

del paciente; pero no existiendo en Veracruz, en esos momentos, especialista que me aclarara el punto, hube de conformarme con el diagnóstico clínico y establecer en consecuencia mi tratamiento, prescribiendo al enfermo que tomara diariamente veinte centigramos de sulfato de quinina, más bien como piedra de toque, por decirlo así, toda vez que con ello no perjudicaba al enfermo, y que no podía confirmar mis presunciones por el diagnóstico bacteriológico.

Los resultados no se hicieron esperar; la astenia tan intensa, desapareció como por encanto, y no se ha vuelto á presentar sino cuando creyéndose curado, se ha abstenido de tomar la quinina durante el período estivo-otoñal del año, pues le he aconsejado que no la tome durante el invierno.

Otros tres casos semejantes á este, uno de ellos, sin antecedentes anteriores de infección palúdica, me ha sido dado observar, y con la experiencia adquirida, con el caso descrito, he prescrito la quinina en dosis pequeñas (en lo general veinte centigramos diarios) y prolongada durante los meses calurosos del año, obteniendo el mismo resultado.

Comprendo perfectamente que mis observaciones son en número muy reducido, para que puedan servir de base para asentar y sostener una nueva tesis; que con ellas no se pueden obtener conclusiones precisas y categóricas; pero he creído pertinente darlas á conocer, no con la pretensión de establecer una nueva doctrina, sino con el objeto de llamar la atención sobre este particular, y de ir acumulando casos que puedan justificar, ó destruir las apreciaciones que sobre ellas he hecho.

Veracruz, Abril de 1910.

MANUEL S. IGLESIAS.

---

## PEDIATRIA QUIRURGICA.

---

### Nota estadística clínica sobre diversos padecimientos huesosos. Varios casos de osteomielitis.

El año pasado tuve la satisfacción de presentar á la Academia un pequeño cuadro estadístico del movimiento habido en el pabellón de mi servicio, en el Hospital General, desde la inau-

guración del establecimiento hasta los primeros días del mes de marzo del referido año de 1909. Refundo ahora en el presente estudio todos aquellos datos, rectificando algunas cifras y añadiendo otras nuevas, por el tiempo que ha trascurrido.

En un total de 461 enfermitos atendidos en el pabellón número 23, que está á mi cargo, y con relación á un período de tiempo contado desde la inauguración del establecimiento hasta fines de abril último, es decir, en poco más de un quinquenio, aparecen 291 con lesiones quirúrgicas, de las cuales 185 corresponden al esqueleto. De estas enfermedades huesosas, 138 fueron de origen tuberculoso y 47 correspondieron á diversos padecimientos en que para nada intervino el bacilo de Koch.

Las enfermedades huesosas de origen tuberculoso, comprendiendo en el número los padecimientos osteoartríticos, se distribuyen de esta manera: 134 para las lesiones osteoartríticas propiamente dichas y 4 para diversas osteítis.

Las lesiones osteoartríticas se clasifican en los siguientes grupos: mal de Pott 54 (27 del sexo masculino y 27 del femenino); coxálgicos 38 (24 del sexo masculino y 14 del femenino); tumor blanco de la rodilla 33 (22 del sexo masculino y 11 del femenino); tumor blanco del codo derecho, 1 hombre; tumor blanco de la articulación tibio tarsiana, 2 mujeres (1 lado derecho, 1 lado izquierdo); espina ventosa 6 (5 del sexo masculino y 1 del femenino). El mal de Pott, observado en sus tres formas, cervical, dorsal y lumbar, predominó en la dorsal. En los casos de coxalgia, predominaron las lesiones de la cadera izquierda. En los de tumor blanco de la rodilla, fueron más frecuentes los de la derecha.

Las lesiones huesosas no tuberculosas se clasifican en 25 osteomielitis diversas; 6 necrosis de los maxilares superior é inferior (2 del superior y 4 del inferior); 4 fracturas (1 supra-condiliana del codo derecho, 1 de la extremidad inferior del radio derecho y 2 completas de los huesos del antebrazo, también derecho); 1 luxación del cúbito derecho; 1 anquílosis fibrosa de la rodilla izquierda, por periartitis traumática; 1 anquílosis huesosa de ambos codos; 1 anquílosis huesosa de ambas rodillas; 1 fractura de los incisivos inferiores con infección alveolar consecutiva; 1 muñón cónico del brazo derecho y 6 casos de pié bot congénito (1 bilateral y 1 con genu valgo).

Los 25 casos de osteomielitis, se reparten del modo siguiente: 16 para el sexo masculino y 9 para el femenino; 1 para el omoplato derecho (sexo masculino); 1 para el húmero izquierdo (sexo masculino); 2 para el radio derecho (sexo masculino); 1 para el cúbito izquierdo (sexo masculino); 4 para el fémur derecho (1 masculino y 3 femenino); 3 para el fémur izquierdo (2 masculino y 1 femenino); 1 para la tibia derecha (masculino); 4 para la tibia izquierda (1 masculino y 3 femenino); 2 para el peroné (masculino); 3 para el tarso derecho (1 masculino y 2 femenino) y dos hombres para el tarso izquierdo. A éstos se agrega 1 niño anónimo, que fué admitido con el diagnóstico probable de osteomielitis (?) y falleció al tercer día de su ingreso.

Atendiendo á las edades, al propio tiempo que á los sexos, en la serie formada por los casos de osteomielitis á que me refiero, resulta que, entre los hombres, ha sido más frecuente el padecimiento á la edad de 7 años, por lo que mira á los 16 niños que figuran en el grupo; si bien, tocante á las mujeres, aparece la misma frecuencia á la edad de 7 años también; pero en número menor de casos.

Doy á conocer en seguida los principales casos clínicos de osteomielitis á que se contrae la estadística anterior; procurando condensar las observaciones relativas en lo que respecta á sus caracteres fundamentales.

1.—Julio González, de 9 años, entró al Hospital el 19 de febrero de 1905. Osteomielitis de la tibia derecha. Había sido operado anteriormente en el antiguo Hospital de Infancia, mas no se supo á qué clase de intervención había sido sometido. En el Hospital General, se le trepanó la tibia y se le extrajeron 3 sequestros. Salió curado en febrero del año siguiente.

2. — Roberto Vargas, de 7 años, ingresó en febrero de 1905. Osteomielitis del húmero y fémur izquierdos. No hay datos sobre el tratamiento empleado en la lesión del húmero; pero puede asegurarse que el niño, al abandonar el Hospital, estaba enteramente curado de dicha lesión, conservando íntegros los movimientos del miembro correspondiente. En julio del mismo año de 1905, se le trepanó el fémur y se extrajeron varios sequestros. La intervención no fué suficiente; se formaron varios trayectos fistulosos, por los cuales salía abundante supuración, no obstante las curaciones y legrados, las debridaciones y cau-

terizaciones que se le practicaron en diversas épocas. Por el estado crónico del padecimiento, fué dado de alta en noviembre de 1907, en cumplimiento de la prescripción reglamentaria que así lo ordena. Al salir del Hospital, tenía varios trayectos fistulosos por los cuales escurría abundante supuración; sin embargo, su estado general era bastante satisfactorio.

3.—Dolores Fonseca, de 6 años, admitida el 26 de julio de 1906. Osteomielitis del fémur izquierdo. El 31 de agosto siguiente, fué sometida á la intervención operatoria, que se practicó en el Anfiteatro del Hospital ante los alumnos de la Clínica: osteotomía y secuestrotomía mediante la sierra giratoria de Doyen. Con este ingenioso aparato, se hicieron dos cortes longitudinales paralelos sobre la diáfisis huesosa, abarcando casi la total extensión del fémur, y á golpes de cincel se desprendió una lámina como de 3 centímetros de anchura, que dejó descubierta el canal medular, permitiendo extraer un gran secuestro, cuya longitud era igual á la de la referida diáfisis. El sensible extravío de esta preciosa pieza, me priva de la satisfacción de presentarla á la Academia en esta ocasión.

4.—Miguel Montañés, de 7 años, ingresó el 6 de agosto de 1906, con una osteomielitis del tarso izquierdo; se creyó al principio que la lesión era una fractura del calcáneo, consecutiva á un traumatismo, pues señalaba como origen del padecimiento, la flexión exagerada del pié, á causa de una caída. Examinada convenientemente la articulación, se vió que estaban descubiertas y necrosadas las superficies articulares del calcáneo y del astrágalo. Se practicó la astragalectomía después de otras intervenciones, que no se mencionan, por haber consistido simplemente en debridaciones, para dar salida á la supuración acumulada en la cavidad articular é intersticios musculares. En otra intervención practicada posteriormente, á pocos días de la astragalectomía, se hizo la escisión del calcáneo, que en gran parte estaba descubierto. Por fin, después de cinco meses, se consiguió ver al niño completamente restablecido; salió del Hospital en Abril de 1907. Tuve el gusto de presentarlo á esta Academia en aquellos días y su historia clínica detallada, forma parte de la Memoria que entonces leí.

5.—Máximo Gil, de 7 años. trasladado del pabellón 29 (niños infecciosos), á donde estuvo curándose de una erisipela, lle-

gó á mi servicio con una osteomielitis de la tibia izquierda, para el tratamiento de la cual se le sujetó á varias intervenciones; la más interesante fué una osteotomía lineal, que se le practicó á cincel, quitándole de la tibia enferma una lámina huesosa, que dejó descubierto el canal medular. A pesar de la intervención, que permitió limpiar, cauterizar y canalizar convenientemente dicho canal, se formaron más tarde trayectos fistulosos, cuya cicatrización se consiguió, al fin, después de mucho trabajo. El niño fué dado de alta en julio de 1909. Conviene llamar la atención sobre que entre todas las curaciones empleadas, dieron mejor resultado las que se practicaron con el bálsamo negro. Tiene de interesante, además, la observación, que en el período crónico del padecimiento tibial, hubo una nueva localización del proceso osteomielítico en el omoplato derecho. Las primeras manifestaciones de esta nueva lesión huesosa, fueron el flemón erisipelatoso de la región y la alta temperatura que lo acompañó; se debridó el flemón y el padecimiento siguió el curso que tienen los de su especie; lograda la evacuación de abundante cantidad de pus, desaparecieron los síntomas generales y fué posible, al explorar con un estilete, sentir el hueso descubierto y rugoso. Para combatir la lesión de una manera radical, se resolvió intervenir, practicando una incisión curva de concavidad supero-externa, siguiendo casi la dirección del borde interno del omoplato, hasta llegar al hueso; se desprendió, por medio de la legra, todo el periostio y se reseco casi todo el omoplato, respetando únicamente los puntos de inserción de los principales grupos musculares. Tan completa y de tan buen éxito fué la intervención, que el enfermito resultó curado del padecimiento escapular muchos meses antes de ver desaparecer la lesión tibial. A pesar de haber suprimido casi todo el omoplato, no hubo perturbación ninguna de los movimientos del brazo derecho. El niño usaba este miembro con la misma facilidad que antes y es probable que, habiéndose conservado la mayor parte del periostio, se haya logrado la reproducción del hueso.

6.—Alberto Tejeda, de 8 años; se ignora el origen de su padecimiento. Ingresó el 4 de febrero de 1907 con un flemón de la cara palmar del puño derecho; debridado el flemón, se vió que tenía origen en una osteomielitis de la extremidad inferior

del radio. Se le trepanó este hueso, cauterizando y canalizando el foco en seguida; con lo que se consiguió la curación, saliendo el niño en los primeros días de noviembre del mismo año.

7.—Margarita Alvarado, de 7 años. Ingresó en agosto de 1908, con una osteomielitis de la tibia izquierda, á consecuencia de la cual había un enorme flemón de la pierna y pie del propio lado. Su estado general era sumamente grave. Con temperaturas de 39 y 40 grados, demacración, diarrea, lengua seca y saburral, pulso pequeño y frecuente, orina escasa y sedimentosa, adinamia y cierto estado de inconciencia. Por medio de una incisión hecha sobre la cara interna de la tibia, se dió salida á una gran cantidad de pus y así se obtuvo una mejoría notable; al cabo de algunos días, restablecido en gran parte el estado general de esta niña, se hizo una resección subperióstica de la diáfisis tibial, que en toda su extensión estaba invadida por un proceso osteítico, hipertrofiante y rarefaciente á la vez, aunque en diversos puntos. La niña siguió bien los primeros días, á tal grado que se concibieron esperanzas de buen éxito; pero desgraciadamente volvió á decaer, reapareciendo la adinamia, que siguió acentuándose á pesar de todos los recursos empleados para combatirla; la enfermita murió el 18 de agosto. (1)

8.—Daniel Alcocer, de 6 años. Ingresó el 17 de febrero de 1908. Osteomielitis del fémur izquierdo consecutiva á la viruela. Tenía ulceraciones en toda la extensión de la columna vertebral y en los trocánteres, que habían sido ocasionadas por el decúbito prolongado. Sumamente demacrado, adinámico, con pocas esperanzas de poder resistir al traumatismo de alguna intervención operatoria, simplemente se le practicaron incisiones en la extremidad inferior del muslo, á uno y otro lado del tendón rotuliano, para vaciar el flemón. El niño murió el 1º de marzo siguiente.

9.—Francisco Hernández, de 7 años. Ingresó el 20 de septiembre de 1908, con una esteomielitis del astrágalo y del calcáneo del pie derecho, motivada por un traumatismo en la cara dorsal del pie. Su estado general era sumamente grave: tenía en el pie una ulceración irregular é infectada, que ocupaba to-

---

(1) Se dió á conocer la pieza anatómo-patológica, que es bastante curiosa é interesante.

do el dorso del pie. Se le practicó una resección atípica del astrágalo, después de la cual se le hizo cauterización, legrado y canalización; á pesar de todo lo cual murió con fenómenos de meningitis seis días después de su ingreso.

10.—Angela García, de 7 años. Ingresó al pabellón en julio de 1909, con una fístula en la región dorsal del pie derecho, por necrosis de los huesos del tarso y metatarso. Por medio de una incisión recta, practicada sobre el dorso del pie, respetando los tendones de los extensores, se llegó hasta el esqueleto, encontrando necrosados el primero, el segundo y el tercer cuneiformes, el escafoide, y descubiertas las cabezas del primero y segundo metatarsianos; se hizo una tarsectomía atípica, quitando todos los huesos necrosados, así como las partes desnudas de los metatarsianos; cauterizando y canalizando en seguida el foco. La enfermita, en los primeros días, estuvo bien; después, presentó fenómenos de retención que obligaron á debridar de nuevo la herida, que ya estaba notablemente reducida en sus dimensiones; así se consiguió mejorar el estado local, pero no el general; siguieron altas las temperaturas y aparecieron accidentes meníngeos, muriendo la niña en colapsus, en noviembre del mismo año. Hay que hacer notar que esta enfermita tenía costumbres alcohólicas; durante las sesiones de cloroformización á que se le sometía, para poder ejecutar las primeras curaciones, presentaba los mismos fenómenos de excitación cerebral, que son propios de los alcohólicos.

11.—Nicolás Angeles, de 8 años, con una osteomielitis del pié izquierdo, consecutiva á la erisipela. Para curarse de esta última enfermedad, ingresó al Hospital y fué asilado en el pabellón número 29 (niños infecciosos); de allí pasó, en mayo de 1909, al pabellón de mi servicio. En junio del mismo año, fué operado, haciéndole una tarsectomía parcial atípica, resección del cuboide, parte de la tuberosidad del calcáneo y la cabeza del quinto metatarsiano. Para semejante intervención, se utilizó una incisión externa, curva, de concavidad antero-superior, que partiendo atrás del maléolo externo, fué prolongada hasta el borde externo del pié. Rápidamente y en favorable sentido, realizó su evolución la herida operatoria y, al cabo de poco tiempo, el niño se hallaba en condiciones de poder andar; pero fué necesario enseñarlo á caminar por medio de muletas, para

lo cual se le retuvo en el pabellón. Repentinamente, sin que hubiera motivo para ello, el niño se vió atacado de dolor de cabeza, altas temperaturas, vómitos y algunas convulsiones. La presión sobre la apófisis mastoide derecho, era dolorosa y determinaba un escurrimiento purulento por el conducto auditivo externo; se le diagnosticó una mastoiditis supurada, que ameritó la trepanación del mastoide, á pesar de lo cual murió el niño al día siguiente de la intervención.

12.—J. Trinidad Sánchez, de 10 años, entró al Hospital el 1º de mayo de 1908, con sarna y absceso subperióstico del antebrazo derecho, consecutivo á la viruela; padecimiento este último que no tan sólo le había ocasionado tal absceso, sino lo que era mucho peor, una anquílosis bilateral de los codos; anquílosis que había dejado en posición inconveniente los antebrazos, es decir, extendidos. Por la viruela fué asilado en el pabellón 29, y mientras estuvo allí, contrajo una erisipela en el antebrazo derecho, alrededor del orificio de una fístula huesosa originada por la abertura del absceso subperióstico. Trasladado al pabellón de mi servicio, se le diagnosticó una osteomielitis del radio y después de algunas pequeñas intervenciones, se le trepanó el hueso, extrayéndole un sequestro; se canalizó el foco y así se consiguió notable mejoría; pero como persistiera la fístula, se estimó necesario operarlo nuevamente y de un modo radical, practicando la resección subperióstica de casi toda la diáfisis huesosa, dejando solamente una pequeña porción como de tres centímetros, unida á la epífisis inferior. El niño curó, quedándole una notable desviación de la mano hacia el borde radial y una ligera curvatura del antebrazo. Ya sano, le apareció un nuevo foco de osteomielitis del peroné derecho. El hueso había llegado á tener el espesor de la tibia; se le trepanó, haciendo después sequestrotomía y vaciamiento del canal medular. Va en vía de alivio.

13.—Graciano Saldívar, de 6 años. Ingresó al Hospital el día 6 de enero de 1910. Se ignoran los antecedentes patológicos. Examinado convenientemente, se le encontró el antebrazo izquierdo en flexión, faltando los movimientos, tanto los de extensión como los de flexión, y aunque los de pronación existen, son muy limitados: hay, pues, anquílosis fibrosa y quizá huesosa de la articulación húmero-cubital. La piel de la cara posterior y bor-

de externo del antebrazo, está gruesa y pigmentada, como sucede cuando hay inflamación crónica del tegumento; sobre el propio borde existen las huellas de varios trayectos fistulosos, de origen huesoso, ya cerrados ahora, y cerca del codo, en la cara posterior se ve el orificio fungoso é irregular de una fístula, por la cual sale la extremidad libre de un secuestro, que, por su situación, se puede referir al cúbito. Hay infarto ganglionar en la axila izquierda; la temperatura es normal. Se hizo el diagnóstico de una osteomielitis del cúbito; aplazando el intervenir para cuando mejorara el niño de su padecimiento cutáneo (sarna). Oportunamente, se realizó la primera intervención, ampliando el orificio de la fístula y tirando, por medio de pinzas de secuestro, sobre la porción necrosada, se extrajo el correspondiente á un hueso; este secuestro, como de 4 centímetros de longitud, estaba formado por el olécrano y un fragmento de la diáfisis cubital. Se limpió, raspó y cauterizó el foco canalizándolo con gasa yodoformada. Esta intervención no fué suficiente. En mayo próximo pasado se hizo la resección superióstica de todo el hueso. Curación.

\*  
\* \*

A las observaciones que preceden, agregaremos los casos siguientes:

Año de 1905.—Antonio Tinoco, de 8 años. *Osteítis epifisiaria* de la tibia izquierda. Aparece que entró al servicio el 19 de marzo y salió el 27 de junio; pero no se dice á qué tratamiento fué sometido. (1)

Año de 1906.—Niño anónimo. Osteomielitis (?) Ingresó el 8 de febrero y falleció el 11 del mismo mes, sin habersele sometido á intervención quirúrgica alguna.

Año de 1906.—Julio Poltan, de 9 años. Osteomielitis del peroné. Ingresó el 10 de mayo y salió el 5 de julio.

Año de 1907.—Josefa Tabares, de 7 años. Osteomielitis del fémur derecho. Entró el 23 de abril, pasó mucho después al

(1) Los datos de este caso y el siguiente se tomaron textualmente de las ordenatas del servicio; corresponden ambos á una época anterior á mi ingreso al Hospital como médico del pabellón número 23 (niños no infecciosos).

pabellón de infecciosos, por erisipela (?), en el mes de agosto. Volvió de nuevo al pabellón en 23 de septiembre. Antes se le había operado el 27 de abril, á pocos días de su ingreso, de un gran absceso del muslo; se intervino, haciendo una incisión bastante amplia, cuya longitud casi igualaba á la de la diáfisis huesosa; por medio de esta incisión, practicada sobre el borde externo y á través de los intersticios musculares, despegando los músculos por las caras posterior é interna del muslo, fué como se llegó á la colección purulenta, que se logró vaciar totalmente, limpiando y canalizando luego tan extenso foco con tubos de goma. El éxito fué satisfactorio.

Pilar Casasola, de 9 años. Osteomielitis de la tibia izquierda. Heredo-sífilis dudosa (?). Ingresó en enero del mismo año de 1907 y fué dada de alta en mayo. Tratamiento específico. No llegó á intervenir.

1909.—María Cármen Díaz, de 10 años. Estuvo antes en el pabellón 14, donde se le practicó una amputación del muslo derecho, por una osteomielitis de la tibia del propio lado. Además, se le hizo la resección de la cabeza del húmero izquierdo, por esteo-artritis tuberculosa (?). Dada de alta, abandonó el Hospital aparentemente en buen estado; pero al cabo de poco tiempo se le formaron varios trayectos fistulosos en el muñón del miembro amputado y en las cicatrices consecutivas á la resección humeral. Así fué como ingresó al pabellón 23, en el mes de junio; se le hizo reamputación en el muslo que había sido operado antes; se le quitó casi toda la porción restante de la diáfisis, que se encontraba invadida por una osteomielitis, y así se obtuvo una curación radical. En los trayectos fistulosos del hombro, se hicieron inyecciones yodoformadas, como se acostumbra para las lesiones tuberculosas articulares; de esta manera se consiguió que dichos trayectos cicatrizaran definitivamente, sin necesidad de otra intervención.

Felipa García, de 9 años. Entró en 9 de junio de 1909. Osteomielitis del fémur derecho, flemón difuso del muslo del mismo lado.—Se debridó el flemón, el 11 de junio, por medio de dos incisiones hechas en la parte inferior del muslo; así se descubrió el periostio inflamado, rojo, despegado en gran parte del hueso; el fémur descubierto en algunos puntos; enormes colecciones purulentas intermusculares. La articulación de la rodilla

también estaba invadida y comunicaba al exterior por medio de un trayecto fistuloso. Estado general grave, demacrada la enfermita, con escaras en las regiones de ambos trocanteres. Murió el 16 de junio.

Ignacia Zúñiga, de 9 años. Entró el 3 de septiembre de 1909. Osteomielitis del tarso derecho. Fué operada el 9 del mismo mes de su ingreso: tarsectomía parcial; por medio de una incisión externa, curva, de concavidad anterior, practicada atrás del maléolo externo y prolongada sobre el borde del mismo lado del pie, se descubrieron los huesos del tarso, encontrándose despegado el periostio, rugosos y delesnables el calcáneo y el cuboide, cuya escisión se hizo; la amplia cavidad resultante, fué raspada y cauterizada con el termo. Se hizo la resección de la extremidad posterior del quinto metatarsiano y una contra-abertura atrás del maléolo interno, para asegurar la canalización. La enfermita siguió bien en los días restantes del mes de septiembre; las reparaciones de los tejidos parecían hacerse satisfactoriamente en el curso del mes siguiente; pero, por desgracia, en los últimos días de octubre, le sobrevino alguna infección, se infiltraron los tejidos blandos de la región operada, tanto los de reparación como los circunvecinos, invadiendo el proceso los demás huesos y articulaciones del tarso, circunstancia por la cual se hizo preciso intervenir de nuevo, haciendo amplias debridaciones en el pie, tanto en la cara dorsal como en la planta. Lo que se ejecutó el 4 de noviembre, raspando, cauterizando y canalizando en seguida la región. Las temperaturas altas, que se habían observado en esta niña, con motivo de la infiltración sobrevenida últimamente, no se abatieron, según era de esperarse, y la enfermita sucumbió al día siguiente de la operación.

1910.—Amelia Reyes, de 4 años, con osteomielitis del pie derecho. Pasó á este servicio, del pabellón 22, con un flemón del pie derecho. Osteomielitis del astrágalo. Se le hizo la astragalectomía y resección parcial del escafoide. Actualmente, está en tratamiento y la lesión operatoria se ha ido reparando paulatinamente; va en buena vía de cicatrización.

\* \* \*

No he tenido la intención, al reunir las noticias que preceden, de comentarlas en modo alguno. Tal vez más tardé, me servi-

rán los materiales que por ahora vengo acopiando, para hacer un estudio sintético sobre el asunto, bosquejando, aún cuando fuere nada más así, las ideas originales que á este respecto tenga. Simplemente me detendré por hoy, llamando la atención de las personas que bondadosamente se han dignado escucharme, en el sentido de que, siendo de origen infeccioso el padecimiento oseo-medular, como ya está perfectamente averiguado, hay, entre las observaciones referidas, dos casos en los cuales aparece bien señalada la secuela entre semejantes antecedentes y los consiguientes obligados, que á este respecto pudieron comprobarse de una manera rigurosa.—Me refiero á las osteomielitis múltiples de diversos huesos observadas en los niños Máximo Gil y J. Trinidad Sánchez, que fueron consecutivas á la erisipela y á las viruelas. De idéntica manera, el caso de Nicolás Angeles es tambien bastante demostrativo.

Por otra parte, no está de más asimismo reclamar la atención, haciendo ver que, si bien el proceso destructor se extiende á amplias regiones, invadiendo huesos importantes, que llegan á perderse por completo; cuando la intervención es oportuna y cuidadosa, se tiene la ventaja, operando á los pobres niños, víctimas de este padecimiento, de poder alcanzar verdaderas reparaciones en muchos casos, logrando la reproducción periostal de los huesos destruidos y resecaos parcial ó totalmente ó, cuando menos, consiguiendo, mediante los tejidos sanos conservados, periostio y cápsulas articulares, la formación de un nucleo fibroso que, por su consistencia, ayuda maravillosamente á restaurar la funciones del miembro afectado.

Reservando para otra ocasión los pormenores relativos al tratamiento quirúrgico del padecimiento, me limito al terminar este trabajo, á decir en dos palabras las ventajas que hasta ahora he logrado con la canalización de las heridas operatorias por medio de la gasa yodoformada, recurriendo al propio tiempo al empleo de la tintura de yodo, que en muchos casos me ha servido admirablemente para la desinfección de las regiones afectadas por el proceso destructor, á que he venido refiriéndome; así es como he logrado en muchos casos, desterrar la sepsis en el tratamiento local de estas lesiones. Otras veces, he tenido oportunidad de usar, siembre con buen éxito, además de la gasa simplemente estéril, el polvo de yodoformo ó el aceite ó la

glicerina yodoformados. También me ha suministrado verdaderos éxitos, en estos casos, el empleo del bálsamo negro.

Al terminar esta memoria, me ha parecido conveniente presentar á Uds. dos apuntes ó croquis tomados del natural, con relación al antebrazo derecho del niño J. Trinidad Sánchez. Dichos apuntes, que debo á la bondadosa consideración de mi estimado amigo, el Sr. Dr. don Alejandro Ruelas, contribuyen á poner de manifiesto la actitud relativa que guardan entre sí la mano y el antebrazo, después de la resección de una gran parte del radio. Por tales apuntes, fácil es advertir que la mano desviada respecto del antebrazo, forma con éste un ángulo obtuso, abierto adentro. La extremidad inferior del radio, que ha sido conservada, quedando libre en su cabo superior, reseca la mayor parte del hueso, ha experimentado una desviación, que la hace aparecer situada oblicuamente y cabalgando sobre el cúbito, cuyo eje cruza. Por virtud de esta desviación, ha tomado la mano la referida actitud viciosa, á consecuencia de la acción predominante de los músculos epicondilianos del antebrazo, cuyas inserciones inferiores sobre la apófisis estiloides del radio y sobre las extremidades superiores del segundo y tercer metacarpianos, así como sobre las caras externa y posterior del mismo radio, etc., etc., cooperan eficazmente á movilizar las articulaciones respectivas, particularmente, en la flexión de la mano y en la supinación del antebrazo.

La resección ejecutada en este enfermito, se practicó dentro de los límites convenientes, respetando la porción sana del hueso, sin pensar que había de sobrevenir más tarde la viciosa actitud que ha contraído la mano y que no será susceptible de corregirse, sino mediante una sutura huesosa, que sirva para mantener adherida la extremidad libre del radio al cúbito inmediato. Por fortuna, ésto llegará á realizarse y espero que sea con éxito completo, tan pronto como se pueda ejecutar en este enfermito la artrectomía bilateral de ambos codos, á fin de remediar la anquilosis huesosa que á los dos afecta, y, á consecuencia de la cual, se han quedado los miembros torácicos en la extensión, actitud embarazosa, que se trata de remediar, para dejar los antebrazos en semiflexión, con lo cual conseguirá utilizarlos mejor.

México, mayo 4 de 1910.

L. TROCONIS ALCALÁ.