



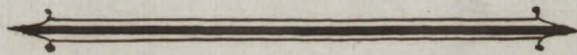
Facultad de Medicina.

Memoria del Doctorado.

Las múltiples y numerosas escarificaciones (método de Dobson)  
en el tratamiento del flemón difuso.

por  
Clemente Cilleruelo Gonzalez.

Jho Bela



Exmo Señor



Señores

De atrevimiento pudiera calificarse mi presencia en este sitio reservado para otros con más merecimientos que yo, y sin embargo impulsado por el deseo de obtener el honroso título de Doctor, llevo aquí con el espíritu lleno de inquietudes y zozobras, es verdad; pero con la esperanza de que mis respetables jueces, benévolos al infinito, sabrán perdonar mis numerosos errores.

Antes de dar principio a mi pequeño trabajo me creo obli-

-gado a dar alguna explicacion del porque de la eleccion del te-  
-ma que he escogido.

No bien terminadas mis carreras, comence a ejercer la profe-  
-sion al mes escaso de licenciarme, siendo uno de los primeros  
-casos en que tuve de intervenir, un enfermo atacado de fle-  
-mones difuso de la esternalidad toracica derecha. Esto ocurria  
-a los ocho dias de haber ~~tomado~~ posesion de mi destino, y fa-  
-cilmente se comprende la inquietud y temor que me aul-  
-tarian ante un caso de tal gravedad, puesto que a mas del  
-interés que el enfermo me inspiraba, alli se jugaba mi futura  
-reputacion medica.

Obligado pues a intervenir, me acordé, como no podia menos, que  
-delante mi internado al lado de mi venerado maestro el hoy  
-<sup>Yltimo</sup> Sr. Rector de la Universidad de Valladolid Dr. Sagarra, le  
-vi tratar dos casos semejantes (ob.<sup>o</sup> n.<sup>o</sup> 1 y 5.) por el método de Cob-  
-sonne con admirable resultado, y en su consecuencia no vacilé en em-

-plear el mismo tratamiento en mi enfermo.

El éxito coronó mis esfuerzos, y en el transcurso de algunos días vi curado al que tanto me habia preocupado.

Con este motivo consulté los autores de que disponia y ¡cosa extraña! en ninguna encontré lo que buscaba: segun los autores consultados, el método de Dobson por su inepticia ha caido en el olvido y no tiene otro valor que el puramente histórico.

Semejantes afirmaciones no se conformaban con los admirables resultados que de él yo habia visto, y obtenido, y esto me inspiró la idea de escoger este asunto como tema para la memoria del Doctorado.

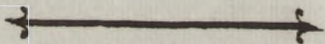
Esperando se me presentara algun otro caso más que aportar, he dejado transcurrir más tiempo del que hubiera querido en redactar esta memoria; pero viendo que tales casos se venen en mi práctica y que por fortuna el plemon difiere bastante

5.-

raro me decido a someter hoy este modesto trabajo al fallo de tan docto Tribunal, rogándole una vez más toda su benevolencia para purgarme.

He aquí pues explicados los motivos que me han guiado en la elección del tema en cuya exposición requiriré el siguiente orden dividiendo el asunto en otros tantos capítulos.

- Primero. = Breve descripción del fleumón difuso.  
Segundo. = Exposición de los diversos tratamientos empleados en tan funesta enfermedad.  
Tercero. = Método de Dobson.  
Cuarto. = Historias clínicas y  
Quinto. = Conclusiones.



I

Emion difuso.

Definicion. Cuando se consideraba a la necrosis del tejido celular que caracterizaba esta afeccion, como el resultado de una inflamacion muy intensa y de la estrangulacion, se definia el pleumone difuso diciendo, que era la inflamacion aguda, concomitante del tejido celular, con tendencia a invadir progresivamente las capas celulares inmediatas y a producir su mortificacion. (Jolline). Hoy gracias a nuevas inves-

figaciones sobre los miembros, se sabe que la mortificación del tejido celular producida por los agentes septicos, es la que debe determinar una reacción inflamatoria y eliminadora, y en su consecuencia se puede definir el flemón difuso como una inflamación de naturaleza septicá, con mortificación más ó menos extensa del tejido celular (Poulet y Douquet.)

Historia. El flemón difuso no figura en los cuadros nosológicos y en un capítulo especial hasta el siglo 18 y principios de 19. En los autores antiguos, se encuentran algunas observaciones que pudieran referirse al flemón difuso, como las dos de Ambrosio Paro; una relativa al abultamiento del bazo del Rey Carlos 9.º después de una sangría, y la otra también consecutiva a una sangría practicada a una *stia*, y seguida de gangrena y muerte. Estos hechos se han interpretado de una manera muy diversa, y algunos, como Chassignac en particular, derechos en absolu-

-to todas hipótesis del flemon difuso. Lo mismo puede decirse de los casos relatados por Tabernis de Hilvens.

La observacion de Quiriz no es más concluyente, y por otra parte, son tan pocos los detalles que aporran los autores de tales observaciones, que es imposible precisar a que clase de afecciones se refieren. Para explicarlas, estos Erupians invocan causas que hoy nos parecen extravagantes; como la herida involuntaria del nervio mediano, del tendon del bicip. &c. &c.

A fines del siglo 18 se encuentran en bastante número observaciones no dudoras ya; pero las descripciones no son precisas y las ideas que en ellas se exponen, estan mezcladas con numerosos errores. Asi el como DeKerrise une el flemon difuso a una inflamacion de las venas y Albernethy a una inflamacion de los vasos linfáticos. Tal es aun la opinion de Cravers y Bell.

A principio del siglo 19 se cuando aparecen las prime-

-ros trabajos se nos a este respecto. Colles en Dublino, y Hutchinsson en Londres, hicieron adelantarse un gran paso a esta cuestion, y a este último pertenece la honra de haber puesto en practica los grandes desbridamientos, como tratamiento del plemone difuso.

En 1824 Luncano publica su notable trabajo. Algunos años despues aparece el de Dobson en el cual expone su método. Al mismo tiempo Lawrence publica numerosas observaciones de plemones erisipelatosos. Patier en 1815 hizo una buena tesis cuando aun este asunto habia llamado poca la atencion.

Beclard era la denominacion de plemone difuso, que ha prevalecido y aclara la cuestion con una magnifica descripcion de la enfermedad, preconizando un tratamiento del que nos ocuparemos en el lugar correspondiente.

La excelente tesis de Journer en 1827 resume las lecciones de Beclard y Dupuytren que en sus clinicas se ocupaban frecuentemente del plemone difuso.

Apartir de esta época las descripciones clínicas se suceden en los principales tratados de Patología externa y multitud de trabajos y monografías empiezan a publicarse, tanto para describir las enfermedades, como para dar a conocer tratamientos especiales. Entre ellos merecen citarse: la notable memoria de Godard (Archives. gen. de Med. 2<sup>a</sup> serie tomo 15 pag. 397.) el artículo de Beron en el Diccionario de medicina en 30 volúmenes. La tesis de Haecque en 1854. La memoria de Chauzaignac en 1856 y más recientemente la excelente tesis de Bouriau en 1877. El artículo de Me. Le Dentu (Nuevo diccionario de Medicina y Cirujía) y el de Krimsson (Dict. encycl. des. sc. med.)

Sinonimia y nomenclatura. = Por su tendencia a la mortificación, el flemone difuso se llama todavía flemone gangrenoso y en las descripciones antiguas se le coloca entre las supuraciones de orina y de bilis, y al lado de los flemones estenosos y de los acciden-

- Se provocados por la inyección de granada de tintura de yodo en el tejido celular, para el tratamiento del hidrose. La clínica protesta contra estas asimilaciones, y en estos últimos años la bacteriología ha confirmado la razón de tal protesta.

Tomando en cuenta el rubor cutáneo, se ha discutido mucho sobre las relaciones de la erisipela con la erisipela flemonosa y el flemon erisipelatoso. Hasta cierto punto la clínica está conforme con tales relaciones; la bacteriología por su parte, al principio parece desmentir estas afirmaciones, pero después ha demostrado que el estreptococo de la erisipela no es más que una forma del de la supuración.

Otras discusiones se han entablado con objeto de dilucidar las relaciones del flemon difuso con el circunscrito y el difundido. Después de mucho tiempo algunos cirujanos han afirmado que no existe ninguna relación entre ellos, haciendo ver que el flemon difundido, es indiscutiblemente menos grave, y no encuentra tantos accidentes generales sépticos. Otros autores no

ven en este asunto más que una cuestión de grados.

En resumen, parece que en regla general las inflamaciones difusas son producidas por el estreptococo, al paso que las circunscritas y difundidas son ocasionadas por el estafilococo. Hay no obstante infecciones mixtas y en tal caso la explicación se complica.

Etiología y patogenia. El flemon difuso es mucho más frecuente en el hombre adulto que en la mujer y niños, en atención a los más fáciles traumatismos a que aquél está expuesto. Puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, pero se le observa mucho más frecuentemente en los miembros, que también son los más expuestos a las violencias exteriores, y de estas los sufre por las mismas causas.

Las causas de tal afección son locales o determinantes y predisponentes o generales.

Causas determinantes. - Estas causas que tambien se llaman eficientes, pueden resumirse en pocas palabras: toda rotura de continuidad de los tegumentos se capacita de permitir la entrada de los microorganismos patogenos, que implantados en las extremidades, sean ricas en linfaticos, dan origen a una leucopigitis, la que a su vez no tarda en engendrar una inflamacion del tejido celular.

A veces se trata de un traumatismo grave, como un amputacion, heridas contusas, fracturas comminutas, heridas de las hojas sinoviales o tendones, morceladuras, quemaduras &c. &c.

Otras veces, y esto es lo mas frecuente, la puerta de entrada de los microorganismos es una herida insignificante de continuidad. Estas heridas son de inusitada frecuencia en las manos, en los dedos, que son los mas expuestos a los contactos, mas diversos y por consiguiente donde con mas facilidad se permite como hemos dicho el flemo difuso.

De estas pequenas heridas, las picaduras o punturas ana-

-145-

Tomemos como el tipo. El trabajo de Colles trata especialmente las consecuencias fatales de las pequeñas heridas que se producen durante y ya este autor hace observar, que los cadáveres son menos peligrosos cuando se encuentran en cierto grado de putrefacción. Hoy nos explicamos perfectamente esto, pues sabemos que en estas condiciones, los microbios desaparecen. También está plenamente comprobado como lo afirmaban los Clínicos hace mucho tiempo, que los cadáveres son más o menos peligrosos según la causa de la muerte, y que se debe tener gran cuidado en autopsias de individuos muertos a consecuencia de un puerro septicémico o puerrohemico.

Todas estas heridas de que venimos hablando de olvidadas y sin una limpieza conveniente, son el origen de los flemones difusos, al paso que protegidas contra la infección por los medios que hoy aconseja la Ciencia, evitan su el menor riesgo. Los flemones resultantes de estas causas, conservan su caracter

difuso y se desarrollan en el punto en que existe la herida. En ocasiones la inoculación del veneno es evidente, como en los casos de punturas con instrumentos impregnados de líquidos reptivos. En otros casos la celulitis reptiva, es debida a la impresión de materias pecales, pias, etc. de focos existentes en otros sitios mas o menos próximos.

El flemon difuso puede tambien aparecer a distancia, como consecuencia de una afección de las venas o de los simpáticos, y en este sentido, no es raro observarlos como complicación del flebitis, linfagitis o adenitis.

Algunos autores citan casos de flemones difusos que llaman espontáneos: hoy esto no es admisible, y por otra parte tiene fácil explicación, porque la pequeña de la puerta de entrada de la infección, puede muy bien hacer que parezca espontánea esta, y tomar por espontáneos un proceso reptivo que como ya hemos dicho, es originada por los microorganismos.

mismas piogenos que penetran por la más ligera epaciencia del tegu-  
mento externo.

La naturaleza infecciosa del flemón difuso nos dá cuenta de cer-  
tos hechos que antes no se explicaban. MacLachlan por ej. cita  
el caso de un individuo que despues de haber contraido un fle-  
món difuso de un individuo á quien cuidaba, se le transmitió  
á un vez al que le asistia. Los tres murieron, y el sustentador del  
ultimo, que tenia una eczema en el dedo pulgar, fue tam-  
bien atacado de flemón difuso, muriendo como los anteriores.

Hutchinson ha señalado tambien pequeñas epidemias de  
esta afección á bordo de navios y en servicios hospitalarios.  
Al lado de las causas determinantes se enumeran las  
Predisponentes ó generales. - En efecto, hace mucho  
tiempo que se conoce para las punturas anatómicas por ej.  
que ~~hoy~~ los individuos no son iguales con el mismo cada  
vez, y lo mismo ratemos ocurre con las semias hendas en que

unos individuos se curan sin complicacion alguna y sin el menor cuidado de limpieza, al paso que en otros, las mismas heridas dan lugar a la aparicion de las mas terribles infecciones, entre ellas la que nos ocupas.

Todos los autores insisten sobre el papel de las fatigas, del cansancio, de las marchas forzadas etc sobre el plemon difuso de los miembros inferiores.

Las causas que debilitando al organismo disminuyen la resistencia vital de las células, predisponen al plemon difuso, asi vemos lo frecuente que es, en la convalecencia de las grandes ferreas y fiebres eruptivas.

Los estados constitucionales, como lo han demostrado Verneuil y sus discipulos, tienen una importancia de primer orden en la afeccion de que tratamos, estando hoy bien probado que el plemon difuso ataca particularmente a los alcohólicos diabéticos, albuminúricos, y en una palabra a los individuos que

presentare algun cambio organico importante, o con ataques de afecciones del corazon del higado riñon etc. causas todas que disminuyen las defensas naturales del organismo

Anatomia patologica. El flemón difuso ocupa generalmente el tejido celular subcutaneo, más raramente el sub-aponeurotico. A estas diferencias de sitios corresponden las multiples divisiones de los autores de las que la única que merece conservarse es la de Chassaignac en flemón paravascular (del tejido adiposo subcutaneo): sobre aponeurotico (o en capa purulenta, que se extiende por las laminas celulares supra-aponeuroticas) sub-aponeurotico o profundo: y total cuando todas estas capas estan atacadas a la vez.

Las lesiones características, varian segun el periodo en que se encuentre el mal, y como el flemón difuso tiene un curso e intermisió, los diversos periodos coexisten en el mismo enfermo.

Al principio, la vasculatura del tejido celular este aumentada y me vasos llenos de sangre. Un exudado sero-fibrinoso se produce rápidamente infiltrando el tejido conjuntivo, que distendida sus mallas aumenta considerablemente de espesor tomando una coloración amarilliza y una consistencia que puede compararse a la pulpa de naranjas. Son las mismas lesiones del flemon circunscrito o simple, con la diferencia que el veneno reptilico destruye los fascículos del tejido conjuntivo, que no desaparecen y constituyen verdaderos cuerpos extraños para cuya eliminación hay necesidad de una larga y abundante supuración de las partes inmediatas.

Después de algunos días el tejido celular se mortifica y toma una coloración verdosa, un pus espeso y coagulable se forma y esto caracteriza el segundo periodo.

Si se trata de un flemon superficial, la epidermis no está atacada y conserva su coloración normal; si por el contra-

En la inflamacion ha invadido las capas profundas, la epineurosis pierde su color nacarado y se presenta de color amarillo verdoso sobre el que Chassaignac tanto ha llamado la atencion.

El pus que se forma en este periodo no es liquido: extendido en una lamina, infiltrando el tejido conjuntivo es mas frecuentemente cohecto, amarillo verdoso. Un poco despues ya se hace fluido y corre por las incisiones, si se practican, pero siempre infiltrado y en modo alguno cohecto.

En un periodo mas avanzado del mal, la cantidad de pus es mas considerable y francamente liquido, contenido en bolsas mas o menos grandes producidas por los despegamientos de la piel. En medio de estas bolsas se ven los vasos y nervios.

Invadida la piel por la linfagitis superficial que siempre existe en grados diversos y privada de sus medios de nu-

través se espacela frecuentemente, y al desprenderse las escaras, defaen  
huecos por donde se evapora más pútrido, gases resultantes de la des-  
composicion de los tejidos, gotitas acéticas y sobre todo fragmentos  
de tejidos gangrenosos pigmentados y que se han confundido por  
Dampstien a manchas de lino y por Euncane a la piel de ga-  
muza mojada.

En este periodo, es lo general que las partes profundas sean inva-  
didas, los músculos y tendones se mortifican, los huesos se ofusen  
denudados y en mismo nerviados: las articulaciones se atren y supu-  
ran y las venas se inflaman frecuentemente. Las arterias sue-  
len resistir, pero su ulceracion es tambien posible provocando  
entonces hemorragias de gran intensidad.

Al periodo de supuracion que siempre es largo, sucede  
enfín el de reparacion, en el cual, los mameles carnosos de  
hueso indole, evaduran a la eliminacion de los restos apo-  
nevróticos resistentes, y van llenando parzialmente las perdi-

-das de sustancia que á veces son enormes, y para cuya reparacion son necesarias estensas cicatrices que comprometen no poco el ultimo funcionamiento de los organos por las adherencias que crean.

El examen histológico del tejido conjuntivo gangrenado, aferece á considerar en el una masa fibrilar, en la cual es difícil distinguir claramente los fascículos. En medio de las fibrillas divididas se encuentran glóbulos de pus granulaciones albuminoides pigmentarias, amarillas ó negras, granulaciones grasas y gotitas de goma (Cornel y Ranvier.)

Charaiguac debe ser como dos afecciones absolutamente distintas el edema erisipelatoso y el flemon difuso. Basta considerar bien los síntomas, marcha y leionez de cada uno de ellos para convencerse que bajo el punto de vista anatómico-patológico, lo mismo que bajo el clínico, es con siempre imposible establecer tal diferencia. El flemon erisipelatoso, como se llama hoy, y el flemon difuso franco, se parecen de tal ma-

-nera bajo este doble punto de vista, que puede decirse que son dos variedades clinicas de una misma y sola afeccion. Todos los sintomas de uno se encuentran en el otro, o pueden encontrarse, la principal diferencia consiste en que el uno supura raramente, al paso que el otro tiene una marcada tendencia a la supuracion.

En el flemone difuso erisipelatoso, dice M. Le Dentu, el estado es mas seroso que fibrinoso, al paso que en el flemon difuso verdadero que tiende casi fatalmente a la gangrena, el estado es mas fibrinoso que seroso.....; pero me parece que hay mucha semejanza en el conjunto de la marcha clinica de las dos afecciones para considerarlas como separables bajo el punto de vista anatomico.

Sintomas. El flemone difuso puede empezar por flemone

nos generales, eructos, calor, fiebre intermitente, uronuria, delirio, algunas veces vómitos repetidos. Se ve por lo mas frecuentemente los sintomas locales abren las venas, y me por dicho ambas fenomenos locales y generales coincidiendo.

Se acostumbra a dividir la sintomatologia de esta afeccion en periodos clinicos que corresponden con los anatomopatologicos; pero esto es solamente para la mejor descripcion del mal, siendo necesario no perder de vista, que estos periodos no tienen una limitacion perfecta, sino que coinciden en el mismo enfermo, observandose por ej. que el punto primitivamente atacado se resquebraja en periodo supuratorio, al paso que en la penultima de la leccion los sintomas del primer periodo se manifiestan. Esto notado hagamos una ligera enumeracion de los sintomas del flemon difuso.

En el primer periodo llamado inflamatorio aparecen los mismos sintomas del flemon circunscrito, pero mas acentua-

dos y con tendencia a la propagacion invariosa. En el punto  
en que va a seranollarse el flemon, se siente un dolor mas o me-  
nos vivo, a veces nuevo y que en algunas ocasiones precede a  
todos los demas sintomas. Frecuentemente el enfermo se queja  
de una especie de estrangulacion de la parte atacada, otras  
veces se aviva al dolor una sensacion de quemadura suma-  
mente penosa, cuya gran intensidad provoca el delirio. Al  
mismo tiempo, o un poco despues, aparece una rubicundia par-  
ticular, dispuesta en placas que pueden presentar todos los  
matices desde el tinte rosa al violeta obscuro. Esta rubicundia  
no es uniforme, sino que en el mismo sujeto, varia segun los  
puntos: ciertos sitios son de un color rojo vivo, otros lividos, y  
algunos de color pizarro. Sus limites no son precisos, sino  
que la coloracion se difumina insensiblemente confun-  
diendose con el color normal de los tegumentos sanos.  
Por lo general esta coloracion indica los progresos del

mal aunque no siempre sucede así, y el tegido subcutáneo puede ser atacado de gangrena, sin que se le haya visto con rubicundez superficial.

Coincidiendo con los cambios de coloracion, aparece una tumefaccion que varia segun la naturaleza del tegido adiposo inflamado, y segun la region y extensibilidad de los tegidos, pero que siempre es muy considerable y que por su tendencia a la invasion puede ganar la raiz de los miembros y llegar al tronco extendiendose una vez allí en forma de cinturón sobre la mitad correspondiente del cuerpo.

Aplicados los dedos de la mano exploradora sobre esta tumefaccion, se percibe una resaca que se ha comparado por Duncan a la que habria experimentar una vitancia firme que recibe una parte esponjosa empujada de ligi- do.

La piel está tensa pero flexible en un grado más o me-

nos marcado. Espumada por el dedo, no se hunde conservando la buelta, pero da una sensación intermedia entre la dureza del plemon, la blandura del edema y la elasticidad del enfisema. (Beclard.)

La temperatura local siempre es muy elevada, el dolor se hace intolerable, tanto que el menor movimiento, el roce de un paño basta para anunciar al enfermo gritos de dolor. A veces se forman pústulas llenas de un líquido claro ó sanguinolento que no tardan en romperse, formando al descubrimiento el dermatis espaldado.

Los linfáticos forman tuías rojas que se unen a ganglios abultados y dolorosos. Los fenómenos generales marchan en relación con los locales: la fiebre es constante, pero en grados muy diversos, desde la más ligera hasta alcanzar 110<sup>o</sup> y 111<sup>o</sup>: la sed es viva, la lengua roja y reluciente al principio se cubre después de fuliginosidad lo mismo que las en

cias y labios: la anorexia se hace completa; hay náuseas, vómitos biliosos y epúte diarreicas o vóces de gran intensidad. La depresión y abatimiento no tardan en ser considerable; las facultades intelectuales se entorpecen, aparece un insomnio pertinaz que dura varios días; la respiración está dificultada y el delirio aparece en los alcoholizados y nerviosos. En este periodo la enfermedad podría terminar por resolución, pero casi siempre la evolución natural llega a la suppuración difusa con mortificación.

Todos los síntomas que diamos apuntados se agrupan al empezar el segundo periodo o de supuración.

Principiamente parecen remitir estos síntomas de una manera brusca; el dolor se atenúa, la tumefacción disminuye, lo que pudiera hacer creer en una resolución. Nada de esto, sin fenómenos engañosos contra los que es necesario estar muy prevenidos para no dejarse sorprender. La mortifica

cione empieza entonces, el pus se fluidifica y la palpacion de  
nota una fluctuacion bien manifiesta. Estos fenomenos  
sucelen venir del 4.º al 6.º dia.

Bien pronto la piel se desprege y se abe espontaneamente en  
un gran numero de sitios, o el Cirujano practica incisiones.  
Por las aventuras come el pus mal unido, seroso, viscoso con  
savia roja. En los dias siguientes las heridas arrojan gran  
cantidad de pus, entre el que van mezclados cojros de tejido  
celular, pedruzcos de aponeurosis y de tendones mortificados.  
Entonces empieza el periodo de eliminacion. Los  
orificios cutaneos se alargan, se hacen coalescentes sea por ulcera  
cion de los bordes o por espasmo de la piel despregada. En al  
gunos casos, raras por fortuna, un varo se ulcera y sobre  
viene una abundante hemorragia. Beclard cita un ejem  
plo.

En este periodo la leuone se purifica bajo el aspec

to de vastas hogueaduras que estan limitadas superficialmente por la piel despegada, y por las aponeurosis, musculos, tendones, huesos etc profundamente.

La supuracion es excesivamente abundante y parece inagotable, y algunos enfermos mueren o sus progresos. Si por el contrario sobreviene, que es hoy lo mas frecuente, gracias a la terapeutica tan activa que se emplea, la piel acaba por adaptarse a las partes subyacentes; pero el tejido celular destruido es reemplazado por tejido cicatricial, y el miembro anflaqueado, atrofado y anemico, plagado de heridas y cicatrices queda casi siempre inutil e impotente por las adherencias inflamatorias, destrucciones musculotendinosas o angulos articulares. Esto constituye el llamado periodo de reparacion.

La sintomatologia del pleumone difiere profundamente de un poco diferente; algunos de los fenomenos señalados se ocu-

tuang, al paso que otros estan disminuidos; así el dolor es atroz, intolerable, el abultamiento o tumefacción mucho mayor, hasta el punto de poder duplicar o triplicar el volumen del miembro. Los síntomas generales adquieren así mismo una intensidad sorprendente. Por el contrario la rubicundez y calor local pueden faltar completamente hasta que la colección pumbeata, atravesando las aponeurosis y caminando hacia el exterior, llega al nivel de la piel, observándose entonces los síntomas del flegmon diplo superficial ya señalados.

Complicaciones. Fácilmente se comprende que una afección que invade la ganga celulosa de los órganos, y la destruye, ha de repercutir sobre estos, y por esta razón el flegmon diplo suele ir acompañado de linfagitis, erisipela y flebitis. Esta última puede ser además causa de muerte porque el trombus reptico que se haya formado determine una septicemia fatal en los pe-

modos adelantados del mal.

Las complicaciones por otra parte, varían como es consiguiente según la región: en la cabeza se observan meningitis: en el tórax pleuresías etc. etc.

Entre los accidentes del periodo de infamacion y eliminacion señalaremos la venudacion de los huesos, aventura de las articulaciones y la ulceracion de las arterias provocando hemorragias que pueden ser tan rebeldes, que lleguen a hacer necesaria alguna amputacion.

Algunos autores han dicho que los flemones difusos pueden ocasionar la albuminuria y diabetes. Esto no es muy probable, antes al contrario, lo más fácil es que el flemon sea consecutivo a estas enfermedades, que como ya hemos dicho son causas predisponentes a tal afeccion.

Muy fuertemente esta enfermedad deja como consecuencia de un par de trastornos funcionales reinos, unos de origen mecá-

micos, que ya dejamos citados en otro lugar, y otros no menos comunes que van ligados a las alteraciones de los nervios interesados y pertenecen al grupo de los trastornos tróficos.

Diagnóstico. Mucho nos parece detenernos en establecer las diferencias entre el flemon difuso y el circunscrito y abierto caliente. La misma limitación de estas dos distintas afecciones les distingue: no obstante pueden engendrar un flemon por difusión, que no es otra cosa que un flemon circunscrito no abierto que traspasa los límites de la inflamación primitiva extendiéndose en los tejidos vecinos, y que se diferencia del flemon difuso en que el estado general no alcanza a la gravedad que en aquel y en que la conspiciencia y rubicundez son menos considerables, no apareciendo tampoco el tinte rojo violáceo de que hemos hablado.

El diagnóstico diferencial del flemon difuso y escirrala, cuando esta es franca, no tiene dificultad, distinguiéndose en que

en la erisipela el color de las partes atacadas es más vivo, y está limitado por un reborde periférico prominente, el abultamiento ganglionar muy pocas veces falta, la piel es aquí la única atacada y no el tejido celular, el dolor y calor son también menores que en el flemon difuso y los síntomas generales son mismo mucho menos acentuados.

Las dificultades diagnósticas sobrevienen cuando se trata de la erisipela flemonosa o flemon erisipelatozo en el que hay lesión de la ves de la piel que se ofrece roja y del tejido celular subcutáneo infiltrado y edematoso. Sin embargo, cuando la erisipela supura, la supuración es superficial, en focos aislados y sin mortificación del tejido celular.

Estas distinciones no siempre están precisas y la bacteriología demuestra que pueden existir formas de transición entre ambas afecciones, y en tal caso el diagnóstico diferencial se presenta rodeado de las mayores dificultades.

Lo que acabamos de decir apropiado de la erisipela es aplicable a la linfagitis, la que cuando es simple se distingue muy bien del flemon difuso en las líneas rojas o lo largo de los linfáticos, y la presencia de cordones duros en el infarto ganglionar, pero cuando es gangrenosa se parece muchísimo al flemon difuso y entonces su diferenciación resulta poco menos que imposible, esto aparte de que con mucha frecuencia se compliegan una con otra.

La flebitis también cuando es superficial, se distingue muy bien, pues el cordón duro de la vena inflamada, pataja en el flemon difuso, y la subeundere no aparece con los mismos caracteres, en todo punto.

En la flegmasia alba-doloris existe un abultamiento edematoso, la piel está pálida y no hay elevación de la temperatura local; el dolor es continuo y no pulsátil como en el flemon. El diagnóstico del flemon difuso profundo o subaponeuro

notivo ofrece a veces grandes dificultades, y en ocasiones es imposible distinguirle de la flebitis profunda, flemon circunscrito profundo, gangrena séptica o fúrus de los miembros, osteo-mielitis, peritonitis etc. Como el tratamiento objeto de este tratado no tiene aplicación en estos casos y para no hacerle excesivamente extenso, resistimos de enturo aquí en más formenores.

Por último en el diagnóstico de un flemon difuso superficial e profundo, tiene gran importancia buscar la causa primitiva, y para ello es de mucha utilidad el examen de la constitución del enfermo y el análisis de su orina, por lo que podremos venir en conocimiento de si el individuo es albuminúrico, diabético etc y en consecuencia disponer la terapéutica convenientemente.

---

Pronóstico. - El flemon difuso es una afección siempre grave y frecuentemente mortal. La gravedad varía notablemente

segun la extension del mal, su sitio, edad y constitucion del enfermo; pero de la oportunidad y eleccion del tratamiento depende en muchas ocasiones la curacion, que hoy va siendo la regla general.

Hay que hacer contar no obstante, que en no pocas ocasiones y a pesar de una buena y pronta terapeutica, las partes involucradas por el pleumonia quedan atrofizadas e inutilizadas por las funciones que las estaban encomendadas y esto se comprende muy bien que no deja de ser grave.

¿Es posible la resolucion del pleumonia difuso? La mayor parte de los autores la niegan, o por lo menos la ponen en duda. Mi modesta opinion no esta conforme con estas afirmaciones y en lugar oportuno demostrare, con las observaciones que presento, que esta terminacion es mas frecuente de lo que se cree, siempre que desde los primeros momentos de diagnosticado el mal se instituya el trata-

miento de Dohorn.

Ahora bien, la resolución por los solos esfuerzos del organismo es ya más difícil, y para ello es necesario imponer en el individuo unos grados de defensa naturales contra los agentes microbianos que están fuera de lo común y que por mi parte, ni he visto, ni creo poder observar. A este respecto se cita el caso de Duncan que vivió la resolución completa de un pleumón difuso después de una crisis con profundos sudores y gripes extraordinariamente fétidos. Es un hecho por otra parte aislado en la ciencia y esto mismo hace que la duda o desconfianza se apodere de nuestro ánimo.

Cuando desgraciadamente sobreviene la muerte, puede ocurrir en cualquiera de los periodos. En las formas en que el agente séptico es de una virulencia extrema, en ciertas pi cadenas anatómicas sobre todo, los accidentes generalizados de la excreta y el enfermo es anetizado por la muerte en al

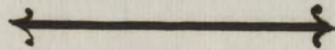
unas horas antes que los síntomas locales hayan tenido tiempo de producir mortificación ni supuración.

Estas formas fulminantes, digámoslo así, (históricas de los Autores) son hoy raras, debido a la indiscutible eficacia de la terapéutica moderna y también como dice Reclus a q el pleumonia es menos maduro en su misma esencia, porque los microbios, antes florecientes, están hoy atenuados y can-  
ciados en las ratas de los hospitales.

Más frecuentemente la evolución local sigue los estados anteriormente descritos, y en el período de mortificación es cuando el sujeto padece en medio de accidentes septicémicos o prothémicos.

Concluido por fin la enfermedad, el enfermo puede ser incapaz de resistir las pérdidas de la eliminación o supuración y entonces muere lentamente por agotamiento y putrefacción.

Para concluir, el pronóstico se hace más sombrío cuando se trata de individuos diatélicos como ya dejamos dicho, en los que las intervenciones operativas, según opinión de algunos autores, no hacen más que agravar el mal. La inmensa mayoría de los Cirujanos hoy opinan lo contrario e intervienen sin temor alguno.



## II.

### Tratamientos.

Numerosos son los métodos de tratamiento que se han propuesto y ensayado para la curación del pleuritis difusa. Su gran número y variedad, indican que ninguno de ellos han llenado en absoluto el fin que se le propone. Haremos de ellos una sucinta exposición, procurando poner de manifiesto sus ventajas e inconvenientes.

Posición elevada. Fue empleado por primera vez por Gerdy y

en estos últimos tiempos por Broca, Labit y Chancelme citan éxitos debidos al empleo de este medio. Le Deutu teme que pueda favorecer la impuacion. Sea enalquiera la clase de tratamiento que se emplee es una buena precaucion que debe tomarse cuando sea factible.

Cataplasmas. - Con el empleo de las cataplasmas, que instituyo Scheden, no se ha conseguido ningun resultado; unicamente pueden servir para calmar el dolor sobre todo si se las avoca alguno narcotico: de ningun modo pueden servir para constituir un tratamiento por si solas.

Sanguifletas y emisiones sanguineas. - Un par de docenas de sanguifletas aplicadas sobre el plemone difuso, segun proponia Bretonneau, en sus comienzos han producido buenos resultados; otras caen como las escarificaciones de Dobsoné

que hablaremos despues aunque el efecto que producen es incomparablemente menor, pues la herida que ocasiona una sanguijuela es mas pequena y menos profunda que las producidas por una lanceta.

En cuanto a la sangria general, aconsejada por Dupuytren, a menos que se trate de un individuo pletonico, no debe emplearse, pues con ella no se consigue mas que debilitar al enfermo y retardar su curacion.

Compresion. - Este metodo fue empleado por Ambrosio Pareo en el caso de Rey Carlos 9.<sup>o</sup> que dejamos mencionado al tratar de la histona; pero hasta 1795 no fue realmente puesto en practica y aconsejado por el cirujano Aleman Theden.

En 1815 Bretonneau, en su tesis, se hace el defensor de las ideas de Theden y once años despues Velpeau expresa los

buenos resultados de la compresion en una memoria publicada en 1825.

A pesar de la autoridad de tan respetables maestros un ejemplo no fue seguido.

En el año 1875 el Dr. Pauline se ocupa de esta cuestion en su tesis publicada en Paris y acompaña la compresion elástica como se la ha visto practicar a su maestro el Dr. Panas.

« Cuando se rodea un miembro con tres o cuatro capas de algosone, dice Pauline, no hay necesidad de tener en cuenta la forma de las diferentes partes. Además, si a pesar de la compresion, el abultamiento o hincharse sigue aumentando durante algun tiempo, el aparato algosonado se presta a las mayores dimensiones de su contenido. Por el contrario si la revolucion se efectua parcialmente el algosone sigue a las partes blandas en su retraccion progresiva. En estas dos circunstancias, diametralmente opuestas,

el aparato no deja de estar en relación con los tejidos, y de responder a sus indicaciones. Si el algodón permite ejercer, no solamente una compresión uniforme sino una compresión permanente. »

Poco tiempo después de aplicada la venda compresiva, se nota al principio una ligera exacerbación del dolor, después algunos hormigueos y por fin al cabo de una hora próximamente, el dolor y hormigueos se desaparecen, siendo reemplazados por una sensación de bien estar.

Este tratamiento solo es aplicable al principio del flemor difuso, antes que la inflamación empiece, o cuando acaba de empezar. Bajo su influencia, los fenómenos retroceden hástante rápidamente o por lo menos los progresos del mal se detienen. Velpeau cita una veintena de observaciones como comprobantes, y Pauline aporta tres casos de curación conseguidos en el servicio del Dr. Panas.

Ocupaciadamente la compresion en esta especie de peligros y si la venda compresiva en esta metodicamente aplicada con mucho cuidado y por manos ejercitadas, o si el vendage no es vigilado frecuentemente, puede ocurrir que a pesar de la interposicion del algodou, las partes comprimidas sean inevitablemente atacadas de gangrena. Velpeau se esfuerza a hacer resaltar este peligro por lo demas unico para el, ya este proposito dice:

« Es necesario que el hombre de arte no olvide jamás que esta venda es un instrumento cuyos resultados dependen de su habilidad o de su saber: que este instrumento aplicado en todos los casos puede ser un arma peligrosa si no sabe servirse de ella: que son necesarias, constante, alguna de ellas y frecuentemente grandes precauciones para poder esperar su eficacia: que es necesario saberla modificar segun la forma de las partes, la intensidad del

dolor, de la inflamacion, el grado de abultamiento etc, saber variar el grado de constriccion tan pronto en un punto como en otro: en fin que la presion debe ser regular igual y bien graduada: Entrar en más detalles sobre el particular seria como inutil porque no es con palabras como puede aprenderse a colocar convenientemente un vendaje, sino ejercitándose sobre los enfermos. » (Belpeau. Archivos Generales de Medicina Tomo 11. pag. 139. - 1825.

Bien se comprende que la compresion no es aplicable en todos los casos por la disposicion anatomica de las regiones en que puede presentarse el flemon difuso y adenial porque es inútil como el cuello, reina muy peligrosa.

Pauline aconseja el empleo simultaneo de la compresion y escarificaciones, con las que asegura haber obtenido grandes resultados.

Por último mencionaremos tambien la compresion otte-

midas con una capa de colodione aplicada sobre el flemon; el procedimiento de Saney que consiste en embadurnar el flemon con aceite de oliva y espolvorear despues harina de trigo; y el procedimiento de Langier que recubra la parte enferma con una peliula de felpa de luy sobre la que vertia una espora solucione de goma arabiga.

Estos medios son insuficientes y con ellos no se consigue mas que perder un tiempo precioso para el enfermo. Solo son recomendables despues de la cicatrizacion para acelerar la supuracion del absceso.

Resolutivos. - El efecto de la pomada mercurial, prescrita por Serre el Ves es casi nulo, parece calmar algo el dolor, pero de ningun modo hay que suponerla capaz de modificar la inflamacion, ni atajar los progresos del mal.

Veigigatorio. Numerosas son las observaciones de fle-  
mones difusos tratados y curados por medios de la aplicación  
de veigigatorios.

Dumecane y Dupuytren fueron los primeros en emplearlos, pe-  
ro Dupuytren los abandonó enseguida por dos casos de gan-  
grena observados en dos viejos. Petit de Lyons obtuvo cuarenta  
casos de éxito consignados en la tesis de Patisier y Rigaud  
de Strasbourg defiende los veigigatorios de una manera decidida.  
Este autor según puede verse en la tesis de un discípulo el  
Dr. Weber (1855) recomienda: « aplicar el veigigatorio lo más  
pronto que se pueda y tratar de dificultar de esta manera  
la formación de pus, en vez de esperar a que este ya for-  
mado, procurando enseguida la resolución de la enfermedad  
en ciertos puntos y circunscribirla en otros ».

El veigigatorio debe traspasar siempre la superficie super-  
ficial, quedando aplicado de doce a diez y tres horas y si

La mejonera así obtenida no se purga suficiente, se entretiene el efecto del vegetativo durante algunos días hasta la curación completa.

A pesar de los buenos resultados obtenidos con este método es necesario tener muy en cuenta los varios inconvenientes que tiene, pues la gangrena es frecuente en los viejos y niños y por otra parte la absorción tan considerable de cantanidina, puede provocar violentas inflamaciones de las vías urinarias.

Baños locales. Los baños antiefticos prolongados son de gran utilidad, pero su empleo no es siempre fácil cuando la enfermedad no avienta en las extremidades. No es posible ser emplearse siempre como auxiliares en de las grandes incisiones, o de las escarificaciones, como se recomienda unos tiene pronto.

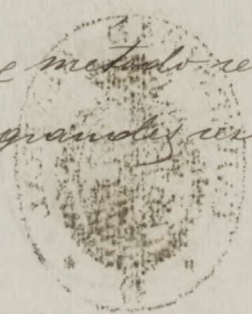
Cuando el sitio del mal no permita su empleo, pueden substituirse con las unas húmedas o fomentos y pulverizaciones, que pueden considerarse como una especie de baño local. Lo mejor todavía sería dar un baño local y después hacer unas curas húmedas, pero lo repetimos, no son más que medios auxiliares de los tratamientos que estudiaremos después.

Método de Beclard. Hacia el año de 1825, Beclard im-  
pugnándose en el procedimiento seguido por un gran número de  
Cirujanos Ingleses, recomendó un nuevo tratamiento en el que las  
incisiones, en lugar de comprender toda la capa de tegido ce-  
lular inflamado, como en el procedimiento de Hutchinson, no  
interrumpían más que la parte superficial del mismo; es-  
tas incisiones habían de ser largas y múltiples.  
Este procedimiento no ha tenido imitadores, y que sepa-  
mos, no hay estadística de casos curados con él. Por otra

parte el tratamiento en cuestión tiene poco de racional, porque unas incisiones tan ligeras, no pueden ni dar salida a la urticaria, ni aun distender los tegumentos que estrangulan al tejido celular.

Hierro al rojo. Es un excelente medio de ponerse al abrigo de las hemorragias, dice M. Kermisong, hacer las incisiones con el termo-cauterio; al mismo tiempo tiene la ventaja, según el autor, de practicar una revolución energética en los tejidos enfermos y destruir el virus séptico. Tiene el inconveniente, de que los bordes de las heridas así hechas, ofrecen más tendencia a supurar que los de las que se hacen con bisturí; la reunión de estas heridas no es tan rápida, y las cicatrices son siempre más irregulares y visibles.

A pesar de todos estos inconvenientes, es un buen método recomendado por distinguidos cirujanos que han obtenido grandes resultados con él.



Método de Hutchinsonson. - Es el medio hoy empleado por la mayor parte de los cirujanos, y el que real y verdaderamente da resultados seguros en el tratamiento del pleumonia supura: es aplicable lo mismo al pleumonia superficial que al profundo y en este ultimo, es sin disputa el unico que tiene aplicacion, y el unico tambien capaz de detener los progresos del mal.

Aunque no sepa de tener sus inconvenientes, que luego señalaremos, se puede y aun mas, se debe admitirle con exclusion de los demas, siempre que haya pasado la oportunidad de las escarificaciones de Dobson. Ya en 1782 Halloran y Pott señalaban los buenos resultados que se obtenian con los grandes desbridamientos, pero no se instituyo como tal tratamiento hasta el año 1811 en que Hutchinsonson, cirujano Ingles, expuso claramente el modo operatorio. Los resultados por él obtenidos fueron verdaderamente notables y un ejemplo fue bien pronto seguido por los cirujanos Ingleses Lawrence, Carle, George, Young y otros. Lawrence propuso despues una incision unica que entorpeciera toda

la estension del mal con la cual seia que bastaba y no habia necesidad de hacer multiples desbridamientos. La opinion de Hutchinson ha prevalecido sin embargo, y hoy se practican no una, sino multiples incisiones como el lo propuso.

Las grandes incisiones constituyen un tratamiento aplicable en todos los periodos del fleumone. Ciertos autores aconsejan que no se practiquen hasta que el pus sea un poco fluido, es decir en el periodo de supuracion. No es esta la opinion recuante. Al principio de la inflamacion, son perfectamente capaces de detener los progresos, de limitar la estension del mal y de impedir toda supuracion. En un periodo mas avanzado, dan salida al pus, impiden que se formen grandes despegamientos y permiten la eliminacion de los tegidos esfacelados.

El manual operatorio es bien sencillo: provistos de un bisturi o del cuchillo del termo-cauterio, se practican las incisiones sobre de los troncos arteriales gruesos, haciendolas capa por capa, y dejando

entre ellas un intervalo de cuatro centímetros cuando menos, para que no robeenga la mortificación de los tegumentos. Su número y longitud están subordinadas á la extensión de la enfermedad, pero en los flemones de marcha invasión es necesario prolongarlas hasta el tegido sano, y si esto no fuera posible, se hace una cauterización puntada con el termo en los límites de la enfermedad, y esto basta para contener la invasión infecciosa y abrir paso á los antisepticos en los tegidos inflamados.

Se examinarán detenidamente las aponeurosis sobre todo cuando la agudeza de los dolores, la intensidad de los fenómenos generales etc. hagan sospechar la presencia de un flemon profundo, y por poco que haya perdido su color marcado y que este se manifieste verdoso, sin brillo y como infiltrado se la dividirá estenuamente y buscará con la sonda acanalada el absceso que pueda resultar. De seguir el conyo de Chassaignac se la incindirá siempre, haya ó no perdido su color y demás caracteres, porque puede haber de-

bajo de ella un absceso. que muchas veces no se conoce hasta después de hecha la incision.

Una vez practicadas las incisiones, se colocaran tubos de drenaje en gran cantidad, sin temor a multiplicarlos, atravesando de parte a parte los absesos y retirando los tegumentos adelgazados, desprendidos y amenazados de escape. Por estos tubos se desaguaran los focos profundos y por medio de duchas antisépticas a elevada temperatura se lavaran, digámoslo así, los espacios purulentos.

Además de todo esto, la irrigacion antiséptica continua o en un defecto fomentos o pulverizaciones repetidas, prestan buenos efectos y son muy recomendables.

La mayor parte de los antisépticos que se manejan tienen la propiedad de ejercer sobre las células celulares en vías de eliminacion una accion coagulante, oponiéndose a su desprendimiento. En vista de esto y para remediar tales inconvenientes, Jorgue y Reclus en

sayonne en un autre extemo de clavos tenaces, alternando con las  
antisepticas las pulverizaciones de disolucion de sal marina al 7  
por mil, cuyos efectos disolventes sobre las sustancias albuminosi-  
deas y la fibrina se han bien demostrado. Los resultados  
no pudiendo ser más satisfactorios, pues bajo el chorro de esta di-  
solucion salina sebl se involuntaria y desprendieron los paque-  
tes en filamentos.

En estos ultimos tiempos se ha empleado el agua oxigenada  
como liquido de irrigacion, y segun Payradouré - Ferris, Cham-  
pionier, Guerin y otros que se han servido de ella, da excelentes  
resultados, pudiendose considerar, a su juicio, como uno de los  
más poderosos antisepticos.

Otra regla de conducta que debe observarse en el tratamiento  
es dejar los focos purulentos en reposo, sin procurar bajo el pe-  
sado de una compresa más empulsora, degenar de los tra-  
ctos celulosos que se hayan librado del espacio, ni tampoco

explorar el miembro, comprimir las partes desprendidas y las infecciones purulentas.

En el tratamiento pos-operatorio se emplearían siempre los baños antisépticos y envolturas húmedas; pero cuando se han eliminado las malas exudadas, cuando está formada por completo la membrana granulosa, vuelven ser perjudiciales los baños continuos, porque las granulaciones palidecen y los tegidos se ponen edematosos: entonces se emplearía la vacuna bónica y iodofórmica y una compresión metódica.

Quanto al tiempo que tarde la reparación se tratarán de corregir en lo posible las deformidades que puedan resultar de la cicatrización.

El método de Hutchinson que de que venimos hablando es obstatante en real eficacia no dejó de tener sus inconvenientes. Primeramente las grandes incisiones son muy dolorosas y horrorizan a los enfermos. Este inconveniente claro está que dejó de serlo

cuando se dispone de la anestetica; pero esto no siempre es facil y en no pocas ocasiones esta rodeada de serios peligros.

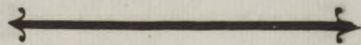
Otro inconveniente, ya de más importancia, es que las grandes incisiones exponen a hemorragias que pueden ser muy graves particularmente en sujetos debiles. Berland y Carriere citan un caso cada uno en que la hemorragia costó la vida a los enfermos; y por fin, las extensas cicatrices consecutivas a las grandes incisiones, ocasionan muchas deformidades, que unas veces, las más afortunadas, no atacan más que a la estetica, pero otras veces ocasionan la impotencia funcional de las partes invadidas.

Para terminar con la enumeracion que venimos haciendo de los métodos de tratamiento empleados en el plemon diremos nada más que cuatro palabras acerca de la Seroterapia. El Dr. Monti de New York emplea el suero antidifterico para el tratamiento de los plemones, con cuyo medio asegura que si la enfermedad se halla en el periodo infla-

matorio, la fiebre remite a las doce o catore horas despues de la inyeccion: la tumefaccion, el dolor y enrojecimiento de matenar desaparecen, y el enfermo cura en pocos dias. Si ha persistido la supuracion y la gangrena, ajenas de la inyeccion del seno, hace incisiones externas. En 31 casos de flemones au trata- dos dice no haber perdido un solo enfermo. (Revista de Medi- cina y Cirujia practicas. - 7.º 50 - pag. 320.)

Gracias a los trabajos de Roger y Marmorek, la sero- terapia ha dado un gran paso, y sus progresos nos permiti- tan concebir legitimas esperanzas de tal medio terapeutico en el tratamiento de las infecciones de estreptococos o de estafilococos. Respecto a la estafilococia la cuestion esta en estudio, pero la de los nuevos antiestreptococos cura- tivos o preventivos esta ya resuelta, y aunque en peque- ña escala todavia, ya se han hecho ensayos de estos nuevos en el flemone difuso con admirables resultados.

La índole del presente trabajo nos impide hacer un estudio más detenido de este medio terapéutico, que por otra parte no es infundado esperar que transcurrido algún tiempo sea el único que se emplee en las afecciones ocasionadas por los microbios pirogenos.



### III.

## Método de Dobson.

En el capítulo anterior hemos expuesto con la mayor imparcialidad, los diferentes tratamientos empleados contra el plemone difuso, haciendo resaltar, en la medida que nos ha sido posible, las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos: llegamos ahora a la parte principal de nuestro trabajo.

Afacado Dobson de una erisipela plemonica del bazo en el año 1813, resolvió aplicar algunas sanguijuelas sobre su bazo como entonces se acostumbraba; pero como esto no pudiera realizarse tan pronto como el enfermo deseaba, ideó Dobson curar sobre si mismo

el efecto que produjeron algunas punciones hechas con la punta de una lanceta. Los resultados que obtuvo fueron por todos conceptos satisfactorios, evitando la ulcera.

Poco a poco extendió esta práctica y en seguida trató á sus enfermos de esta manera, buscando al principio los casos en que las extremidades eran las atacadas.

Animado con los éxitos obtenidos trató por admitir este tratamiento con exclusión de todo otro en los casos de erisipelas flemosas y de plemones dipiros en sus comienzos.

En doce años trató de este modo algunos centenares de enfermos, no teniendo más que dos fracasos, en los que según el la autopsia le demostró que las meninges y el cerebro estaban atacados verdaderamente antes del principio del tratamiento.

De la lectura del trabajo de Dobson (On the treatment of erysipelas in Brit. Med. and Surg. Journal. 4<sup>o</sup>. 48. pag. 312.) se desprende que todos los casos que trató no eran evidente-

mente flemones difusos tal y como hoy se entiende por tal: sin embargo su método le ha dado los mismos resultados en el tratamiento de la erisipela flemonosa que en el del flemon difuso.

He aquí la técnica operatoria que requiera: Por medio de una lanceta, hacia sobre la parte atacada un número de picaduras variable según la extensión del mal, nunca menos de diez, y tampoco más de cincuenta, repitiendo esta operación por lo menos dos veces al día, y tres o cuatro en los casos graves. La profundidad de estas picaduras variaba según que la tumefacción fuese más o menos considerable, generalmente de un centímetro o centímetro y medio.

De esta misma manera hemos visto proceder a nuestro colega marqués el Dr. Sazana, y en mismo hemos procedido en los casos que hemos tratado, con la diferencia de multiplicar mucho más el número de las escarificaciones en

relaciones siempre con la extensión del flemon, y de no repetir las sino en los casos en que la tumefacción no había disminuido, pero ya en pequeños número y limitadas a ciertos puntos.

El modus faciendi no puede ser más sencillo: previos los cuidados de asepis del campo operatorio, manos del operador y lancetas, se toma esta entre los dedos como una pluma de escribir, de manera que no se introduzca más que la cantidad que previamente se ha determinado sirviendo de tope los mismos dedos, y en esta disposición se va introduciendo rápidamente y de un solo golpe para evitar sufrimientos al enfermo, en toda la extensión de la parte enferma.

Como ya dejamos dicho el número de estas procedimientos está subordinado a la misma extensión del mal, pero esto no debe preocuparnos, y lo único que debe procurarse es que la parte atacada por el flemon quede verdaderamente reducida de estas peque-

mas averturas por las que una vez practicadas sale una pequeña cantidad de sangre mezclada con coagulada, que bien pronto es reemplazada por coagulada con fúncal.

Una vez hechas las incisiones es muy conveniente hacer tomar un baño antiseptico de elevada temperatura durante unos veinte minutos, envolviendo despues la parte enferma en compresas antisepticas calientes, que se humedecieren con mucha frecuencia.

Cuando la disposicion especial de la region no permita el baño se hacen pulverizaciones tambien antisepticas y calientes, que tienen un gran poder de penetracion y se cubren despues con los fomentos indicados.

Los baños y pulverizaciones se repiten segun las necesidades, pero no hay que temer prodigarlos, con un excelente medio auxiliar y sus resultados son admirables.

Al dia siguiente de esta operacion veve que cierto número

mero de las escanfiaciones estan cerradas, al paso que otras, en mayor numero, permanecen abiertas y defuera ecurrio una serosidad incolora mas o menos abundante, segun que la infiltracion del tejido celular sea mas o menos considerable.

Si la tumefacion y demas sintomas locales han mejorado no hay necesidad de hacer nuevas punciones; ni en ninguna repetida, sobre todo en los sitios mas abultados en el numero que prudencialmente se despenda de la marcha de la afeccion.

Bajo la influencia de tan sencillo tratamiento, todos los sintomas mejoran notablemente, y con extraordinaria rapidid, la tumefacion disminuye, la inbuidex desaparece, la fiebre baja y el enfermo acua un bien estar considerable.

La explicacion de todos estos fenomenos no puede ser mas facil: al nivel de las partes enfermas, los vasos estan llenos de sangre, la circulacion es muy dificil en estos puntos, las masas del tejido celular estan llenas de linfa plastica y de un sero tranqu-

dado de los vasos: los tegumentos se encuentran de este modo distendidos en un grado, y las terminaciones nerviosas comprimidas produciéndose por todas estas causas los cuatro clásicos síntomas de toda inflamación (calor, dolor, tumor y rubor) Pues bien, si en estas condiciones practicamos las escarificaciones de Dobson, daremos salida a la serosidad contenida en el tejido celular, haremos que desaparezca la tensión de los tegumentos, la circulación se hará más fácil y las terminaciones nerviosas dejarán de estar comprimidas, desapareciendo por consiguiente los síntomas antes dichos.

Pero hay más: no solo conseguimos esto, sino que nos ofrecemos a la formación del pus que tantos estragos ocasiona. En efecto, la serosidad del tejido celular no es más que pus en vías de formación. El microscopio demuestra en ella cierto número de globulos blancos, pero abundantes, y se van aumentando de día en día trayéndolos de los vasos, y bien pronto

to este estado líquido al principio, claro y casi incoloro, se hace espeso y blanquecino encontrándose formado el pus. Por lo tanto ni antes de su completa formación damos salida con incisiones múltiples escarificaciones o este remedio, con la que sale un mimen no despreciable de microbios, y por cuyas aventuras hacemos que lleguen los líquidos antisepticos al centro del foco, destruyendo los microparásitos que aun quedan en él, habiendo detenido la mortificación de los tejidos, los despegamientos o que la colección purulenta da lugar y en una palabra habiendo detenido el mal y conseguimos que termine por revolución una enfermedad que de otro modo, quien sabe los funestos resultados, que hubiera podido acarrear.

Consecuentemente este método obra de la misma manera que las grandes incisiones, pero practicamente es preferible a aquel cuando es aplicable.

Hemos de decir, y aun mismo insistir, que el método de

Debe ser el más benigno en tratamiento abortivo y si se quiere preveni-  
tivo y que no debe ser empleado sino al principio del pleumonia  
cuando no hay aun vestigios de supuración. Esolavira cuando  
la supuración es pequeña y cohibida, puede prestar grandes  
servicios unido á las grandes incisiones. En estos casos se abrirá  
una estensa via al pus ya formado, pero en vez de practicar  
ademas varias incisiones, se puede hacer una sola, teniendo cuida  
do de hacer alrededor y sobre toda la parte invadida por la in  
flamacion, un cierto número de escarificaciones segun las nece  
sidades, con lo que abriremos grandes heridas que inde  
fectiblemente han de dejar en pos de si estensas escatrices, con  
todas sus consecuencias, al paso que las pequeñas escarifi  
caciones evitan sin dejar vestigios de un pleumonia.

No acabare aqui todas las ventajas que ofrece este método  
tiene muchas mas. En efecto: ya dijimos, y ahora repeti  
mos que las pequeñas escarificaciones son mucho menos

dolorosas que las grandes incisiones: que esta ventaja del método  
e inmensamente del otro tiene poca importancia en los grandes  
centros donde se puede disponer de anestesia; pero hay que te-  
ner en cuenta que en muchas ocasiones el médico se encuentra al  
lado de todo médico, sin mismo de compañeros que le ayuden  
y en tales circunstancias sería horrible sacudillar verdaderamen-  
te al enfermo en medio de sus gritos de dolor. ¿No resulta  
fácil y hasta humanitario el método de Dobson entonces?  
Además hay que reconocer también, que no todos los médi-  
cos tienen la suficiente práctica para aventurarse a practi-  
car grandes incisiones ante el temor de herir vasos importan-  
tes y que sobrevenga una violenta hemorragia, inmensamente  
que también se remedia con el método de Dobson; pues  
su extrema sencillez permite que cualquier práctico, por tímido  
que sea, pueda ejecutarlo con toda tranquilidad sin te-  
mor a hemorragias de ninguna especie.

Para practicar estas escarificaciones no es necesaria ninguna preparacion pre-operatoria, y esto es otra ventaja y no pequeña sobre todo en la practica rural donde tanto escasean los medios: el método de Dobson solo exige una lanceta y en ultimo caso agua caliente que se encuentra en todas partes.

Por último, el método en cuestion es aplicable a todas las regiones del cuerpo sin excepcion: y si con un empleo no se ha obtenido el resultado apetecido, siempre estaremos a tiempo de abrir largamente cuando se impunga la presencia de pus, con lo cual nada se ha perdido.

No hay porque decir que este método no tiene aplicacion en los casos de pleumonia profundos pues bien se comprende que no se llega con semejantes incisiones a las partes inflamadas.

En vista de todas estas grandes y verdaderas ventajas, lo natural y lógico seria que este método se empleara por todos los cirujanos, y sin embargo no sucede así, y en la mayor parte de los

tratados de Patologías externas, los autores no acompañan ni mucho me-  
nos, este tratamiento limitándose únicamente a mencionarle.

Que nosotros sepamos, solo un contado número de profesores le em-  
plean en sus enfermos, entre ellos el Sr. De Fort del que tomamos  
algunas observaciones; el Dr. Sagara al que hemos visto operar dos  
causos cuyas historias publicamos al final y algun otro.

Aquí como de paso algunos cirujanos citan casos de éxito obteni-  
dos con este método: Jollin en un tratado de Patología externa  
t.º 2.º pag 99 dice: « He empleado con resultado el método de Dob-  
son en un enfermo que se operó a incisiones más externas; por  
lo más frecuentemente este es un tratamiento insuficiente y cuan-  
do se ve uno obliando a repetir varias veces estas picaduras son  
muy dolorosas y los enfermos las rehusan ».

Respetamos en lo muchísimo que se merece y vale la opinión  
de tan sabio maestro; únicamente hemos de objetar que si  
las simples picaduras son dolorosas, las grandes incisiones

lo son mucho más y que si se dejara escoger á los enfermos entre  
ambos métodos, asegurándoles el mismo resultado, la inmensa ma-  
yoría optaría por las pequeñas escarificaciones.

Velpéau en un artículo sobre angioleucitis (Diccionario enciclopédi-  
co de las ciencias medicas) consigna lo siguiente: « Aplicadas á los  
flemones ó á los nucleos puramente inflamatorios de la angio-  
leucitis las incisiones por puncion y múltiples se hace abortar va-  
rias veces la enfermedad que de este modo termina sin supuración  
real. Análoga en sí mismo, como de paco, que un excelente medio  
para detener los flemones agudos en un primer periodo, sería intro-  
ducir en un centro y en todo su espesor, la punta de un bisturí  
recto y semp constante: solamente como la simple proporcione  
de tal tratamiento reduce generalmente poco á los enfermos  
y no es absolutamente necesario, creo que no hay que temer  
mucho de la propagacion ».

A la opinion de este no menos ratio maestro, no tenemos

poner mas consideraciones que las ya hechas.

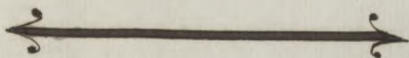
El otro método abortivo reconocido por Dobson, y recomendado por M. De Fort (dice M. Kermisson en un artículo Flemon en el diccionario enciclopédico de las ciencias medicas) consiste en las incisiones múltiples practicadas con una lanceta sobre los puntos enfermos, y repetidas varias veces en las 24 horas. Este método nos parece preferible al de Beclard que practicaba dos incisiones, que no internaban todo el espesor del dermis. Estas últimas deben ser a la vez mucha mas dolorosas y mas eficaces que las incisiones con la lanceta que penetran a mayor profundidad.

Otros profumeros no menos distinguidos han obtenido tambien buenos resultados con el método de Dobson; pero no insistimos mas sobre este asunto por no dar mayor extension a este trabajo y porque la autoridad científica que poseen las observaciones citadas creemos nos reman de mas diligencias.

El resultado del tratamiento con el método que acompaño depende como ya repetidas veces hemos dicho de la oportunidad de su empleo: cuando se practica en los comienzos del mal, no son por regla general, necesarias, grandes incisiones que le auxilién; pero esto no es lo corriente, sino q cuando los enfermos llegan a reclamar nuestros auxilios, es cuando la afección ha tomado ya demandado incremento y ha comenzado el período de supuración. En tales casos hay necesidad de practicar también amplias incisiones continuando los dos métodos.

En fin y para terminar, en el tratamiento del flemon difuso, sea cualquiera el método que se emplee no debe descuidarse el que corresponde al estado general. Al principio se prescriba el más absoluto reposo, una dieta moderada y bebidas frescas. Mas tarde cuando sea necesario volver las fuerzas del enfer-

no comprometidas por la supuración, se le suministrará una  
alimentación confortable pero líquida: se acompañará los alco-  
hólicos. Preparados de quina etc. Teniendo además las  
indicaciones sintomáticas que en cada caso vayan ocu-  
rriendo.



IV.

Historias clínicas.

Observacion 8<sup>a</sup>.

Personal y publicada por el alumno encargado del enfermería que se refiere, en la Facultad de Medicina de Valladolid durante el curso de 1896 a 1897.

Memoria difusa de la extremidad torácica derecha operada por el procedimiento de Dobson. Curación. Pedro. S. G. de 50-

años de edad, natural de Santander, de oficio molinero, de buena constitución, y sin mas antecedentes morbidos que ser de hábitos alcohólicos.

El día 7 de Enero de 1897 estando ocupado en el arreglo de una piedra, al colocar una tuerca, se ocasionó una pequeña erosión en el dedo pulgar de la mano derecha; con la uña se arrancó un pedacito de metal que le quedó entre la piel y continuó con su ocupación. A la hora de comer comenzó a sentir intensos dolores en el dedo huido y al mismo tiempo tumefacción y enrojecimiento que llegaron a una marcha marcadamente invasiva. La noche la pasó muy mal por los intensos dolores que le acometían, siendo estos todavía mayores al día siguiente por la propagación del mal a toda la mano.

Aquel mismo día solicitó los auxilios de su médico quien le dispuso fomentos con un líquido incoloro cuya composición desconocemos. En continúo hasta el día 11 en que ven-

-do que la enfermedad se agravaba, se decidió consultar la opinión del Dr. Sagana, que le dispuso fomentos calientes con la adición de sublimado al milésimo ingresando en la Clínica operatoria de la Facultad al día siguiente.

El enfermo está abatido y calenturiento, su rostro enrojecido, la lengua blanca, inapetente y con gran sed; su aspecto revela un sufrimiento continuo.

Examinado el brazo derecho asiento del mal, se ven los dedos enrojecidos e hinchados, sobre todo el pulgar, la mano muy tumefacta y rubicunda, el antebrazo y el brazo edematosos, duros y sumados por manchas rojo-amarillentas, la axila enrojecida también y los ganglios de la misma infectados.

Diagnosticada la afección de flemón difuso en el primer período se procedió a la operación el día 12 a las nueve de su mañana.

He aquí la técnica seguida: previa una inyección de mor-

seña y espantosa, se practicó la anestesia cloroformica con algunas dificultades por tratarse de un individuo alcoholico. Conseguida que fue, con una lanceta esterilizada le practicó el Dr. Sagabra 325 punciones repartidas en toda la parte enferma, insistiendo y profundizandolas más en toda la mano que en verdad tenia un aspecto monstruoso. Y inmediatamente de practicadas estas punciones empezó a correr recorrida sanguinea en abundancia; por medio de un irrigador se proyectó una abundante ducha de la disolucion de uthimado al milésimo, despues se cubrió el brazo con compresas empapadas en la misma disolucion, dándose por terminado el acto operatorio.

Diario de observacione. Durante el dia se le renovaron las compresas con gran frecuencia, notándose rápida mejora. Con el mismo tratamiento y accutandose cada dia más la mejora continuó hasta el dia 15 en que habiendo desaparecido toda reaccion inflamatoria no quedando más que algunos

edema, y como el enfermo empezara a sentir fenómenos de intoxicación meningeal se suspendieron los fomentos de unguento reemplazandolas por embrocaciones de alcohol, éter, e iodo en partes iguales.

El día 21 se empezó el masaje con fécula de patata dandole el alta por curacion el día 3 de Marzo.

---

Observacion 2<sup>a</sup>.

Del Dr. W. Le Fort.

---

Emión difuso del antebrazo izquierdo, tratado por las escarificaciones. — Curacion.

---

El 24 de Octubre de 1875 Miguel A. ... joven varon de 17 años de edad, se clavó un chubillo en la parte anterior del

antebrazo irguiendo. La herida no fue profunda, no teniendo más de un centimetro de longitud y sangro poco. Los movimientos del antebrazo testaban poco dificultados y continuo este poco mis trabajos. El dia 28 no aparece al mismo tiempo que aumentaba el dolor, una tumefaccion bastante considerable del antebrazo con coloracion roja de la piel.

Se presento en el hospital el dia 30 de octubre. En este momento se ofrece una rubicundez de la piel de toda la parte anterior del antebrazo y de su parte interna, rubicundez que llega hasta la parte superior e interna del brazo. No hay abultamiento de los ganglios axilares ni dolor a este nivel. El antebrazo esta tenso, duro, doloroso: los tegumentos del brazo estan blandos y solamente comienzan a ser invadidos por la inflamacion. Sobre todo el antebrazo se hacen punciones segun el

metodo de Dobson y se envuelve en una cura húmeda.

El 1.º de Noviembre. La mejora es notable; la piel está menos roja, más blanda; el abultamiento ha disminuido mucho lo mismo que el dolor.

El 4.º de <sup>Nov</sup>bre. El estado del enfermo es muy satisfactorio; el miembro ha tomado sus dimensiones normales, apenas hay un poco de rubicundez.

El 6 de <sup>Nov</sup>bre. Sale curado.

---

Observacion 3.ª.

Del Dr. M. Le Fort.

Flemoné difuso de la mano y antebrazo derecho tratado por las escarificaciones. - Curacion. El 13 de Ju-

nis de 1872 el joven Fore' A... fue presentado a M. De Fort: la  
vispera habia notado en el antebrazo un abultamiento al nivel del  
cual la piel estaba roja y caliente. A este nivel existia una flie-  
tena. Un medico recienzo cataplasmas de harina de linaza.  
A pesar de todo esto el niño paso la noche muy agitado, la  
inflamacion habia invadido todo el antebrazo y la cara dor-  
sal de la mano comenzaba a hincharse. Existian varias  
flectenas sobre el antebrazo.

Se reconoció el principio de un flemone difuso y se practi-  
cacione sobre toda la estension del mal escarificaciones con  
una lanceta: se envolvió el miembro en una compresa hume-  
da colocandole despues en una charpa.

Al dia siguiente se demostro una gran mejoría. Ha  
parado mejor la noche y la tumefaccion lo mismo  
que la duresa y rubicundez han disminuido mucho.  
Se hacen todavia algunas picaduras y curas.

- 86. -

El miércoles 15 de Junio ha desaparecido completamente la inflamacion en el antebrazo. Existe todavia un poco de edema en la cara dorsal de la mano, pero nada de duras ni empimiento, las flictenas se han curado. Se prescribe un baño.  
El 17 el tumor está completamente curado.

El flemon se parece haber sido ocasionado por una pustula de vacuna en el periodo de elevacion.

---

Observacion 4<sup>a</sup>.

Del Dr. Laroche.

---

Flemon difuso de la mano y antebrazo curado tratado por las escarificaciones. - Curacion.

El 22 de Octubre de 1859 fui llamado a prestar mi auxi-

gillios a un individuo llamado José R.... de oficio cartero, de 34 años de edad, excesivamente robusto y bien constituido, sin haber estado enfermo nunca. Me contó que el 20 de octubre durando un caso de malaria se clavó en el pulgar izquierdo un pequeño pedazo que anancó enseguida. La herida era pequeña y no sangró casi nada. No dió importancia a esto y continuó trabajando, pero en la tarde del mismo día sintió un dolor vordo al nivel de la mano y de todo el antebrazo, al mismo tiempo que se aperibió de un ligero abultamiento y un poco de rubicundez. Por la noche tuvo fiebre, los síntomas se agravaron y al día siguiente no pudo volver a sus ocupaciones. Entonces le vi: En este momento la mano, particularmente en la región dorsal y externa y el antebrazo en sus dos tercios superiores, estaban muy aumentados de volumen. La piel roja, tensa y caliente; la rubicundez se extendía gradualmente confundiéndose con

las partes sanas. La temperatura era de  $39,2^{\circ}$ , la lengua roja y roja, el dolor bastante vivo. Diagnosticó un pleumón difuso en su principio.

Con la punta de un bisturí hice sobre todas las partes inflamadas cincuenta picaduras de cera de un centímetro de profundidad. Sacó un poco de sangre y líquido sero-sanguinolento. Recubrí el miembro con una cura fenicada y comencé el reposo y una alimentación ligera.

Al día siguiente 23. octubre, el enfermo tenía un dolor mucho menos vivo. El estado local está considerablemente mejorado; la rubicundez y abultamiento eran menos pronunciados, la temperatura bajó a  $38^{\circ}$ . Como en el día anterior hice una veintena de picaduras y la misma cura.

El 24. octubre. - Continúa la mejoría: solamente la mano está dolorosa y aumentada de volumen.

El 25. El abultamiento ha desaparecido lo mismo que la

subirundo. Queda un poco de dolor á la presion, pero el enfermo se encuentra muy bien y habla de volver á sus ocupaciones. La temperatura es normal, el apetito bueno. Como las piquetas avertidas no estan todavia completamente curadas aconsejo protegerlas por algunos dias con una curac.

El 3 de Noviembre el enfermo vino á verme: estaba completamente curado y habia vuelto á su trabajo.

---

Observacion 5<sup>a</sup>

Unidita y personal.

Flemon difuso de la extremidad toracica izquierda operado por el metodo de Colson. Curacion.

El dia 20 de A.

Abril de 1898 llegó a la consulta del Dr. Sagarra una mujer de 32 años, casada, manifestándonos que el día 15 del mismo mes, derramando un bazo, se había introducido una de las escamas en el dedo pulgar de la mano izquierda, escama que avanzó con facilidad, quedando una pequeña herida por la que salieron un par de gotas de sangre.

Como se trataba de una herida tan insignificante, y no me era para ella, no hice ningún caso y continué con sus ocupaciones sin proteger el dedo herido con ningún cura.

En estas condiciones continué todo aquel día, pero a las nueve de la noche fue acometida de un violento escalofrío y un dolor vivo, a la vez que hinchazón y rubicundidad empurpurae se manifestaron en el punto herido. Aumentando rápidamente estos síntomas por toda aquella noche sin poder conciliar el sueño, siendo lo que

más la molestaba una sensación especial y penosísima de estrangulación, que según expresiones de la enferma parecía que la ~~agantaban~~ <sup>agantaban</sup> el brazo.

Ala mañana siguiente vió que la hinchazón y rubicundez habian progredido notablemente, habiendo invadido la mano en casi su totalidad: entonces llamó a su médico que le dispuso unos fomentos cuya composición ignora, al brazo, y cataplasmas de harina de linaria al dedo pulgar.

Usando estas medicaciones continuó dos días, pero viendo que los dolores no cedían y que la hinchazón seguía en aumento se perdonó en la consulta el día ~~seis~~ <sup>seis</sup> a la noche de la mañana.

He aquí su estado en aquel momento: Sobre la mano y antebrazo izquierdo se aprecia una tumefacción considerable, hasta el punto de duplicar regularmente el volumen normal del miembro, la piel tensa y caliente se

después de una coloración roja vivísima: en el borde radial del dedo pulgar al nivel de la primera falange, se ve una pequeña herida de bordes tumefactos, de coloración plomiza. La simple exploración digital hace prostrumir a la enferma en fuertes gritos de dolor. La temperatura era de  $39.5^{\circ}$  y 112 pulsaciones al minuto. La lengua roja en los bordes, húmeda y seca en su centro. La ud viva, anorexia completa, y la enferma con la boca entreabierta, respirando tratabazamente, demonstrando el semblante, ofrecía en verdad un triste aspecto.

Dados estos síntomas el Dr. Sagarra formuló el diagnóstico de pleumonia difusa de forma grave, y en consecuencia propuso la necesidad de intervenir inmediatamente, para atajar los progresos de aquella enfermedad que amenazaba ser de funestas resultadas.

Aceptado que fue lo propuesto, acto seguido con una

lanceta previamente esteriliada, lo mismo que el campo  
operatorio practicó el Dr. Sagara 168 escarificaciones repar-  
tidas por toda la region enferma, que dieron salida  
a gran cantidad de serosidad mezclada con algo de sangre;  
se irrigó abundantemente con la disolucion de sublimado  
al uno por mil hecy caliente y una vez colocados fomentos  
de la misma disolucion, abandonó la enferma la consue-  
ta trasladandose en un coche a su domicilio.

Acudiendo a los deseos de la enferma quedé encargado  
de prestarle mis cuidados en los dias sucesivos.

Diario de observaciones = Dia 21. = La coloracion roja  
ha disminuido algo, los dolores tambien han remitido aun-  
que poco, pero la tumefaccion continua lo mismo. La  
temperatura es de  $38^{\circ}5'$ , las pulsaciones 92 al minuto, la  
respiracion es más pauc y la enferma ha descansado al-  
gunos ratos. De las escarificaciones practicadas el dia

anterior algunas se han cerrado, pero la mayor permanecen abiertas y fluye por ellas bastante serosidad.

En los puntos más rojos y donde se habian cerrado, hice otras 36 nuevas punciones y di un baño de la disolución de sublimado caliente, de media hora de duracion, continuando despues con los fomentos.

Dia 22. = Al ver a la enferma en este dia quede sorprendido de un buen estado. El dolor y rubiundez puede decirse que han desaparecido con su absoluto; la tumefaccion ha disminuido tambien mucho y aunque todavia es grande se siente bastante blanda a la presion, resultando esta poca dolorosa. La temperatura es de  $37^{\circ} 5'$  y  $35'$  las pulsaciones. La enferma ha dormido la mayor parte de la noche y en su aspecto exterior se revela bien a las claras el buen estado que disfruta. Di un nuevo baño y la continuacion con los fomentos.

Día 23. - Sigue la mejoría, la tumefacción continúa disminuyendo rápidamente y el estado general es en mismo satisfactorio. Ha tomado con apetito huevos parados por agua y raciones de gallinas con alguna cantidad de vino de Jerez.

Días 24. 25. 26 y 27. Durante todos estos días ha continuado la mejoría siguiendo el mismo tratamiento, abandonando el lecho el Día 26 a partir del cual no ocurrió elevación termica alguna. Ha reaparecido el apetito y el descanso es completo y reparador.

Todas las erupciones estaban curadas el día 27 e il exceptuando una cuantas de la mano que se curaron en otro par de días a beneficio de la varicela iodoformica, no quedando de toda la enfermedad, más que algun edema de la mano y antebrazo para lo cual dispuso el Dr. Sagarna el masaje que practique con fécula de patata durante algunos días, dando el alta a la enferma completa-

mente curada el día 4 de Mayo sin que la hubiese que  
dado más que un ligero entorpecimiento de los dedos.

Este es un caso típico, en el cual los admirables resulta-  
dos del método de Dobson, se manifiestan con toda  
evidencia, pues bien claro se ve, que una afección que  
desde los primeros momentos se revelaba con extraordina-  
ria gravedad, fue convertida con este medio terapéutico  
en una docena de días, quedando el miembro con to-  
das las aptitudes de que antes disfrutaba.

En este caso también pudimos observar que las en-  
frazaciones son relativamente poco dolorosas, reportan-  
do la enferma sin invertebral, y sin acumular más do-  
lores que los que aquejaba por la simple exploración.

---

Observacion 6<sup>a</sup>

Del Dr. Morlate.

Flemon difuso del antebrazo derecho tratado por las  
escarificaciones y una incision unica Curacione

El dia 8 de Noviembre de 1859. Pedro M. — serrador de  
26 años de edad, sintio un dolor obscuro en el brazo derecho.  
No observo entonces ni abultamiento ni rubicundez. Un medico  
llamado a visitarle le aconsejo cataplasmas. Al dia siguiente  
se el brazo aumento de volumen, se puso rojo y doloroso.  
El enfermo deyo de trabajar y quando camasa en vista  
de la agravacione continua del mal.  
El dia 11 se decidio a entrar en el Hospital Nether (salas

Malgare (cama n.º 69). Su entradaz todo el antebrazo y tercio inferior del brazo estan rojos, tumefactos, duros y dolorosos. La piel tensa, el dolor excesivamente vivo y exacerbado por la menor presion. Fiebre, anorexia, sed viva. Un poco de abultamiento de los ganglios axilares.

Al nivel de la sonda olecraniana, existe una fluctuacion manifiesta, pero la coleccion purulenta parece muy limitada. Se hace inmediatamente a este nivel una abertura longitudinal de cuatro a cinco centimetros la que da salida a una pequena cantidad de pus.

Alrededor de esta abertura y sobre toda la estension del flemois, se practican unas cincuenta picaduras a lo Dobson escurrendo por ellas sangre y serosidad. Se da un baño y se coloca una cura humeda.

El 13 de <sup>Noviembre</sup> ~~Novre~~, el abultamiento ha ganado la mano particularmente la cara dorsal. Nuevas picaduras en

numero de otras empuentag, nuevo baño local y cura.

El 14. = El dolor es menor vivo, la inflamacion no tiende a extenderse. El mismo tratamiento pero sin purganas.

El 15. = La parte inferior del antebrazo y mano estan menos duyas, menos rojas, y menos doloridas. El apetito ha vuelto, los sintomas generales se mejoran.

El 18. = Estado muy satisfactorio: la revolucion es casi completa, salvo al nivel de la abertura que da salida a una pequena cantidad de pus.

El 20. = No existe rubicundez ni abultamiento. Dolor ligero al nivel de la abertura cuyos bordes estan todavia recubiertos de un poco de pus.

El 22. = El enfermo se siente perfectamente de su sano sin dolor alguno. El apetito es bueno. Cura.

El 25. = Sale curado.

Interrogado acerca de sus antecedentes este enfermo

100.-

nos manifiesta haber gozado siempre de una excelente salud. Atribuye su enfermedad a un traumatismo del codo sin lesión aparente.

No padece albuminuria, diabetes ni alcoholismo.

---

## Observación 7.<sup>a</sup>

Del Dr. Morlat

---

Flemon difuso del muslo derecho en un alcoholico tratado por las escarificaciones y una incision unica curacion.

---

El dia 5 de Noviembre de 1890 a consecuencia de unas heridas producidas por el zapato en el talon derecho, Gu-  
-quiro 7.<sup>a</sup> - altamil, de 74 años de edad, sintio un dolor al nivel

- 101. -

del condilo interno del fémur derecho, esta parte estaba abulta-  
da y un poco roja. La fiebre se declara intermitente, los síntomas  
locales y generales se agravan rápidamente y el 8 de Noviembre el en-  
fermo se decide a entrar en el Hospital Néchet (calle Melgair-  
ne casa n.º 51).

A su entrada, el abultamiento es bastante considerable, se  
extiende cerca de diez centímetros por encima y debajo del condi-  
lo interno hasta el hueso popliteo e invade en mismo un poco  
la parte externa del muslo.

Este abultamiento está mal limitado: la piel está caliente  
seca y roja. El dolor es intenso, la fiebre ausente (41.6.º) la  
sed viva y la anorexia casi completa. La lengua seca y res-  
quebrajada; no hay abultamiento ganglionar.

El examen de la orina es negativo; pero el enfermo es ma-  
nifestamente alcohólico: nos confiesa espontáneamente que  
cada día bebe una gran cantidad de alcohol.

-102.-

El 9 de Noviembre se hacen sobre toda la parte inflamada unas cuarenta picaduras con la punta de una lanceta. Estas picaduras dan salida a un poco de sangre y gran cantidad de serosidad. Se recubre el miembro con una cura de alcohol alcanforado.

El 10. - El abultamiento es casi el mismo; pero la rubicundez y dolor han disminuido de intensidad. Las picaduras hechas el día anterior definen escuarris una serosidad incolora. Se hacen otras cuarenta y curas.

El 11. - El abultamiento y la rubicundez han disminuido en toda la extensión en que se han hecho las escarificaciones, pero se nota que la inflamación gana rápidamente el lado externo del muslo; a este nivel se han presentado algunas fluctuaciones bastante voluminosas. Se practican en este sitio unas veinte escarificaciones: la parte interna va bien.

El 12. - Los síntomas no han disminuido. a pesar de lo cual la temperatura ha bajado a  $39^{\circ}$ .

El 13. - El dolor ha disminuido mucho y solamente persiste en la parte externa. La rubicundez y abultamiento son bastante considerables a este nivel. Nuevas picaduras.

El 14. - La inflamación se extiende con gran rapidez y llega al abdomen. M. de Jort hace entonces una incisión única de seis a ocho centímetros de longitud. Sale por ella gran cantidad de pus.

El 15. - El dolor es menos vivo, pero los síntomas generales son graves; la temperatura es de  $40^{\circ}$  en somnolencia delirio. Un poco de congestión pulmonar: se aplican ventosas.

El 16 y 17. - El enfermo está muy agitado, el delirio continúa. La mejoría del estado local es poco sensible.

El 18. - Grande mejoría de los síntomas genera-

- 104. -

les: aun nada de delirio: descenso de la temperatura a  $38.5^{\circ}$ . El abultamiento es menor.

El 20. = No hay delirio: el estado general es mejor un poco de apetito; no hay fiebre.

El 21. = La temperatura es aun la normal  $37.2^{\circ}$ : poco abultamiento; no hay dolor ni rubicundez. Los labios de la incision estan aun bañados por una pequena cantidad de pus. La cura se hace mañana y tarde.

El 22. = El estado general y local van mejorando de dia en dia.

El 2 de Diciembre. = El enfermo sigue todavia en el hospital, pero su estado es muy satisfactorio y en vias de pronta curacion.

---



Observacion 8<sup>a</sup>.

Ynedita y personal.

Emorion defuso de la extremidad toracica derecha tratado por las escarificaciones. Curacion.

Antonio C. ... de 45 años de edad, natural de La Albuera (Salamanca) de oficio carpintero, buena constitucion y sin antecedentes patologicos.

El dia 4.<sup>o</sup> de Julio de 1898 se clavo una espina de la mano que trabajaba en el dedo indice de la mano derecha! Por medio de un alfiler la extrajo con gran facilidad y siguió trabajando sin dar importancia al accidente, por lo demas muy fuertemente en su oficio.

Por la noche empiezo a notar algu-  
 molestia bastante, viendo por la mañana, que tenia el  
 dedo muy hinchado. Se aplico en el, una pomada que  
 para tales casos tenia y como no podia trabajar en mi ofi-  
 cio, decidio un viaje a un pueblo inmediato, con objeto  
 de ventilar asuntos de familia.

Durante el viaje, que verifico a caballo, las molestias se  
 fueron acentuando cada vez mas y ya en el pueblo de  
 su destino y viendo que la mano estaba bastante infla-  
 mada y roja y que los dolores eran mayores, solicito  
 los auxilios del medico de aquella localidad, el  
 que dilato la herida que habia producido la  
 espina, y prescribio pometas con la duobuion fe-  
 mica al 3%.

Con este tratamiento y sin obtener ninguna mejo-  
 ria, continuo hasta el dia 5 que regreso al pueblo de su

-107.-

residencia llamandome a su lado a las tres de la tarde del mismo dia.

En aquel momento, invadiendo la mano y con todo el antebrazo derecho, se ofrecia una tumefaccion considerable, densa y de color rojo con algunas placas oscuras en la parte interna del antebrazo. Al nivel de la tercera falange del dedo indice y en su cara dorsal, se ve una incision de unos dos centimetros paralela al eje del dedo y de bordes tumefactos y punzulentos. El enfermo acusa vivos dolores que se acentuan por la presion. La temperatura es de  $40^{\circ} \frac{1}{2}$  las pulsaciones 120 al minuto, las respiraciones tratabria y aceleradas. Sed viva, anorexia completa, lengua pastosa y seca y el aspecto exterior del enfermo abatido y con las facciones decompuestas revela una grave infeccion. En vista de tales sintomas formule el diagnostico de plemonia difusa, proponiendo la intervencion inmediata.

- 108. -

Aquella misma tarde practique previos los cuidados de curación necesarios y valiéndome de una lanceta 148 escarificaciones de un centimetro de profundidad repartidas por toda la estension del mal; ademas con un bisturi hice mayor la herida ya existente en el dedo indice, valiendo por ella una pequeña cantidad de pus espeso y de color amarillento, lo que me hizo temer que hubiese parado la oportunidad de las escarificaciones, si bien por las que acababa de practicar veia como abundante serosidad, mezclada con una pequeña cantidad de sangre. Irrigada detenidamente la superficie enferma con la disolución de sublimado al uno por mil caliente, y aplicados a continuación fomentos de la misma disolución, desí a las cinco y media de la tarde.

A las diez de la noche volvi a verle dándole un baño de travo con la disolución de sublimado, de 10 minutos

- 109. -

de duración, aplicando después los fomentos dichos que curan que renovanse con mucha frecuencia. El enfermo se queja de fuertes dolores mezclados con vivo escoror en las escarificaciones hechas, que siguen dando validez e bastante rapidez.

Diarco de Observaciones. = Día 7. = Continúa el mismo estado. La tumefacción no ha disminuido, únicamente la coloración roja no es tan viva, y también han palidecido algo las placas oscuras. Sigue los mismos dolores y escorores no habiendo dormido nada en toda la noche: el estado general sigue lo mismo. La temperatura ha bajado algo ( $39.7^{\circ}$ ) y He las pulsaciones. Dispone nuevo tan anti-reptio y alimentación remilíquida con una pequeña cantidad de alcohol.

Día 8. = La pequeña mefona iniciada en el día de ayer es hoy ya manifiesta. El enfermo está más tranquilo, no tiene tantos dolores y ha dormido algunos

momentos. La tumefaccion es un poco mas blanda y el color de la piel ya es normal; por la incision practica da en el dedo indice salen algunas gotas de pus mas fluido. La mano es la que ofrece peor aspecto y en ella la tumefaccion ha disminuido muy poco, encontrandose cenada con todas las incisiones, en vista de lo cual practique lo mas solo en la mano, dando a continuacion otro baño antiséptico. La temperatura es de  $38^{\circ}6'$  y 96 las pulsaciones.

Dia 9. - Sigue la mejoría. Va desapareciendo rapidamente la tumefaccion del antebrazo. La mano tambien esta mejor apareciendo menos inflamada y dura. Han desaparecido casi todos los dolores y el enfermo llevo de algunas nos dice que ha dormido con toda la noche. Despues de ocho dias de continua vigilia. El estado general tambien es satisfactorio, mejorando a renovar el apetito y a mitigarse la sed. Nuevo baño y conti.

III.-

macones de los fomentos.

Continuando con el mismo tratamiento y aumentando paulatinamente la alimentación siguió por espacio de otros cinco días, al cabo de los cuales abandonó la cama llevando el brazo en cabestrillo.

El día 14 el brazo, lo mismo que la mano, estaba de aspecto normal: se han curado todas las escarificaciones y no queda más que la incisión del dedo índice que supura un poco y que desde este día empieza a curar con goma iodoformica.

Al transcurrir otros doce días al cabo de los cuales curado ya la herida del dedo, comencé el amarramiento dando el alta al enfermo completamente curado, el día 26 de agosto de 1898, sin que le haya quedado más defecto que una ligera deformidad e impotencia funcional del dedo índice.

-112.-

Observacion 9<sup>a</sup>

Del Dr. M. Le Fort.

Flemon difuso del brazo y antebrazo tratado por las  
escarificaciones. - Curacione.

El 29 de Enero de 1875 Juan Bautista D. .... de 50 años de edad  
sirviente, noto que su codo izquierdo estaba muy doloroso sin  
que recordara haber sufrido ningun traumatismo en tal sitio.  
Al nivel del olecranon la piel estaba roja y caliente, con un pun-  
to blanco en el centro. El enfermo continuó sin embargo traba-  
jando, pero no tardó en sentirse cansado, ecalofríos y fiebre.  
Su brazo estaba cada vez mas doloroso y abultado entrando en  
el Hospital el 2 de Febrero.

-113.-

A su entrada he aquí cual era su estado: al nivel de la cara posterior del olecranon se ven cuatro o cinco pequeños onficios por los que escurre pus: la abertura del absceso ha tenido lugar en la misma mañana espontáneamente. La rubicundez y duricia suben hasta la parte media del brazo y disminuyen en el antebrazo hasta cerca del pulgar. La piel está caliente y tensa, toda la parte enferma muy aumentada de volumen. El estado general es bueno: un poco de fiebre y inmovencia.

El 3 de Febrero. - Yucción de la bolsa serria olecraniana que da salida a una pequeña cantidad de pus. Escarificaciones hechas con la lanceta sobre toda la parte inflamada por las que sale un liquido sero-sanguinolento bastante abundante. Cura húmeda.

El 5. La inflamacion y abultamiento del brazo han desaparecido completamente. Nada de fiebre ni cefalalgia. La

- 114. -

incisione supra un poco todavía.

El 7. = El enfermo está completamente curado de su flemon: solamente la herida no está todavía cicatrizada se le hace una cura.

---

## Observacion 50<sup>a</sup>

Del Dr. M. Le Fort.

---

Flemon difuso de la mano y antebrazo tratado por las escarificaciones. - Curacion.

---

Doce dias despues de haber sufrido una contusion en el pulgar derecho. Eugenio W. de origen armen. de 57 años de edad, fue atacado de fiebre y delirio notando que su

mano estaba muy dolosa y abultada. Ocho dias despues y cuando el brazo empezaba a ser invadido llamo a un medico que le hizo en tres sesiones escarificaciones o lo Dobson y presento baños de brazo, sin poder con esto atajar la formacion de un pequeño absceso al nivel del dedo meñique que se abrió espontaneamente.

El 5 de Mayo. El enfermo entro en el Hospital teniendo la mano y antebrazo abultados rojos y calientes. Dolor poco vivo sin ganglios axilares.

El 16. = Mrs De Fort hizo cuarenta escarificaciones y ordenó un baño de brazo y una cura con alcohol alcanforado.

El 17. = Las partes inflamadas estan menos rojas y duras.

El 18. = Nuevas escarificaciones.

El 19. = La rubicundez casi ha desaparecido completamente, pero el antebrazo esta aun muy abultado.

El 21. El abultamiento no ha desaparecido completamente aun que la piel esta mas blanda y suelta.

El 22. Nuevas erupciones.

El 24. La parte posterior del antebrazo esta blanda y mucho menos hinchada. La parte anterior esta todavia roja y tumefacta.

El 27. Dos pequeñas erupciones aisladas y superficiales, con aberturas.

El 5 de Junio. El estado del enfermo es muy satisfactorio: el antebrazo ha recobrado poco a poco su volumen normal: la mano volutamente queda aun un poco abultada.

La mejoría continua progresivamente y el enfermo sale curado el 28 de Junio.

El examen de la orina de este enfermo demostro que era un albuminuria.



V.

Conclusiones.

Pueden considerarse formuladas en la exposición de esta memoria; las resumiremos en las diez siguientes.

S<sup>1</sup>a = El flemon difuso se presenta con más facilidad a consecuencia de heridas pequeñas que por lo mismo quedan desmenuzadas, que con ocasión de los grandes traumatismos.

2<sup>a</sup> = Para evitar esta temible afeccion, sena muy convenientemente - como ya se ha hecho con motivo de otras enfermedades infecciosas - la publicacion de cartillas con algunas advertencias profilacticas, que repartidas profusamente entre el publico, les advertira de los peligros que corren de quando avandouadas heridas, al parecer insignificantes.

3<sup>a</sup> = Una vez presentado el flemon superficial el metodo de Dobson constituye el tratamiento abortivo por excelencia.

4<sup>a</sup> = Aunque el flemon superficial haya empezado a supurar, todavia son aplicables las escarificaciones, practicando algunas incisiones mayores en los focos purulentos.

5<sup>a</sup> = Es preferible hacer las escarificaciones en gran numero y en una sola sesion, e repetirlas en dias

sucesivos pues de este modo se ahorrane sufrimientos al enfermo y la revolución se obtiene más rápidamente.

6<sup>a</sup> = Deben emplearse como adyuvantes de este método los baños y fomentos antisépticos, cuando la diseminación anatómica de la región enferma lo permitiera y las pulverizaciones, también antisépticas, cuando aquellas no puedan aplicarse.

7<sup>a</sup> = El método de las escarificaciones, tiene al principio del flemon difuso, todas las ventajas de las grandes incisiones sin ofrecer sus inconvenientes.

8<sup>a</sup> = El método de Dobson es aplicable a todas, absolutamente a todas, las regiones en que se presenta el flemon difuso, siempre que éste sea superficial y su extensión sencilla le hace el método de elección, porque puede practicarse cualquier medio aun careciendo de toda clase de medios

que para los otros métodos terapéuticos son de imprescindible necesidad.

9<sup>a</sup> = Debe vigilarse siempre el estado general del individuo y hacer el exámen de las orinas que nos indicaría si se trata de un albuminuria diatéctica etc y en tal caso disponer la conveniente terapéutica.

10<sup>a</sup> = Cuando el flemone difuso está en plena supuración o se trata de un flemone profundo no hay nada que esperar de este método y desde luego y sin pérdida de tiempo deben emplearse las grandes incisiones que en tales casos es el único tratamiento verdaderamente eficaz.

Combrada 30 de Abril de 1902

Clemente Calvo

Handwritten marks and scribbles in the upper left corner, possibly including a signature or initials.



Admirable <sup>Cayal</sup> Admirable  
~~Guiofudeo y Lohu~~ A. C. - Marti

Madrid 20 de noviembre de 1902  
Verifico el ejercicio del Grado de Doctor  
y fue calificando de

A. C. - Marti Arturo de Pedraza y otros  
~~Guiofudeo y Lohu~~ Cayal M. R. R. R. R. R.



Handwritten marks and scribbles in the upper left corner, possibly including a signature or initials.

