

deberíase evitar la venta de medicinas de composición ignorada, que menoscaban los intereses del pobre y le dañan, porque como dije antes, entre tanto se da á conocer lo inútil de algún medicamento; se ha perdido el tiempo y tal vez convertida en incurable la enfermedad.

Pero hay otra consideración que tomar en cuenta y es, que hay disposiciones para que toda venta de medicinas se haga con intervención de un profesor de Farmacia, y estos individuos á que me refiero, las venden públicamente sin llenar este requisito.

Hay un desquiciamiento del Profesorado Médico-Farmacéutico: palpamos hoy la degradación de dichas facultades; mañana veremos su desaparición, si ha de seguir este consentimiento gubernativo, por el que el vulgo y los charlatanes serán más tarde los médicos de la humanidad, y las empresas y compositores de Drogas, los que proporcionarán la medicina.

México, Enero 18 de 1899.

MAXIMINO RÍO DE LA LOZA.

---

## CLINICA EXTERNA.

---

### Un caso de periostitis flegmonosa.

El día 7 de Diciembre del año próximo pasado, entró al Hospital Militar y ocupó la cama número 6 de la 3ª Sección de Cirujía, que es á mi cargo, el soldado Juan Ramírez, del tercer Batallón de Infantería, joven de 15 años de edad, mal constituido, hijo de padres aparentemente sanos y hermano de ocho niños de los cuales hay algunos más ó menos enfermizos que han sufrido varias de las afecciones propias de la primera edad, y también las peculiares á su condición social, esto es, trastornos gastro-intestinales por la mala calidad de sus alimentos.

La afección que llevó al hospital á este joven soldado, fué una herida por mordedura del pabellón de la oreja izquierda.

Pocos días después de su estancia en el servicio sufrió un traumatismo en la región lombo-sacra, causada por caída de la cama durante la noche. El siguiente día, el enfermo acusaba un dolor agudo sobre el sacro que le impedía todo movimiento del tronco y de los miembros, obligándolo á permanecer en el decúbito la-

teral y doblados los muslos sobre el vientre y las piernas sobre aquellos. No había fiebre, pero sí malestar general, calosfríos pequeños y repetidos, anorexia y náuseas.

Cuatro días después de la caída apareció sobre la región traumatizada, un pequeño hinchamiento duro, pastoso, fijo, de forma elíptica y excesivamente doloroso, conservando la piel que lo cubría sus caracteres normales. En cambio, su estado general estaba perfectamente alterado, excesivamente pálido, anorexia completa, náuseas, vómitos y fiebre (39°), imposibilidad para todo movimiento.

Se pensó en un flemón sub-aponeurótico y se instituyó el tratamiento apropiado: al interior un purgante salino el primer día y curación caliente húmeda no interrumpida á la región enferma: dieta láctea. El tratamiento local se sostuvo los días siguientes, y al interior se le administraron algunos desinfectantes intestinales y sulfato de quinina un gramo diario, repartido convenientemente en las 24 horas.

En medio de un septenario, aquel pequeño hinchamiento que el primer día apenas tenía el tamaño de una nuez, había adquirido el volumen de una media naranja, midiendo en su mayor diámetro, que era vertical, poco más de 10 centímetros; la fiebre osciló en esos días entre 39 y 40°, correspondiendo la primera temperatura á la mañana, y á la tarde y noche la segunda. La piel siempre normal.

Como el hinchamiento no sufriera modificación alguna, como nunca pudo determinarse la fluctuación y el estado general continuara sin variación favorable, decidí hacer una punción exploradora con un trócar fino del aspirador Potain, la cual punción fué negativa sin poder determinar si este resultado se debió al hecho de no haber profundizado lo bastante ó por obstrucción del trócar.

Con la idea de la existencia de una colección purulenta en aquel lugar, aunque con muy pocos datos subjetivos para ello, pensé entonces en la periostitis flegmonosa y decidí intervenir amplia y enérgicamente.

Dispuestas las cosas como es hoy de regla y ayudado inteligentemente por los Sres. Graham, Morán y Guevara, se hizo una incisión como de 5 ó 6 cent. sobre la parte más saliente de aquella eminencia, se dividió la piel y tejido subcutáneo, lo mismo que los

músculos de la región hasta llegar al periostio que estaba levantado tenso y resistente, fué entonces cuando pudo apreciarse clara y evidentemente la fluctuación; no había ya duda, ahí abajo existía un líquido y ese era la colección purulenta que sólo se había sospechado.

En efecto, debridando ampliamente el periostio, se dió salida á una buena cantidad de pus, y vaciada aquella cavidad pudo verse los estragos producidos por la afección. El periostio estaba desprendido en una grande extensión; formaba aquel despegamiento una gran cloaca, y en el fondo de ella veíase el hueso profundamente alterado; el proceso cario-necrótico había hecho tales progresos, que no sólo en extensión sino en profundidad eran bien notables; la pared posterior del canal raquidiano se había destruido sobre las dos primeras vértebras sacras, bastando simplemente el aseo para dejar á descubierto las envolturas de la médula en esa región.

Vaciada y lavada á satisfacción aquella cavidad, se hizo una raspa conveniente con la cucharilla de Volkman, se cauterizó la superficie huesosa legrada con el cloruro de zinc al 20 p 8, y se rellenó con gasa iodoformada; cosa igual se hizo con las partes blandas, canalizando todo con gasa y se puso el apósito antiséptico.

La marcha fué muy feliz; la fiebre cayó poco á poco, y todos los fenómenos generales fueron desapareciendo gradual, pero progresivamente hasta la cicatrización completa, que se terminó á los cuarenta y cinco días de la intervención. El enfermo ha sido dado de alta, volviendo á su cuartel listo para todo servicio.

Hace treinta años, poco más ó menos, se presentó á la Academia de Medicina de Estrasburgo una Memoria interesantísima, describiendo por primera vez esta singular afección el Dr. Bockel, con una riqueza de detalles sobre los principales caracteres de ella, deducidos de un cierto número de hechos observados en la Clínica del Profesor Schützenberger. Posteriormente los trabajos sobre esta enfermedad se han multiplicado, denominándola sus autores con diferentes nombres, según la idea que de su naturaleza se han formado. Así Gosselín entre los cirujanos, franceses y Klose Giessen y Fischer entre los alemanes, la llamaban *osteitis epifisiaria*; más tarde, la misma escuela alemana la llamó *osteomielitis espontánea difusa*, nombre que ya le había dado el primero.

el ilustre Chassaignac, aunque este mismo distinguido cirujano la había descrito con el nombre de *tifo de los miembros* ó *tifo de los huesos*; por último, Giraldeés Louvet, franceses, y Stone y Le Gros Chark ingleses, la denominan *periostitis flegmonosa difusa*.

Otros han considerado esta enfermedad como una *osteitis primitiva aguda* y también como una necrosis.

El Profesor Rosser, reuniendo en un mismo grupo las diferentes formas de periostitis flegmonosa, la llamó *inflamación pseudo-reumatisal de los huesos y de las articulaciones en los adolescentes*, fundándose en la creencia de que estas periostitis reconocen casi siempre una causa general, una discracia; que se localizan generalmente en la diafisis ó en la epifisis de los huesos largos, sin que por esto dejen de presentarse alguna vez desde luego en una ó muchas articulaciones.

El autor antes citado, hace notar, en comprobación de su idea, que se ha observado la aparición simultánea de varias periostitis ú osteitis en un mismo individuo, lo cual es, en su concepto, una prueba evidente de la existencia de una causa general interna que precede al desarrollo de la enfermedad. Cita á este propósito, y como una prueba más, el caso bien significativo en apariencia de Gueniot, presentado á la Sociedad de Cirujía francesa, y que se refiere á un niño recién nacido que presentaba múltiples desprendimientos inflamatorios de las epifisis. En este caso, dice, no podría ciertamente atribuirse á una causa externa.

Boeckel resume en las siguientes proposiciones su propio juicio respecto á la naturaleza, marcha y terminación de la periostitis flegmonosa tal como la concibe según su experiencia personal.

1ª La *periostitis flegmonosa* depende las más veces de una causa general discrásica, pudiendo llamarla con Rosser *inflamación pseudo-reumatisal*.

2ª La localización de esta afección se hace ordinariamente en el periostio y capa huesosa contigua, *periostitis flegmonosa propiamente dicha* ú *osteo-periostitis*. Puede atacar todo el espesor del hueso, así como también la médula *periostitis* con *osteomielitis*.

3ª La localización más frecuente, después de la anterior, es la *osteitis epifisaria* con ó sin desprendimiento de las epifisis, viniendo en tercer lugar las *piartrosis agudas*.

4ª Estas afecciones periósticas y huesosas se presentan casi ex-

clusivamente en los niños y en los adolescentes. En muchos casos, pero no en todos, un ligero traumatismo y sobre todo la exposición prolongada al frío húmedo han sido la causa determinante.

Los huesos más frecuentemente atacados son: la tibia y el fémur. Vienen después, por orden de frecuencia decreciente, el peronée, el húmero, el maxilar inferior y el calcáneo. Con bastante frecuencia se ha observado afectarse simultáneamente las dos tibias ó la tibia y el fémur del mismo lado.

5ª La marcha de la afección es generalmente *aguda*, algunas veces *sobre-aguda*. El pus puede producirse en veinticuatro horas, y la muerte sobrevenir al segundo ó tercero día por septicemia fulminante.

6ª La enfermedad comienza generalmente por un dolor agudo y repentino en una diafisis ó en una epifisis sin hinchamiento ni fiebre notables. Cuando la afección no es muy intensa, este estado persiste de uno á ocho días, apareciendo entonces una fiebre alta á la vez que aparece el hinchamiento considerable del miembro enfermo. La fiebre toma el carácter tifoideo, á tal grado, que con frecuencia se la confunde con esta pirexia. El dolor y sus caracteres hacen suponer otras veces un reumatismo articular agudo. Por último, otro error y muy difícil de evitar consiste en tomar la periostitis flegmonosa por un flemón difuso sub-cutáneo ó sub-aponeurótico.

7ª La fiebre es causada por la reabsorción de los líquidos sépticos derramados bajo el periostio ó en la cavidad medular.

8ª La terminación de la *periostitis flegmonosa* es muy variable, según la extensión y la intensidad de la afección, y según también la intervención quirúrgica más ó menos pronta.

Las proposiciones anteriores, muy aceptables años atrás, no pueden admitirse como exactas actualmente, algunas de ellas. Las ideas modernas sobre la osteomielitis difieren radicalmente de las expuestas por Boeckel, habiendo sufrido, como el estudio de otras muchas enfermedades, una modificación notable, debido á los progresos de la bacteriología y de la anatomía patológica.

La doctrina que se acepta actualmente, y que tiene todas las probabilidades de certeza, es que la inflamación de los huesos en los adolescentes es la manifestación local de una septicemia criptogénica, es decir, que las bacterias penetran en la economía por una

puerta de entrada imperceptible. Estas bacterias que en el caso particular de la osteomielitis suelen ser estreptococcus y estafilococcus piógenos, encuentran en las epifisis del adolescente el terreno más adecuado para su implantación y desarrollo. Después de pulular allí y determinar por su presencia los fenómenos inflamatorios conocidos de caries y necrosis, así como de oposición que da lugar al crecimiento y á la eburneación del tejido huesoso, pueden partir de ese foco donde se establecieron é infectar el organismo más gravemente que en el primer momento que penetraron en él y dar lugar á una pihemia con sus manifestaciones conocidas.

Conforme á esta doctrina, generalmente admitida, se ve que no hay lugar á invocar la causa general de la discracia de que habla Bockel. Esta causa puede existir, pero como uno de tantos debilitamientos vulgares de la nutrición que hacen del organismo, terreno apropiado para una infección cualquiera. Tampoco puede darse á la osteomielitis el nombre de inflamación pseudo-reumatisal, sino en un sentido enteramente opuesto al que probablemente tenía en cuenta su autor. Quiero decir con esto que el reumatismo articular agudo es también determinado por la presencia de bacterias en los tejidos.

Es conveniente dejar establecido el nombre que debe darse á esta afección, para poder entenderse respecto á sus variedades; pareceme la mejor la designación anatómica de *periostitis* ú *osteomielitis*, según que los fenómenos inflamatorios se verifiquen con más intensidad en la médula ó en el periostio, pues es sabido que en ambos casos el tejido huesoso sufre igualmente. El nombre de *osteitis*, se reserva más particularmente para la inflamación de los huesos esponjosos.

La localización más frecuente es, sin duda, las epifisis en via de crecimiento activo, y el proceso ataca ya al periostio, ya á la médula, ó á ambos simultáneamente; el por qué de esta localización en los adolescentes, se comprende bien según la doctrina ya expuesta. En efecto, en esta edad, las epifisis en las que se verifican cambios de nutrición y estructura tan rápidos y activos, son verdaderamente los *locus minoris resistentiae*, toda vez que por cualquier motivo han penetrado bacterias en la sangre, nada de extraño tiene que vengán á causar estragos en tales sitios, y así vemos que enfermedades infecciosas generales, tales como la fiebre tifoidea, el tifo, la

escarlatina y aún la disenteria, se complican alguna vez de osteomielitis en los niños, sin que el punto atacado haya sido predisposto por un traumatismo ó cualquiera otra causa. Cuando hay en la historia Clínica el antecedente de un traumatismo en el lugar que después se ha inflamado, el papel de este traumatismo es enteramente comparable al que representa en la experiencia conocida de Kocher, quien inyectando cultivo puro de bacilos de Koch en las venas de un animal, determinaba después una artritis ó una osteitis tuberculosa mediante un traumatismo adecuado.

Al hablar de la marcha de la afección, asegura Bockel, que la muerte puede sobrevenir al segundo ó tercer día por septicemia fulminante. Que la septicemia aparezca en un individuo atacado de osteomielitis, es un hecho común, siempre temible, y que debe poner en guardia al Cirujano para intervenir á tiempo; pero de esto, á que sobrevenga tan repentinamente y cause la muerte en tan breve plazo, sólo se concibe cuando la osteomielitis no es el hecho principal, sino una de tantas manifestaciones de piohemia anterior.

La confusión posible de una osteomielitis con un flemón difuso, es realmente difícil de evitar, tanto más, cuanto que con frecuencia se combina la inflamación de los huesos con la del tejido subcutáneo ó subaponeurótico; pero en tal caso, el cirujano tiene una regla de conducta que no debe olvidar; tratándose de un flemón difuso sobre todo, si es subaponeurótico, no debe conformarse con vaciarlo sólo por una incisión, sino explorar las paredes, particularmente el hueso que estará en el fondo revestido ó nó de su periostio, averiguar así su estado y proceder en consecuencia.

El caso referido en la observación con que comienza este trabajo, precisamente por lo raro de la localización, viene á confirmar la doctrina expuesta. En efecto, mi enfermo ha pasado ya la edad propicia para las inflamaciones huesosas que aparecen de ordinario en las epifisis y que pueden considerarse como espontáneas, es, sin embargo, un adolescente; es decir, que sus huesos aún no acaban de desarrollarse, constituyen, pues, todavía un lugar de menor resistencia; la herida por mordedura que lo llevó al hospital, sirvió quizá de puerta de entrada á bacterias que causaron en él una septicemia ligera, la que habría podido ser imperceptible y pasar inadvertida sin causar daño; pero sobreviene un traumatismo en el sacro, bastante ligero, es verdad, y que en cualquiera otra circunstan-

cia no hubiera determinado accidentes; pero en el caso concreto, volvió propicio al hueso contundido para el establecimiento y pululación de las bacterias que causaron la osteitis.

Había pues, en este informe, tres factores igualmente importantes: la infección prévia latente, debida quizá á la herida por mordedura, la edad 16 años (ó aun menos, según yo creo) y el traumatismo del sacro, siendo más importante de estos tres, la infección, porque sin ésta, no hay osteitis.

México, Febrero 8 de 1899.

DR. EDUARDO R. GARCÍA.

---

## OFTALMOLOGÍA

---

**De la benignidad de la oftalmía purulenta de los recién nacidos en determinadas regiones, por el Dr. Juan Santos Fernández, socio correspondiente en la Habana.**

En 1886 (1) con motivo de juzgar un trabajo del Dr. Osio, de Madrid, sobre la oftalmía purulenta de los recién nacidos, dejamos expuesto por primera vez, el resultado de nuestra observación respecto del pronóstico de la oftalmía purulenta de los recién nacidos en la Habana. Al razonamiento acompañamos la estadística (véase cuadro núm. 1, pág. 251) que sólo abarcaba en aquella época un período de tiempo limitado á unos doce años; mas como seguimos observando lo mismo, á fines de 1897 redactamos otro trabajo, al que unimos una estadística (véase el cuadro núm. 2, pág. 252) de 23 años, que duplicaba el apoyo de nuestro juicio y lo dirigimos á la Sociedad de Oftalmología de París (2).

Esta vez no estábamos solos en sostener la posibilidad de determinada benignidad de la oftalmía purulenta de los recién nacidos en determinada región del globo, pues el Dr. Agustín Chacón (3), de México, al ocuparse de esta enfermedad, se fija en que ofrece menos gravedad que en Europa, y hace notar, como nosotros, que el descuido en atender los ataques del mal, no es por cierto menor

(1) Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana, Tom. 12, pág. 438. Clínica de enfermedades de los ojos, por el Dr. J. Santos Fernández; Habana, 1887.

(2) Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana; tom. 24, pág. 9, año 1898. Bulletin de la Société d'Oftalmologie de Paris.

(3) Gaceta Médica, órgano de la Academia Nacional de Medicina de México. Tomo XXXL. pág. 4.