

GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

CIRUGIA.

IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO DEL FLEGMON DIFUSO SUBCUTÁNEO.

SEÑORES:

La frecuencia con la cual se presenta el flegmon difuso; la muerte casi segura que espera á los enfermos cuando no son tratados convenientemente, me hace hoy ocuparme de esta entidad morbosa, á la cual se descuida con tanta frecuencia, y que hace tantas víctimas en la clase pobre de nuestra sociedad. No voy á decir algo nuevo sobre esta cuestion; mi objeto al tratarla es solamente llamar la atencion de los prácticos, para que se fijen un poco más en su gravedad cuando no es tratada convenientemente.

El flegmon difuso rara vez se presenta de una manera espontánea; generalmente se desarrolla á consecuencia de un traumatismo; por esta razon me ha parecido extraño el que los autores no lo coloquen entre las complicaciones de las heridas, teniendo más razon de ser el flegmon difuso una complicacion que el tétanos por ejemplo, pues el primero es indudablemente más frecuente á consecuencia de las heridas que el segundo. El delirio in tremens lo vemos presentarse, ya como complicacion de las heridas, ya á consecuencia de otras afecciones agudas del dominio de la clínica interna, tales como la pulmonía, y quizá su frecuencia sea mayor á consecuencia de las enfermedades internas, pues sabemos que la condicion principal para que estalle el delirio, es la supresion de las bebidas espirituosas en los individuos que, por decirlo así, ya presentan el envenenamiento crónico por el alcohol, sin que tenga influencia alguna directa la lesion.

Me he permitido hacer esta corta digresion para demostrar que el fleg-

mon difuso debe ser colocado entre las complicaciones de las heridas, con más derecho que otras afecciones consideradas como tales.

Respecto á su etiología he dicho ya que casi siempre es la consecuencia de un traumatismo; podría yo ser más absoluto y decir que siempre se desarrolla á consecuencia del traumatismo. Generalmente las lesiones al parecer más insignificantes, tales como una escoriación ligera de la piel, un piquete hecho con un instrumento sucio, etc., se complican de esta afección. Esto desgraciadamente hace que los individuos sigan trabajando sin darle mayor importancia á su herida, y aún al principio, cuando se inicia el flegmon, sigan descuidándose, sin prever que quizá la muerte va á ser la consecuencia de esta lesión al parecer insignificante. Las heridas contusas y las contusiones parecen ser las que lo provocan con más frecuencia, pues se cree que la inflamación aguda del tejido celular es debida á la infección provocada por los colgajos de tejido atacados de gangrena después de estas lesiones. La inflamación espontánea del tejido celular subcutáneo es rara; cuando se presenta así, es generalmente en los miembros, y es más bien arriba de las aponeurosis; se presenta de preferencia en las manos ó en los dedos; en estos últimos lleva el nombre de panadizo; sin embargo, vemos que el panadizo se presenta en lo general después de un traumatismo, bien sea una contusión ó un piquete.

El flegmon difuso rara vez se presenta á consecuencia de las grandes operaciones. En las contusiones violentas de los miembros inferiores que producen fracturas y desgarraduras de los vasos sanguíneos, vemos desarrollarse un processus muy semejante en apariencia al flegmon difuso, pero que constituye por su marcha rápida y su pronóstico fatal una entidad morbosa enteramente distinta: hago alusión á la entidad patológica que Pirogoff designa con el nombre de *edema purulento agudo*.

El flegmon difuso se presenta casi exclusivamente en la clase pobre; es más frecuente en los hombres que por sus ocupaciones están expuestos á los traumatismos, tales como los cargadores, carreteros, etc. El flegmon difuso es más frecuente en los miembros, siendo esta frecuencia mucho mayor en los miembros superiores. Brevemente trataré de los síntomas y la marcha, tomando como tipo el flegmon difuso de los miembros superiores, que sobrepasa en frecuencia al de todas las otras partes del cuerpo.

Supongamos á un individuo que ha recibido un piquete con una aguja enmohecida, en la palma de la mano, al enfardar unos bultos; al principio un ligero escurrimiento de sangre y un ardor moderado son los

únicos síntomas que presenta; nada se aplica este individuo, ó bien se pone agua de végeto, tintura de árnica ó cualquier otro de los remedios que el vulgo recomienda. Al día siguiente sigue el ardor, la herida al parecer se cicatriza, ó en realidad se cicatriza superficialmente por primera intencion, pero el ardor continúa. Al tercero ó cuarto día de la herida, un ligero edema de la mano aparece; al mismo tiempo se hacen sentir dolores lancinantes en la herida, y comprimiéndola se escurren unas gotas de pus; una reaccion moderada se presenta; generalmente no hay calofrío inicial; la calentura comienza por el período de calor. La tumefaccion sigue aumentando en los dias siguientes y va extendiéndose de la mano al antebrazo; el calor de la piel aumenta, y su coloracion, que es de un rojo intenso, sigue propagándose hácia arriba. Por la presion toma la piel un color blanco, pero inmediatamente que ésta cesa, la afluencia de sangre á las capilares vuelve, y la piel toma otra vez la coloracion roja intensa propia del flegmon; el dedo percibe una sensacion de remitencia elástica, pero no hay fluctuacion. El dolor que era moderado, se convierte en un dolor gravalivo, que la menor presion hace intolerable. El enfermo no puede mover el miembro; los ganglios axilares se encuentran engurgitados. La calentura sigue aumentando en proporcion con la extension de la inflamacion, y comienzan á presentarse calofrios.

En los dias siguientes la inflamacion va invadiendo progresivamente el brazo; el hombro, las paredes del tórax y el cuello. Los síntomas generales aumentan en proporcion de la extension de la inflamacion; los calofrios continúan con más frecuencia, la fiebre se hace remitente. Si la inflamacion pasa á la supuracion, que es el caso más frecuente, se nota que la piel se hace más roja en un punto limitado y que la fluctuacion se hace sentir ahí. La salida del pus se hace espontáneamente ó bien por medio de una incision. Un dolor intenso, una tension y latidos particulares en el punto inflamado, anuncian la formacion de la supuracion bajo la piel; unidos estos síntomas locales á los calofrios y exacerbacion de la calentura.

A medida que la inflamacion del tejido celular subcutáneo va extendiéndose, el processus va siguiendo una marcha progresiva en relacion con las partes que han sido primero atacadas: así, cuando el flegmon ha invadido todo el miembro, tenemos que la mano está supurada, la piel gangrenada (á consecuencia de este processus inflamatorio que ha interrumpido la circulacion por la fuerte tension de los tejidos), presenta aberturas espontáneas por donde se elimina el pus con dificultad, y col-

gajos de tejido celular. Las aponeurosis pueden tambien ser destruidas y salir por grandes colgajos. El antebrazo y parte inferior del brazo presentan vastas porciones de piel con la coloracion propia de la gangrena: en algunos puntos se ve ya la separacion entre las partes vivas y las porciones de piel esfaceladas, por donde se escurre el pus con dificultad. La epidermis reblandecida, como macerada, presenta algunas bulas, debidas á la infiltracion de serosidad entre la capa mucosa de Malpighi y la capa córnea; se desprende con facilidad dejando percibir una coloracion pálida y porciones negruzcas ó de un moreno oscuro que indican la gangrena confirmada: en efecto, se puede picar, cortar, etc., esta porcion de la piel sin que el enfermo acuse dolor alguno. Bajo esta piel gangrenada se siente á la presion, no ya la sensacion de renitencia que percibiamos al principio, sino una sensacion de fluctuacion bien marcada. Hacia el hombro y las paredes del tórax percibimos una tumefaccion considerable, una coloracion roja intensa, renitencia elástica á la presion y aumento de temperatura; en una palabra, los fenómenos con que habiamos visto declararse el flegmon difuso en la mano á su principio.

Hé aquí la marcha local del flegmon difuso subcutáneo; los síntomas generales, como he dicho ántes, están en relacion con los progresos de la lesion. La fiebre ha ido aumentando progresivamente; los calofrios se han presentado cuando se inicia el trabajo de supuracion, el individuo se agota violentamente, tanto por la vasta supuracion y por la infeccion de la sangre por la gangrena, como por la fiebre continua, y muere bien pronto presentando los síntomas de una adinamia profunda, ó bien la forma ataxo-adinámica.

Esta marcha que acabo de trazar á grandes rasgos, es la que presenta el flegmon cuando no ha sido tratado convenientemente, lo que equivale á abandonarlo.

Examinemos ahora las modificaciones anatómicas que se encuentran en la inflamacion aguda del tejido celular subcutáneo, y veamos cuáles son las que corresponden á cada uno de los periodos indicados. Las investigaciones hechas sobre el cadáver, donde se tiene ocasion de encontrar la inflamacion del tejido celular en sus diversos periodos, nos permite darnos cuenta sobre este processus.

En primer lugar encontramos la dilatacion de los capilares y la imbibicion del tejido por el suero que ha salido de estos vasos dilatados; además encontramos una proliferacion de celdillas considerable; tiernas celdillas redondas que provienen de la scision de los corpúsculos del teji-

do conjuntivo. Estas modificaciones son las que corresponden al primer período, caracterizado exteriormente por el edema, la rubicundez y el dolor. En el segundo período tenemos que la proliferación excesiva de celdillas se hace el fenómeno predominante. Esta proliferación trae como consecuencia una tensión excesiva que produce una éxtasis en los vasos, sobre todo en los capilares y en las venas, ocasionando la mortificación de la piel y del tejido celular subcutáneo. Por los progresos de la inflamación todo el foco termina por trasformarse en pus al cual están mezcladas porciones esfaceladas de tejido conjuntivo.

Después de haber expuesto estas generalidades sobre el flegmon, de un modo muy somero, y solo para hacer comprender el distinto tratamiento que debe emplearse en los varios períodos del flegmon, paso ahora á hablar sobre su tratamiento que es el punto objetivo de mi pequeño trabajo.

Al principio tenemos en el punto cercano á la herida una inflamación circunscrita del tejido celular subcutáneo; los fenómenos íntimos de esta inflamación son los que acabo de exponer y que corresponden al primer período. La indicación en este período es la de combatir la inflamación favoreciendo la resolución. Las fricciones con el ungüento doble y el empaque algodonado, moderadamente apretado; cuidar la posición del miembro é inmovilizarlo, creo que es el tratamiento más conveniente, pudiendo añadirse como adyuvante del tratamiento local un purgante suave y dieta moderada.

El empaque debe renovarse todos los días, haciendo previamente las fricciones con el ungüento doble. Esta curación se mantendrá hasta la resolución, ó bien luego que la absorción del mercurio se nos indique por sus manifestaciones.

Este tratamiento surte en el mayor número de casos, y con frecuencia, tanto en los servicios de cirugía de nuestros hospitales como en la clientela privada, vemos resolver el flegmon difuso en su principio. Pero supongamos que este tratamiento no dió resultado, ó bien que el enfermo se nos presenta con su flegmon difuso en un período más avanzado, es decir, cuando la inflamación se ha propagado á una extensión considerable del miembro, cuando la tumefacción es muy considerable, que la presión es muy dolorosa, que la piel presenta una coloración rosada que desaparece por la presión y violentamente vuelve á reaparecer luego que la presión cesa, que la calentura se hace más intensa, entónces es difícil que con el tratamiento indicado pueda combatirse. Ya no es posible obtener la resolución; forzosamente la supuración y la gangre-

na tienen que ser la terminacion de este processus si no interviene la cirugía. *Las incisiones profundas y extensas son el tratamiento capital y unico que debe aplicarse.* Quiero detenerme aquí y llamar fuertemente la atencion de los prácticos para que se fijen en este punto, pues desgraciadamente vemos con frecuencia no hacer estas incisiones, ó bien hacerlas de manera que no dan el resultado que de ellas forzosamente tiene que esperarse cuando son practicadas oportunamente por una mano experta. Cuando es uno llamado para asistir á un enfermo que tiene un flegmon difuso que ha invadido todo el miembro, presentando ya vastas porciones de piel gangrenada y supurado y mortificado en gran parte el tejido celular subcutáneo, y que este enfermo ha sido tratado desde su principio por una persona del arte, no se puede ménos que reprochar la conducta observada; es de suponer que la falta de práctica en la observacion de estas lesiones, haga que no recurran al tratamiento por las incisiones. Es probable tambien, que muchos médicos, aun cuando hayan visto emplear este tratamiento, no lo pongan en práctica por temores pueriles que solo la falta de conocimientos anatómicos muy trillados puede explicar. Indudablemente el temor de interesar un vaso grueso, sea arterial ó venoso, es lo que detiene á muchos prácticos de cumplir con su deber, pero ese temor es verdaderamente vituperable. No existe vaso alguno arterial de alguna importancia que esté situado fuera de la aponeurosis superficial, así es, que llevando el bisturí hasta descubrir esta aponeurosis, sin interesarla, nos ponemos completamente al abrigo de una hemorragia arterial. Sobre la aponeurosis de cubierta si tenemos venas superficiales de consideracion que seria peligroso interesar, pero afortunadamente estas venas superficiales son poco numerosas y se dibujan en lo general perfectamente bien bajo la piel, de modo que podria un práctico que hubiese olvidado las nociones anatómicas sobre las disposiciones de las venas superficiales de los miembros, hacerlas aparentes en el miembro sano por medio de la compression, y poder así asegurarse del punto donde debe practicar sus incisiones. Suponiendo asentado que el único tratamiento en los períodos ya citados sea el de las incisiones, entrémos en algunos detalles sobre el modo de practicarlas.

En primer lugar, deben hacerse fuera de los vasos venosos superficiales, en los puntos donde la tumefaccion inflamatoria ó producida por la supuracion sea más marcada, escogiendo siempre en este último caso los puntos declives para dar más fácil salida á la supuracion. La extension y profundidad que debe dárseles es un punto de no ménos impor-

tancia. A menudo vemos enfermos que han sido tratados por las incisiones, pero éstas son tan pequeñas, que los mismos colgajos de tejido celular esfacelado son suficientes para obstruir estas ojaleras. Cuando he visto estas incisiones no he podido ménos que recordar á Verneuil, quien para criticarlas las llama *incisiones médicas* para distinguirlas de las que son practicadas por los cirujanos, no llenando las primeras casi nunca su objeto.

Las incisiones deben tener una extension en relacion con la tumefaccion inflamatoria. Si suponemos un flegmon difuso que ocupe todo el antebrazo, las incisiones no deberán ciertamente extenderse del puño al codo, pero sí se harán incisiones múltiples, y con una extension suficiente para hacer cesar la tension considerable de la piel, ó bien para dar fácil salida á la supuracion. Las incisiones deben profundizarse hasta descubrir la aponeurosis superficial; al practicarlas se debe tener en cuenta que la proliferacion excesiva de celdillas del tejido celular subcutáneo, es la que principalmente hace que este tejido haya aumentado de espesor de una manera considerable; así, se debe dividir con el bisturí completamente este tejido, hasta cerciorarse uno por la vista de haber llegado á la aponeurosis de cubierta.

Veamos ahora cuál es el objeto de las incisiones. Como he dicho ántes, éstas están indicadas en dos periodos de la enfermedad; primero, cuando la proliferacion de celdillas del tejido conjuntivo se hace el fenómeno predominante, esta proliferacion es tal, que comprime los vasos capilares y venosos al grado de causar la mortificacion de la piel y del tejido celular; en este caso, las incisiones disminuyendo esta tension, evitan la gangrena, y el pus que necesariamente tiene que formarse, encuentra una salida franca. Además, la sangre que se escurre de los capilares al practicar las incisiones, tiene su influencia disminuyendo la inflamacion, como lo hacen las sangrías locales. Si las incisiones se practican para dar salida á la supuracion cuando ésta se ha formado ya, debe uno comprimir para expulsar todo el pus que sea posible y extraer al mismo tiempo los colgajos de tejido celular mortificado, que á manera de estopa bañada en la supuracion se presentan. Despues de esto deben cubrirse las incisiones con hilas empapadas en cloruro de Labarraque, y aplicar el empaque algodonado. Este es el tratamiento que yo pongo en práctica, y del cual he obtenido siempre buenos resultados. El tratamiento consecutivo, tanto local como general, variará con el aspecto que tomen las heridas y la mayor ó menor abundancia de la supuracion.

Pero supongamos que tenemos que tratar á un individuo que tiene un

flegmon difuso de un miembro, el cual ha sido abandonado, quedándole en consecuencia vastas pérdidas de piel. ¿Qué hacer en este caso? Indudablemente que tiene que tratarse de favorecer la cicatrizacion; pero como esto en muchos casos no es posible, creo que debe prudentemente esperarse á que la naturaleza haga los gastos de la cicatrizacion, ó bien ayudarla por la implatacion de ingertos, al mismo tiempo que se sostendrán las fuerzas del enfermo para evitar el agotamiento consecutivo á la supuracion; pero luego que se vea que el individuo va agotándose sensiblemente, no hay que vacilar, la amputacion del miembro es el único recurso para salvarle la vida. Dos casos he visto el año próximo pasado, encontrándose los enfermos en estas condiciones. Uno era un viejo como de sesenta años que tenia un flegmon difuso de la pierna derecha ya en estado de supuracion, y con una pérdida de piel equivalente á la mitad de la que cubre la pierna. El otro enfermo como de cuarenta y cinco años, tenia un flegmon del miembro superior derecho en el mismo estado de supuracion que el anterior y con vastas pérdidas de piel del brazo y parte inferior del antebrazo. Ambos enfermos murieron agotados por la vasta supuracion. En ambos enfermos las personas que los asistian llamaron á varios compañeros para pedirles su opinion sobre la conducta que deberian seguir, opinando la mayoría por tratar de conservar los miembros, rechazando la amputacion por no creerla aún indicada.

Supongamos, por último, que tenemos que tratar á un enfermo que presenta un flegmon difuso que ha invadido el miembro superior y las paredes del tórax, con vastas porciones de piel y tejido celular gangrenadas, infiltrado por una gran cantidad de pus; acompañado este flegmon de una reaccion febril considerable y con tendencias á caer el enfermo en la adinamia; ¿qué conducta observar en este caso? Verdaderamente, Señores, es triste confesarlo, pero en estas condiciones creo al arte completamente impotente para salvar al enfermo: hemos llegado al punto extremo del flegmon; el pronóstico tiene que ser terrible; hé aquí por lo que yo he dicho al principio de mi trabajo que es una enfermedad al parecer insignificante á su principio; entónces puede ser combatida con éxito y aún en sus otros períodos; pero llegado á este extremo, ni las incisiones amplias, ni la desarticulacion del hombro, en una palabra, nada puede salvar la vida del enfermo que próximo está á sucumbir. El flegmon difuso, comparable á un incendio, puede al principio con un soplo ser extinguido, pero más tarde todo esfuerzo será inútil. Si alguna vez el arte puede demostrar de una manera palpitante su influencia bienhechora, es ciertamente en el tratamiento de estas lesiones.

Lo que acabo de asentar es una conclusion fundada en la práctica de cuatro años, durante los cuales he visto, tanto en el hospital de San Lúcas como en el Juarez y en la práctica civil, multitud de casos de flegmon difuso.

No se crea que hay hipérbole en mi pronóstico al decir que nada puede salvar á un individuo que se halla en las condiciones que acabo de citar. A principios del año próximo pasado tuve ocasion de ver á un enfermo atacado de un flegmon difuso subcutáneo en las condiciones ántes dichas; este enfermo fué operado, se le practicó la desarticulacion del hombro, muriendo á los dos dias de haber sido operado. Quise darme cuenta de la muerte de este individuo, y supuse que la operacion no habia dado resultados por haberse practicado durante el período de la fiebre, contraindicacion formal, que sabemos es para practicar las grandes operaciones. En este supuesto creí que lo conveniente hubiera sido practicar amplias incisiones para dar salida al pus, y evitar la gangrena de la piel y tejido celular del hombro, y despues, cuando el enfermo comenzara á agotarse por la supuracion, entónces seria cuando se deberia practicar la operacion. Estando en esta creencia me propuse poner en práctica mi idea, luego que la ocasion se me presentara: en efecto, este año se me presentó la ocasion en dos enfermos que tuve; á ambos les practiqué las incisiones; los dos murieron; uno dentro de las veinticuatro horas de practicadas, el otro á los dos dias. Creo que como elemento capital del pronóstico debe entrar la infección pútrida que en este período del flegmon es lo que causa la muerte, bien sea que se abandone á los enfermos, que se les practique incisiones, ó que se les ampute ó desarticule el miembro.

Estos hechos, aunque en corto número, son muy elocuentes; como consecuencia práctica que de ellos he sacado es: la de no tocar enfermo alguno que se me presente en la práctica civil en estas condiciones, ni dar la más remota esperanza sobre la curacion del enfermo, y por lo mismo dejarlos en completa libertad para que vean á otra persona que pueda darles alguna esperanza. En el caso solamente de tener que hacerme cargo del enfermo, porque así lo quiera á pesar de mi pronóstico, ó bien tratándose de un individuo que llegue al hospital, creo estar autorizado, puesto que el individuo está irremisiblemente botado á la muerte, á practicar las incisiones de que he hablado ya, ántes de amputar ó desarticular el miembro, para que si alguna vez obtengo resultado, pueda cambiar mi juicio actual sobre esta cuestion.

Al concluir mi desaliñado trabajo vuelvo á hacer presente á esta res-

petable Academia, que no tengo la pretension de decir algo nuevo sobre esta cuestion; mi objeto más bien que científico es humanitario: trato de ver si mi débil voz puede influir en algo para arrancar de la muerte á tantos infelices que por su misma miseria se ponen en manos de prácticos que poco familiarizados en la observacion de estas lesiones, y no dándoles por lo mismo, el valor que deberian, los someten á un tratamiento inconveniente, siendo ellos los responsables de la muerte de tanto infeliz que forman una parte de la clase útil y laboriosa de nuestra sociedad.

México, Julio 18 de 1877.

TOBIAS NUÑEZ.



CLINICA INTERNA.



ESTUDIO HIGIENICO SOBRE EL TIFO EXANTEMATICO,

POR JOSÉ G. LOBATO.

(CONTINUA.)

El éxtasis sanguíneo del bazo hace que este órgano aumente considerablemente de volúmen y presente un tamaño doble en el curso de algunos tifos; pero su máximum de crecimiento depende de la congestión hepática, porque el bazo no solo se nota aumentado en las afecciones paludeanas, sino en todas aquellas en que la circulación hepática está impedida. Sin embargo, la congestión del bazo no ha sido tan pronunciada en la generalidad de los casos como se presentó en Guanajuato en 1865 cuando la epidemia de aquella época hizo sus manifestaciones en los Estados centrales. Generalmente cuando la enfermedad va á tener una terminación feliz, el bazo, que en un principio y durante los diez primeros días es doloroso y grande, pierde esas propiedades, se reduce un poco, disminuye su sensibilidad y es ménos molesto á la palpación. Aun cuando el bazo disminuya un poco de volúmen conserva á la larga, después de la cesación del tifo, un tamaño y una sensibilidad que lentamente se pierden á medida que la convalecencia se perfecciona.

La region hepática ha sido por lo general muy sensible, sobre todo