicatrizacion. Este procedimiento lo aplican sobre todo á los abcesos pequeños y medianos. No lo aconsejan para los voluminosos porque la gran pérdida de sustancia y la entrada de aire ocasionan sus habituales peligros.

M. A. Petit, de Lyon, en 1789 puso en boga otro procedimiento, al cual atribuye grandes ventajas para

los abcesos calientes, pero que para los frios es necesario combinarlo con la compresion é inyecciones irritantes. Este autor introduce en el foco purulento una aguja enrojecida al blanco y aplica despues ventosas secas las que facilitan el trascurrimiento del pus. Las ventajas de este tratamiento parece que son debidas mas bien, á que el instrumento empleado era muy estrecho y permitia así el trascurrimiento de pus sin dar entrada al aire y no al cauterio mismo.

Sin embargo, parece que el cauterio es conveniente para abrir los abcesos en los casos en que por el estado de debilidad y agotamiento del enfermo, se quiere ahorrar la pequeña cantidad de sangre que daria si se efectuase aquella por el bisturí.

Benjamin Bell empleaba para el tratamiento de los abcesos frios el sedal por medio de un trozo de hilas que aplicaba á los abcesos calientes al principio, y despues á los frios. Se saca diariamente un hilo y el pus se trascurre paulatinamente hasta que su cantidad sea muy insignificante, época en la cual se hace una compresion del foco purulento.

Tambien M. Flaubert,—cirujano del Hotel-Dieu, de Rouen,—emplea el siguiente procedimiento para remediar la estancacion de pus en los abcesos que presentan un trayecto fistuloso:

Se hace una incision en toda la longitud del abceso y otras más pequeñas perpendiculares á la primera, con el objeto de abrir todos los senos y cavidades que puedan existir y se rellena en seguida con hilas secas toda la superficie. Con este tratamiento dice el autor que se modifican completamente las superficies produciéndose botones carnosos de buena naturaleza. Bailleul y Dupuytren parece que han obtenido algunos sucesos. Sin embargo, este procedimiento trae consigo extensas cicatrices, y si la inflamacion es intensa puede tener funestas consecuencias.

En todo caso y cuando hay un trayecto fistuloso, conviene desbridar ampliamente para evitar la estan-

cacion de pus, pero en vez de emplear las hilas secas es mejor hacer un raspado, usar los polvos de iodoformo ó desparramar en la superficie la emulsion de glicerina iodoformada al 10 por 100 y hacer una curacion antiséptica.

La escision de la pared del foco aconsejada por algunos autores, no se debe emplear sino en los casos en que la piel y tejidos blandos que lo cubren están completamente alterados, pero aun así, debiendo siempre combinarla con otros medios.

Boyer ha recomendado el tratamiento de las punciones sucesivas, á las que atribuye las ventajas de moderar el trascurrimiento del pus, de dar tiempo á las paredes del abceso para que se retraigan y tiendan al adosamiento, previniendo al mismo tiempo la entrada de aire. Dicho autor verifica estas punciones, por medio de un bisturí de lámina muy estrecha, en un punto conveniente, habiendo deslizado antes la piel para destruir el paralelismo y teniendo cuidado despues de obturar la abertura con tela adhesiva,

Este procedimiento de Boyer es muy racional porque evacua el pus, evita cicatrices y entrada de aire, pero tiene el inconveniente de no introducir en la cavidad sustancia alguna que tienda á modificar sus paredes, sitio donde se desarrolla el gérmen patógeno.

Parece que las inyecciones de líquidos irritantes en la cavidad de los abcesos frios que tiendan á modificar sus paredes han sido aplícadas por Dupuytren y otros, abriendo así una nueva era, pues cualquiera que haya sido el líquido empleado lleva en sí la idea sinó de matar el bacilo de Koch, por lo menos de operar una reaccion favorable en los tejidos.

Dupuytren inyectaba vino caliente, despues de evacuar el pus. Con este tratamiento la reaccion era muy marcada en algunos casos, débil en otros y entonces repetia la inyeccion al cabo de algunos dias.

Estos son, en resúmen, los diversos tratamientos que se han empleado para curar los abcesos frios idiopá-

ticos, antes que el inmortal Lister hubiese introducido con su curacion antiséptisa la revolucion más completa y favorable en la cirujía, revolucion que ha beneficiado tambien á los enfermos de abcesos tuberculosos.

Los accidentes infecciosos que generalmente sobrevenian á la abertura de los abcesos frios antes de la curacion antiséptica de Lister, se evitan con la última, y adoptándola se ha recurrido á los siguientes tratamientos:

1º La aspiracion combinada con la inyeccion fenicada. Bœkel aconseja para los grandes abcesos, cuando se teme la supuracion, aspirar el líquido y lavar en seguida la cavidad con una solucion fenicada al 5 p. 100. Despues se hace una curacion de Lister, apretando un poco la venda. Este autor dice que basta para curar los pequeños abcesos, dos punciones y para los grandes es necesario practicar más, pero siempre con algunos dias de intérvalo entre una y otra.

2º Tambien se ha aconsejado la incision del abceso, inyeccion, drenaje y compresion metódica.

3º Volkmann, Trélat, aconsejan abrir por medio de una ámplia incision, toda la cavidad; se hace en seguida un raclaje completo de ella, de manera á trasformar la superficie supurante; despues de hecho esto, se lava la cavidad con una solucion fenicada fuerte, se colocan tubos de drenaje, se sutura una parte de la incision y se hace una curacion Lister un poco compresiva. Segun Trélat, este procedimiento dá excelentes resultados, deja cicatrices insignificantes, lo que es muy importante para las rejiones descubiertas.

Ya en esta época, algunos cirujanos habian principiado á inyectar iodoformo en la cavidad de los abcesos frios y Poulet y Bousquet ensalzan los buenos resultados que siempre ha dado este medicamento.

Tratamiento de los abcesos frios sintomáticos ú *osifluentes.* Aquí la atencion del Cirujano no debe dirigirse solamente á la coleccion purulenta, sino que tambien debe

tratar de modificar la enfermedad del hueso que ha producido aquella y que constantemente está alimentándola y determinando su crecimiento.

Parece que es una ley universalmente admitida por todos los Cirujanos, que los abcesos por conjestion, mientras permanezcan cerrados, no amenazan sériamente la vida de los enfermos, y unánimemente conformes con este principio, todos han hecho esfuerzos á fin de evitar, que ya sea espontáneamente ó por el arte, los abcesos osifluentes sean abiertos.

Después critica con la siguiente frase, la abertura de los abcesos frios osifluentes, diciendo que ella es «*La primera etapa hácia la muerte*».

Haciéndose fistulosos los abcesos por conjestion, se produce rápidamente el agotamiento del enfermo, si no viene antes la infeccion purulenta ó septisemia.

Hemos tenido en el Hospital de Crónicos un enfermo con un abceso lumbar sintomático de mal vertebral no diagnosticado sino despues de la abertura del abceso. Despues de la operacion quedó sin cerrarse un trayecto fistulo, el que constantemente daba pus; se hizo amplios desbridamientos del mismo y nunca curó, pudiéndose comprobar con la sonda que habia lesion de las vértebras lumbares. Este enfermo ha muerto en un completo estado de hectisia.

Abernethy, comprendiendo los peligros de la abertura de estos abcesos, trataba de obtener la resolucion y reabsorcion del pus, imitando así la manera natural y feliz que tiene algunas veces la naturaleza para hacer terminar espontáneamente por la curacion esta enfermedad. Tambien Bouvier de Francia era de la misma opinion, y se decian: «si hay condiciones que favorecen esta resolucion espontánea, nada más natural que aprovecharse de ellas por medio del arte para obtener los buenos resultados.»

Reabsorcion y evacuacion del pus, tales son, pues, los dos objetívos á que trataban de llegar para obtener la curacion de los abcesos; excitando las paredes del

foco ó comprimiendo el tumor, se puede activar la reabsorcion del pus contenido en la coleccion.

Para excitar las paredes ponian en práctica diversos medios, como ser: duchas frías, electricidad, cáusticos, cauterio, tintura de iodo, con el precepto de evitar en tanto como sea posible la inflamacion intensa de las paredes del abceso y por consiguiente el peligro próximo de que sobrevengan ulceraciones, trayectos fistulosos, etc.

En caso de inminencia de la abertura procedian á hacer la puncion y aplicacion de tintura de iodo.

Abernethy en 1798 trataba tambien los abcesos por conjestion por la puncion haciendo en la piel un pliegue.

Guerin imajinó hácia 1841, un aparato muy completo para punzar los abcesos por conjestion subcutáneamente. Introducia el trocar con su cánula, retiraba aquel y aplicaba á la última una jeringa aspiratriz.

El procedimiento de la escision de la piel de Callisen, Flaubert y Sentin está olvidado completamente por ser deplorable.

Una de las glorias de Chassaignac parece ser el tratamiento de la afeccion que nos ocupa, por medio del drenaje quirúrjico inventado por este Cirujano hácia el año de 1859. Usa este autor un trocar, que hace penetrar por un punto y hace la contrapuncion en un otro opuesto; conduce despues por medio de un hilo un tubo de drenaje, que deja en su sitio atando sus dos extremidades, para que no se escape.

Després cita algunos casos tratados por el drenaje quirúrgico en el Hospital Cochin y de los que hé aquí algunos datos:

En uno de los enfermos se estableció el tratamiento el 10 de Enero de 1876, y el 30 de Noviembre del mismo año, es decir, próximamente un año despues, permanecia aún un trayecto fistuloso; en otro caso el tratamiento fué instituido el mes de Febrero de 1876, y el drenaje retirado el 1º de Mayo del mismo año de-

jando dos fístulas que daban poco pus; finalmente en el último caso permaneció el drenaje durante seis meses, época en la que fué retirado quedando curado completamente el enfermo.

Por los resultados citados se vé que este tratamiento ha dado sus éxitos, pero no se comprende como en abcesos de esta naturaleza y estando lejana la lesion, ha podido modificarse á tal pnnto de traer la curacion.

Indudablemente la evacuacion del pus es una causa para que las paredes del foco tiendan á cicatrizarse, pero ¿y la lesion que se encuentra generalmente lejos del foco purulento, cómo es posible modificarla si no se interviene directamente en ella? Es necesario convenir aquí, que la única curacion completa que se cita en los tres casos presentados, no sea mas que una de las varias que se hacen, sin que podamos explicarnos de una manera racional, cual sea la accion que haya podido ejercer el simple drenaje sobre el bacilo de la tuberculosis que se desarrolla en el foco mismo y que tambien existe abundante en el sitio donde el hueso está lesionado.

Otros autores como Lisfranc, Begin, M. Payan y Michel de Strasbourg, abren ámpliamente los abcesos osifluentes y aplican sanguijuelas para evitar la inflamacion que indudablemente es mucho más inofensiva que la infeccion purulenta que generalmente sobreviene y de la que no se cuidan dichos autores. Es por esta razon preferible la puncion subcutánea simple de estas colecciones purulentas, tratamiento que hemos visto aplicado tambien á los abcesos frios idiopáticos, y que previene por lo menos el mayor desarrollo de los abcesos y que si no cura, prolonga la existencia de los enfermos, lo que es ya un marcado beneficio.

En los tiempos de Fabricio de Aquapendente se hacian en la cavidad de los abcesos congestivos, inyecciones de vino caliente.

Hácia el año de 1849, los señores Abeille, Robert y Boinet publicaron sus primeros trabajos sobre la aplicacion de las inyecciones al tratamiento de la afeccion

que nos ocupa, siendo Boinet el que hizo conocer sus buenos resultados en el tratado de iodo-terápia que publicó; este autor operaba haciendo en la piel un pliegue é introduciendo el trócar con su cánula, retiraba el trócar y dejaba trascurrir el pus hasta agotarlo completamente, y entonces por medio de una jeringa que adaptaba á la cánula, inyectaba en la cavidad tintura de iodo y agua, ambas mezcladas en partes iguales con adicion de dos gramos de yoduro de potasio, por cien gramos de tintura. Por ciertas posiciones dadas al enfermo y por presiones suaves, se ponia el líquido que se podia inyectar, cien ó doscientos gramos, segun la cavidad, en contacto cou todas las partes enfermas y se le mantenia por diez minutos, al cabo de los cuales se sacaba el líquido y obturaba la abertura.

Bonet de Lyon, inyectaba 60 gramos de tintura de iodo puro que abandonaba completamente. En algunos casos se ha visto producirse una reaccion muy marcada y en otros era nula.

Cuando habia reproduccion de pus, se procedia nuevamente á hacer otra inyeccion y así en seguida hasta la curacion; cinco ó seis inyecciones durante el espacio de seis semanas, ó dos meses han bastado algunas veces para obtener su curacion.

Los buenos efectos que atribuye Bonet al método de inyecciones iodadas, son los de producir en las paredes del foco, una excitacion saludable, de modificar la inflamacion haciéndola producir un pus loable, de determinar por este medio una tumefaccion muy marcada que favorece la obliteracion y la cicatrizacion del foco. Tambien previene las funestas consecuencias del acceso de aire y por consiguiente de la septisémia, y esta accion benéfica la atribuye Bonet al yodo que cauteriza los tejidos combinándose con ellos y colocándolos así en la imposibilidad de absorver los gases deletéreos; y últimamente atribuye al iodo la ventaja de obrar directamente sobre los huesos enfermos, acelerando la curacion de la afeccion principal.

Tambien en los abcesos osifluentes se ha modificado mucho el tatramiento desde que Lister dió á conocer su método de antisépsia, por la que ya se abren ampliamente los abcesos los que son curados antisépticamente; pero si no es posible al Cirujano llegar con su intervencion hasta el hueso afectado de carie tuberculosa, por mas antisépsia que hagamos exteriormente no podremos impedir que el pus profundamente situado deje de descomponerse y por esta causa y apesar de los medios de antisépsia, no se deben abrir los abcesos sintomáticos de lesiones óseas que no estén al alcance del cirujano. No me ocuparé de esponer aquí las diferentes operaciones que se hacen en los huesos, como ser extraccion de secuestros, raclajes, resecciones etc., que se combinan con curaciones antisépticas, y muy especialmente con el iodoformo como tendremos oportunidad de ver mas adelante.

Tratamiento de las artritis tuberculosas,

En cuanto al tratamiento de las artropatias tuberculosas, ademas del general se ha recurrido á otros locales de los cuales algunos son considerados solamente como paliativos, tales como las emisiones sanguíneas locales preconizadas por Lisfranc.

Se han aplicado tambien en la articulacion enferma emolientes, narcóticos y refrijerantes.

Como medio de tratamiento radical se ha empleado el enderezamiento de la articulacion y la inmovilizacion, tratamiento del que Bonet se ha hecho el mas entusiasta defensor. En cuanto al enderezamiento se le hace gradualmente ó bruscamente con la ayuda de cloroformo.

En cuanto á la inmovilizacion, ella ha sido conseguida con el empleo de aparatos los mas variados, que no enumeraré por ser demasiado largo.

Se han empleado tambien en las artritis tuberculosas, los revulsivos, vejigatorios, tales como los cáusticos, las moscas muy recomendadas por Percy y Larrey, la cauterizacion trascurrente, la punteada. Tambien se ha aconsejado la compresion. Si hay abcesos frios intra ó peri-

articulares se les abre para dar salida al pus y se inyecta tintura de iodo. Bonet de Lyon ha recomendado esta práctica y ella ha sido seguida por Velpeau, Robert, Sedillot, los que han obtenido buenos resultados.

En el caso en que no ceden con estos tratamientos las artritis tuberculosas, hay que abrir ampliamente la articulacion, lo que actualmente se ha hecho una práctica corriente, pues con el descubrimiento de Lister no hay que temer accidente de ninguna clase. Si solamente las partes blandas están afectadas, hay que estirparlas completamente derramando emulsion de iodoformo en toda la superficie; si hay lesion de los cartílagos ó pequeños focos de cárie en la extremidad de los huesos, es necesario practicar el raclaje y en último recurso cuando las extremidades de los huesos están bastante alterados se impone la reseccion, la sutura de los huesos, de las partes blandas, y aparatos enyesados que inmovilicen completamente el mienbro y favorezcan la anquílosis, siempre desparramando ántes en las superficies cruentas que se ponen al descubierto la emulsion de iodoformo.

No entraré tampoco á discutir aquí las indicaciones de la reseccion ni de la amputacion por no ser del resorte de este trabajo.

Si es indudable que en los casos en que hay que recurrir á operaciones mas radicales como la artrotomia, reseccion y amputacion, la curacion que sobreviene es debida en su mayor parte à estas operaciones, no lo es menos que el iodoformo ejerce una influencia muy marcada y que su combinacion con aquellos medios de tratamiento no debe olvidar nunca el Cirujano, porque aún con medios tan radicales siempre queda materia tuberculosa que el iodoformo se encarga de destruir.

CAPITULO II

Materia Médica y Terapéutica del Iodoformo

El iodoformo ó tri-ioduro de formylo es un cuerpo sólido, cuya fórmula es $C.HI^3$; ha sido descubierto por Sérula en 1822, es de un bello color amarillo de limon, de un sabor azucarado, cristaliza en prismas exagonales, es suave al tacto y friable; siendo su densidad de 2.05. Se volatiliza por debajo de 100° sin descomponerse, se funde á 120° y calentado arriba de esta temperatura se descompone. Tiene un olor débil de azufre, lo que hace su uso muy incómodo, sin embargo de que hay sustancias como el café, el ácido fénico, las esencias y otras, que pueden mitigar el olor nauseabundo que tiene, y hacerlo de esta manera más apto para ser empleado bajo cualquier forma.

El iodoformo es insoluble ó casi insoluble en el agua, pues solamente se disuelve en 5.000 de su peso, lo que hace que bajo esta forma no pueda emplearse, pues, á semejante grado de dilucion, su propiedad más culminante, cual es la de ser antiséptico, se hace nula. Es soluble en 80 partes de alcohol á 90°, en 12 partes de alcohol hirviendo y en 6 partes de éter. Segun Trousseau y Fidoux se disuelve muy bíen en la glicerina y segun otros autores no se disuelve en ella.

Además es soluble en otras sustancias como el cloroformo, bencina, aceites fijos y volátiles y muy soluble en el sulfuro de carbono que toma un 25 % de su peso.

Para preparar este agente se usan varios procedimientos, uno de ellos es el de Bouchardat, que consiste en hacer obrar el iodo sobre el alcohol en presencia del carbonato de potasa, de la manera siguiente:

Iodo.....	20	gramos
Carbonato de potasa.....	20	»
Alcohol á 84°.....	50	»
Agua.....	150	»

Esta mezcla se calienta en un matráz colocado en el baño maria. Cuando el líquido se decolora, se agrega iodo, calentándolo despues; si hay nueva decoloracion se continúan las adiciones de iodo. Se satura el iodo con potasa cáustica, se filtra el líquido enfriado, se lava el iodoformo y se le seca al aire libre.

Se usan tambien otros procedimientos como ser: calentando iodo en alcohol, y haciendo obrar una solucion de hipoclorito de cal.

Tambien se produce el iodoformo calentando con el iodo y los alcalinos, el éter, glucosa, azúcar de caña, goma, dextrina, etc., y las esencias.

Al principio Bouchardat le empleaba por el iodo que contenia, pero Righini en 1853 y 1862 probó que el iodoformo prestaba aún más servicios como desinfectante y antiséptico. Humberte, Moretin y Maître consignaron la propiedad anestésica del iodoformo.

Por ser un poco volátil se reabsorve por la piel y mayormente por el estómago y los intestinos. Introducido en el estómago en pequeña cantidad no causa irritacion alguna, y en los perros á quienes se les ha administrado á grandes dósis, se encuentra la mucosa del estómago y de los intestinos pálida é íntegra.

La accion sobre el organismo, depende de que si se le acompaña con una sustancia en la que no se disuelve, aquellos serán leves, pero en solucion dichos fenómenos son manifiestos.

Si se administra por ejemplo de 0.50 á 1 gramo de iodoformo en solucion á un perro, se produce embriaguez y el animal cae; si en vez de estas dósis, se ad-

ministra de 3 á 4 gramos, á los fenómenos citados suceden síntomas de excitacion de una intensidad bastante considerable; hay aumento de la actividad circulatoria, contracturas convulsivas de los miembros y finalmente opistotonos.

En el hombre deben considerarse como tóxicas las dósis que pasen de 10 gramos. Los casos de muerte citados por Schede, König parece que son debidos á las dósis enormes que empleaban, muy especialmente el último de los autores citados que polvoreaba en las heridas hasta 100 gramos de iodoformo!

A este propósito es conveniente ser prudente en el empleo que se haga del iodoformo, pues segun algunos este agente obra poniendo en libertad el iodo, que segun el Dr. Klingemann y Nothnagel contiene de esta última sustancia más de nueve décimos de su peso, es decir, 96,7 %, debiendo al mismo tiempo conocerse la solubilidad del iodoformo en la sustancia con que se le combine, y así por ejemplo, en el aceite esta relacion es de 2 1/2 á 3 %'

Parece que el iodoformo segun las experiencias hechas por König tiene una accion muy marcada sobre el sistema nervioso produciendo cefalalgia, insomnio, algunas veces un verdadero delirio y en otras los síntomas de una verdadera meningo-encefalitis grave, y síntomas de parálisis cerebral general.

Tambien el iodoformo es anestésico local y general, pues Moretin ha visto producirse la anestesia completa del recto hasta el grado de pasar desapercibida la defecacion por la introduccion de supositorios iodoformados; pero para producir la anestesia general es necesario que se administre este agente en respetable cantidad y bien disuelto.

Finalmente una de las propiedades que lo hace gozar de gran mérito es la de ser un buen antiséptico segun la mayoria de los autores, pues segun algunos como Heyn y Rowsing, de Copenhague, dicen, que aún con cantidades muy considerables de iodoformo no

puede impedirse el desarrollo de bacterios, ni actua contra el bacilo de la tuberculosis, segun Tillanus, Lübbert, Kœning, Bínz, Baungarten, sin embargo de que Tillanus parece haber cambiado completamente de opinion, como tendremos oportunidad de verlo más adelante.

Miquel coloca al iodoformo entre los agentes muy fuertemente antisépticos,

Es innegable que, como agente antipútrido tiene mucho valor el iodoformo, porque impide el desarrollo de los fermentos. El mayor número de observadores, es de opinion que el iodoformo es uno de los mejores agentes para mantener en estado de asepsia las heridas. Se han obtenido los mejores resultados en las operacioneö que se hacen en los tejidos fungosos y tuberculosos.

Me olvídaba de consignar que aplicado localmente sobre la piel sana, produce despues de algun tiempo excema.

El iodoformo se elimina muy lentamente y al cabo de cuarenta y ocho horas por las orinas, tambien lo hace por la saliva, la leche, pulmones, es decir. por casi todos los emuntorios.

Despues de fricciones hechas con pomada iodoformada en la ingle, axila, etc., se ha visto producirse las reacciones del yodo, para lo cual se trata las orinas con agua de almidon y por el ácido nítrico que contenga vapores nitrosos; esta reaccion y la falta de olor á iodoformo en aquel líquido prueba que esta sustancia se descompone en el organismo, dejando en libertad el iodo, el que, por la accion de los álcalís de la sangre dá lugar á la formacion de ioduros y iodatos.

Estas sales nuevas en presencia de los ácidos de los tejidos protoplásmicos se descomponen y dan iodo libre. Encontrándose el iodoformo parcialmente en los productos respiratorios es probable tambien que se elimine por los riñones alguna parte bajo esta forma.

Nosotros hemos usado mucho el iodoformo en el Hospital de Crónicos, mayormente bajo la forma de emul-

sion en los abcesos frios, fistulas y artritis tuberculosas, y los fenómenos que se ha observado generalmente son, al principio una irritacion en el punto inyectado que pronto cesa, y en un enfermo de fístulas cuya historia narraré mas adelante, cada dia que le inyectaba la emulsion con fuerza y la retenia algunos minutos en los trayectos fistulosos, tenia yo que volver momentos despues para dar al enfermo una inyeccion de morfina, porque acusaba, y cosa estraña, en el lado sano y opuesto al que se hacia las inyecciones, fuertes dolores que desde la nalga bajaban al miembro inferior.

Despues de algunas horas se manifestaba en los enfermos adormecimiento en el punto donde se hacia las inyecciones. – Se han producido vómitos y reaccion febril muy manifiesta; pues, siempre que hemos inyectado la emulsion de glicerina iodoformada al 10 o|o hemos tomado ántes y despues la temperatura, la que siempre aumentaba 1°, 2° y en otros se ha observado hasta la temperatura de 40°, temperaturas que no tardaban en caer al siguiente dia á la normal.

Algunos autores, como Dallinger, Barois, citan fenómenos gráves sobrevenidos despues de las inyecciones de éter iodoformado al 5 o|o, tales como vómitos prolongados, narcosis, disnea intensa, habiendo tenido en algunos casos que hacer la respiracion artificial y tambien se ha producido un coma verdadero, y ha sobrevenido la muerte como en el caso de Barois.

Nosotros que hemos empleado en los abcesos frios, algunas veces 5 gramos de iodoformo no hemos visto que se hayan producido estos fenómenos, que no es dificil — sean debidos al éter.

En cuanto á los usos terapéuticos del iodoformo debo decir que ellos datan desde poco tiempo, pudiéndose decir que como agente antiséptico recien hácia el año 1879 á 1880 le recomendó Lister como muy seguro en la curacion de las úlceras del pié, y Moleschott le predecia un brillante porvenir. En cirujia ha sido introducido por Mosetig y Moorhof.

Antes de Lister el iodoformo era de un uso muy general para curar las mas diversas afecciones tales como el bocio, en el que probablemente daba buenos resultados por la gran cantidad de iodo que contiene. Tambien se le ha empleado y se usa actualmente para los chancros blandos y úlceras de origen sifilítico. Contra la fisura del ano tambien se le empleaba y despues en diversas otras afecciones como la difteria, úlceras tórpidas, cáncer etc.

En cuanto al uso del iodoformo como agente curativo de la tuberculósis, principalmente local, se puede decir que recien en estos últimos tiempos ha comenzado á emplearse de una manera sistemática, en la que ha dado los mas halagueños resultados.

El iodoformo se administra interiormente, esteriormente y en inyecciones hipodérmicas. Para administrarlo interiormente se acostumbra por lo general asociarlo con otras sustancias como la creosota, terpinol, etc; tambien puede administrarse al interior bajo la forma de pocion generalmente en aceite de bacalao y finalmente puede darse en polvo pero combinado con otras sustancias que mitiguen su olor, como el café.

Esteriormente bajo forma de polvos, de pomada, de emulsion, y aún hay lápices de iodoformo para hacer aplicaciones tópicas ligeras.

Para inyecciones hipodérmicas es necesario disolverlo completamente, por lo que es conveniente hacerlo con alcohol y mejor con sulfuro de carbono.

Por lo que respecta á las dósis, se debe dar generalmente al interior 0,50 cent. á 1 gramo por dia y esteriormente es prudente no pasar de la dósis de 10 gramos.

CAPITULO III

Investigaciones micrográficas é histológicas relativas á la accion del iodoformo sobre el bacilo y productos tuberculosos.

En este Capítulo seré muy breve, pues me limitaré únicamente á citar algunas observaciones micrográficas é histológicas sobre la accion del iodoformo, en presencia del bacilo de la tuberculosis y de los productos á que dá lugar, porque careciendo de los elementos necesarios para poder hacer estudios de control, así como de la práctica indispensable para llegar á un buen resultado, he creido conveniente ser mas extenso en las observaciones clínicas, que es donde he podido darme cuenta de los buenos resultados que dá el iodoformo, y corroborar de esta manera, las opiniones de distinguidos cirujanos.

En el nº 38 del «Centralblatt für Chiururgie» del año 1889, Wendelstadt, informa sobre las experiencias suyas y del profesor Trendelembourg sobre el tratamiento iodoformado en las articulaciones tuberculosas. Ya habia sido inyectado el iodoformo con éter, glicerina ó aceite de oliva desde hace algunos años. Mikulicz, Billroth, Berneuil y Bruns, tienen el mérito de haber llamado la atencion repetidas veces, acerca de la accion favorable de este agente en los abcesos osifluentes de la tuberculósis vertebral sobre todo.

Segun Marchand, en presencia del iodoformo no se desarrollan mas cèlulas gigantes en las granulaciones tuberculosas; segun Stockum, el contenido de los abcesos tuberculosos tratado por las inyecciones iodofórmicas, pierde la propiedad infectante cuando se le inocula en la cámara anterior del ojo.

Por las experiencias que han hecho Bruns, Nauwerck, despues de las inyecciones iodofórmicas no se puede demostrar en la pared del abceso, la presencia de tubérculos, y las mismas granulaciones desaparecen.

Es en estas opiniones que se apoyan Wendelstadt y Trendelembourg para explicarse la accion de las referidas inyecciones en los tejidos tuberculosos supurados, siempre que llegue á ponerse el medicamento en íntimo contacto con los tejidos enfermos.

C. B. Tillanus, estudia la accion del iodoformo sobre el agente tuberculoso. Stockum ha inoculado antes el pus de los abcesos tuberculosos, los unos tratados por el iodoformo y los otros nó. En ocho casos en que hizo sus experiencias con el pus procedente de abcesos tratados por las inyecciones iodofórmicas, no consiguió producir la tuberculosis sino en tres casos; con pus no tratado por este agente, llegó á producir en seis casos, el desarrollo de la enfermedad.

En vista pues, de estos resultados conseguidos por Stockum, Tillanus emprendió sus investigaciones en el laboratorio del Dr. Forster de la manera siguiente:

Habiendo mezclado iodoformo con la gelosa glicerinada de Roux, se han introducido en ella bacilos de la tuberculósis provenientes de un cultivo bien desarrollado y nunca aun con cantidades mínimas del medicamento, ha visto desarrollarse los microrganismos.

En las probetas de gelosa preparadas segun el método de Martin, los cultivos eran magníficos de los catorce dias á cuatro semanas y bastaba la influencia de los vapores de iodoformo para impedir su desarrollo.

Este autor ponia tambien á la estufa una probeta llena de cultivos bien desarrollados del bacilo de la tuberculósis y colocaba en la misma un tubo abierto conteniendo iodoformo. Despues al cabo de dos á seis dias, inoculaba los microbios obteniendo resultados normales, siendo estériles estas inoculaciones al cabo de un mes, lo que prueba que el iodoformo mata el bacilo de la tuberculósis, pero lentamente.

M. A. Hyersin ha publicado el resultado de sus investigaciones relativas á la accion de algunos antisépticos sobre el bacilo de la tuberculósis en el Instituto Pasteur y lo resúme en el siguiente cuadro:

Antisépticos	Milésimas	A	B
Ácido fénico.....	50	—	3 segundos
id	10	—	1 minuto
Alcohol absoluto.....	1000	—	5 minutos
Eter iodoformado.....	10	—	5 id
Eter.....	1000	5 minutos	10 id
Bi-clor-mercurio.....	1	6 id	10 id
Timol.....	3	2 horas	2 horas
Agua satur. Creosota..	--	1 hora	—
» » Naftol Beta.	—	1 id	—
Ácido salicílico.....	2.5	1 id	6 horas
Ácido Bórico	40	12 horas	—

En la primera columna, como se vé, figuran los antisépticos mas poderosos con que contamos; en la segunda las milésimas del agente en peso si es sólido y en volúmen si es líquido; la columna A, dá la duracion de contacto del antiséptico y de los bacilos y en cuyo tiempo no han muerto éstos y finalmente la última columna dá la duracion de la accion del antiséptico para matarlos.

De este cuadro resulta pues, que el iodoformo ó éter iodoformado, figura en primera línea entre los agentes fuertemente antisépticos.

Gosselin ha hecho tambien sus experiencias esterilizando el organismo, ya sea ántes ó despues de la inoculacion del bacilo de la tuberculósis, primero por medio del bi-cloruro y bi-yoduro de mercurio, no habiendo podido impedir el desarrollo de la enfermedad, mientras que administrando el iodoformo poco tiempo despues de la inoculacion, ha podido por lo menos impedir la evolucion del bacilo que quedaba así latente para no

tomar su vitalidad sino despues de cesar la administracion del iodoformo.

Todas estas conclusiones confirman en alto grado lo que la clínica ha probado con toda evidencia.

Sin embargo, tenemos investigaciones contradictorias de Rowsing, quien ha publicado en Mayo de 1887 los resultados obtenidos en sus ensayos sobre el valor del iodoformo como antiséptico, bajo el punto de vista especial de la tuberculósis. Sus experiencias las ha llevado á cabo en el Laboratorio de Salomonsen (Copenhague), inoculando la tuberculósis á conejos por introduccion de materia tuberculosa en la cámara anterior del ojo, y á otros ha inoculado por la misma via materia tuberculosa, mezclada á cinco veces su volúmen de iodoformo. Segun Rowsing, la presencia del iodoformo no ha podido en ningun caso retardar el desarrollo de la tuberculósis, de antemano local, despues prontamente generalizada. Aún más, dice este autor que el desarrollo de la afeccion era más rápido en el caso en que la materia infectante era mezclada con iodoformo, como si este agente, ejerciendo una accion irritante, sobre un órgano tan delicado como el íris le predispusiera á ser un medio más favorable al cultivo del bacilo.

En vista de esta marcada contradiccion ¿cómo juzgar la accion que pueda tener el iodoformo sobre el bacilo de Koch y los productos tuberculosos?

Yo me inclino á pensar, respetando siempre las investigaciones de Rowsing, que dados los buenos resultados obtenidos en la clínica en el tratamiento de las tuberculósis quirúgicas por el iodoformo, por distinguidos cirujanos como Billroth, Verneuil, Mikulicz, Bruns, Wasserzug, Gosselin, etc., y del mayor número de las experiencias micrográficas en favor del iodoformo, me inclino á pensar digo, que el iodoformo es un verdadero específico contra la tuberculósis.

Debo agregar para dar término á este Capítulo que De Ruyter en el Congreso de los Cirujanos Alemanes ha emitido la opinion, que el iodoformo fuéra del organismo

donde permanece sin descomponerse, no ejerce ninguna accion parasiticida, pero dice que obra sobre los cultivos artificiales, como sobre las heridas á la manera de un filtro que las preservaria del contacto de los microrganismos. Segun este autor, el iodoformo se descompone en el pus mantenido fuera del organismo á la misma temperatura de la sangre; ésta y el suero sanguíneo esterilízados, no modifican químicamente el iodoformo, el que se descompone tan pronto como los cocus del pus son trasportados sobre cultivos. Tambien admite de Ruyter que la descomposicion del iodoformo está ligada á la existencia de ptomainas, cuyas propiedades nocivas son entonces aniquiladas, y que los cocus del pus mismo si no son muertos, son por lo menos alterados por el iodoformo. Agrega además, que esta sustancia en solucion en una mezcla de alcohol y éter ejerceria una accion antiséptica más pronto y mas marcada, que en el estado pulverulento, y mataria en solucion, los microrganismos.

CAPITULO IV

Tratamiento de las Tuberculósis locales por el iodoformo.—Casos clínicos

En este Capítulo me ocuparé como he dicho anteriormente de la importancia que tiene el iodoformo para el tratamiento de las tuberculósis locales; de algunos casos clínicos observados por otros autores y que hablan en favor de mi opinion; en seguida espondré los casos en que hemos tenido oportunidad de aplicar dicho tratamiento.

La mejor forma bajo la cual debe ser empleado el iodoformo, es la de una emulsion de glicerina iodoformada al 10 p. 100, rechazando la solucion etérea de iodoformo por los accidentes que entraña y que han sido puestos fuera de duda por Dallinger y Barois en los casos observados por estos autores y que cito á continuacion, casos en los que han producido vómitos prolongados, narcosis de muchas horas de duracion y á causa de la rápida evaporacion del éter y la consiguiente tension, se ha producido gangrena de la pared del abceso, en cuya cavidad se inyectó la solucion etérea de iodoformo.

« 1er. Caso—Niño de 5 años de edad, con coxaljia « supurada bilateral; inyeccion en un abceso, de 30 « gramos de solucion etérea de iodoformo al 5 %. « Este enfermo es llevado del Consultorio á la casa de « sus padres que está próxima. Más ó menos cinco mi- « nutos despues de la inyeccion se apodera de este « una gran inquietud, la respiracion se hace difí- « cil, sobreviene pérdida del conocimiento y cianósis.

« El padre provoca vómitos, tocando las fauces y la « respiracion se regulariza, quedando el niño aletarga- « do durante el dia.

« 2º Caso — Una jóven de 9 años, con tuberculósis de « las 7ª, 8ª y 9ª vértebras dorsales, inyeccion en un ab- « ceso lumbar del lado derecho, de 25 gramos de la « misma solucion. Apenas llegada á su casa esta niña « presenta tenesmo vesical, la retencion de la orina du- « ra 30 horas, despues de las cuales comienza ésta á « trascurrir por gotas. A los diez dias existe aún un « catarro vesical que desapareció gradualmente. Sobre- « vino gangrena de la pared del abceso, en una es- « tension de 0m03 centímetros.

« 3er. Caso — Niña de 10 años con tuberculósis ver- « tebral y abcesos del Psoas de ambos lados, abiertos « ya un año y medio antes. Inyeccion en un trayecto « fistuloso de 10 gramos de la solucion etérea de io- « doformo al 5 %. Se mantiene la abertura cerrada « durante un minuto y se deja despues salir á fuera « á la solucion. Se le hacen con intérvalos de 3 á 4 « semanas seis inyecciones; es interesante el cuadro « sintomático que sucedió á cada una de ellas.

« En el momento de la inyeccion se producia un « fuerte dolor quemante en el trayecto fistuloso, de uno « á dos minutos de duracion, seguido de una sensa- « cion de calor en la mitad correspondiente del vien- « tre y de cierto aletargamiento; este estado duraba « de 1 á 4 horas. Despues volvia el dolor irradiándo- « se hasta la rodilla y de 18 á 20 horas de duracion. « La temperatura que en la noche anterior á la inyec- « cion era normal, subia despues á 38º9, 39º5 para vol- « ver á la noche siguiente á 37º6, es decir, otra vez à « la normal.»

Dallinger no ha visto ningun caso grave de tuberculósis ósea, curar por el éter iodoformado.

Barois ha tenido tambien un caso de abceso frio muy voluminoso que se estendia desde la clavícula del lado izquierdo hasta el reborde costal inferior del

mismo lado y desde el esternon hasta la línea axílar. Barois hizo la puncion estrayendo 300 gramos de pus y practicó una inyeccion de 50 gramos de éter iodoformado al 5 p. 100, es decir, que inyectó 2.50 gramos de iodoformo.

El enfermo tuvo despues dificultades para respirar, dolores y un verdadero estado comatoso. Este enfermo murió poco despues.

Se hizo la autopsia y encontro Barois que la cara posterior de la 2ª costilla estaba cariada y que existía un trayecto fistuloso que comunicaba con el pulmon; este órgano estaba retraido, con adherencias; había degeneracion grasosa del corazon, hígado y una verdadera nefritis supurada. Barois atribuye á los 2.50 gramos de iodoformo todos los fenómenos producidos en este enfermo, inclusive la muerte.

Nosotros hemos usado la glicerina y hemos inyectado 5 gramos y más de iodoformo, y nunca en ningun caso se ha producido la muerte, salvo en uno que ha terminado fatalmente, no por el iodoformo empleado, sino á consecuencia de las profundas alteraciones de orígen tuberculoso que hemos podido comprobar en la autópsia. Me inclino más bien á creer que gran parte de los fenómenos graves deben ser imputados al éter.

En atencion á lo espuesto hemos usado y creo útil aconsejar se use para las inyecciones la siguiente fórmula:

Iodoformo porfirizado 10 gramos.

Glicerina 100 gramos.

(Hágase emulsion segun arte).

De esta emulsion se inyecta cierta cantidad, segun la magnitud de la cavidad, no siendo necesario, como se comprende, llenar completamente el foco con la emulsion. Esta debe sar preparada poco tiempo antes de operar, porque de lo contrario el iodoformo se precipita y se concreta en el fondo del frasco que lo contiene, de tal manera, que es muy difícil suspen-

derlo nuevamente, á más de que el iodoformo parece descomponerse á la luz, despues de algun tiempo.

Como generalmente hemos aplicado estas inyecciones en abcesos de un volúmen regular y en las artritis tuberculósas, usamos un trócar ordinario con su correspondiente cánula, de tamaño regular y á más una jeringa para inyectar la emulsion despues de evacuado el pus.

Se esteriliza completamente los instrumentos que se deben emplear, haciéndolos hervir duranté 5 minutos y se les coloca en una solucion fenicada al 5 %.

El operador debe usar de las mayores precauciones antisépticas, jabonándose las manos y mojándoselas en solucion de bicloruro de mercurio al 1 ‰.

Debe tambien cepillar completamente, usando del javon y solucion de bicloruro, toda la superficie del tumor ó punto donde quiero hacerse la inyeccion.

Estando seguro de haber llenado todos estos requisitos antisépticos y de los que actualmente dependen en gran parte las brillantes conquistas de la Cirujía moderna, se introduce el trócar con su cánula en un punto declive del tumor á fin de que pueda evacuarse todo el pus, se deja trascurrir este y en caso de haber grumos que obstruyan la cánula, se desembarasa ésta por medio del punzon y se ejecutan suaves compresiones á fin de desagotar completamente el pus. En seguida se inyecta con la jeringa la cantidad de emulsion que se desee, despues de lo cual se obtura bien el orificio con un trocito de tela adhesiva. Es conveniente tambien practicar compresiones para poner la emulsion en contacto íntimo con los tejidos enfermos.

En casos de artritis tuberculósas hemos hecho la misma operacion en aquellos puntos donde era manifiesta la fluctuacion.

En cuanto á las fístulas tuberculósas lo mejor que parece es abrir ámpliamente los trayectos fistulosos, hacer el racláje de las superficies puestas así al des-

cubierto á fin de eliminar todos los productos tuberculosos y bañar despues las superficies cruentas con la emulsion de glicerina iodoformada, suturando una parte de las incisiones hechas y haciendo en lo sucesivo curaciones con gasa iodoformada.

Billroth reivindica el honor de haber sido el primero en emplear de una manera sistemática el tratamiento de los abcesos tuberculósos por la puncion y las inyecciones iodoformadas. Despues ha estendido el uso de la emulsion de iodoformo á casi todos los casos de tuberculósis quirúrjicas de la siguiente manera:

Despues de estraer todos los tejidos enfermos, se derrama la emulsion en la herida y se sutura prolijamente. «*Los resultados han sobrepasado á mis mas atrevidas esperanzas*» dice Billroth.

En el núm. 38 dél «Centralblatt für Chirurgie» del año 1889, informa Wendelstatt sóbre los resultados obtenidos por él y el Profesor Trendelembourig, en el tratamiento de las tuberculósis locales por el iodoformo.

Al principio se empleó en la clínica de Bonn el éter yodoformado, pero á causa de los intensos dolores que sucedian y debido tambien à la gangrena de la piel, pronto se le reemplazó con el aceite iodoformado al 5 p. 25, el que debia ser preparado poco ántes de usarlo, porque de lo contrario no tardaba en descomponerse desarrollando iodo.

Estos autores inyectaban por medío de una jeringa análoga á la de Praváz, haciendo con ella cada 8 dias y en diferentes puntos de la piel préviamente desinfectada inyecciones de 2 á 3 centímetros cúbicos cada una. En los casos de trayectos fistulosos, estos autores creen que es mejor hacer las inyecciones en los tejidos circunvecinos. El número de inyecciones que empleaban hasta obtener una mejoria era jeneralmente de 3 á 4 y en otros mas aún.

Han visto así sobrevenir cambios favorables, la inchazon disminuir poco á poco haciéndose dura y resisten-

te. Las fístulas han parecido resistir mas, la secrecion disminuye muy paulatinamente y la oclusion se hace esperar mucho tiempo.

La movilidad de las articulaciones enfermas se restablece poco á poco, siendo necesario un reposo completo al principio, pudiéndose en el último tiempo prácticar cuidadosos movimientos.

Esta marcha favorable no se observa en todos los casos, pero en los de simple mejoría hay una accion muy marcada sobre el proceso general.

En algunos de los casos las inyecciones fueron hechas despues de la incision del abceso y del raspado. La curacion fué mas rápida despues de las inyecciones que antes.

Algunas veces sobrevinieron á las inyecciones, en la misma tarde ó al dia siguiente, altas elevaciones térmicas hasta 40°, que sin embargo pronto cesaron, sin obrar sobre el estado general, y fué atribuido este fenómeno febril á la falta de esterilizácion de la emulsion. Segun estos autores el peligro de la intoxicacion parece no existir, debido talvez á las pequeñas cantidades que se inyectaban y porque solamente una pequeña parte del medicamento era absorbida.

Algunas veces á las tres semanas han estraido del abceso una cantidad de iodoformo no alterada.

Los pacientes no muy enfermos han sido tratados por estos autores ambulatoriamente. Se han hecho esperimentos de control con la emulsion de bálsamo del Perú por Landerer en un enfermo que presentaba varios focos óseos tuberculósos fistulosos, y parecen favorables al iodoformo.

La estadística que trae el Centralblatt für Chirurgie sobre los casos que han tratado Wendelstadt y Trendelembourg, es la siguiente:

De 109 enfermos, 28 han sido tambien operados, operaciones de incision y raspado en su mayor parte; 36 fueron dados de alta completa y aparentemente curados; 37 estaban mejorados á su salida; 12 estacionarios. De

los 24 enfermos en tratamiento, 14 mostraban, cuando los autores citados se decidieron á publicar sus observaciones, una mejoria notable. De los 37 mejorados y dados de alta una gran parte se sustrajo al tratamiento ántes de que estuviere terminado.

Tambien Bruns ha obtenido exelentes resultados por medio de este tratamiento.

Así, de 12 abcesos osifluentes de orígen vertebral tratados por la puncíon é inyecciones repetidas de emulsion de iodoformo y glicerina, 10 fueron definitivamente y uno incompletamente curados. Bruns ha tratado así 35 casos, de los cuales 24 han sanado completamente, mientras que los otros métodos dán en 101 casos (Socin, Storkum, Volkmann), solo 35 curaciones completas.

Si á esto se agrega la excelente accion que ejercen casi siempre las inyecciones iodofórmicas sobre el estado jeneral, hay que reconocer que ningun otro tratamiento dá tan sorprendentes y exelentes resultados.

Pilcher de Brooklin presenta tambien un caso en apoyo de los inmejorables resultados que dá el iodoformo en la tuberculósis lócal. Se trata de una jóven de 13 años con ulceraciones tuberculósas en puntos completamente simétricos de su cuerpo; se estableció el diagnóstico por medio del microscopio.

Pilcher raspa dos ulceraciones idénticas entre si é idénticamente situadas en una y otra pierna y trata una con polvos de iodoformo y la otra con subnitrato de bismuto; la 1ª sana á las seis semanas y la 2ª necesita para ello 4 meses y medio, y solo muestra una cicatrizacion mas rápida cuando se aplica sobre ella polvos de iodoformo.

En el Congreso de los Cirujanos Alemanes se ha tratado tambien esta cuestion del iodoformo como agente curativo de las tuberculósis locales y Bruns ha sido uno de sus mas ardientes partidarios, el que manifestó en las Sesiones celebradas en dicho Congreso, que el tratamiento de que nos venimos ocupando le han dado siempre exce-

lentes resultados. Este autor emplea contra los abcesos frios las inyecciones de la emulsion de iodoformo al 5 p. 100, ya sea en glicerina ó aceite de oliva.

Despues de haber evacuado el pus, inyecta en la cavidad del abceso una cantidad de emulsion casi igual á la del pus estraido, 30 ó 40 gramos cuando mas.

Ellas son repetidas, si es necesario, dos ó cuatro semanas despues. Se obtiene de esta suerte la curacion completa de los abcesos frios; Bruns ha visto curar colecciones provenientes de cáries vertebrales. Cuando se trata de tumores blancos, ó bien la articulacion está llena de fungosidades y de una coleccion líquida más ó menos abundante ó bien solamente hay fungosidades de la sinovial. En el 1er. caso, se procede como para un abceso frio; en el 2º se hacen inyecciones intersticiales distantes de algunos dias. Inyectados cada vez 2 á 6 centímetros ^{3} de emulsion de iodoformo. Son las articulaciones de la mano, del pié, del codo y de la rodilla que se prestan mejor á este tratamiento simple, sin peligro y á la disposicion de cada práctico; es notable dice Bruns, ver sobrevenir la curacion con conservacion, por lo menos parcial, de los movimientos de la articulacion.

En el mismo Congreso Aleman Heusner de Barmen ha encomiado este tratamiento y cita en apoyo de su opinion el caso de una señora que curó de un tumor blanco del puño despues de 10 inyecciones de éter iodoformado.

Hemos visto ya que Wendelstadt y Trendelembourg habian tratado 100 enfermos afectados de tuberculósis locales, y en la fecha en que se celebró el Congreso en Alemania, estos cirujanos habian alcansado á tratar 135 casos obteniendo los mas felices resultados.

V. Eiselsberg de Viena manifiesta que hace dos años que sigue la misma práctica de Billroth y que no ha tenido por menos que congratularse de los brillantes resultados obtenidos.

Tambien Krause de Halle refiere á los miembros

del Congreso que ha tenido varios casos de artropatias tuberculósas fungosas de carácter muy grave, à las que ha tratado por la glicerina iodoforma al 10 p. 100; agua yodoformada, emulsion al 10 p. 100. Krause ha tratado 36 tumores blancos de la rodilla, 13 coxaljias, 6 artritis tuberculósas del pié y 5 de las articulaciones de la mano. Han curado completamente 15 enfermos de la rodilla, 4 de la nalga, 1 del pié y 3 de la mano. La curacion ha durado un año más ó menos. En algunos casos ha sido necesario practicar despues la reseccion, la artrectomia ó la amputacion. Dos enfermos atacados de tumor blanco de la rodilla, han sucumbido sin embargo de las inyecciones iodofórmicas, el uno á consecuencia del desarrollo de la tuberculósis pulmonar y el otro de la tuberculósis miliar aguda.

Siempre, segun Krause, han parecido dar mejor resultado los casos de tuberculósis articulares de la mano y de la rodilla; algunas veces se han restituido los movimientos de las articulaciones enfermas.

Es necesario en casi todos los casos hacer varias inyecciones.

De 4 enfermos que tenian artritis fungosas graves de la rodilla y que han sido tratados por Krause, habia un jóven de 20 años, en el que se habia discutido la oportunidad de la amputacion; la articulacion ha sido curada en el espacio de 4 meses por medio de 4 ó 5 inyecciones de glicerina iodoformada de 20 á 40 gramos cada una y otro niño ha sido curado con restablecimiento completo de los movimientos articulares.

En los casos tratados por Krause y que presentaban abcesos circunvecinos á la articulacion y en comunicacion con ella se evacua el pus, se practica un lavaje de la cavidad hasta que el líquido salga claro y se inyecta en seguida la solucion iodoformada.

Sin ir muy lejos, en los Hospitales de Buenos Aires se ha puesto en práctica y con un éxito brillante el tratamiento de las tuberculósis locales por medio del

iodoformo, combinado, es verdad, en algunos casos con otros tratamientos.

En una conferencia dada por el Cirujano Dr. Andrés F. Llobet en el local del Círculo Médico Argentino el 13 de Marzo del corriente año, ha referido los casos de tuberculósis quirúrgicas que se le han presentado en la clínica del Hospital Rawson, así como el tratamiento adoptado, y los resultados obtenidos, por los que se comprueba la bondad del iodoformo en la afeccion de que venimos hablando.

1er. Caso—Se trata de un indivíduo de 25 años de edad, en el que se diagnosticó una artrosinovitis fungosa de la rodilla derecha. Se procedió á abrir la articulacion, dando salida á una gran masa de fungosidades, encontrándose los cartílagos destruidos y notándose focos de cárie en el cóndilo interno del fémur y caras articulares de la tíbia, se resecó ambos huesos, se lavó con solucion de bicloruro de mercurio y se impregnó las superficies operatorias con emulsion de glicerina iodoformada al 10 p. 100; se suturó los huesos, partes blandas, se estableció el drenaje y se colocó finalmente una gotera enyesada. A los 45 dias se quitó el aparato y la curacion era completa.

2º Caso—Enfermo de 21 años de edad en el que se estableció el diagnóstico de artritis tuberculósa de la rodilla izquierda. Abierta la articulacion se estirpó una masa fungosa que pesaba 200 gramos. Se desparramó por la superficie la misma emulsion que en el caso anterior y se suturó.

Se hizo la inmovilizacion en una gotera enyesada. Se ha obtenido la curacion á los 32 dias, habiendo conservado la articulacion pequeños movimientos.

3er Caso—Niña de 5 años, remontando su enfermedad á mas de 2 años. Se aplicaron en la parte enferma puntos de fuego en el Hospital de Niños. La pierna está en flexion sobre el muslo formando un ángulo agudo. En el hueco poplíteo existe un trayecto fistuloso. Se abrió la articulacion, encontrándose el cartílago

corroído y un foco de cárie en la cavidad glenoidea interna de la tíbia.

Se raspó con la cureta las superficies alteradas y el foco de la tibia, cauterizando este último con el termocauterio. Igual curacion que en los casos anteriores; además se colocó un aparato de extension contínua con 3 kilos de peso. Esto se efectuó el 6 de Noviembre. El 9 y 10 llegó la temperatura á 38 grados y luego quedó en la normal. Al mes de la operacion estaba la enferma casi curada, habiendo quedado solamente un trayecto fistuloso en el sitio ocupado por la gaza, la que cicatrizó poco despues.

4º Caso—Maria Bossi, jóven de 12 años de edad. Se diagnostíca tuberculósis de la articulacion tibio-tarsiana del lado izquierdo y fístula de la misma naturaleza en el trayecto del estensor del dedo gordo del pié derecho. Esta paciente fué operada el dia 31 de Octubre.

Abiertos ámpliamente los trayectos fistulosos, se encontró en la extremidad de la tibia un secuestro invajinado en una capa ósea de nueva formacion; medía 0m03 centímetros de largo y fué necesario abrir un puente por medio del osteótomo para extraer el secuestro. Se hizo un raclaje de los focos de cárie tuberculósa, estirpando al mismo tiempo las masas fungosas, y se irrigó con la emulsion de glicerina iodoformada. Cuando casi todo estaba cicatrizado, sobrevinieron nuevas manifestaciones en ambos maleolos, lo que hizo necesario una nueva intervencion. Se ha seguido las mismas precauciones que en la primera y en la fecha en que fueron presentados ante el Círculo Médico estos casos, muy poco faltaba para obtener una curacion definitiva en Maria Bossi.

El último caso que presenta en su conferencia el Dr. Llobet, es el de un italiano llamado Pascual Cunio, de 26 años de edad y de profesion Carrero. En este enfermo se diagnosticó una artritis tuberculósa de la rodilla izquierda. Poco tiempo ántes se aplicó en el Hospital de Clínicas, revulsivos enérgicos en la rodilla y se co-

locó aparatos enyesados, los que no dieron resultado. Entrado al Hospital Rawson y hecho el diagnóstico ya citado, se procedió á practicar la reseccion de la rodilla, irrigando siempre la superficie operatoria con la emulsion de glicerina iodoformada y colocando, despues de suturar bien tanto los huesos como los tegumentos, el miembro en un aparato enyesado.

A los 45 dias todo se encontraba bien, salvo la existencia en algunos puntos, de botones carnosos de buena naturaleza, que no tardaron en cicatrizarse.

Por fin concluye su conferencia el Dr. Llobet, ensalzando los buenos resultados que le ha dado siempre el iodoformo en el tratamiento de las tuberculósis quirúrjicas, llegando á pensar que este agente es un verdadero específico contra la tuberculósis.

Como se vé, de la exposicion que acabo de hacer, la mayor parte de los Cirujanos están contestes en admitir la especificidad del iodoformo en las tuberculósis locales, todo lo cual corrobora las observaciones que hemos hecho en el Hospital de Crónicos bajo la direccion del Cirujano de este Hospital, Dr. D. Juan B. Justo, y á cuyo conséjo debo la eleccion de este tópico como tema de mi trabajo.

Creo conveniente como resúmen, citar la estadística de curaciones completas que han obtenido algunos autores por medio del tratamiento con el iodoformo.

Así, segun Wendelstadt y Trendelembourg, de 109 enfermos, tenemos completamente curados 36, es decir, un 33.3 por %; entre los dados de alta y en tratamiento muy mejorados, á pesar de haberse sustraido algunos de ellos al tratamiento, hay 51 entre los 109, es decir, un 46,8 por %.

Segun Bruns, en 35 enfermos en los que, ha empleado este tratamiento, los 24 han curado completamente, lo que equivale á un 68,8 por %.

La estadística de Krause dá para 60 casos de artritis fungosas graves casi todas, 23 curaciones ó lo que

es lo mismo, un 38,2 por %, pero hay que tener presente que estos casos son graves.

Ahora, comparando con los otros medios de tratamiento que dan menos de 35 curaciones completas por %, segun Socin, Storkum, Volkmann y otros, se vé cuan ventajoso y benéfico es el tratamiento de las tuberculósis por medio del iodoformo.

No habiendo tenido oportunidad de emplear el iodoformo más que en los abcesos frios idiopáticos, sintomáticos, fístulas y artritis tuberculósas, he creido prudente pasar por alto el estudio del tratamiento de otras manifestaciones tuberculósas, tales como úlceras, lúpus, etc., pero abrigo la firme conviccion que el iodoformo dará tambien en estos casos, exelentes resultados.

Casos clinicos—Los casos de tuberculósis locales que hemos tenido oportunidad de tratar en el Hospital de Crónicos por medio del iodoformo, son en su mayor parte abcesos frios idiopáticos y algunos sintomáticos de lesiones óseas no bien comprobadas. Hemos tenido dos casos de fístulas tuberculósas y una artritis de la misma naturaleza, cuya historia tambien presentaré, apesar de ser muy corto el tiempo desde que se ha sometido el enfermo al tratamiento por medio de las inyecciones iodofórmicas, de las cuales no se ha hecho mas que dos hasta la fecha.

Como ya he tenido oportunidad de manifestarlo, hay historias incompletas porque algunos de los enfermos han sido tratados en el Consultorio del Hospital y no ha sido posible observarlos sino cada 4 ó 5 dias; en cuanto á otros de los casos que hemos tenido en las Salas de Cirujia, han pedido el alta estando en tratamiento.

Caso núm 1. Daniel Garcia, Español, de 25 años de edad, de profesion Cigarrero. Tiene dos años y meses de residencia en la República Argentina.

Este enfermo se presentó al Consultorio el 26 de Marzo de 1889, para curarse de un tumor que tenia en la nalga izquierda.

Ha sido alcoholista y sus hábitos mas ó menos buenos.

Los únicos antecedentes mórbidos individuales son que en la infancia ha tenido sarampion y viruela y es muy propenso á los resfrios.

No tiene antecedentes mórbidos hereditarios.

En la época en que se presentó al Consultorio, databa su enfermedad de 4 ó 5 meses atrás, y comenzó á manifestarse por dolores en la articulacion coxo-femoral izquierda, dolores que se acrecentaban por los movimientos. En seguida principió á percibir que la nalga aumentaba de volúmen, época en la cual comenzó á curar su afeccion con pomadas que en nada le aliviaron.

Descubierto el enfermo y examinado presentaba efectivamente un gran tumor en la rejion glútea izquierda, de superficie igual, no habia cambio de coloracion en la piel, á la palpacion era blando, depresible, presentaba una fluctuacion muy manifiesta, la auscultacion y demas medios de diagnóstico físicos nada decian.

Se formuló el diagnóstico de abceso frio de la rejion glútea izquierda.

Se dió entrada á este enfermo en la Sala 5ª núm. 2 y pocos dias despues con todas las prescripciones antisépticas que acostumbramos, hizo el Dr. Justo la puncion del abceso dando salida á una gran cantidad de pus tuberculóso característico é inyectando en la cavidad unos 50 gramos de emulsion de glicerina iodoformada, es decir, 5 gramos de iodoformo,

La accion piretójena de la inyeccion se manifestó en este enfermo como en todos los demas, pues la temperatura que en las noches anteriores era de 37°, en la noche del dia de la inyeccion subió á 40° para descender al dia siguiente á 37° 6, y en los demas dias al rededor de 37°.

Permaneció este enfermo en el Hospital dos semanas despues de la operacion, época en la cual solicitó el alta que le fué concedida, á pesar nuestro.

Dos dias despues de salir de este Establecimiento fué al Consultorio del Hospital San Roque, donde un Médico ó

Practicante del mismo le hizo la puncion del abceso, estrayendosele el líquido con un aspirador segun las referencías del enfermo; en este último Hospital no se le hizo inyeccion de líquido alguno en la cavidad del foco, si hemos de dar fé á las palabras del paciente.

Despues de algunos dias se le reprodujo el pus y se resolvió nuevamente á volver á nuestro Consultorio, donde otra vez se estrajo el pus por la puncion é inyeccion de la emulsion iodofórmica, en la misma cantidad que cuando la primera operacion, es decir, 50 gramos. Despues de esta última inyeccion, este enfermo se marchó á su casa, en la cual y pocas horas despues, tuvo vómitos, dolores generalizados á todo el cuerpo y adormecimiento de la pierna y articulacion del lado enfermo; todos estos fenómenos desaparecieron en pocas horas.

Algun tiempo despues de esta segunda inyeccion, volvió el enfermo, notándose que habia disminuido algo la magnitud del abceso.

Tratando de cerciorarme del resultado definitivo, he buscado al enfermo, el que se ha presentado al Hospital el dia 17 de Mayo del corriente año, habiéndome podido enterar de que está completamente curado, que trabaja sin molestia y que en el punto ó puntos donde se han practicado las punciones existen pequeñas cicatrices.

Caso núm. 2. El caso cuya historia apunto á continuacion ha sido menos feliz que el precedente, talvez porque las paredes del abceso estaban ya bastante alteradas.

Benita Orta — Española — de 3 años de edad, buena constitucion, se presentó al Consultorio el dia 13 de Octubre del año 1889.

A la fecha indicada hácia ya 5 meses que le apareció un pequeño tumor en la cara anterior del esternon, el que ha ido desarrollandose paulatinamente hasta adquirir el tamaño de un huevo de gallina.

Se diagnosticó tambien un abceso frio idiopático y el dia 14 del mismo mes, se hizo la puncion de este abceso y la inyeccion de glicerina iodoformada al 10 p. 100, de la que se introdujo en la cavidad unos 30 gramos.

La enferma no volvió mas al Consultorio.

En el deseo de cerciorarme de su estado he solicitado su presencia en el Hospital y me refiere la madre que algun tiempo despues de la inyeccion le quedó un trayecto fistuloso que se lo curaba con agua fenicada.

Actualmente este trayecto está cerrado completamente y en el sitio ocupado por el abceso se nota una cicatriz roja. Ademas esta niñita tiene una kevato conjuntivitis flictenular en ambos ojos, cuyo orijen escrofuloso es indudable.

Caso núm. 3. Inocencia Farias, argentina, de 6 años de edad, fué atendida por primera vez en el Consultorio el dia 22 del mes de Abril y presentaba un abceso en la cara anterior y 3º medio del antebrazo derecho.

A la edad de 3 años le aparecieron unos abcesos en la parte lateral y anterior del cuello, los que eran completamente indolentes. Algunos de estos abcesos se abrieron espontáneamente y los otros fueron abiertos en el Hospital de Niños con el bisturí, los que aún no se habian cicatrizado. Estos abcesos fueron curados en el referido Hospital con solucion fenicada y polvos de iodoformo. Ha tenido otros en la region mastóidea que se los abrieron igualmente. De esta última parte se han estraido unos secuestros. Presenta ademas esta enferma otitis supurada de ambos lados.

Dos meses antes habia recibido un golpe en el antebrazo derecho y á los pocos dias despues se notó que esta parte iba aumentando de volúmen, época en la cual se presentó al Hospital.

Fuí llamado ya tarde al Consultorio por uno de mis compañeros de internado, para que abriera dicho abceso, lo que hice con el bisturí sin sospechar que se trataba de una coleccion purulenta de naturaleza tuberculósa, porque habia un punto acuminado, rojo y al parecer pronto á abrirse, por lo que creí se trataba de un abceso flegmonoso. Salió pus en bastante cantidad, grumoso pero no de mal olor. Establecí el drenaje é hice una curacion antiséptica.

Al siguiente dia se le cambió la curacion y noté que el orificio dejado por el tubo de drenaje no tenia tendencia alguna hácia la cicatrizacion, y entonces con mas detenimiento y recojiendo todos los datos que he anotado mas arriba pude convencerme de que se trataba de un abceso frio muy probablemente sintomático de cárie tuberculósa de los huesos del antebrazo, por los dolores que acusaba la enferma y los cuales estaban localisados en dichos huesos.

En vista de esto, resolví comenzar á inyectarle por el trayecto fistuloso la emulsion de glicerina iodoformada, haciéndole una curacion antiséptica.

El 1° de Mayo, nueva curacion é inyeccion de la emulsion.

El 4 de Mayo, cambio de curacion é inyeccion, habiendo podído notar que el antebrazo estaba menos abultado, pero el trayecto fistuloso tiende á persistir.

El 8 de Mayo nueva curacion, no puede retenerse en la cavidad sino una muy pequeña cantidad de la inyeccion de glicerina iodoformada.

Durante estos dias la enferma ha tenido esputos sanguinolentes. He auscultado y percutido sus pulmones notando sub-matités en los dos vértices pulmonares y rales sub-crepitantes diseminados, y pensando en una tuberculósis pulmonar, le administré píldoras de iodoformo y creosota.

Escuso decir, que desde el principio le dí á esta niña tónicos; vino de quina, ferrujinosos, aceite de hígado de bacalao. Tambíen le indiqué á la madre que le hiciera lavajes suaves en ambos oídos por las otitis, y lavajes con solucion de bicloruro de mercurio al 1/00 en las fístulas del cuello y en seguida polvos de iodoformo para las mismas.

Despues se le han cambiado las curaciones cada tres ó cuatro dias, y desde el 30 de Mayo no se le inyecta mas iodoformo, porque el trayecto fistuloso está aparentemente cerrado y el antebrazo enfermo igual al del lado sano.

Caso núm. 4. El siguiente es un caso de fístulas tuber-

culósas, consecutivas á la abertura espontánea de un abceso frio.

Antonio del Rio, español, de 10 años de edad, de temperamento linfático, se presentó al Consultorio en Julio 22 de 1889.

Antes de esta fecha hacia ya mucho tiempo que principió á notar el desarrollo lento de un tumor en el dorso de la mano izquierda, el que era indolente y al cabo de cierto tiempo se ulceró.

A la fecha en que se presentó al Consultorio, tenia dos trayectos fistulosos y la piel circunvecina muy violácea. Los gánglios linfáticos del cuello estaban infartados.

Al principio se le hizo un vendaje compresivo, que lo mantuvo por mucho tiempo sin haber obtenido resultado alguno.

Este es el primer enfermo que se ha tratado por el iodoformo, bajo la forma de una emulsion de aceite iodoformado, de la que se le hizo, con la jeringa de Praváz varias inyecciones en las partes circunvecinas de los trayectos fistulosos y con este tratamiento, el enfermo se ha curado completamente.

Caso núm. 5. La historia que voy a referir á continuacion es interesante no por los resultados obtenidos, pues el enfermo ha sucumbido, sino por las alteraciones tan profundas que he encontrado en la autopsia.

Juan Coronel, argentíno, de 29 años de edad, temperamento linfático, jornalero, de mala constítucion.

Entró en la Sala 4ª núm. 8 de este Hospital, el dia 28 de Abril de 1891.

Los hábitos de este enfermo han sido malos, ha abusado de las bebidas alcohólicas hasta el grado de tomarse en un solo dia dos ó tres frascos de ginebra. Ha sido muy desarreglado en su vida y se ha entregado á trabajos fatigosos y forzados.

Los antecedentes mórbidos individuales son, que tuvo viruela y sarampion en la infancia. El año de 1887 tuvo un ataque de reumatismo poliarticular que le duró dos meses, al cabo de los cuales quedó mas ó menos bien.

Posteriormente y el año de 1889, ha tenido por segunda vez la misma afeccion con carácter mas benigno, habiéndole durado solamente quince dias. Ha sido muy propenso á los resfrios.

En cuanto á los antecedentes mórbidos hereditarios refiere, que el padre ha fallecido repentinamente á la edad de 45 años. La madre vive, tiene 74 años, está paralítica y es ademas asmática, segun las referencias que me ha hecho el enfermo.

Por lo que respecta á su enfermedad actual y á la fecha en que entró al Hospital, hacia ya ocho meses que recibió un golpe, cayendo con el estado izquierdo del tórax.

Despues comenzó á notar en el sitio mayormente contusionado un pequeño tumor, el que se ha ido desarrollando paulatinamente y de una manera indolente.

Hace un mes que ha comenzado á sentir que la garganta se le hinchaba, que tenia algunos dolores, dificultad para deglutir los alimentos y un poco de afonia.

Al exámen físico, se nota en la parte lateral izquierda del tórax, un tumor alargado del volúmen de la cabeza de un feto, bilobulado, que se extiende desde el borde inferior de la 6ª costilla, hasta tres ó cuatro dedos por encima de la cresta ilíaca del mismo lado; la piel de esta parte es lisa y lustrosa. El tumor es de superfície uniforme, depresible, blando, fluctuánte, indolente. Presenta tambien otros dos del tamaño de una nuez pequeña, en la cara anterior del esternon y en la cabeza.

La tumefaccion del cuello es más marcada, en el lado derecho, muy dolorosa á la presion; el enfermo no puede sentarse y acostarse sino con grandes dolores y mucha dificultad. Los ganglios laterales del cuello y los sub-maxilares están infartados. Examinadas interiormente la cavidad bucal y las fauces, hay en éstas una tumefaccion muy marcada del lado derecho y la úvula desviada hácia adelante y á la izquierda.

Al exámen de los pulmones se nota una respiracion ruda y rales sibilantes y mucosos finos.

El dia 3 de Mayo, y habiéndose diagnosticado abceso frio el tumor que presentaba en la rejion lateral del tórax. se procedió, prévia desinfeccion de la piel del abceso y despues de haber llenado, como de costumbre, todas las precauciones antisépticas, á hacer la puncion con un trócar y en un punto conveniente del abceso, dando salida á unos 200 gramos de pus amarillento, con estrías sanguinolentas, grumoso, de mal olor. Una vez extraida la mayor parte de pus que se pudo, pues á cada momento era obstruida la cánula, se inyectó 50 gramos de glicerina iodoformada, obturando con tela adhesiva el orificio.

La temperatura que en las noches anteriores oscilaba al rededor de 37.5, subió en la noche del dia que se hizo la inyeccion á 38.8, es decir, que bájo la influencia del iodoformo la temperatura subió 1°3, —para descender en los dias siguientes á la normal.

El dia 4 de Mayo, la tension del abceso era mayor que ántes de la inyeccion, lo que nos demostraba la intensidad de la reaccion local.

En los dias siguientes y hasta el 7 ú 8 de Mayo, no se ha notado en el enfermo sinó un cierto grado de mejoria, pues que se levantaba y tomaba alimentos con mas facilidad, cosa que no sucedia antes. La temperatura durante estos dias ha oscilado al rededor de 37°5.

El 8 de Mayó solicitó permiso para salir del Hospital por tener que arreglar asuntos particulares.

Este enfermo no ha vuelto al Establecimiento sinó despues de 9 dias y empeorado completamante de su afeccion. Como el caso me interesaba, solicité fuera admitido nuevamente.

Esta vez el enfermo ha caido á la cama para no levantarse más; tenia intensos dolores en todo el cuello y en la cabeza, difícilmente se alimentaba y no podia sostenerse sentado, pues parecia que las vértebras cervicales eran impotentes para mantener en su posicion

la cabeza. Por indicacion del Cirujano de la Sala Dr. Justo, traté de colocar una gotera enyesada que sostuviera la cabeza sobre los hombros, pero fué imposible hacerlo, porque como he dicho, el enfermo no podia sostenerse sentado.

El tumor ó abceso frio de la parte lateral del tórax, habia disminuido un tanto, pero el abceso retrofaríngeo estaba, sino aumentado, lo mismo que antes.

Para aliviar al enfermo que reclamaba un medicamento, se le hizo la puncion con un trócar, del abceso retrofaringeo, dando salida á una gran cantidad de pus tuberculóso, sin hacer inyeccion, porque nuestro pronóstico era fatal. Despues sobrevinieron parálisis de los miembros superior é inferior derechos y paresia de los del lado opuesto, y tambien retencion de orina, por lo que fué necesario sondarlo diariamente.

Me olvidaba de consignar que desde el principio se le sujetó á un tratamiento general tónico y reconstituyente; como tambien á gargarismos de una solucion boricada.

Este enfermo falleció el 30 de Mayo ppdo.

El resultado de la autopsia es el siguiente:

Abierto el abceso que presentaba en la parte lateral izquierda del tórax, dí salida á una gran cantidad de pus muy fluido, amarillento y con grumos voluminosos y muy caseosos. En el fondo de la cavidad habia una gran cantidad de materia caseosa adherida á las paredes, y un poco de iodoformo no descompuesto, y á este propósito hago notar que este iodoformo ha permanecido casi un mes en la cavidad. Limpiamos, con el jóven Flores quien me ayudaba en esta autopsia, el fondo de la cavidad y hallamos dos focos de cárie en la 7ª y 8ª costillas, así como un secuestro libre, que pertenecia á la 7ª costilla; estos focos no habian perforado aún la pared torácica completamente, pero los tejidos estaban muy alterados.

Exámen de los pulmones—Los pulmones estaban enfisematosos y en algunos puntos habia congestion; habia

adherencias pleurales fáciles de romper en el lado derecho; en el izquierdo habia una muy fuerte en la base y cara posterior del tórax, la que tuvimos que incindir para estraer el pulmon y vimos que entre las adherencias habia encerrada una gran cantidad de pus; al nivel de la 7ª costilla y cara interna del tórax habia un abceso frio del tamaño de un huevo de gallina.

El corazon y demas vísceras nada de particular presentaban.

Seguimos con la autopsia de la porcion cervical y al levantar los órganos que se encuentran en la parte anterior del cuello, corrió una inmensa cantidad de pus. El abceso era rétrofarinjeo, pero al nivel del atlas y axis existía una cárie de estas vértebras que establecia la comunicacion entre el abceso y la porcion cervical de la médula, la que se encontraba alterada en dicho punto, por lo que se explica los fenómenos de parális que sobrevinieron en este enfermo.

Caso núm. 6. Jesús Sanaval, español, de 26 años de edad, Cigarrero, soltero, tiene temperamento linfático y una escrofulósis verdadera.

Hace ya como un año que ha comenzado á sentir dolores en el tercio inferior de la pierna y cara interna; despues ha notado un abultamiento y una coloracion violácea en dicho punto, pero apesar de su dolencia ha seguido trabajando sin grandes molestias, hasta que últimamente ha notado que la parte enferma se ha puesto roja y que sentia mas dolores que antes, hasta qúe el 12 de Marzo de este año se presentó al Consultorio para hacerse operar. Estaba de servicio el interno Sr. Arrieta, el que diagnosticó abceso frio, probablemente con lesion del periostio ó de la tibia. Incindió con el bisturí, dando salida á un poco de pus é inyectando en la cavidad emulsion de glicerina iodoformada al 10 %, suturando la incision hecha y haciendo una curacion antiséptica. El enfermo volvió á los dos dias, y al cambiarle la curacion ví que el pus se habia reproducido y que la parte suturada no mostraba tendencia hácia la cicatrizacion; quité los hilos de sutura, incindí

profundamente para dar salida á todo el pus é hice la inyeccion acostumbrada, unos 30 gramos, haciendo en seguida una curacion antiséptica; sucesivamente y durante algunos dias se han hecho en este enfermo, siempre en la cavidad del abceso, 5 ó 6 inyecciones que han bastado para traer una curacion completa.

Caso Núm. 7. Este caso es de fístulas tuberculósas tratadas por medio del iodoformo.

Juan Daly, ingles. de 28 años de edad, de profesion sastre, soltero.

Entró al Hospital el dia 27 de Enero del corriente año. Hace ya mucho tiempo que padece de grandes dolores en la articulacion coxo-femoral derecha, la que se mantiene en un cierto grado de flexion.

Desde 7 ú 8 meses atrás han comenzado á aparecerle unas fístulas en la region glútea que le molestaban mucho y le incomodaban por la supuracion que de ellas trascurria, por lo que se decidió á entrar al Hospital.

Se estableció el diagnóstico de Sacrocoxaljia del lado derecho y fístula de la nalga. Estas eran en número de tres ó cuatro.

Se procedió á la operacion por el Dr. Justo, abriendo todos los trayectos fístulosos y haciendo un raclaje completo, á fin de eliminar todos los tejidos enfermos.

Al parecer el hueso ilíaco estaba enfermo.

Una vez terminado el raelaje, se lavó bien con la solucion de bicloruro de hidrarjirio, desparramando en las superficies cruentas puestas así al descubierto, la emulsion de glicerina iodoformada, y se suturó las incisiones hechas.

En la creencia de que bastaba la primera aplicacion de iodoformo, se siguió haciendo únicamente curaciones antisépticas y en 4 ó 5 dias se sacaron los hilos quedando todas las incisiones bien cicatrizadas y solamente dos orificios fistulosos de los cuatro que habia; pero al cabo de pocos dias sobrevinieron nuevas manifestaciones, destruyéndose una parte de las incisiones ya cicatrizadas, por

lo que se comenzó á hacer inyecciones por uno de los orificios fistulosos, con la glicerina iodoformada, obturando los dos orificios que estaban en comunicacion para retener por uno ó dos minutos la emulsion en las cavidades fistulosas.

Después de cada inyeccion que se daba todos los dias, permanecia por un cuarto de horá muy bien el enfermo, pero pasado este corto tiempo me hacia llamar con el asistente para que le diera una inyeccion de morfina, porque tenia intensos dolores no en el lado enfermo sino en el sano. Poco tiempo despues de la inyeccion de morfina todo pasaba.

Marchaba bien el enfermo, pues dia á dia se obsevaba mejoria, cuando el 10 de Abril solicitó el alta que le fué concedida. No he vuelto á tener conocimiento del estado de este paciente.

Caso núm. 8. José Frumento —Italiano—Marinero—50 años de edad, soltero.

En este enfermo se diagnasticó una sinovitis tuberculósa del antebrazo izquierdo; presentaba principalmente un foco grande donde la fluctuacion era marcada—Se incindió con el bisturí en dos puntos, se hizo un raclaje completo y se desparramó emulsion de glicerina iodoformada. A los tres dias que este enfermo entró al Hospital solicitó el alta y ya se notaba alguna mejoria.

Caso núm. 9. Finalmente para terminar presentaré la siguiente historia de un enfermo que tiene una artritis tuberculósa fungosa de la rodilla derecha y que actualmente está en tratamiento:

Elías Aiti. Árabe—de 20 años de edad—mercachifle de constitucion regular.

Ha entrado á la Sala 1ª cama núm. 2, el dia 14 del mes de Marzo ppdo. Tiene 3 meses de residencia en Buenos Aires.

Sus antecedentes mórbidos individuales son que á la edad de 18 años ha tenido viruela; ha padecido de resfrios continuados, sudores nocturnos, de vez en cuando tos y constipacion de vientre.

En cuanto á sus antecedentes mórbidos hereditarios, carece de ellos por completo, pues sus padres y demas familia que se encuentran en Jerusalem, su patria, son sanos.

Hace como diez meses y encontrándose aún en su país natal, comenzó á sentir dolores en la rodilla derecha; estos dolores le molestaban mucho, en la marcha sobre todo. Poco tiempo despues, ha comenzado á notar cierto grado de tumefaccion en la rodilla y dolores mas pronunciados. Tuvo un pequeño abceso frio en la parte interna de la rodilla enferma, del tamaño de una nuez, que se curó él mismo aplicándose un trapo negro inflamado; últimamente y aún queda una superficie ulcerosa, ha tenido otro en la parte externa del mismo punto y en el que tambien ha aplicado el mismo tratamiento. Apesar de su enfermedad ha continuado en su ocupación hasta que no ha podido mas.

Examinada la rodilla se encuentra muy aumentada de volúmen de supercie multilobulada, notándose unás eminencias en las partes internas, superior, é inferior de la rodilla enferma. A la palpacion da mas bien una sensacion de empastamiento, que de fluctuacion. Tambien hay puntos muy dolorosos á la presion y localizados al nivel de las superficies articulares.

La pierna no puede hacer la flexion ni menos la extension sobre el muslo. Hay un grado marcado de flexion de la pierna sobre el muslo y rotacion hácia fuera.

El exámen de los pulmones no dá nada de particular, siendo únicamente la respiracion un poco ruda,

Como ya he dicho, se ha diagnosticado en este enfermo artritis tubercolosa fungosa de la rodilla derecha.

El 18 de Mayo por la mañana se le hizo, habiéndose tomado préviamente todas las precauciones, una puncion en el foco de la parte superior de la rodilla con el trócar, dando salida á un líquido opáco y gelatinoso, que contenia algunos grumos blancos, y se hizo en la cavi-

dad una inyeccion de 20 gramos de glicerina iodoformada al 10 %. Se produjeron dolores espontáneos en la rodilla muy fuertes, subiendo la temperatura á las 5 p. m. á 39° 2 y por la noche á 38° 8, pero despues de la primera temperatura se le dió antipirina y para los dolores inyecciones de morfina.

Al amanecer del dia siguiente ha tenido náuseas por dos ó tres veces y dolores en ambas regiones renales, pero no muy fuertes. Localmente la rodilla se encuentra con alta temperatura, hay bastante tension en el punto inyectado.

20 de Mayo—La temperatura de la noche anterior es de 39° 7 y hoy por la mañana 38° 2.

21 de Mayo—Los dolores han disminuido; la tension de la rodilla siempre aumentada; la temperatura anoche ha sido de 39,5 y en la mañana de hoy 37,9—se alimenta mejor.

23 de Mayo—La temperatura anoche ha sido de 38° 3 y hoy por la mañana de 37° 5.

El 1° de Junio 2ª inyeccion de 15 gramos, de la emulsion en la parte inferior y un poco interna de la rodilla. La temperatura que antes de esta inyeccion era de 37° 5 se elevó en la noche á 38°.

Con relacion al principio se nota alguna mejoria,

Con gran satisfaccion me hago un deber en manifestar que despues de quince dias de escrita esta Tésis y bajo la influencia de la segunda inyeccion de glicerina iodoformada, el estado local de la articulacion enferma, no puede ser mas satisfactorio y abrigo la esperanza que con 5 ó 6 inyecciones mas, el enfermo se encontrará sino completamente curado, por lo menos en un estado muy próximo á él.

Para terminar debo dejar asentados y establecidos como corolario de lo anterior, las siguientes conclusiones:

1° No hay mejor tratamiento para los abcesos frios idiopáticos que la evacuacion del pus por la puncion é inyeccion de glicerina iodoformada.

2° En los abcesos osifluentes, el iodoformo dá igual-

mente mejores resultados, que cualquier otro agente.

3º En caso de fístulas tuberculósas, del desarrollo de fungosidades, lo mejor es combinar el raclaje bien hecho con el empleo de la emulsion de glicerina iodoformada, que se desparrama ámpliamente en las superficies operatorias.

4º y última. Antes de sacrificar un miembro es preferible ensayar por algun tiempo las inyecciones yodofórmicas. salvo el caso de que aquella indicacion revista carácter de urgencia.

Mayo 31 de 1891.

F. Olmos Gonzalez.

Buenos Aires, Junio 5 de 1891.

Pase á los Señores Académicos Dr. Mallo, y Catedráticos Dres, Gandolfo y Hernandez para que informen sobre la admisibilidad de esta tésis.

M. GONZALEZ CATAN

L. de la Cárcova
Secretario

Junio 17 de 1891.

Señor Decano: Esta tésis está conforme con las prescripciones reglamentarias.

Pedrò Mallo, O. Hernandez, Antonio C. Gandolfo.

Bueoos Aires, Junio 18 de 1891.

De acuerdo con el informe que antecede, entréguese al interesado para su impresion, debiendo fijárse por Secretaria el dia en que deba sostenerse en acto público ante la comision examinadora respectiva.

MAURICIO GONZALEZ CATAN

L. de la Cárcova
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Oftalmologia—Quistes dermoides de la region orbitaria.

Medicina Legal—¿El suicidio es siempre un acto patológico?

Enfermedades nerviosas—Hemorrajias meninjeas.

Patologia Interna—Dilatacion y estrechéz del exófago.

Ginecologia—Abceso pelviano.

Medicina Operatoria—Amputacion total de los dedos de la mano.

Patologia externa—Conmocion cerebral.

Anatomia patològica—Pericarditis.

Higiene—Calles.

Materia Médica y Terapéutica—Diuréticos en general.

Patologia general—Ictericia.

Fisiologia—Procedimientos de evaluacion de la cantidad de sangre que el organismo contiene.

Anatomia topográfica—Region radio-cúbito-carpiana anterior.

Histologia—Estructura de los bronquios.