

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

4

5

EL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

# AIRE CALIENTE

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR EL

## Método de Holländer

Aplicado como tratamiento en algunas afecciones quirúrgicas

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

### MEMORIA DE PRUEBA

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia  
de la Universidad de Chile

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR

Félix Grohnert B.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACIÓN CHILE

Calle San Francisco, número 75

1904

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

TWGH  
MED  
1904  
G874a  
c.1

EL  
AIRE CALIENTE

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

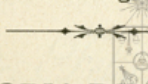
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR EL

Método de Holländer

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Aplicado como tratamiento en algunas afecciones quirúrgicas



Museo Nacional de Medicina

MEMORIA DE PRUEBA

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia  
de la Universidad de Chile

POR



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Félix Grohnert B.

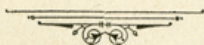


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACIÓN CHILE

Calle San Francisco, número 75

1904



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



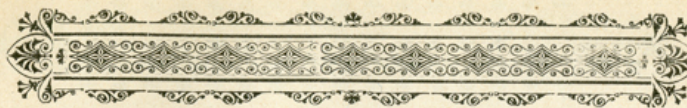



*A mi querido padre*

*Dr. Felix Grohnert*

*i a mis distinguidos profesores de Clinica, Doctores*

*Ventura Carvallo E.*

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL  
*Isaac Ugarte G.*  
*Felix Grohnert B.*






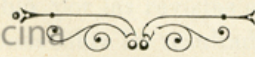

 Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Durante el curso de mis estudios de Clínica Quirúrgica, bajo la dirección del Profesor Dr. *V. Carvallo E.*, tuve ocasión de observar el empleo de las cauterizaciones por el aire caliente según el método de *Holländer*, en algunas afecciones quirúrgicas, siempre con resultado satisfactorio.

En vista de esto i alentado por mi distinguido maestro en este ramo, me he propuesto diseñar en las breves páginas de este folleto, los resultados i beneficios que con este procedimiento ha alcanzado la Clínica en el tratamiento de afecciones reputadas hace pocos años como de un pronóstico muy reservado respecto de su curabilidad.

Haré en el curso de este estudio, la historia del procedimiento, con los éxitos, que en las diversas afecciones, en las cuales se ha empleado, haya alcanzado.

No olvidaré de relacionar i comparar el procedimiento que trato con los otros métodos usados en semejantes casos, procurando asignarle a cada uno de ellos, la importancia real que como tratamiento curativo tenga.

 Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



## EL AIRE CALIENTE

APLICADO COMO TRATAMIENTO

EN ALGUNAS AFECCIONES QUIRURJICAS



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

### INTRODUCCION



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En el año 1888 se ha recomendado en Alemania por *Weigert* i *Krull*, que inventaron un aparato ingenioso *ad hoc*, la inhalacion del aire caliente contra afecciones de los pulmones, principalmente contra la tuberculosis pulmonar. Con gran entusiasmo fué recojida esta nueva idea, pero luego vino, como sucede tan a menudo en la *Medicina*, el fracaso completo de esta nueva panacea contra las enfermedades de los órganos respiratorios. En un rincón del estudio de mi padre, médico que ejerce muchos años su profesion en la capital de *Chile*, se encuentra relegado al olvido el tal famoso aparato de *Krull*, que pedido por mi padre, cuando recibí por las revistas alemanas las entusiastas comunicaciones sobre los resultados espléndidos del nuevo tratamiento, llegó cuando había sufrido el fracaso completo i cuando ya casi no se hablaba más de aquella nueva invencion. Todo triunfo i derrota, cuestion de pocos



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



meses. Flor de un día! Este ha sido el único ensayo del aire caliente en la Medicina interna.

En *Ginecología* se ha empleado el aire caliente principalmente en forma de aplicaciones sobre la mucosa enferma de la cavidad uterina, en muchos casos con muy buenos resultados. Sin embargo, las opiniones de los ginecólogos sobre esta materia, no son todavía uniformes. Hay partidarios muy decididos y otros que consideran el tratamiento peligroso.

Es en la *Cirujía*, en donde el uso del aire caliente, ha obtenido verdaderos triunfos. *Holländer* tiene el gran mérito de haber introducido en el año de 1897 este nuevo tratamiento en la Cirujía, comunicando sus primeros resultados en el *Congreso Médico de Moscow*.

**Aparatos.**—Entro a mi trabajo especial, ocupándome primero de la construcción del aparato primitivo y de las modificaciones que ha experimentado.

El aparato era en un principio muy simple; consistía solo en un gran fuelle, movido por los pies, que lanzaba chorros de aire por unos tubos de goma; éstos desembocaban en una espiral de metal, que era calentada por un mechero *Bunsen*; por el otro extremo de la espiral salía un tubo metálico que se aplicaba en la región enferma.

Pero este aparato ha sufrido algunas modificaciones; en primer lugar, se ha hecho de él, un aparato más manual y transportable; el fuelle ha sido reemplazado por una doble pera de caoutchouc y encima de la espiral metálica se ha colocado un canastillo de metal, revestido por dentro con una capa de amianto para concentrar el calor; este canastillo está soportado por un vástago metálico que parte de la base del mechero de *Bunsen*, éste está colocado inmediatamente debajo de la espiral. El otro extremo de la espiral es una punta metálica móvil y aguzada, pudiendo adaptarse a ella, puntas rectas o medio angulosas. Todo el aparato está sostenido por un mango móvil que

permite aplicarlo con toda comodidad en la región enferma. El mechero *Bunsen* está en comunicación con la cámara del gas, por un largo tubo de caoutchouc.

Para hacer funcionar el aparato, se enciende el mechero *Bunsen*, que calienta la espiral metálica. Cuando ésta haya tomado un color rojo, se hace pasar por ella el aire, haciendo funcionar la pera de caoutchouc. Por el extremo libre de la espiral, el aire sale concentrado y con una temperatura que puede alcanzar a 300 grados y más. El chorro de aire caliente debe poder encender un fósforo, carbonizar el papel, fundir el estaño, para estar en condición de usarlo.

Se puede graduar, dosar y concentrar el espesor del chorro, según la necesidad, apretando más o menos la pera, dando así al aparato mucha comodidad y facilidad para su empleo.

Antes de usar el aparato, se aplica delante del chorro de aire caliente, un pedazo de papel que debe carbonizarse, cuando el aparato está apto y espedido para la operación.

De mucha importancia y comodidad es que el chorro se pueda aplicar en focos bastantes circunscritos sin el peligro de desviaciones, que podrían ser sumamente peligrosas en algunas regiones, como por ejemplo en la región palpebral, alas de la nariz, etc.

El profesor *Unna* ha modificado el aparato de *Holländer*, sirviéndose de un termocauterio, al cual le ha adaptado un aparato construido de manera de hacer pasar una corriente de aire, que se pone en contacto con el hierro incandescente.

Otro aparato para suministrar aire caliente, fue ideado por *M. Balzer* y construido por *Luër*. Consta de una asa galvánica en forma de espiral que está en comunicación con una batería de acumuladores y está rodeada por un tubo de vidrio de forma cónica, al cual se le hace llegar una corriente de aire por el mango del instrumento, por medio de una doble pera de caoutchouc. El aire, al contacto





de la espiral llevada al rojo, se calienta i sale por la estrechidad cónica del tubo de vidrio. El calor a que alcanzaba el aire en los primitivos aparatos de *M. Balzer* era de 150°, pero se ha modificado de tal manera que actualmente alcanza el aire a una temperatura mucho mas subida.

El aparato de *M. Balzer* se usa de la manera siguiente: con un gálvano-cauterio ordinario, se aplican puntas de fuego sobre la superficie de la rejion enferma; en seguida se recubre ésta con una compresa embebida en una solucion de cocaina al 1/5 i al cabo de algunos minutos la anestesia se produce de un modo suficiente. En este momento se hace pasar con la pera insufladora, una corriente de aire caliente sobre los puntos que se van a cauterizar, hasta que los tegumentos tomen un color blanquizco.

Sobre puntos aislados, la cauterizacion es hecha de una manera intensa, de modo que tenga efectos destructivos profundos; jeneralmente, el mal desaparece radicalmente en una sola sesion. Sobre las superficies de gran estension, la cauterizacion se hará mas superficial i se repetirá dos o tres veces por semana.

Siempre que se va a operar con el aire caliente es conveniente limitar la zona de cauterizacion colocando sobre la piel placas metálicas agujereadas o bien rodeando la parte enferma con gazas humedecidas para que de esta manera el chorro de aire obre solamente sobre la rejion enferma. Terminada la operacion, se hace una curacion húmeda caliente i boricada. Con las mismas precauciones se aplica el aparato de *Holländer*. En cuanto á la duracion de la aplicacion del aire caliente, varia segun la estension, profundidad i sitio de la lesion.

Otra modificacion llevada a cabo en el primitivo aparato de *Holländer*, es la que hizo él mismo; es el cauterio eléctrico de aire caliente. (*Electrischer Mikroheissluftkauter*.) Con este nuevo aparato simplificó el primitivo modelo con el objeto de hacerlo mas manejable i poderlo usar hasta en sus horas de consultas para aplicarlo en pequeñas ope-

ciones. El aparato es mui sencillo i de fácil esterilizacion; presta grandes servicios, sobre todo en las hemorragias parenquimatosas, que las cohibe fácilmente.

**Accion fisiológica.**—¿Cómo obra el aire caliente sobre los tejidos? Se puede decir que es un agente físico que obra atacando los tejidos enfermos i respetando los sanos. Aplicado sobre la piel, lo primero que se observa es, que la piel palidece, parece que se produce una isquemia en esa rejion; en seguida se levanta en forma de flictena, de tal manera que la rejion en que se aplica el aire caliente queda completamente anemiada. Este fenómeno se produce siempre, ménos cuando la cauterizacion se aplica sobre tejidos previamente anemiados por la cinta de *Esmarch*. El aire caliente sigue obrando gradualmente: del color blanquecino de la piel, pasa al amarillento, despues toma un brillo seco; hasta este punto, la cauterizacion se llama: *cauterizacion relativa*, i en este período el aire caliente solo ataca las partes enfermas necrosándolas, respetando las partes sanas, que despues rejeneran rápidamente.

Pero si se sigue aplicando el aire caliente i sobre todo si se acerca mas el aparato, entónces no respetándose ninguna parte de tejido sano, se necrosa i carboniza todo el espesor de la piel que toma un color negruzco, procedimiento que el autor ha llamado: *cauterizacion absoluta*.

Los períodos de cauterizacion relativa i absoluta, no se pueden limitar categóricamente, pues la transicion se hace de una manera lenta, gradual i solo la esperiencia clínica puede determinarlos.

Hai que distinguir como obra el calor por contacto, como lo hace el termocauterio de *Paquelin*, i el calor aplicado a distancia i sin contacto, como lo efectúa el aparato de *Holländer*; el primero ataca i destruye por el contacto sea tejido sano o enfermo; mas aun a veces ataca solamente tejidos sanos dejando persistente tejidos enfermos, pues la tocacion no es absoluta. Así, es, pues, una



gran desventaja para el aparato de *Paquelin*, el no poder cauterizar los tejidos a distancia atacando solamente los tejidos tocados.

En cambio con el aparato de *Holländer*, la cauterización absoluta necrosa uniformemente los tejidos, por consiguiente, hai ménos probabilidad de dejar intactos algunos focos enfermos. Es este, pues, el procedimiento mejor para destruir las rejiones enfermas, con que solamente el cuchillo puede competir sino hubiera casos dudosos en que el bisturí no pudiera estirpar toda la rejion enferma, en cual caso la cauterización absoluta sería preferible.

**Anestesia.**—Para disminuir o evitar completamente el dolor, que produce la aplicación del aire caliente, se puede emplear la *anestesia local o jeneral*.

Siendo las sesiones jeneralmente mui cortas, soportan la mayor parte de los enfermos la operación sin practicar una anestesia. En cuanto a la anestesia local, se emplea con ventaja la *cocaína* en soluciones concentradas en forma de compresas o pincelaciones. Ménos recomendable es el uso del *cloruro de etilo*, porque su efecto anestésico es mui pasajero i porque la congelación producida por su evaporación, da a los tegumentos un color anormal que no permite distinguir fácilmente la parte enferma de la sana. La misma cosa puede decirse del *cloruro de metilo*, recomendado por *Bailly i Debove*, que produce, si no se emplea con mucha prudencia, algunas veces escaras. Resultados pocos satisfactorios da el *guayacol*, preconizado por *Championnière*, que se usa en pomadas o en natura i que molesta bastante a los enfermos, por su fuerte i persistente olor. Mencionaremos solamente el *éter* i la *cocaína*, pues sus resultados dejan mucho que desear.

Solamente en casos escepcionales en que la afección haya tomado una gran estension i en que hai que cauterizar profundamente para no repetir tan seguido pequeñas

sesiones operatorias, se prefiere la narcosis jeneral usando el *cloroformo* o el *éter*.

Hai que mencionar un hecho curioso. Cuando el enfermo despierta de la narcosis, siente las mas veces solamente un lijero escozor aun cuando la cauterización haya sido mui grande, fenómeno que se explica fácilmente por la razon que la cauterización al destruir las terminaciones nerviosas, ha alterado tambien sus funciones sensitivas.

**Accidentes.**—Consecuencias desagradables no se han podido probar hasta el presente; aun cuando la cauterización haya sido mui grande no se han presentado complicaciones de ningun jénero. Se temía ante todo la trombosis de las venas que podrian lanzar a la circulación jeneral, émbolos peligrando así la vida de los operados. En las comunicaciones de *Holländer* i otros partidarios de su sistema no se han mencionado hasta ahora ningun caso de este jénero.

**Asepsia.**—Como en toda operación, así tambien en el uso del aire caliente se debe observar una asepsia la mas escrupulosa posible, que desgraciadamente por el carácter de las ulceraciones con superficie irregular i anfractuosa, no se puede hacer satisfactoriamente. El operador tiene que contentarse jeneralmente con pulverizaciones de *agua boricada* o soluciones de *sublimado*. Despues de la operación se aplicará sobre la superficie operada compresas embebidas en una solución de sublimado al 1 por mil o en agua boricada hasta hacer la hemostasia completa.

**Indicaciones.**—*Holländer* ha principiado a hacer uso de su nuevo tratamiento en el *lupus* i ha obtenido en esta terrible afección sus mejores triunfos. Con asombrosa rapidez i entusiasmo se han recibido en los centros científicos los anuncios de sus buenos resultados. Ahora poco a poco se ha estendido el campo operatorio de este método i ~~44~~





ha llegado a tratar otras afecciones con favorable éxito. Entre éstas se deben mencionar ante todo el *epitelioma*, los *anjiomas*, la *úlcera fagedénica*, las *hemorragias parenquimatosas*, los *chancros blandos* de carácter maligno como los *serpiginosos*, etc.

Pasaremos ahora en revista los diversos tratamientos que se emplean en cada una de las afecciones arriba mencionadas, para precisar sus ventajas e inconvenientes i compararlos con el método de *Holländer*. Empezaremos con los tratamientos del *lupus* en que, como hemos dicho, el nuevo método ha encontrado una aceptación casi jeneral.



## LUPUS

Los tratamientos del *lupus* se pueden dividir en tres grupos: primero, el tratamiento jeneral, por la higiene, los medicamentos i los serums; segundo, la cura radical, por las *cauterizaciones profundas* i la *ablacion quirúrgica* con el *bisturí*; i tercero, por los tratamientos de larga duracion: *escarificacion*, *raspaje*, *ignipuntura*, *aire caliente*, *cáusticos*, *inyecciones locales medicamentosas*, *electricidad* i el método de *Finsen*.

**Tratamiento jeneral.—Higiene.**—Por esta palabra se entiende el régimen de vida, el *modus vivendi*, que debe ser formulado por el médico i estrictamente observado por el enfermo; las bases de este tratamiento hijiénico son la *cura de aire* i la *sobre alimentacion*. Por la cura de aire, el apetito se sobreexita i así se puede sobre-alimentar a los enfermos cuyo estado se mejora rápidamente; entónces el *lupus* se modifica notablemente aun cuando no esté sometido a ningun tratamiento local. Siendo este tratamiento mui costoso, no se puede emplearlo en las clases proletarias de un modo riguroso, pero siempre se podrán modificar favorablemente sus condiciones hijiénicas. Así se le aconsejaria a los enfermos, cambiar si es posible sus habitaciones malsanas que son muchas veces focos de infeccion, piezas húmedas, faltas de sol i aire, que está en jeneral completamente viciado, recomendándoles, ademas, ejerci-





cios moderados al aire libre i una alimentacion nutritiva i razonada. Así el organismo se fortalece i presenta mas probabilidades de una curacion completa por un tratamiento local seguido al jeneral.

**Medicamentos.**—Pero el tratamiento hijiénico alimenticio no es suficiente para hacer frente a un mal tan terrible como el lupus; es preciso emplear tambien medicamentos que se han probado en miles de casos i que han dado en muchos, un resultado satisfactorio.

Los mas antiguos son: 1.º los *cuerpos grasos*, que absorbidos en gran cantidad, parece mejorar a los lúpicos. Entre éstos se prescribe con ventaja, el *aceite de higado de bacalao* i preparados i combinados con éste i *fosfato de cal*, como *Emulsion de Scott* i otros.

2.º Pero entre los medicamentos ocupa indudablemente el primer lugar la *creosota* i sus derivados, como *creosotal* i *guayacol* (*carbonato*, *valerianato*, etc.) preparaciones que se han usado durante muchos años, desde las recomendaciones entusiastas de *Bouchard*, *Jaccoud*, *Séé*, *Sommerbrodd*, i de muchos otros autores con gran confianza. I con mucha razon! porque se han conseguido indudablemente en muchos casos resultados brillantes. No es solamente un remedio, que excitando el apetito i arreglando las funciones del estómago i de los intestinos influye favorablemente en la nutricion del enfermo, sino que, segun la opinion de muchos autores, es un poderoso antiséptico, que puede obrar enérgicamente sobre el proceso bacilar de la tuberculosis.

3.º Los *arsenicales* son tambien mui útiles en algunos casos. Para no perturbar las funciones del estómago, se han empleado en los últimos años con mucho entusiasmo i con mui buenos resultados, las *inyecciones hipodérmicas* i principalmente las del arsénico orgánico como *cacodilato* i *metarseniato de soda*, que se practicarán a una dosis de cinco centigramos diaria, durante siete días i otras siete

inyecciones despues de un descanso de una semana, existiendo así el apetito i aumentando rápidamente el peso del enfermo.

4.º Algunos recomiendan tambien los *yoduros* i *cloruros* en forma de *jarabe de yoduro de fierro* o *jarabe yodo-tánico*. HARDY da el *cloruro de sodio* de uno a tres gramos diarios.

5.º El *iodoformo* por la via bucal o en *inyecciones hipodérmicas* i tambien el *icliol*, tienen muchos partidarios decididos que los consideran casi como específico. (Abandonado por la mayor parte).

6.º La *cantárida de potasa*, preconizada por LIEBREICH ha pasado ya su época, porque las *inyecciones hipodérmicas* con este remedio heróico han sido completamente abandonadas porque forman un gran peligro para los riñones.

**Seroterapia.—Tuberculina de Koch.**—Este célebre médico ha empleado en el tratamiento de la tuberculosis dos sérums anti-tuberculosos o *tuberculinas*, como él las llamó; la una lleva el nombre de *linfa de Koch*, la otra el de *tuberculina T. R.* La primera *tuberculina*, o *linfa de Koch*, está hoi bien juzgada; solo produce una atenuacion momentánea de los tejidos tuberculizados, tanto en la tuberculosis tegumentaria en jeneral, como en todas las variedades de tuberculosis lúpica. Tiene, por lo demas, grandes inconvenientes: persistencia de fiebre durante cuarenta i ocho horas, insomnios, dolores musculares, complicaciones cardíacas posibles; en consecuencia, no es superior ni aun igual, a los procedimientos de tratamiento ordinario de que se dispone hoi dia.

La segunda *tuberculina* llamada T. R. produce efectos un poco diferentes; los resultados inmediatos son en apariencia excelentes; la reaccion local es moderada, los fenómenos jenerales no toman un carácter alarmante. Al cabo de algunos dias se observa una disminucion rápida de la estension i rubicundez del lupus; cicatrizacion de las su-

AIRE

2



perfiles ulceradas i disminucion progresiva del edema de los tejidos. Parece que un individuo tratado con esta *tuberculina*, fuera a sanar, pues llega a la casi completa mejoría; pero la desilusion no se deja esperar, a los diez o veinte dias el lupus reaparece, i lo hace con un carácter terrible, en mucho mayores proporciones que al principio, aparece hipertrofiado, conjestionado, exuberante. De esto se deduce que la *tuberculina T. R.* no cura el lupus, lo mejora solamente de una manera efimera, es tan ineficaz como la linfa de *Koch*, pero no tan peligrosa.

Las *toxinas streptococicas* sobre el lupus. En analogia con el tratamiento del carcinoma por inyecciones de toxinas streptococicas, se han tratado lo mismo los lúpicos inyectando culturas streptococicas esterilizadas hasta 100°; pero los resultados han sido desfavorables.

Otros ensayos seroterápicos.—Se ha usado el serum de *Maragliano* cubriendo la superficie lúpica con este serum hasta tres veces al dia, pero no dió resultado alguno. Otros ensayos se han hecho con el serum del perro en inyecciones al rededor de los lupomas i con el serum del perro previamente tuberculizado haciendo inyecciones debajo de las úlceras, pero despues de una mejoría pasajera la recidiva se presentó bien pronto. Tambien se ha usado en el lupus la *oxytuberculina*, que no es otra cosa que la *tuberculina* atenuada i modificada por una ebullicion prolongada; los resultados fueron pasajeros. En suma, todos estos ensayos han sido infructuosos.

En *resúmen*, todos los tratamientos que acabamos de citar: serums, medicamentos, higiene alimenticia, no curan radicalmente el lupus, solamente producen una mejoría pasajera i por eso el tratamiento local se impone.

**Cura radical.**—El lupus, en la mayoría de los casos, se estiende mas en superficie que en profundidad. Cuando es localizado se puede estraer en bloc toda la neoplasia; la



cirujía se ha esforzado siempre en practicar la ablacion de estos tejidos patológicos, sea con el bisturí, sea con el fierro caliente, i estes procedimientos han sido perfeccionados desde que se ha practicado la asepsia que ha hecho posible las autoplastias i los injertos.

**Cauterizaciones profundas.**—A. *Cauterios.* Es un método por el cual se trataba de destruir un lupus de pequeña estension con un fierro calentado al rojo con que se producía una escara profunda interesando toda la parte enferma i estendiéndose un poco a la parte sana. La herida curaba bajo la escara, que cuando caía se producían botones carnosos exuberantes que se tocaban con el lapiz de nitrato de plata hasta que la herida cerraba poco a poco. La cicatriz que se forma es de un blanco mate muy visible e indeleble, produciendo ademas retracciones cicatriciales, que es un gran inconveniente de este método, que por eso está hoy completamente abandonado.

B. *Escarificaciones igneas en masa.* Consiste en trazar sobre el lupus incisiones profundas hasta el tejido celular sub-cutáneo con la lámina de platino de un *gálvano-cauterio*. Si el lupus es grande se empleará como narcosis el cloroformo porque la intervencion puede durar cerca de una hora, en cambio, si es pequeño, se empleará el cloruro de etilo o bien sin narcosis alguna. Despues de la cauterizacion se hace una curacion húmeda. La cicatriz demora mas o ménos un mes en formarse, al principio es roja, saliente, pero luego mejora progresivamente, quedando del color de los tejidos sanos i no retractil. Los resultados por este procedimiento son exelentes; pero la superioridad de éste sobre la ablacion quirúrgica por el bisturí es todavía problemática. Está indicado sobre todo en el lupus rebelde a demasiado estenso para poder estirparlo por el bisturí; puede reemplazar con ventaja al raspaje.

**Ablacion quirúrgica.**—La *reseccion total del lupus* puede ser seguida de la reunion de los bordes de la herida





por primera intencion o por la aplicacion de *injertos auto-plásticos* o *injertos de Tiersch*.

A. *Ablacion i reunion por primera intencion*. Si el lupus es pequeño i si está colocado en una rejion donde la piel es laxa, i sea posible reunir los bordes de la herida, el método de eleccion es la *ablacion por el bisturi*; en este caso se usa como anestésicos el cloroformo, cocaina o pulverizaciones de cloruro de etilo. La incision interesará el dermis i el tejido sub-cutáneo i se hará a seis milímetros por fuera del límite del lupus. En caso que el lupus esté colocado en la mejilla, es preferible hacer la sutura vertical, pues la horizontal trae retracciones del párpado inferior. Despues se hace una curacion con gaza aséptica, no usando la gaza yodoformada porque produce eritemas, la curacion se sostiene con tafetan o colodion; los hilos son estraidos al tercero o cuarto dia. Con este procedimiento se obtiene una cicatriz lineal mui poco visible; es un buen procedimiento, pero no se puede aplicar donde la piel es inestensible como en las orejas, nariz i párpados.

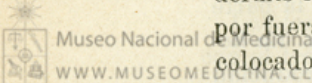
B. *Autoplásticas*. Cuando el lupus es demasiado estenso para poder reunir los labios de la herida despues de la estirpacion en totalidad, se emplean los *métodos autoplásticos* i los *injertos de Tiersch* para evitar una pérdida mui grande de sustancia. Se cloroformisa al enfermo, se estirpa totalmente la rejion enferma i la pérdida de sustancia se reemplaza por un injerto con o sin pedículo, sea de las partes vecinas o de partes lejanas como ser vientre, muslo, rejion glátea, etc; el procedimiento varía segun la situacion i estension del lupus. Ha dado este procedimiento resultados exelentes bajo el punto de vista funcional, pero en cuanto a la estética ha dejado mucho que desear. El defecto que se observa con este método es que el colgajo no queda nunca igual a los tejidos vecinos quedando mas o menos pigmentado, mas o menos tenso, sin movimientos i con un *panículo adiposo* deficiente, dando un aspecto desagradable a la vista. En resumen, el método es bueno porque el

enfermo sana radicalmente, pero tiene en su contra las deformaciones que experimentan las partes curadas.

C. *Injertos de Tiersch*.—Este método está indicado como el anterior, cuando la pérdida de sustancia despues de la estirpacion con el bisturi, se estiende sobre una gran superficie. Despues de la hemostasia perfecta con pinzas o con presion, se aplican pequeños trozos de piel de muslo previamente desinfectados i cortados con una navaja *ad hoc*, sobre la herida viva. Sigue despues una curacion húmeda que se reemplaza todos los dias o una seca que se deja mas o ménos diez dias sin tocarla.

Casi todos estos injertos brotan i poco a poco mamelonan por sus bordes, creciendo hasta fusionarse unos a otros i cubrir toda la herida. Lo que hai que evitar sobre todo es el despegamiento de los injertos que se efectúa ya sea por supuracion o por adhesion a la gaza de la curacion. El tratamiento dura mas o ménos de uno a tres meses; al cabo de cierto tiempo la herida cicatriza, pero tiene en un principio un aspecto desagradable, irregular, rugoso i pálido; pero poco a poco va tomando el color de los tegumentos vecinos, i mejora sin cesar hasta que al cabo de tres meses es mui aceptable. Sin embargo, en un tercio de los casos operados hai recidiva que empieza en el centro o alrededor de la herida. Solamente despues de haber transcurrido aproximativamente dos años sin recidiva, hai seguridad de una curacion completa.

**Tratamientos locales de larga duracion.**—Pero la curacion radical del lupus no se puede conseguir en ciertos casos por los métodos anteriores, sea por su estrema estension o por su localizacion que no permite, como en los orificios que avedijan las mucosas o en las mucosas, su estirpacion completa. En estos casos se recurre a otros métodos como: la escarificacion, el raspaje, la ignipuntura, la cauterizacion por los cáusticos, las inyecciones locales



medicamentosas, la electrización, el método de *Finsen* i el aire caliente.

**Escarificación.**—Este procedimiento consiste en hacer varias incisiones lineares con una lámina fina i cortante, (*Escarificador de Vidal*) i está basado en la acción esclerógena de las escarificaciones. Estas son desgraciadamente muy dolorosas, sobre todo en la vecindad de las mucosas, pero siendo las sesiones muy cortas, no hai necesidad del empleo de una narcosis jeneral, usando solamente la anestesia local por el cloruro de etilo, cocaina, etc. Para operar se pone con la mano izquierda tensa la piel que luego se pone pálida i resistente al escarificador, de manera que resaltan perfectamente los botones luposos. En seguida con el escarificador se trazan incisiones cortas, paralelas i perpendiculares a la piel, que deben sobrepasar los límites del lupus en algunos milímetros, incindiendo profundamente donde se encuentren tejidos blandos i friables que es lo que caracteriza el tejido fungoso. Con insistencia hai que pasar i repasar el escarificador sobre el tejido lúpico, hasta dejarlo convertido en una verdadera papilla, no preocupándose de la hemorragia, porque urge terminar luego la operación por el dolor que experimenta el enfermo. Para detener la hemorragia basta hacer una compresión pequeña o tocar con el lápiz de nitrato de plata los puntos sangrientos. Una vez obtenida la hemostasia, se lava la herida con una solución boricada, se la seca, haciendo en seguida una curación antiséptica; la cicatrización demora pocos días.

Las escarificaciones se repiten regularmente cada ocho días para no perder todo lo ganado por las primeras curaciones. La cicatriz obtenida es lisa, suave, i del color de la piel sana, de la cual apenas se distingue. Si el lupus no reaparece en dos años, se le puede considerar casi completamente curado.

Las escarificaciones están muy indicadas cuando el lu-



pus está situado al nivel de los orificios mucosos (narices, boca, párpado), porque se evitan las retracciones cicatriciales, las bridas fibrosas i la atresia de esas rejiones; pero sobre todo se usa en las formas conjestiva e hipertrófica, donde los resultados son verdaderamente excelentes.

La ventaja principal de este método es de dejar cicatrices irreprochables, no causa jamás retracciones i rebordes indurados que son el resultado de los otros procedimientos en jeneral como el raspaje, acción cáusticas, etc. Además la facilidad con que se practica este método i el poco instrumental que necesita, la corta duración de las sesiones de tratamiento, lo hacen preferible a otros procedimientos; pero tiene la desventaja de no poder aplicarse en las grandes extensiones de lupus por ser un procedimiento muy lento.

**Raspaje.**—Es el método de elección cuando se trata de un gran lupus del tronco o de las extremidades. Después de haber cloroformizado al enfermo i de haber desinfectado cuidadosamente la rejion, se raspa con la cucharilla, pero solo superficialmente, para sacar las costras i se sigue después raspando profundamente con la *cucharilla pequeña*, siguiendo los trayectos lúpicos, hasta encontrar tejidos resistentes, indicio que el operador ha llegado a los tejidos sanos.

La hemorragia en estos casos es abundante, pero fácil de detenerla, basta para esto una simple compresión algodónada o aplicaciones de antipirina, adrenalina, nitrato de plata, cloruro de zinc, que obran como hemostáticos i como cáusticos; si está comprometido un vaso de importancia se le ligará o se le tocará con un termocauterio llevado al rojo. Después se hace una curación con gaza.

La herida irregular que resulta después de esta operación, cicatriza rápidamente, pero la cicatriz es desgraciadamente irregular i defectuosa.





**Ignipuntura.**—Hace solo veinte años que se usa la **cauterización ignea** que tiene muchos partidarios, gracias a la facilidad del manejo de los instrumentos i los resultados positivos obtenidos con ella. Se usa actualmente para esta operación el *termocauterio de Paquelin* o el *galvano-cauterio*, no empleándose ya el *fierro rojo* por la incertidumbre de sus efectos i la dificultad de su manejo.

Se opera jeneralmente sin anestesia i si se la quiere emplear, entónces solamente con cocaína porque el éter i el cloruro de etilo tienen el inconveniente de poder inflamarse al contacto del metal rojo i porque además no dejan distinguir perfectamente por la congelación, el tejido enfermo del sano.

Antes de operar se debe limpiar cuidadosamente la herida, quitándole las costras i lavándola; se inmoviliza la parte enferma para evitar los movimientos involuntarios que podrían ocasionar un accidente. En seguida el operador aplica la asa de platino llevada al rojo sombrío, evitando el blanco, que, aunque es ménos doloroso, ocasiona a veces grandes hemorragias i perturba la vista del cirujano. Primero se aplican múltiples puntas de fuego superficiales, despues profundas sobre todo en los bordes hasta rodear la úlcera, sobrepasándose algunos milímetros en la piel sana hasta que toda la superficie quede acribillada de puntas de fuego.

La profundidad a la cual deben llegar las puntas de fuego está indicada por la resistencia que presentan los tejidos sanos; si hai necesidad de hacer puntas de fuego mui profundas, hai que hacerlas separadas para que por su confluencia no produzcan una escara mui grande. Siguiendo esta regla se evitan retracciones cicatriciales molestas, sobre todo en la vecindad de la boca i ojos.

Concluida la cauterización se aplica sobre los tegumentos tratados una curación algodónada o una compresa húmeda en una solución de ácido bórico o sublimado. Al cabo de quince días jeneralmente caen las escaras i la ci-

catrización es completa. Seguramente no basta una sola sesión para la curación completa del lupus, hai casos en que el tratamiento se prolonga durante meses i aun por años.

La cicatriz resultante es mui aceptable, es lisa i regular, pero ménos perfecta que la que se obtiene con la simple escarificación. Este método está indicado sobre todo en el lupus *no exedens*; tiene el inconveniente de formar muchas cicatrices viciosas, blanquizas, apigmentadas i sobresalientes, formando a veces bridas cicatriciales.

**Cauterización por los cáusticos.**—Este jénero de tratamiento es hoy día poco usado. Mencionaremos solamente algunos procedimientos, entre ellos el de *Unna*, en que se emplea el *ácido salicílico* asociado al *cloruro de antimonio líquido* en forma de pasta que se coloca sobre la superficie previamente cocainizada para evitar el ardor que es mui vivo, cubriéndola despues con un emplastro de óxido de zinc; la cauterización se repite a las cuarenta i ocho horas. Cuando el lupus es escleroso hai que reblandecer primero el tejido conjuntivo que rodea los lupomas por medio de cáusticos alcalinos.

Este procedimiento se usa en el lupus superficial, pero cuando existen focos profundos aislados se clavan pequeños trozos de madera terminados en punta i embebidos en una solución cáustica de cloruro de antimonio en los lupomas hasta dos o tres milímetros de profundidad, en seguida se cortan al nivel de la superficie de la piel i se recubren con un emplastro mercurial; ellos caen espontáneamente al cabo de dos días. Los resultados de este procedimiento han sido a veces satisfactorios, pero su empleo es sumamente doloroso.

Se ha empleado también la cauterización por el *per-manganato de potasa* en polvo, pero es mui dolorosa. Una sola aplicación produce una escara que cae mas o ménos a los quince días i deja una herida en vía de cicatrización.



No mejores resultados se han obtenido con el *mono clorofenol*, con baños de *etil-diamincresol*, con el *cloruro de zinc* en barnizamientos sobre las superficies sangrientas que se recomienda despues del raspaje, con el *nitrate de plata* i con el *ácido láctico*.

En resumen, todos estos tratamientos cáusticos son su- mamente dolorosos, largos i causan a veces heridas i cica- trices viciosas. Como medicacion única, están abandona- dos casi del todo, pero combinados a los otros tratamien- tos pueden prestar servicios importantes.

**Inyecciones locales medicamentosas.**—Con este pro- cedimiento se trata de obrar directamente sobre las neo- plasias i bacilos por medio de inyecciones que llevan el medicamento a la rejion enferma; los ajentes empleados en estas inyecciones son medicamentos o serums.

**Medicamentos.**—Entre éstos el que ha dado mejor re- sultado ha sido el *calomel*. Es verdad que las superficies lúpicas palidecen i se debilitan, que las ulceraciones cica- trizan bien pronto, pero el mejoramiento continúa mui lentamente i aunque algunas curaciones se han obtenido en las cuales ha cicatrizado toda la superficie lúpica, todos los autores están de acuerdo en que las inyecciones de *calomel* solo mejoran notablemente los infiltrados i ulceracio- nes i que están léjos de ser un específico absoluto del lupus.

Peor resultado han dado otras inyecciones medicamen- tosas, de las cuales mencionaremos el *aceite gris* i la *gli- cerina yodada*.

**Serums.**—Se han hecho muchos ensayos seroterápicos a título de tratamiento local del lupus, pero todos han fra- casado. Recordaremos solo, las tentativas de *Tommasolli* con el serum del perro, de *Hallopeau* i *Roger* con las toxi- nas streptococicas, de *Broca* i *Charrin* con el serum del perro tuberculizado i de *Hirschfelder* con la oxytubercu- lina; todos han dado mejoramientos pasajeros pero ningun resultado positivo.

En suma, este método de inyecciones locales medica- mentosas esta léjos de haber dado los resultados que se esperaban.

**Electricidad.**—En el tratamiento del lupus se han apli- cado con resultados diversos: las *corrientes de alta frecuencia* i *alta intensidad*, la *electrolisis* i los *rayos Roentgen*. Las primeras llamadas tambien las *D'arsenval* no han dado, co- mo parece, ningun resultado favorable i se emplean toda- vía solamente en el lupus eritematoso.

Igual resultado negativo ha dado la *Electrolisis*.

Felizmente no se puede decir lo mismo de los *Rayos x*; éstos son aplicados sobre la superficie enferma estando el aparato a distancia de veinte i cinco centímetros segun *Schönberg* i la sesion debe durar mas o ménos media hora.

Despues de la aplicacion se puede constatar que se pro- duce una reaccion inflamatoria jeneralizada acompañada de una reaccion específica del tejido lúpico; despues los lupomas se reblandecen i se eliminan. Durante algunos dias la herida presenta un aspecto malo i feo, se recubre de un pus líquido i de costras purulentas; pero luego se limpia, se cubre de botones carnosos organizados i desde entónces comienza la cicatrizacion que se hace de los bor- des hácia el centro como en una úlcera vulgar.

Pero a pesar de todo esto, los resultados son dudosos, hasta tal punto que hai autores que los niegan completa- mente. Ademas las pocas curaciones obtenidas datan de poco tiempo, de tal manera que no se puede saber si habrá recidivas o no.

*Unna* aconseja tratar los lupus de gran estension, pri- mero con los rayos *Roentgen* i despues por los procedi- mientos habituales.

**Fototerapia.**—Método de M. Finsen.—Fué *Finsen*, de *Copenhague*, quien aplicó mui ingeniosamente al tratamien- to del lupus, las propiedades bactericidas de la luz.



poco tiempo estensas ulceraciones. No pasa lo mismo con otros procedimientos, en los cuales se desprenden junto con las escaras grandes trozos de piel, que ocasionan retracciones cicatriciales bastante considerables. Otra ventaja del método es, que aplicada la corriente de aire caliente se produce, como ya hemos dicho arriba, una isquemia de los tejidos sanos, mientras que los puntos enfermos, que no tienen vasos o a lo menos alterados, quedan intactos en su color, i no cambiando de aspecto permiten distinguir fácilmente los puntos sanos de los enfermos, a los cuales se puede dirigir perfectamente el chorro de aire caliente.

Muchas veces no basta una sola sesion, porque algunos botones lupósos quedan intactos i sin alteracion. En este caso se repiten las sesiones.

La necesidad de la repeticion de las quemaduras i la posibilidad de la reproduccion del lupus entre una i otra sesion, seria el único inconveniente que tiene este método. Las mas veces la cicatrizacion se hace rápidamente, i segun *Holländer*, las recidivas son escepcionalísimas.

En el 29 Congreso de la Sociedad alemana de Cirujía en Abril de 1900, ha presentado *Holländer* proyecciones de una serie de curaciones completas de lupus que han transcurrido tres años sin recidivas.

**Resúmen.**—De los tratamientos del lupus que acabamos de pasar en revista, hai unos que son completamente *ineficaces*, otros producen *mejorias pasajeras* i otros dan *curaciones duraderas*.

Entre los últimos podemos contar: la escarificacion, la ignipuntura, las escarificaciones ígneas, los métodos quirúrgicos, los cáusticos, el método de *Finsen*, los rayos *Roentgen* i el método de *Holländer* por el aire caliente.

¿Cuál de todos estos procedimientos es el mejor? Ninguno es perfecto, porque no reúne todas las cualidades de un tratamiento ideal que consistiria en una fácil aplica-

cion, ausencia de dolor, dando en poco tiempo una curacion definitiva con cicatrices perfectas.

Nos dejaremos guiar en la eleccion del procedimiento por la estension, el sitio i la naturaleza del lupus, tomando en cuenta la edad, el sexo, los hábitos i la situacion social de los enfermos.







## ANJIOMAS



El sitio predilecto de los anjionomas es la cara, porque segun *Porta*, de 151 casos de *teleanjectasias* de la cutis se encontraron, 89 en la cara, 18 en el cuero cabelludo, 6 en el cuello, 16 en el tronco, 5 en los jenitales i 17 en las estremidades.

Así se comprende que *Holländer* ha buscado tambien en estas afecciones, aplicacion para su nuevo método, que tiene, como hemos dicho repetidas veces, la ventaja de producir cicatrices excelentes i de poderse aplicar fácilmente.

Hablando primero de las *teleanjectasias conjénitas*, aisladas i puntiformes (*simples manchitas*.) que al principio están situadas al nivel de la piel, pero muchas veces con el tiempo hacen prominencia, estendiéndose al tejido celular subcutáneo i presentándose entónces ya como tumorcitos, no se debe descuidar su tratamiento desde el principio. Por eso lo mejor es destruirlos luego, algunos dias despues del nacimiento de la criatura, por la *cauterizacion* con algunas gotas de *ácido nítrico fumante* o de *ácido tricoloro acético*.

Por la accion del ácido se forma una costra verdosa i delgada, que cae espontáneamente despues de 8 o 15 dias sin ninguna reaccion inflamatoria, dejando una cicatriz lisa i blanquiza.

Hasta *mayores i aun prominentes anjionomas* que en parte ya comprometen el tejido grasoso subcutáneo se dejan curar

con este procedimiento, solamente es necesario en estos casos hacer las cauterizaciones mas intensas.

I aquí encontrará tambien su buena aplicacion el método de *Holländer*, tomando la precaucion que la quemadura tiene que sobrepasar un poco los límites de la neoforacion. Cuando se presentan algunas *recidivas* en forma de puntitos colocados alrededor de la cicatriz se deben repetir inmediatamente las cauterizaciones por medio del aire caliente.

Otro tratamiento exigen los *anjionomas cavernosos i pulsátiles*, que se hacen peligrosos por las hemorragias que producen algunas veces, ya despues de un pequeño traumatismo i por el rápido crecimiento con la deformación consecutiva de la rejion i su dejeneracion en anjionomas complicados.

Como en todos los casos difíciles, así para la cura de los anjionomas cavernosos se han recomendado diversos tratamientos.

Digno de mencionar es la *vacunacion* del tumor que se recomienda ante todo en los pequeños anjionomas, donde tiene este método un efecto tan seguro como la cauterizacion. En los casos de mayor estension se debe vacunar al rededor i en varias partes de la superficie del tumor para obtener una eliminacion completa por una supuracion abundante. *Marjolin* ha conseguido curar completamente de esta manera un enorme tumor venoso, que abarcaba todo el lado derecho de la cara.

Para casos limitados, se ha recomendado tambien la aplicacion del *galvano-cauterio* a distancia (destruccion de los vasos aferentes al tumor) sin tocar directamente el tumor. Segun nuestra opinion poco autorizada sería preferible reemplazar con ventaja en estos casos, este procedimiento por el método de *Holländer*. La cauterizacion de los vasos aferentes se recomienda en los anjionomas de las mucosas: velo palatino, mucosa de la cavidad bucal, etc.

Un valor inferior a los procedimientos, que acabamos de

AIRE

3



esponer, tienen las *inyecciones de remedios coagulantes* porque aun no menos seguros en su efecto, ocultan peligros indudables. La *inyección con el percloruro de fierro* (1), (otros remedios coagulantes como *alcohol, ácido acético, tannino, cloral*, ya no se usan), puede ocasionar la muerte en el caso que la solución misma o coágulos o trombos reblandecidos, entren en la circulación de la sangre, un peligro que se debe temer ante todo, en los casos en que anjioomas estensos comunican con grandes vasos. Indispensable es la compresión de las venas adyacentes durante la inyección, que se hace con pocas gotas i algunos minutos después. En casos felices, se pone duro el tumor inmediatamente después de la inyección, después paulatinamente se retrae hasta desaparecer. En tumores grandes deben repetirse naturalmente estas inyecciones varias veces. Desgraciadamente se presentan a veces casos en que aparece después de la inyección, la gangrena en todo el tumor con gran supuración i hemorragia.

Mencionaremos ahora la *igni-puntura*, que *Nussbaum*, ha empleado metódicamente en el tratamiento de los anjioomas. Su método primitivo se ha modificado i mejorado en el transcurso de los años. Ahora se usa para esta operación, el *gálvano-cauterio* provisto de una punta fina i delgada, que se introduce profundamente en el tumor a distancia de 1 a 2 centímetros en varias direcciones, dejándolo adentro 2 hasta 3 segundos. Jeneralmente no hai hemorragia. En los días siguientes el tumor se agranda, después se retrae visiblemente i los surcos de la punción sanan sin o con insignificante supuración.

Hablando ahora de la *estirpación* de los anjioomas por el *bisturí*, se emplea ella con preferencia en los casos fácilmente accesibles, sobre todo pediculados, i en los cuales

(1) Hoi será reemplazada por soluciones de adrenalina, el hemostático por esclerancia i cuyo campo de acción no está aun bien estudiado.



se puede cerrar el defecto por la sutura, porque la curación se verifica con rapidez. En los anjioomas planos i de gran extensión se ha hecho también la *estirpación quirúrgica* i se recurre a la *autoplástia* si es necesario, para llenar la pérdida de sustancia. En estos casos, habría que consultar entre la *estirpación* i la *electrolisis o gálvano-caustica*.

El aire caliente, sería muy conveniente emplearlo en ciertas localizaciones de los anjioomas, en los cuales la *estirpación* dejaría grandes deformidades, como por ejemplo: en los anjioomas de la nariz, párpados, labios i orejas.

Por último, tenemos que decir que se han tratado también los anjioomas por la *ligadura de los vasos* que alimentan el tumor (tratamiento antiguo), principalmente cuando éste es *pulsátil*, es decir, cuando tiene un carácter arterial.

En algunos casos se han obtenido buenos resultados, en otros negativos cuando las arterias nutritivas son múltiples i las anastomosis numerosas. Nos estenderíamos en este pequeño trabajo demasiado, si tratáramos aquí de casos concretos, como por ejemplo, de casos en que hai necesidad de ligar grandes troncos arteriales como la carótida, cuando sobreviene una gran hemorragia o cuando se hace un ensayo para curar estos grandes tumores cavernosos que no son accesibles a otros tratamientos.

En resumen, el método de *Holländer*, se puede emplear con ventaja, ante todo, en las teleanjiectasias conjénitas bastante estensas i colocadas principalmente en una parte visible como en la cara i en el cuello. La operación es fácil i evita las hemorragias.

Pero hasta en los anjioomas mayores i aun prominentes, tiene su aplicación. Estos casos exigen jeneralmente la repetición de las sesiones. Grandes servicios presta el método del aire caliente en los anjioomas localizados en regiones donde la intervención por el bisturí es inconveniente por las deformaciones que dejaría.

*Holländer*, ha presentado al 29 Congreso de la Sociedad alemana de Cirujía en Abril de 1900, varios casos de an-



jiomas radicalmente curados por su método, entre ellos un caso extremo de anjioma cavernoso en un niño, ántes i despues del tratamiento. El tumor grande de un color violáceo i que se ponía erectil, cuando el niño gritaba, se habia cambiado despues del tratamiento en una cicatriz lisa, blanquizca i sin adherencias.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

## EPITELIOMA

Nos ocuparemos ahora de los tratamientos del *cancer en jeneral*, que se han usado en tiempos atras i de los que estan ahora en boga. A estos últimos pertenece el método de *Hölländer* por el aire caliente.

El *tratamiento jeneral*, que es principalmente medicamentoso, tiene casi solamente un interés histórico. Increíble es el número de *medicamentos* que se han usado contra el cáncer. Entre ellos mencionaremos el *mercurio*, recomendado por muchos médicos antiguos como *Boerhave*, *Rust* i otros; los *preparados de oro i fierro*, las *sales de cobre*, i el *yodo* que fué recomendado como remedio universal contra todos los tumores. También se preconizaron las *aguas minerales*, sobre todo las alcalinas, como *Karlsbad*, *Marienbad*, etc.

Pero de todos los medicamentos minerales, el que ha conservado su fama durante mas largo tiempo, ha sido el *arsénico*, que hasta hoi día se usa i principalmente en forma de la *solucion de Fowler* para evitar despues de la extirpacion, recidivas.

Del *reino vegetal* gozaba en tiempos pasados de una gran reputacion el *Conium maculatum*. Ahora ha pasado al dominio de la *Homeopatía* que lo emplea contra la tuberculosis, sífilis i cáncer, donde deseamos que se quede. Como el *condurango*, se ha recomendado casi esclusivamente contra el cáncer del estómago, no nos ocuparemos de él.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



*Emissiones sanguíneas* jenerales i locales, son métodos enteramente abandonados.

De alguna importancia histórica, es el *método derivativo* de los *patólogos humorales*, que colocaban ántes i despues de la estirpacion del tumor canceroso, fuentes o repetidos vejigatorios, para derivar la materia enferma. Se creia que en los enfermos que padecian de tumores varicosos no se desarrollaba jamas el cáncer. Esto fué el orijen de una larga discusion en *Inglaterra*, hasta que *Broca* probaba de un modo evidente que esta teoria no tenia fundamento ninguno.

Se puede mencionar todavia la idea de *Turenne*, que propuso la *sifilizacion de los cancerosos* con el objeto de contrarrestar el efecto de un veneno por el otro.

La *terapéutica local* ha tomado diversos caminos. Miéntras que entre los *ajentes físicos* el *frio* se empleaba solamente contra las hemorragias i los dolores producidos por el cáncer, la *corriente eléctrica* i el *galvanismo* se usaba directamente contra el neoplasma, pero se ha constatado que la corriente galvanica no produce ningun efecto curativo sobre los tumores malignos. Casi lo mismo se puede decir de la *electrolisis* a pesar de que *Althaus*, ha comunicado en 1878 un caso de cáncer de la mama, que reblandeció i desapareció por la aplicacion de electrolisis intensa. Es un caso aislado i que no merece confianza.

A los métodos mas antiguos de tratamiento pertenece la *cauterizacion*. Fué usado ya en la antigüedad i hasta la mitad del siglo pasado, habia médicos, que atribuían a la cauterizacion un efecto específico sobre el cáncer. Aunque los cáusticos se emplean hoi dia por pocos i en casos mui limitados, vamos a pasar en revista los mas importantes.

El *nitrate de plata* obra en todos los casos solo superficialmente i su uso que se vé hacer con alguna frecuencia en casos incipientes, por su facilidad de aplicacion, debe ser prescrito, porque jeneralmente no hace mas que acelerar el crecimiento del neoplasma.

La *potasa cáustica*, es un cáustico mui poderoso que destruye enérgicamente los tejidos, fácilmente tambien los sanos vecinos. La *pasta de Viena* es una combinacion de potasa cáustica i cal viva que gozaba ántes de una reputacion jeneral.

El *cloruro de zinc* en forma de pasta (*Pasta de Canquoin*) tuvo en un tiempo gran aceptación, se la aplicaba directamente sobre la superficie ulcerada o bien introduciendo en la base del tumor, trozos puntiagudos de ella (*Cauterisation en rayons*.) Podemos imaginarnos que efectos terribles producía algunas veces este método cruel. Otros preparados de *cloro*, como el *cloruro de oro* i el *cloruro de bromo* mezclados con *cloruro de zinc*, empleaba *Landolfi* que hizo una jira por *Europa* con su método en 1855, mereciendo un fiasco completo.

El *clorato de potasa*, fué recomendado por varios autores hace unos treinta años en los cánceres ulcerados, principalmente en los de la lengua. Naturalmente, tambien este remedio no ha correspondido a las esperanzas i ménos su uso interno recomendado por *Charcot*.

Ménos valor todavia tiene el *ácido crómico*, cuyo uso es comparativamente poco doloroso. El *ácido nítrico* i principalmente el *ácido nítrico fumante* i el *ácido dicloracético* pertenecen a la misma categoria.

Los *preparados de arsénico*, sobre todo la *pasta de Frère Côme*, se usaron durante largo tiempo con preferencia en el cáncer plano de la cara. Obran lentamente pero con enerjia. De todos los remedios cáusticos, es talvez el único que no está hoi dia completamente abandonado, lo mismo como en el uso interno, ha encontrado todavia defensores mui decididos como *Lassar*, que ha presentado en la *Sociedad médica de Berlin* en 1893, tres casos de epitelioma de la cara microscópicamente bien comprobados en los cuales obtuvo una cura radical solamente con el uso interno del arsénico.

Lo mismo como se han empleado, como hemos mencio-



nado arriba, *inyecciones de líquidos medicamentosos* en el lupus i los anjomas, así se han ensayado también inyecciones parenquimatosas contra el cáncer. Se han inyectado soluciones débiles de *nitrate de plata*, (*Tiersch*) *ácido acético*, *alcohol*, *yodo*, *ergotina*, *ácido arsenioso*, etc. Se ha escrito mucho sobre este tema. Un efecto favorable aparente se puede explicar por la supuración, gangrena i caída del tumor producidas por estas inyecciones, sin pensar en un efecto directo sobre las células neoplásicas.

Se ha observado que tumores malignos han detenido su crecimiento i aun retrocedido, cuando una infección de erisipela atacaba los portadores de ellos. De ahí nació la idea de *inocular culturas de erisipela*, en casos de tumores malignos inoperables. Los resultados no han sido tales que se pueda hablar de efectos positivos.

La *destrucción del cáncer* por el *ferro caliente* ha sido completamente abandonado. En su lugar se emplea el *termocauterio* de *Paquelin* con que *V. Nussbaum* cree haber conseguido en epitelomas planos buenos resultados, lo que otros no han constatado.

El *ecrasement linéaire* de *Chassaignac*, que en tiempos pasados gozaba de una gran reputación, porque se operaba con este instrumento casi sin pérdida de sangre, es hoy día reemplazado por la *asa galvánica* de *Middeldorpf*, que encuentra su principal aplicación en el cáncer de la lengua.

Como el *método de Finsen*, ha dado tan brillantes resultados en el lupus, es natural que se haya recomendado también en el tratamiento del epiteloma. Se citan casos felices de epitelomas planos i superficiales que han curado con este método.

Hablando ahora de los *métodos sangrientos*, mencionaremos primero el *raspaje* por medio de la *cucharilla* cortante, que tiene una aplicación muy limitada. Se usa principalmente en epitelomas superficiales de poca extensión.

Tiene el inconveniente que los tejidos enfermos no se estirpan casi nunca totalmente.

La *estirpación del cáncer* por *instrumentos cortantes*, es de todos los métodos el más sencillo i eficaz para todos los casos, en los cuales existe la posibilidad de estirpar totalmente el tejido enfermo. El único peligro que hay que temer en estas operaciones es la hemorragia, que se puede evitar por los procedimientos conocidos. Siendo para una completa curación de suma necesidad estirpar todo lo enfermo, se debe tomar la precaución de estender la operación hasta más allá de los límites de la zona neoplásica, i más aun a los ganglios linfáticos de la región infectada. No se debe olvidar que lo más esencial es proceder a la operación lo más pronto posible. Observando estas reglas elementales podemos tener la esperanza de curar a los enfermos sin recidivas.

Ultimamente se ha dejado influir la terapéutica del cáncer por la creencia de la *naturaleza infecciosa* de los carcinomas, a pesar que hasta ahora no se han descubierto por las investigaciones microscópicas i bacteriológicas microorganismos específicos. En consecuencia de estas nuevas ideas, se ha tratado de establecer tratamientos bactericidas. *Adamkiewicz* prepara del tejido carcinoma-toso un *serum*, que con el nombre de «Cancroina» inyecta subcutáneamente. Al entusiasmo enorme que produjo su nuevo método, principalmente en *Alemania*, ha seguido desgraciadamente el desaliento i la desconfianza. El autor sigue entre tanto con perseverancia sus experimentos. Pero los casos presentados por él en las sociedades científicas, aparentemente curados no han convencido sino a pocos. Entre nosotros ha fracasado en absoluto la *cancroina*, no se debe olvidar que puede producir accidentes generales graves.

El *método de Holländer* no desempeña en el tratamiento del epiteloma un rol tan importante como en el lupus i



los anjomas. Hemos encontrado en la literatura muy pocas comunicaciones que nos hayan convencido de su verdadera eficacia. Un efecto favorable se puede esperar solamente, en los casos en los cuales el epiteloma está situado superficialmente i en rejiones que están fácilmente accesibles al tratamiento. Reemplaza además con ventaja a los otros métodos de cauterización. Así, se puede emplear el aire caliente también en los epitelomas inoperables paliativamente, modificando de un modo favorable la superficie exulcerada. En fin, hai que esperar nuevas comunicaciones i ensayos para dar su verdadero valor a este nuevo método en el tratamiento del epiteloma. El autor lo recomienda, nosotros opinamos que en una afección tan terrible como el epiteloma sería conveniente asociarlo a otros tratamientos. El empleo del aire caliente, ha dado resultado completo en epitelomas del ala de la nariz, de la frente i de otras rejiones de la cara en varios casos tratados por el profesor *Carvalho E.* tanto en el hospital como en la práctica privada; este profesor lo recomienda con entusiasmo (1).

(1) En *Buenos Aires*, en la clínica de enfermedades de la piel del profesor *Somers* (hospital *San Roque*), se empleaba por un médico agregado, en el tratamiento de los epitelomas de la cara, las inyecciones alrededor de la ulceración i las pincelaciones de la superficie con soluciones de adrenalina.



## HEMORRAJIAS PARENQUIMATOSAS

La imposibilidad de *ligar los vasos*, que producen una hemorragia, se presenta las mas veces en las *hemorragias parenquimatosas* de los órganos i tejidos inflamados e infiltrados, ó neoplásicos. El operador se esfuerza en estos casos por cojer i atraer con *pinzas*, la parte del tejido de donde mana sangre, pero en vano, porque en cada tentativa se desgarran el tejido. Algunas veces, sin embargo, es posible llegar al resultado deseado, empleando *pinzas de construcciones especiales con ganchos entrecruzados* o *ganchos puntiagudos*. Cuando la hemorragia no se puede detener con estos procedimientos i tiene su origen en un gran vaso, se emplea la *ligadura indirecta*, que consiste en ligar el vaso mas arriba del punto de la hemorragia, pero si ésta es producida por vasos pequeños arteriales o venosos, se recurre a la *cauterización* o a la *compresión* directa por medio del *tajonamiento*.

Los remedios *cáusticos* coagulan la sangre i forman costras sobre la solución de continuidad de los vasos. Los mejores son los que producen una costra resistente, gruesa i adherente. De los mas usados citaremos el *ácido nítrico*, *ácido crómico*, *ácido acético* i el *cloruro de zinc*. Menos eficaz es el *nitrato de plata* que forma una costra delgada. Los *cáusticos alcalinos*, como la *potasa cáustica*, cauterizan mas profundamente que el anterior, pero forman una costra





blanda que se disuelve fácilmente i no presta una protección suficiente para los vasos abiertos. La mejor aplicación de los cáusticos, se hace por medio de algodón o gaza embebidos en ellos.

Con mas frecuencia se hace uso de las cauterizaciones por los medios igneos. La costra que ellos producen es mas gruesa cuando la combustion es incompleta, lo que se consigue usando el cauterizador llevado al rojo oscuro i no al blanco. Los instrumentos que se usan son el *termo* i el *gálvano-cauterio*. El *fierro candente*, casi ha desaparecido de la práctica. Hemorragias de vasos arteriales i venosos mayores no se detienen por este método, mientras que en las hemorragias de vasos pequeños hasta de medio calibre, se puede esperar un buen efecto; por eso se le usa amenudo.

Tambien se utilizan en las hemorragias, los *coagulantes*. El uso del *percloruro de fierro* debe ser limitado, mejor dicho abandonado en la actualidad, porque jeneralmente por la caída de las costras i coágulos sobrevienen hemorragias secundarias muy peligrosas.

La *compresion directa* por medio del *taponamiento* es jeneralmente preferible a la cauterizacion, tratándose de hemorragias de vasos pequeños. Para una hemostasia definitiva, debe permanecer el tapon en su lugar varios dias; así tendria un efecto perjudicial sobre la herida irritándola, sino se empleara para el taponamiento, un material perfectamente aséptico, condicion *sine quanon*. Jeneralmente se usa para el taponamiento hemostático como material *gaza aséptica*. Al sacar el tapon se debe proceder con mucho cuidado, para no arrastrar con él, las costras i granulaciones recién formadas i así producir una nueva hemorragia.

Queremos mencionar en este lugar tambien la *adrenalina*, nuevo remedio, que ha atraído la atención de todo el mundo científico. Por sus efectos hemostáticos poderosos le cabe un lugar predilecto en el tratamiento de las

hemorragias. Para estendernos suficientemente seria material para un trabajo especial.

Al lado de las *cauterizaciones igneas* ocupa un digno lugar el *método de Holländer* por el aire caliente. Se puede fácilmente explicar su poder hemostático, si nos recordamos de la acción fisiológica que hemos descrito arriba de talladamente i ante todo de la *isquemia*, que produce en los tejidos i de su *poder coagulante*.

*Holländer* ha comunicado varios casos de hemorragias parenquimatosas en los cuales obtuvo con su método un brillante resultado.





## CHANCRO BLANDO

### I OTRAS ÚLCERAS



Antes de hablar del uso del aire caliente por el método de *Holländer*, en el tratamiento del chancro, recapitularemos brevemente el tratamiento que jeneralmente se usa hoy día.

La *escision* o la *cauterizacion* de la úlcera, seria indudablemente el mejor tratamiento del chancro blando. Pero la primera es muy a menudo imposible por la multiplicidad i localizacion de la úlcera i porque las mas veces reaparece el chancro en la herida. La cauterizacion tiene solamente en los primeros dias una indicacion, porque en un tiempo posterior no se podria destruir completamente el veneno. Por eso no se puede recomendar el tratamiento abortivo. Todo nuestro empeño debe consistir en hacer pasar el chancro del estado de destruccion al de reparacion.

Las *cauterizaciones enérgicas* no son de recomendar sino cuando la úlcera tiene un aspecto feo i está cubierta de una capa de infeccion. Se emplean como *cáusticos* el *nitrate de plata*, el *cloruro de zinc* al 20%, *sulfato de cobre* i ante todo el *ácido fénico* puro. Es indispensable naturalmente lavar todos los dias las úlceras con soluciones desinfectantes, como sublimado al uno por mil, solucion de *Burou*, ácido fénico al 3%.



El *yodoformo* tiene casi un efecto específico, limpia rápidamente la úlcera i la cubre en pocos dias con buenas granulaciones. Se le emplea en forma de polvos o como éter yodoformado al 10%. Ninguno de los remedios nuevos, que se han preparado para reemplazar al yodoformo, que tiene el gran inconveniente de su olor penetrante i persistente, como el *aristol*, *airol*, *dermatol*, *xeroformo*, etc., puede compararse con el yodoformo. (Sin embargo, su uso tiende a desaparecer en la práctica.)

Un tratamiento distinto exigen las tres formas serias de chancro: el *chancro gangrenoso*, el *fagedénico* i el *serpiginoso*.

En el primero, cuyo fondo presenta al principio una costra negra o gris i que progresa rápidamente en profundidad i superficie, así que algunas veces destruye el glande, el prepucio, hasta los cuerpos cavernosos, peligrando así la vida de los enfermos por una hemorragia abundante producida por la erosion de los cuerpos cavernosos, o por septicemia, se limita felizmente las mas veces la gangrena espontáneamente. Así el tratamiento se dirigirá a ayudar a la limitacion espontánea de la gangrena por medio de curaciones antisépticas como el vino alcanforado i el agua de cloro.

Pero el chancro *fagedénico* que no produce destrucciones tan considerables i que tiene poca tendencia a profundizarse, comprometiendo principalmente la cútis i que se presenta con un carácter diftérico i el chancro *serpiginoso* que se caracteriza por el avance continuo del proceso ulcerativo, cicatrizando en una parte i estendiéndose a la parte vecina durante meses i meses, así de los jentales al monte de *Venus*, al escroto, al muslo, al vientre i hasta el dorso, exigen un tratamiento mucho mas enérgico. El raspaje con la cucharilla contante de toda la superficie exulcerada, cauterizacion con el *termo-cauterio*, que debe ser seguida algunas veces por cauterizacion con solucion concentrada de *cloruro de zinc*, son los medios que deben





emplearse despues de abrir todos los fondos de saco de la ulceracion. Por supuesto que reposo absoluto i vijilancia incesante se imponen.

Hablando ahora del tratamiento del chanero blando por medio del método de *Holländer* por el aire caliente, debemos tener presente que los bacilos del chanero blando mueren a una temperatura de 41°.—Así se esplica que la aplicacion del aire caliente, llena perfectamente la indicacion principal de destruir los bacilos, produciendo una curacion rápida i evitando la complicacion de un bubon inguinal i efectivamente, se han conseguido buenos resultados. Conviene ántes de la aplicacion, lavar bien la úlcera i en caso necesario hacer un raspaje. Despues de haber protegido la vecindad de la úlcera, se aplica el aparato con punta fina a mui corta distancia, durante diez o quince segundos, hasta producir solamente la cauterizacion relativa. El dolor que produce es mui soportable i pasajero.

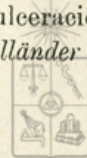
La formacion de una flictena al lado de la úlcera es una prueba que la intensidad i el tiempo de la aplicacion del chorro de aire caliente han sido exajerados. No se debe olvidar de dirigir el chorro de aire caliente con preferencia a los bordes de la úlcera, porque es ahí donde se encuentran en mayor número i los mas virulentos bacterios.

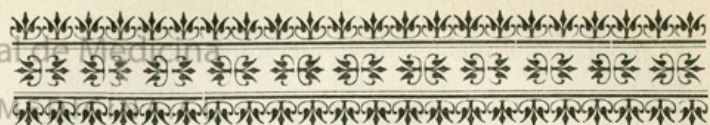
La aplicacion produce al principio una infiltracion serosa del tejido i la superficie de la úlcera se cubre con un líquido seroso; mas tarde aparece una hiperemia de la vecindad i en los chancros prepuciales un edema colateral, síntomas que desaparecen a las 24 horas. En ninguna parte se forman costras, nunca una induracion persistente que pudiera confundirse con un chanero mixto. El método no sacrifica tejidos sanos; exige las mas veces una sola aplicacion i forma una cicatriz superficial. Jeneralmente las úlceras quedan, despues de la cicatrizacion, limpias i llegan las mas veces en el trascurso de diez hasta veinte días, bajo un tratamiento consecutivo con polvos secantes



como nosofeno, eurofeno, airoi, etc., a una curacion definitiva.

Para los chancros fajedénicos i serpijinosos, lo mismo como en otra clase de ulceraciones de mal carácter, encuentra el método de *Holländer* un vasto campo de accion.





### CONCLUSIONES

I.—El método de *Holländer* por el aire caliente, es un procedimiento de fácil aplicación, no necesitando aparatos costosos i complicados.

II.—El dolor que produce es pasajero i de poca intensidad, por eso casi nunca se recurre a la narcosis jeneral.

III.—La cicatrización que produce este método, se hace rápidamente dejando una cicatriz no deforme.

IV.—El método ha enriquecido indudablemente el tratamiento de algunas afecciones mui serias i de difícil curación.

V.—En el lupus, ha obtenido sin duda, sus mayores triunfos i puede competir con el método de *Finsen*, el mas moderno i aceptado tratamiento.

VI.—Un rol poco inferior desempeña en el tratamiento de los anjomas. Sin embargo, se han comprobado casos de buenos resultados que dan un valor innegable a éste método en los difíciles tratamientos de afecciones de tanta importancia.

VII.—Contando con un reducido número de casos de epitelomas, en los cuales, el método de aire caliente ha tenido un efecto positivo, debemos decir que los resultados en esta afección son buenos en los superficiales de la cara.

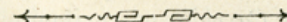
VIII.—En las hemorragias parenquimatosas obra el aire caliente como un buen hemostático.

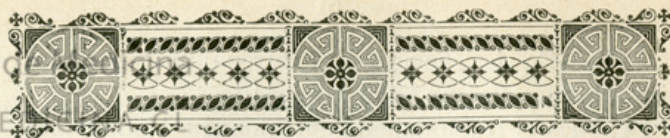
IX.—En el tratamiento del chancro blando, principalmente en los chancros fagedénicos i serpijinosos así como en jeneral en todas las ulceraciones de mal carácter, es la aplicación del aire caliente de una gran utilidad.

X.—Es de esperar que con nuevos ensayos i perfeccionamiento del método, se estenderá el campo operatorio que hasta ahora es limitado.

FÉLIX GROHNERT B.

Santiago, 23 de Mayo de 1904.





## OBSERVACIONES

**Observacion I.**—*Antonia Aisa*, de 59 años, dueño de casa, entró el 7 de Diciembre de 1903 a la *Clínica del Dr. Carvallo* i salió el 11 de Febrero de 1904.

*Antecedentes hereditarios i personales* sin importancia.

Enfermedad actual: hace mas o ménos nueve meses le apareció en la mejilla izquierda una pequeña ulceracion que se fué estendiendo poco a poco, presentando períodos de exacerbacion alternados con períodos de mejoría relativa. Despues de haberse sometido a varios tratamientos, entre ellos a las cauterizaciones con el termo-cauterio, i sin haber obtenido resultado alguno, se presentó a la Clínica del profesor *Carvallo* por primera vez el dia 12 de Octubre de 1902, donde se le hizo el diagnóstico de lupus de la cara. Se le hizo una aplicacion de aire caliente por el método de *Holländer* el dia 15 de Octubre de ese mismo año i fué dada de alta completamente sana el 12 de Noviembre de 1902.

Sin embargo, al poco tiempo de haber abandonado el servicio, se le reprodujo la úlcera; pero en vista del buen resultado obtenido, la enferma volvió a presentarse al servicio, donde llegó el 7 de Diciembre de 1903.

*Exámen objetivo.*—El estado jeneral de la enferma es bueno. Presenta en la mejilla izquierda i estendiéndose hácia la nariz i párpado inferior del mismo lado, una ul-

ceracion del tamaño de una moneda de veinte centavos, de un fondo de color pálido i de bordes irregulares; en la piel que circunda la úlcera encontramos tejido cicatricial.

Despues de la segunda aplicacion de aire caliente, la herida curó rápidamente, quedando solo una porcion del tamaño de una lenteja sin cicatrizar; pero esto se efectuó a la tercera sesion, quedando de esta manera cicatrizada toda la antigua ulceracion.

Aplicaciones de aire caliente por el método de *Holländer*: Primera aplicacion el 15 de Octubre de 1902. Segunda aplicacion el 12 de Diciembre de 1903, con anestesia cocaínica. Tercera aplicacion el 29 de Enero de 1904, con cloruro de etilo.

Salió de alta, sana, el dia 11 de Febrero de 1904.

**Observacion II.**—*Luisa Santibáñez* de 20 años de edad, soltera natural de los *Andes*, entró el 23 de Enero de 1899 al *Hospital de San Borja*, servicio del *Dr. Eduardo Moore*.

*Antecedentes personales e historia de la enfermedad.* Segun sus padres hace 19 años le comenzó en el lado izquierdo de la cara, una mancha rojiza invasora que con el transcurso del tiempo avanzó hácia el carrillo ocupándolo enteramente, desde la oreja hasta la nariz i de la cavidad orbitaria hasta el borde del maxilar inferior.

Aspecto escrofuloso, raquíptico, ningun antecedente sifilítico. Hácia el cuello el lupus invade dejando retracciones cicatriciales i cicatrices con tendencia a la curacion espontánea en pequeños espacios, lo suficiente para dar a conocer que las cicatrices son blancas, nacaradas, azuladas i apergaminadas. Esta gran placa es rojiza con una gran cantidad de nódulos tuberculosos con tendencia a la ulceracion.

Durante tres meses se le trató con ácido láctico i con inyecciones de alcanfor beta-naftol en los nódulos tuberculosos con escasísimos resultados.



En Mayo se empezaron las cauterizaciones por el método de *Holländer* por pequeñas porciones i desde el primer momento los resultados fueron mui satisfactorios; se continuó con este sistema haciendo las cauterizaciones una i dos veces por mes i ya en Setiembre la placa entera se presentaba con un aspecto pálido i con uno que otro nódulo en vias de regresion. La curacion continuó rápidamente i en Diciembre del 99, salió enteramente curada.

Esta enferma ha escrito ultimamente i dice estar perfectamente sana.

**Observacion III.**—*Mercedes González* de 19 años de edad, entró el 23 de Enero del 99 al *Hospital de San Borja*.

*Antecedentes personales e historia.* Desde hace mucho tiempo presenta en el lado derecho una placa de lupus con todos los caracteres del lupus escrofuloso, es decir, infartos del cuello numerosos, fistulosos, supurados i que ocupaban hasta la rejion carotidea.

Prévia anestesia clorofórmica, se hizo una aplicacion de aire caliente (*método Holländer*) i sobre la aplicacion se hizo un raspaje i luego una nueva aplicacion cauterizante por el aire caliente. Salió completamente sana.

**Observacion IV.**—*Agustina Morales* de 8 años de edad, entró el 9 de Setiembre del 99 al *Hospital de San Borja* i salió en Diciembre del mismo año.

*Antecedentes personales e historia.* Hacía dos años que sufría de un eritema ulcerado invasor de los lóbulos i punta de la nariz i con infartos ganglionares escrofulosos sub-maxilares.

Se aplicó tres veces el método *Holländer* i en su intermedio el ácido láctico. A fines de Diciembre salió radicalmente curada.

**Observacion V.**—(*Observacion privada del Dr. Moore.*) *N. O.* niña de 10 años de edad.

*Antecedentes personales i hereditarios.* Padre sifilítico,

nefrítico, corpulento. La madre ha tenido tres abortos i cuatro niños enfermos. La niña es manifiestamente heredo-luética. Fué operada de granulaciones el 15 de Enero de 1896.

Actualmente presenta la triada de *Hutchinson*. En la garganta una farinjitis granulosa; ganglios infartados. Es anémica.

Cuando se presentó a la consulta tenía en las alas de la nariz, una placa descamativa i eritematosa que despues se invadió de algunos nódulos ulcerados. Como se creyera que fuera efecto de la heredo-lúes, se le instituyó el tratamiento anti-luético que ya ántes en 1897 habia sido sostenido. Despues de un tratamiento ineficaz, mantenido por largos meses, se instituyó el método de curacion de *Holländer*.

Se empezó una série de diez cauterizaciones por el tratamiento de *Holländer* distanciado de 8, 15 i 20 dias.

Hoi está enteramente sana, pues, un pequeño nódulo que quedaba sobre una ala se ha destruido por medio de la aplicacion de los rayos solares.

En los intervalos de tratamiento por el aire caliente se aplicaba tambien el ácido láctico.

**Observacion VI.**—*N. N.* mujer de 24 años de edad se presenta a consultar al *Dr. Moore*, sobre una sífilis de la nariz.

Examinada la enferma, no hai dato alguno en favor de la sífilis. Presenta en cada lado de la nariz una placa de aspecto eritematosa, una pequeña en la punta de la nariz i otra en un carrillo. Todo esto lo tenia desde hacía 4 años.

La coloracion de las placas era rojiza, las manchas eritematosas con pequeñas descamaciones; deprimidas e indolentes. Evolucion mui lenta.

La enferma es débil, enfermiza, con sus menstruaciones irregulares i el apetito perdido.





Se le hizo en una sola sesion el tratamiento de *Holländer* i se le dió como tónico vanadato de sodio.

Actualmente las placas están perfectamente cicatrizadas i de color blanquecino. La enferma ha ganado en gordura i el apetito está bueno.

**Observacion VII.**—(En esperimientacion) *Luis Salafia*, de 63 años, comerciante, casado; se presenta a la consulta del Dr. V. Carvallo por una epitelioma del ala de la nariz

*Antecedentes hereditarios i personales* sin importancia. *Enfermedad actual:* hace 15 años le apareció en el ala izquierda de la nariz una pequeña berruga, que cayó a consecuencia de una ligadura con seda que se hizo el enfermo; en su lugar quedó una pequeña ulceracion que fué creciendo poco a poco hasta alcanzar el tamaño de una moneda de cincuenta centavos.

La ulceracion alcanzó a abarcar una estension considerable del ala de la nariz i algo del carrillo correspondiente.

El enfermo se empezó a tratar con tocaciones de nitrato de plata (lápiz) pero sin ningun resultado. Hace cinco años fué tratado con el termo-cauterio i se le hicieron cuatro tocaciones, pero no sintió ninguna mejoría. Durante un año se aplicó despues, pomadas sobre la ulceracion, estas aplicaciones se los hacía diariamente. El enfermo dice que notó que la ulceracion cerraba, pero mui lentamente, pero no consiguió que cicatrizara completamente, pues, siempre quedó una gran estension de epitelioma.

En 1902, se aplicó durante seis meses i cada quince dias la electricidad i en 1903 durante dos meses i una ó dos veces por semana el método de *Finsen*, pero sin que le hiciera el menor efecto.

Este año el 5 de Enero se le hizo la primera aplicacion de aire caliente en la *Clinica del profesor Carvallo*; la ulceracion se estendía en esta fecha hasta el borde libre del ala de la nariz, que con la primera aplicacion mejoró rápidamente cicatrizando una gran parte del borde libre; la

2.<sup>a</sup> aplicacion se hizo el 25 de Enero con la cual la cicatrizacion siguió avanzando. El 20 de Marzo se le tocaron los bordes de la ulceracion con el termo-cauterio; i el 15 de Abril se le hizo la 3.<sup>a</sup> aplicacion con el método de *Holländer*.

La cicatrizacion se ha hecho a la vista, pero aun le queda al enfermo la ulceracion del tamaño de una moneda de cinco centavos o ménos. El paciente tuvo que ir al campo necesariamente, por eso se han suspendido las aplicaciones de aire caliente, pero el tratamiento se seguirá haciendo a su regreso.

**Observacion VIII.**—(Observacion privada del Dr. *Moore*.)—N. N. caballero de 58 años de edad, rentista.

*Antecedentes personales.* Hace algunos meses empezó a sentir en la raiz de la nariz una sensacion de picor que nuestro enfermo atribuia a la presion de los anteojos. Empezó a formarse una mancha pigmentada que a veces desaparecia i que no llamaba la atencion. Uno ó dos meses despues tomó un color rojo ladrillo con relieve eritematoso que en quince dias se estendió rápidamente hasta tomar el volúmen de una moneda de a 10 centavos; oval, escamosa con la sensacion de picor mas acentuado.

En este estado se hizo el diagnóstico por varios médicos, de *lupus eritematoso*, sin diverjencia de opinion. Se resolvió operar por el método de *Holländer*, el que se hizo en una sola sesion, anestesiando la rejion con cloruro de etilo. No hubo dolor i la aplicacion se hizo con toda facilidad, produciendo la combustion una ampolla de quemadura de 2.<sup>o</sup> grado blanquecina.

*Estado posterior.*—Se presentó varios dias despues un edema del párpado derecho, que pasó. La costra protectora formada por la combustion cayó despues de diez dias, dejando en su lugar nuevas costras de cicatrizacion.

Actualmente hemos observado a nuestro enfermo i hemos podido comprobar una curacion manifiestamente radical.

En el lugar correspondiente a la placa de lupus no queda sino una cicatriz blanquecina, sedosa i mui satisfactoria.

**Observacion IX.**—(Observacion privada del Dr. Moore).

—N. N., caballero de 47 años de edad, juez letrado.

**Antecedentes personales.** Nuestro enfermo presenta una constitucion robusta, casi hercúlea, buenos antecedentes de familia, hijo sano. Habia tenido una ténia que coincidió con la aparicion de sus lesiones cutáneas. Tambien tuvo su lues, que fué bien tratada.

Hace quince años que por primera vez notó en un carrillo i poco despues en la nariz, una pequeña placa eritematosa recubierta de escamas, a la que nuestro enfermo no dió ninguna importancia. Poco a poco surjieron nuevas placas en la cara i en la cabeza, una que otra rarísima en las espaldas i hombros. Una placa aparecia mui manifiesta en la mano izquierda.

En este estado se presentó a la consulta el año 1897.

En el borde cubital de la mano izquierda tiene un pequeño tumor con tendencia a la ulceracion, de superficie fria, roja amarotada simulando un sabañon, con todos los caracteres clásicos del *lupus pernio*. En la cara, placas en relieve rojizas, mui escamosas en los bordes, invasoras con tendencia a la necrosis en los lóbulos de las orejas hasta donde ellas llegan, salpicadas aquí i allá de puntos nodulares céntricos, reblandecidos, ulcerosos. En la cabeza una enorme cantidad, no ménos de 200 puntos, deprimidos, rojizos con tendencia invasora, no cicatrizando jamás espontáneamente, indolentes.

Fué tratado con gran enerjia por medio del tratamiento anti-luético, para descartar la asociacion luética con esta enfermedad; el tratamiento se sostuvo por mas de seis meses.

Con el mercurio bajo forma de fricciones i de tratamiento estomacal, i con el yoduro de potasio a altas dosis,



4 a 5 gramos diarios, las lesiones aumentaban visiblemente, viéndose que el yoduro las exacerbaba.

Todo el año 97, se le trató por medio de tratamientos vulgares con que se ataca el lupus eritematoso. Localmente con cauterizaciones con el electro-cauterio, cauterizaciones químicas con pirogalol i con nitrato de plata, aplicaciones de emplastos de *Vigo*, inyecciones a altas dosis de aceite creosotado, cauterizaciones con ácido fénico puro en la cabeza, inyecciones sub-cutáneas de cantaridato de potasio e inyecciones hipodérmicas en los nódulos luposos con betanaftol alcanforado.

Con este tratamiento solo se observó curacion de los nódulos por las inyecciones del betanaftol alcanforado; esto traía una gangrena local i cicatrizacion apergamizada blanco-mate. El ácido fénico producía buen resultado muchas veces sobre los eritemas de la cabeza. Las inyecciones de tuberculina fueron ineficaces.

Durante el año 1898 el Dr. Moore, se fué a *Europa* i le dejó el uso de enérgicas escarificaciones en las fronteras de la enfermedad con las partes sanas. Como tratamiento local cauterizaciones con ácido láctico en las grandes placas de la cara i ácido fénico en las de la cabeza. El resultado en este año fué mediocre, pero superior al anterior. La mitad de una de las placas cicatrizó con el aspecto característico de la cicatriz lupsa.

Desgraciadamente en el fondo de las cicatrices empiezan a divisarse nuevos nódulos luposos que dejan entrever la invasion de la enfermedad i la ineficacia del tratamiento anterior.

El año 99 se empieza el tratamiento *Holländer* combinado con el ictiol a altas dosis como tratamiento interno. Ictiol i agua partes iguales 80 a 100 gotas diarias. Al mismo tiempo se aplicaba ácido láctico en las rejiones donde no se cauterizaba con el cauterio de *Holländer*.

Desde las primeras aplicaciones del aire caliente, las placas bajaron de relieve i cicatrizaron rápidamente en los



sitios de la aplicacion, desapareciendo ya algunas i habiendo necesidad de repetir las cauterizaciones cada mes. Se usó como anestésico el cloruro de etilo i la cocaina. La quemadura se curaba con linimento oleo-calcareo.

En el año 1900 no reaparecen las placas en donde han sido cauterizadas por el método de *Holländer*, ni aparecen nuevos nódulos en las cicatrices. Se continúan las cauterizaciones por este método en los eritemas restantes.

Todos los puntos comprometidos en la cabeza han desaparecido, pero obedeciendo ellos, como se ha dicho a los ácido fénico i láctico medicamentos que no tenían accion ninguna en la cara.

En el lupus pernio de la mano se hizo una aplicacion del *Holländer* con admirable resultado.

El estado jeneral en Junio de 1900 es el siguiente: desaparicion completa de todos los eritemas en todas las regiones del cuerpo con escepcion de uno que otro pequenísimo i miliar en las cejas, barba i detrás de las orejas los que en este momento están bajo la accion de una última cauterizacion de *Holländer* (1900).

Félix Grohnert B.

