

Muy postrada y con gran taquipnea, intoxicación marcada, estupor.

Pauta: Dos días 4 gramos y cuatro días 2 gramos. En total, 16 gramos. Uno de los embalajes traía 4 gramos, no por error, ya que la caja y frasco advertía "16 capseals" en lugar de doce como los demás frascos. No hemos tenido ocasión de ver más embalajes de cuatro gramos.

Se le dieron, por lo tanto, 16 gramos. La fiebre descendió en crisis al cuarto día de tratamiento. Durante

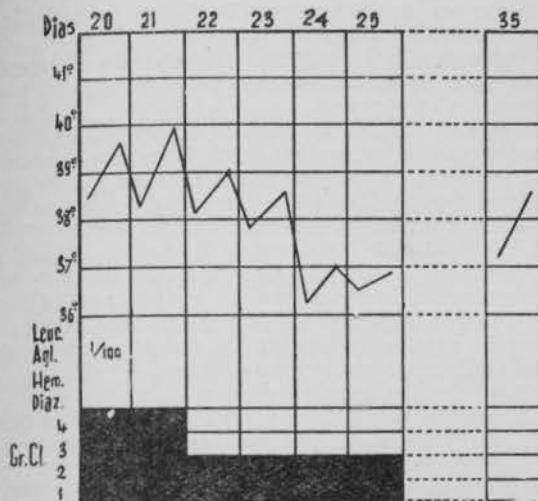


Fig. 9.—Caso 14.

seis días tomó 10 gotas, tres veces al día, de cedilanid. No hubo intolerancia.

A los treinta y cinco días tiene de nuevo fiebre, lo que nos hace pensar en una posible recidiva; sin embargo, el dolor en el costado derecho, la percusión, auscultación y radiología demuestran que se trataba de un derrame pleural, que cedió rápidamente la terapéutica cálcico-vitamínica y reposo. Por lo tanto, no valoramos este acceso febril como recidiva.

Caso n.º 15.—Enfermo: Luis G., cuarenta y siete años, viudo, labrador.

Traído a Ferrol a los trece días de un proceso febril. La clínica hace pensar en una fiebre tifoidea, que confirma el Laboratorio. Aglutinación positiva al s.t. al 1/500.

Pauta: 4 gramos el primer día y 2 diarios hasta un total de 18 gramos. Según comunicación verbal de un amigo, quedó sin fiebre a los cuatro días.

Buena tolerancia y sin recidiva.

#### Estadística personal:

Número de casos con indicación de la dosis empleada, 15.

Gramos de cloromicetina, 12, 18, 15, 9, 12, 12, 15, 12, 12, 18, 15, 15, 13, 16, 18.

Media en gramos, 14,15.

Mortalidad de estos casos, 0 por 100.

#### Estadística global:

Número de casos estudiados, 86.

Media en gramos de cloromicetina, 15,38.

Mortalidad de estos casos, 5,83 por 100.

Una dosis media de 15 gramos de cloromicetina es suficiente para la curación de la fiebre tifoidea.

Por lo que respecta a las dos complicaciones

graves de la enfermedad: perforación y hemorragia, ¿disminuyen con la cloromicetina? Es todavía pronto para poder responder a esta interrogante. Creemos que si nos esforzamos en un diagnóstico precoz de la enfermedad y comenzamos a dar pronto la cloromicetina, estas dos complicaciones tienen que disminuir.

De momento debe quedar sentado que una enfermedad grave y de gran extensión, en la que eran totalmente ineficaces los dos antibióticos de más uso—penicilina y estreptomicina—, tiene, por fin, su medicación específica.

#### BIBLIOGRAFIA

- BARRIO MAESTROARENA, J.—Medicamenta, VII, 173.  
BELLOCH, V. y NEGOT, J.—Medicina Española, XIII, 130.  
BLASCO SALAS, J.—Medicamenta, VII, 167.  
CÁRDENAS, J. y VELA, R.—Medicamenta, VII, 167.  
CARRIÓN GALIANA, S.—Rev. Clin. Esp., XXXV, 3.  
DOMÍNGUEZ ANDÍA, R.—Medicamenta, VIII, 174.  
GARCÍA RAMOS, F.—Rev. Clin. Esp., XXXV, 3.  
LAMA LAGO, A.—Medicamenta, VIII, 174.  
LAMA LAGO, A.—Trazos, VII, 37.  
LAMA LAGO, A.—Galicia Clínica, XXI, 11.  
LAMA LAGO, A.—Medicina Española, XII, 126.  
MATHE ALONSO, F.—Medicamenta, VIII, 174.  
PEDRO-PONS, A. y FARRERAS, PEDRO-BOTET.—Med. Clin., VIII-XIV, 2.  
QUINTANILLA ULLA, J.—Medicina, XVIII, 5 (I).  
ROMERO, E.—Rev. Clin. Espn., XXXVII, 6.  
SOLÉ, C. y SALARICH, J.—Med. Clin., VIII-XIV, 3.  
SORRIBES-SANTAMARÍA, V.—Medicina Española, XII, 124.  
SORRIBES-SANTAMARÍA, V.—Bol. Con. Gen. Col. Med., n.º 34.

#### PROBLEMAS DIAGNOSTICOS DE LA TUBERCULOSIS OSEA, QUE MOTIVAN SU LOCALIZACION Y LOS DATOS DEL LABORATORIO

##### I. FERNÁNDEZ DE LA MELA.

Valladolid.

Dado que la tuberculosis osteoarticular, originada corrientemente por vía hematogena, tiene ya elegidas regiones y edades del organismo donde asentar con más frecuencia, es por lo que ante un enfermo joven con dolor persistente en raquis o rodilla asociamos inmediatamente una etiología fílmica y por lo que, contrariamente, posponemos esta idea si las molestias referidas asientan en otras regiones.

Puesta en litigio la idea de una tuberculosis ósea u osteoarticular, y teniendo a mano los resultados radiográficos y de laboratorio, existen multitud de casos en los que su etiología se nos aparece clara, confirmando la sospecha inicial con arreglo a los datos clínicos obtenidos: la clásica atrofia ósea, con su foco caseoso o granuloso, y datos positivos de una desintegración celular prestan sólidos cimientos donde asentar un diagnóstico. Sin embargo, entre multitud de enfermos de diagnóstico fácil aparecen otros en los que, en primer lugar, la localización elegida por el bacilo de Koch se sale de lo co-

rriente y puede hacernos dudar y admitir como posibles otras etiologías. Lesiones óseas destructivas que sigan en el orden de frecuencia a la tuberculosis las produce la lúes, y es natural incluir una reacción de Wassermann entre las pruebas solicitadas ante un caso dudoso.

Nos ha inducido a escribir estas líneas la observación de la siguiente enferma:

J. P. T., de trece años, natural y residente en Valladolid. Como antecedentes de interés, el padre padeció una pleuresía hace cuatro años, de la que curó bien. La enferma padeció una fiebre tifoidea hace un año. Vemos a la enferma ocasionalmente por haber sufrido

ración. El aspecto de la herida se hace sospechoso: sus bordes se despegan y engruesan, cubriendose de mamelones blanquecinos, y el fondo aparece cubierto de un exudado amarillento, habiéndose redondeado y extendido la herida en su conjunto.

Ante la sospecha de que hubiera un fondo óseo que sostuviera este estado de cosas, se practica una radiografía del hombro, en la que se aprecia una destrucción de la mitad externa del acromion y un secuestro que corresponde al extremo externo de dicho hueso. Un análisis de sangre nos da 12.200 leucocitos, 70 neutrofílos, 5 eosinófilos y 25 linfocitos; la velocidad de sedimentación es de 26 mm. a la hora; la reacción de Wassermann en sangre es positiva (+).

Se interviene a la enferma, extrayendo el secuestro, que es remitido al Laboratorio para su estudio, y cuyo resultado es el siguiente:

**"Biopsia de fragmento óseo de acromion. Estudio histopatológico:** La estructura histológica nos muestra tejido óseo, entre cuyas trabéculas, escasas y en su mayor parte con necrosis, se encuentra tejido medular, acompañado de conjuntivo con focos hemorrágicos y necróticos y folículos de Köster.

El predominio en el tejido medular es el de tejido de granulación, entre el cual se encuentran células gigantes tipo Langhans, sin zonas de caseificación, rodeadas de células epiteloides y linfocitos que se unen al resto del tejido con escasas células epiteloides, entre el tejido mieloide, rico en células.

Las zonas hemorrágicas y los focos de necrosis muestran gran riqueza en células leucocitarias polinucleares, llegándose a formar pequeños abscesos.

**Diagnóstico histopatológico.**—Osteomielitis tuberculosa de tipo fungoso. Firmado, Dr. MERINO."

Como resultados prácticos que se derivan de este trabajo tenemos, en primer lugar, la rareza de la localización tuberculosa de esta enfermedad, y en segundo, la positividad claramente inespecífica de la reacción de Wassermann provocada por la "tuberculosis quirúrgica", que según ICKERT se presenta de un 13,7 a un 33 por 100 de los casos. La enferma, por otra parte, no tenía antecedentes personales ni familiares que hicieran sospechar una naturaleza específica de la reacción.

La ausencia de todo síntoma anterior a la observación del absceso fué la causa de que no se le practicase una radiografía de hombro en el momento de ser reconocida. El resultado de la biopsia hizo pasar a segundo término la positividad del Wassermann, que de no haber sido efectuado aquella hubiera cambiado el rumbo de nuestra actuación.

La enferma, una vez extirpado el secuestro y legrado los restos de acromion, cicatrizó por completo de su lesión.



Fig. 1.

un traumatismo en región isquiática, sin lesión ósea, pero apreciándose en la radiografía una espina bifida oculta.

Volvemos a ver a la enferma un mes más tarde porque presenta un absceso en la región acromioclavicular derecha, poco doloroso, aunque con signos claros de inflamación y que no dificulta los movimientos del hombro. Es desbridado, evacuando un pus espeso y sanguinolento. Se practican curas asépticas en días sucesivos, apareciendo el apósito con muy escasa supu-