D. 1026

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE

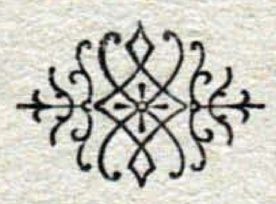
LA ERISIPELA

TÉSIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

por

SANTIAGO R. GOMEZ



BUENOS AIRES
Imprenta de J. A. Alsina, Méjico 635
1880

Á LA MEMORIA DE MI PADRE

Á MI QUERIDA MADRE

Á MIS QUERIDOS HERMANOS

A LA MEMORIA DEL DR. D. MIGUEL NÚÑEZ

GRATITUD.

—

Á los Dres. D. José T. Baca, D. Ángel J. Carranza y D. Eduardo Wilde

TESTIMONIO DE APRECIO Y GRATITUD.

—

Al Sr. Coronel D. Martin Guerrico, dedico parte de este modesto trabajo en prueba de mi más sincera amistad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Décano	Dr. D.	Manuel Porcel de Peralta
Vice-Décano	» »	Manuel Arauz
Tesorero	» »	Mauricio Gonzalez Catan
Académicos	» »	Nicanor Albarellos
	» »	Manuel A. Montes de Oca
	» »	Mauricio Gonzalez Catan
	» »	Cleto Aguirre
	» »	Ernesto Aberg
	» »	Santiago Larrosa
	» »	Pedro A. Pardo
	» »	Manuel Arauz
	» »	Leopoldo Montes de Oca
	» »	Manuel Porcel de Peralta
	» »	Eduardo Wilde
	» »	Pedro A. Mattos
	» »	José T. Baca
	» »	Domingo Parodi
	» »	Rafael Herrera Vega
Secretario	» »	Jacob de Tezanos Pinto

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS
Anatomia descriptiva y topográfica	Dr D. Mauricio Gonzalez Catan
Histologia y Anatomia Patológica	» » Ignacio Pirovano
Fisiologia general y humana	» » Santiago Larrosa
Patologia general	» » José T. Baca
Materia Médica y Terapéutica	» » Pedro A. Mattos
Higiene pública y privada	» » Guillermo Rawson
Patologia externa	» » Leopoldo Montes de Oca
Patologia interna	» » Manuel Arauz
Clinica Quirúrgica y operaciones.	» » Manuel A Montes de Oca
Oftalmologia y Clinica Oftalmológ.	» » Cleto Aguirre
Clinica Médica	» » Manuel P. de Peralta
Medicina legal y Toxicologia	» » Eduardo Wilde
Obstetricia y Clinica respectiva	» » Pedro A. Pardo

SUSTITUTOS

Anatomia descriptiva y topográfica	(Vacante)
Histologia y Anatomia Patológica	Dr. D. C. Lanus y Dr. D. Juan Borbon
Fisiologia general y humana	» » Francisco Tamini, en ej.
Patologia general	» » Jacob de T. Pinto
Materia Médica y Terapéutica	» » Pablo M. Santillan y Dr. D. Enrique del Arca
Higiene pública y privada	» » Pedro Mallo
Patologia externa	» » Lucio Melendez
Patologia interna	» » Manuel T. Podestá
Clinica Quirúrgica y operaciones	» » Juan A. Argerich, y Dr. D. Julian Aguilar
Oftalmologia y Clinica Oftalmológ.	» » Pedro F. Roberts
Clinica Médica	» » Juan B. Gil y Dr. D. Cárlos L. Villar
Medicina legal y Toxicologia	» » Manuel Blancas
Obstetricia y Clinica respectiva.	» » Antonio T. Ballester y Dr. D. Samuel Molina

Disectores

JUAN J. NAON—FELIPE BASAVILBASO

Presidente de Tésis

DOCTOR D. JOSE T. BACA

Señor Presidente:

Señores Académicos:

El pequeño trabajo que vengo á presentar á vuestro juicio, no tiene la importancia de merecer vuestra atencion. Mi empeño hubiera sido hacer del tema de mi tésis un esmerado trabajo, pero la premura del tiempo y otras causas agenas á mi voluntad, me han obligado á elegir un punto que nunca lo había pensado: la erisipela. No tuve en cuenta su importancia científica, sino solamente hacer un trabajo corto.

Ántes de pasar al estudio de la materia que debe ocuparnos, quiero cumplir con el deber de manifestar á mis queridos maestros el más sincero agradecimiento por sus sábias lecciones. Siempre fueron fuente de conocimientos científicos y lejítimos consejos.

Por ellas penetré al santuario de la Ciencia, y por ellas vengo hoy á recibir el grado de Doctor en Medicina.

Erisipela

—

La erisipela es una afeccion exantemática, cuyo exantema de marcha progresiva está caracterizado por el aspecto liso y brillante de los tegumentos y por los síntomas tradicionales de la inflamacion, calor, enrojecimiento, dolor y tumefaccion. (Jacoud).

La erisipela se halla en la línea divisoria de la cirujía y medicina. Corresponde á la primera por tener su asiento frecuentemente al rededor de las lesiones traumáticas, sobre la superficie cutánea y á la segunda por su orígen espontáneo muchas veces, acompañado de síntomas generales y su accion infectante y epidémica que la determina. Cualquiera solucion de continuidad hecha artificialmente sobre la piel puede producirla, como tambien aquellas determinadas espontáneamente por el forúnculo, ántrax, etc.

Segun Behier, la erisipela reconocería siempre por causa una lesion esterna aún la más insignificante y segun Lefort sería producida por las desgarraduras imperceptibles al cambiar las curaciones de las heridas.

No es posible probar que la erisipela espontánea responda siempre á una lesion material esterna, teniendo mucha semejanza en esto al modo de producirse el tétano idiopático, no hay pues nada que autorice á suponerle una causa traumática.

Las causas que pueden hacer especiales las condiciones de oportunidad, son: la edad, el sexo, temperamento, el parto, las latitudes, estaciones, la permanencia por un tiempo en el hospital y otras muchas; pero éstas no podrán crearla nunca, como lo crée Reynaud.

Es frecuente verla producirse en el mal de Bright, diabetes, lesiones cardíacas, edemas y várias otras, determinando como último resultado su carácter gangrenoso.

Se ha querido negar el carácter contagioso y epidémico de esta afeccion, sinembargo, hoy no queda duda para afirmar esta propiedad, teniéndola bien patente al verla producirse y propagarse en los hospitales.

Algunos autores admiten una coincidencia y ótros una relacion entre la erisipela y la fiebre puerperal y para ótros ambas son una misma enfermedad.

Últimamente he tenido ocasion de observar en

el hospital «Buenos Aires» una epidemia de erisipela esterna en varios enfermos trasladados á este establecimiento, del hospital de mujeres, donde existían casos de fiebre puerperal. No podría creerse que el nuevo sitio de su residencia la hubiera determinado, por poseer las mejores condiciones deseables y hallarse un número de enfermos muy reducido para su capacidad. Lo que me hace suponer que la erisipela producida en los enfermos mencionados, trajeron su contajio ó infeccion del foco donde existía la fiebre puerperal.

La erisipela esterna es enjendrada por un veneno contagioso desconocido y se conduce á la manera de los de ciertas fiebres eruptivas epidémicas, pero no con su intensidad de trasmision. La inmunidad, la pierden los que la han padecido, puesto que recidivan con facilidad y esta diferencia aleja completamente la analogía que se la ha concedido en su modo de obrar.

Para algunos autores la erisipela principia por

la inflamacion de las paredes de los vasos linfáticos para propagarse de allí á los tejidos circunvecinos, con su cortejo de síntomas que le son propios. Esta alteracion de los vasos linfáticos sería el resultado de un contacto íntimo de la superficie de las heridas con la supuracion y demás líquidos alterados, ó envenenados, ó directamente del aire infecto.

———

En qué condiciones de individuos se produce la erisipela de causa interna ó espontánea? Entre éstas se mencionan las caquexias, la diabetes, mal de Bright, afecciones orgánicas del corazon, tifus, piemia y tambien el trabajo espontáneo del organismo.

———

Segun Hebra, la erisipela considerada bajo el punto de vista anatómico, no sería ni un eritema, ni una linfangitis, ni una flebitis; pues sería una dermatitis exudativa caracterizada por una fluxion, por un enrojecimiento intenso y por un exudado que ocupa el espesor del dermis, el tejido subcutáneo y á veces tambien las capas subepidérmicas, lo cual esplica la posible formacion de vesículas, burbujas ó pústulas.

Segun Volkmann y Stendner, este exudado contiene gran cantidad de elementos celulares semejantes á los glóbulos blancos de la sangre ó del pus. Estos glóbulos, segun la teoría de Cohnheim, sería una emigracion estravascular derramándose con rapidez y desde su principio de la inflamacion del dermis en todas las capas de la piel, especialmente en las profundas y tejido subcutáneo. Á los pocos dias estos elementos se convierten en un detritus fino y granuloso acabando por desaparecer.

Se han atribuido los abcesos y adenitis á la absorcion de estos detritus por los vasos linfáticos.

La red venosa circunscrita á la dermatitis erisipelatosa, vuelve á tomar parte de esta inflamacion produciéndose una flebitis en su túnica periférica. En general estas flebitis no tienen gran trascendencia, sinembargo, pueden ocurrir casos que estas lesiones sean el orígen de un desórden en las funciones del organismo, produciéndose trom-

bosis los cuales determinarían embolias pulmonares y si la coagulacion se estiende á venas voluminosas, producirá gangrenas ó necrobiosis; esplicándose de esta manera el reblandecimiento cerebral en las erisipelas de la cara y cuero cabelludo.

El tejido celular subcutáneo, sobre todo aquellos que gozan de gran laxitud como los párpados, pene, escroto, etc., se hallan sonrosados y filtrados de serosidad dando lugar á grandes inflamaciones produciendo el flemon, complicacion que le hace dar el nombre de erisipela flemonosa.

Cruveilhier, ha pretendido establecer el asiento de la erisipela en la red venosa; Blandin, en la red linfática y ótros en la red linfático-venosa, pero hasta ahora no hay nada que autorice á dar un asiento fijo y constante de la erisipela sobre los tegumentos.

La erisipela se hace estensiva llevando su ataque á las mucosas por continuidad de tejido. Las alteraciones que sufren éstas son parecidas á aquellas de la piel: caida del epitélio, engrosamiento del dermis y del tejido submucoso produciendo placas gangrenosas.

La terminacion de la erisipela se hace generalmente por resolucion, con descamacion laminosa; suele desaparecer por delitescencia y terminar tambien por supuracion y gangrena.

La erisipela puede atacar todas las regiones, teniendo la traumática como punto de eleccion,

la lesion patogénica y la espontánea ó médica el cuero cabelludo y la cara.

En el cadáver desaparece toda señal de erisipela siempre que ésta haya sido de poca intensidad. Cuando por el contrario, su intensidad es mayor, se ha observado cuarenta horas despues de la muerte, manchas violáceas lívidas en los puntos donde existian placas erisipelatosas desprendiéndose la epidermis con más facilidad que en otras partes del cuerpo. El dermis se halla inyectado, con equímosis é infiltraciones serosas, dando á estos tegumentos una consistencia mayor.

Un corte practicado en el dermis atacado de erisipela nos muestra sus tejidos un color rojo subido, debido á la gran cantidad de vasos. Esta capa es de un grueso pronunciado, formada por sustancia gelatiniforme rojiza, que no se le puede separar ni por la maceracion y lavatorios. Las inyecciones artificiales de la piel no penetran estos tejidos.

——

En vista de las epidemias observadas de erisipela, se ha llegado á suponer la existencia de un agente infectante que poco á poco prepara sus efectos dañinos, se anida en el organismo por un tiempo más ó ménos largo constituyendo el período de incubacion. Segun la estadística de Fenestre, de treinta casos de epidemia de erisipela en el hospital Beaujon, ha podido calcular de doce horas á seis dias la duracion de este período.

Los signos precursores se manifiestan por un malestar, escalofrios, cefalalgia, agitacion, anorexias, náuseas, vómitos, diarrea, sed viva y muchas veces exitacion cerebral ó el sopor. Estos pródromos se presentan con más frecuencia en la erisipela espontánea cuya duracion varía de dos á tres dias.

Entre los pródromos se cita una tumefaccion dolorosa de los ganglios en el punto que debe desarrollarse la erisipela. Este signo se menciona desde Galeno; despues Hofmann, Borsieri, Frank, Chomel, Blandin y Grisolle lo han visto anticiparse ocho ó diez dias á la rubicundez erisipelatosa.

La erisipela se desarrolla al rededor de una herida ó en un punto cualquiera del cuerpo con una coloracion rosácea más ó ménos viva, desapareciendo á una ligera presion que se haga sobre ella. Los bordes de este exantema forman en toda su circunferencia un ligero relieve á simple vista y tacto.

Los dolores son punzantes acompañados de una sensasion seca y picante. La temperatura local

varía de uno á cinco grados más arriba de la demás superficie cutánea. La fiebre puede principiar con suma violencia, exediendo muchas veces un quebrado de los cuarenta grados. La remision matinal suele pasar de un grado. Aun cuando la temperatura descienda á la cifra normal, no implicaría la desaparicion de la enfermedad, pues la vemos reproducirse despues de muchas horas y aún de varios dias. Estas alternativas nos hacen conocer su duracion variable, quedando comprendido en general de siete á treinta dias.

El delirio es un síntoma casi constante de la erisipela cefálica, atribuyéndose á los efectos de una anemia cerebral compensatriz ó exitacion refleja, trasmitida al encéfalo y en fin á una meningitis ó trombosis de los senos.

En la erisipela interna ó de las mucosas faríngea, pituitaria, bronquial, etc., que segun los estudios de Graves, Copland, Rayer, Bouillaud, Gubler y Trousseau se propagaría del tegumento esterno y viceversa, suelen estallar con mucha frecuencia accidentes cerebrales de suma intensidad, que agravan notablemente el padecimiento pudiendo ocasionar la muerte.

La erisipela de los recien nacidos, dice Trousseau, es de regla general tome su asiento en la region umbilical y se debe en este caso á la inflamacion que subsigue á la ligadura del cordon: puede aún presentarse sobre un punto dado del tronco, ó de las estremidades donde existe una irritacion local,

en los piés por ejemplo, que se rozan con las sábanas. La enfermedad empieza por lo general de un modo benigno; pero al cabo de uno ó dos dias toma un curso rápido y determina una reaccion más ó ménos violenta, la cara se decolora generalmente, la agitacion es estremada, vómitos, diarrea, convulsiones, anuncian una terminacion rápidamente funesta.

Segun Rayer la flegmasia erisipelatosa se propaga fácilmente á los vasos umbilicales, y al peritóneo, segun Baron.

Vamos á mencionar lijeramente algunas de las diferentes variedades de erisipelas que se han estudiado, aunque las creo de poca importancia por que esta afeccion es única y en nada cambiará su estudio por más denominaciones que se le den.

Se llama fija la erisipela cuando se circunscribe á la rejion en que se manifestó en el principio.

Ambulante cuando se estiende en diferentes sentidos.

La erisipela errática es una flegmasia instable que

salta de una region á otra, recorriendo de esta manera una gran superficie.

Erisipela traumática cuando se atiende á su causa.

Erisipela biliosa-tifoidea cuando se refiere á su naturaleza.

Cuando se refiere á algun síntoma se la llama vesciculosa, gangrenosa, ulcerosa.

Se la denomina periódica cuando se tiene en cuenta su modo de propagacion.

Se designa erisipela esterna cuando se limita á la piel, é interna cuando toma su asiento en una mucosa.

Bajo el punto de vista de los fenómenos generales concomitantes se han hecho tres divisiones de esta afeccion constituyendo tres formas.

Primera: La erisipela francamente inflamatoria en la que el movimiento febril responde á las afecciones agudas vivas.

Segunda: La erisipela acompañada de trastornos gastro-intestinales y hepáticos, cuyos síntomas la constituyen vómitos, diarreas, ictericia de la piel, lengua saburrosa, etc.

Tercera: La erisipela adinámica tifoidea caracterizada por el pulso débil, intermitente, pequeño y postracion profunda.

Respecto al sitio de la erisipela mencionarémos por órden de frecuencia: la del cuero cabelludo, la de la cara, del tronco y la de los miembros, siendo tanto más grave cuanto más se aproxima á los centros nerviosos.

Se consignan en la ciencia muchos casos particulares por su sitio y modo de propagacion.

Goupil, ha observado una erisipela interna declarada en la faringe y hacerse esterna por los puntos lagrimales.

Dechambre, describe un caso más curioso aún; trátase de una erisipela interna cuyo asiento lo tenía tambien en la faringe. Ésta comenzó á propagarse y dirigirse á las trompas de Eustaquio atravesando el oido medio y conductos auditivos esternos por ambos lados separadamente, estenderse á los pómulos y por fin reunirse en la línea média de la cara. Un caso de simetría análogo al anterior en una erisipela del tronco, nos refiere Graves.

Aubrée, refiere en su Tésis un caso de erisipela que del fondo de la faringe se dirigió al esófago y estómago produciendo en el enfermo síntomas notables por su intensidad.

Por último, Gubler nos cuenta varios casos de erisipela producida en los bronquios.

Los antiguos han confundido la erisipela con otras afecciones en las cuales hallaban tumefaccion de la piel, rubicundez y calor.

Actualmente no es posible hacer esta confusion con ninguna otra de aquellas que tiene semejanza. Entre éstas se mencionan, por ejemplo: el eritema simple, el eritema nudoso, el flemon difuso, la angioleucitis.

La erisipela se distingue del eritema simple por su coloracion roja más intensa, por la eminencia de sus bordes y por su marcha invasora los cuales faltan en el eritema. Del eritema nudoso se diferencia por su asiento, sus eminencias limitadas y por sus dolores reumatóideos.

La erisipela se distingue del flemon difuso por la hinchazon dolorosa de los ganglios que se anuncia como síntoma prodrómico. La erisipela no ataca sino á la piel y su rubicundez se distingue por placas que sobresalen ligeramente en sus bordes.

La podemos distinguir de la angioleucitis por su color rojo uniforme, limitado por un relieve más allá del cual la piel conserva su color natural. En la angioleucitis el color rojo se halla dispuesto en forma de estrías, de manchas irregulares siguiendo la direccion de los vasos linfáticos.

———

El pronóstico de la erisipela ha sido para algunos autores muy benigno y para otros la consideran en general grave.

La gravedad de esta afeccion depende de su sitio y de su forma, la erisipela de la cara no debe descuidarse jamás; la ambulante suele en general presentarse muy rebelde y es gravísima la terminacion de la erisipela flemonosa cuando invade la supuracion; por último, la erisipela sintomática, la de los viejos y la de los recien nacidos siempre amenazarán un gran peligro.

Gosselin, en una estadística de setenta y tres casos de erisipela en individuos operados, cuenta treinta y dos muertos. De ciento treinta y siete casos no consecutivos á operaciones, cuenta treinta y ocho; deduciéndose de esta relacion un pronóstico más grave para la erisipela traumática que para la espontánea.

En la historia de la erisipela se hallan consignados casos dignos de llamar la atencion por el efecto favorable que determina este exantema sobre otras afecciones, disminuyendo sus síntomas ó haciéndolas desaparecer completamente.

Leman, nos cuenta varios casos. Lableér refiere la historia de un enfermo que padecía una elefantíasis enorme de los miembros inferiores y el cual curó completamente por el desarrollo de una erisipela. Fenestre, ha visto desaparecer completamente una iritis sifilítica por una erisipela de la cara que invadió sucesivamente todas las par-

tes del cuerpo. Además cita dos casos de queratitis vascular curada por la misma causa.

Más adelante consigno tambien la historia de dos casos que he visto curarse definitivamente uno, y mejorarse el otro por un tiempo bastante largo, por la invasion de la erisipela.

Pasemos á considerar ahora los diferentes tratamientos que se han empleado contra la enfermedad que nos ocupa.

Se han dividido en tres clases.

Primero: Tratamiento preventivo.

Segundo: Tratamiento general.

Tercero: Tratamiento local.

El *tratamiento preventivo,* fija su atencion en tomar ciertas precauciones contra el desarrollo epidémico de esta enfermedad.

Así pues, si se trata de hospitales en cuyos enfermos comienza á iniciarse la infeccion venenosa de la erisipela, se procurará darles el mayor es-

pacio posible retirando aquellos cuyo estado les permita salir del establecimiento sin perjuicio de su salud. Se evitará hacer las curaciones con medicamentos irritantes, como tambien suspender aquellas operaciones que no sean de gran urjencia.

Considerando que el aire es el propagador por exelencia del veneno específico, se tendrá especial cuidado de librar en lo posible á las heridas de su contacto. Para prevenirse de este caso está perfectamente recomendado el cubrirlas con una capa de colodion.

Tratamiento general. Para la erisipela no hay tratamiento especial, todos se reducen á modificar ciertos fenómenos y apreciar las indicaciones que deben llenarse.

En las erisipelas benignas donde los síntomas generales no hagan sentir su intensidad, la espectacion suele ser suficiente para su terminacion y otras veces imponiendo apénas una ligera dieta.

Cuando los síntomas generales van más allá de cierto límite comprometiendo la vida del enfermo se han aconsejado segun los casos las emisiones sanguíneas, encontrándose entre sus partidarios á Trousseau, á quien seguirémos sobre este punto.

Hemos observado el curso natural de muchas erisipelas de la cara abandonadas á sí mismas, y debemos decir que no tenemos motivos para atribuir á este método ningun accidente ni terminacion funesta.

No puede dudarse, sinembargo, que algunos casos en que la intensidad de la cefalalgia, de la inflamacion y de la reaccion febril, indicaban positivamente la sangría, se ha empleado este medio con buenos resultados, aún cuando sólo se haya conseguido aliviar los padecimientos del enfermo; pero creemos que no se haya abreviado sensiblemente la duracion de la enfermedad, ni modificado notablemente su curso.

En oposicion á estos casos, hemos observado asímismo algunas erisipelas, tratadas con abundantes sangrías, y podemos asegurar, si padeciésemos semejante enfermedad inflamatoria, y se nos precisara á elegir entre la espectacion sistemática indicada más arriba, y el método sistemático de profusas sangrías (queremos decir empleadas con exeso relativamente á las indicaciones de las dos rutinas) preferiríamos la primera.

Para el médico espectante sistemático, nunca hay indicaciones; para el sistemático activo siempre las hay; porque miéntras ve signos y síntomas, nunca deja de oponerse á ellos. Se traspasan las indicaciones de la sangría en la erisipela, cuando de su uso se quiere obtener más efectos que los siguientes: 1.° la desaparicion ó remision de algunos síntomas que son estraños al curso natural y simple de la fiebre eruptiva, y anuncian una grave complicacion; 2.° la disminucion de los síntomas inseparables de la misma afeccion, cuando por su carácter sobreagudo pueden trastornar ó

desnaturalizar sus períodos y su terminacion.

La verdadera ciencia consiste en evitar el exeso de inaccion de los partidarios de la medicina espectante, sin caer por eso en el escollo opuesto.

En casi todas las erisipelas esporádicas de la cara, cuando pasan de cierto grado de intension, que puede hacer temer varios accidentes ó una duracion y estension extraordinarias, se presentan dos indicaciones fundamentales: una, que solo pueden satisfacer las emisiones sanguíneas, y otra que exige el uso de los vomi-purgantes.

Sucede con frecuencia que, aunque se atienda á una sola, se obtiene sin más auxilio cuanto pudiera desearse; pero la dificultad estriba en la eleccion.

Por un lado se ve fiebre considerable, cefalalgia con congestion enorme, y todos los indicios de un estado inflamatorio violento. Por otro, dispepsia muchos dias ántes de la invasion, y desde esta época un elemento saburroso, estado gástrico de los más pronunciados, etc.

Si este último estado sólo se nos revela por la capa muco-biliosa de la lengua, sin que haya existido saburra gástrica anterior á la invasion de la fiebre; si el mal sabor de boca no es muy decidido, y no incluye el enfermo su insipidez y amargura entre las molestias que más le incomodan, con una sensacion de peso é indigestion, acompañada de eructos penosos, náuseas y cona-

tos para vomitar, y si al mismo tiempo son muy marcados los signos del estado inflamatorio, puede desde luego satisfacerse la indicacion originada por el último. Es probable que los vomitivos sean útiles, y que solo más adelante puedan convenir los catárticos.

Confiándolo todo á la naturaleza, se favorece algunas veces la estension de la enfermedad, que parece multiplicarse indefinidamente y fecundarse por sí misma como en las erisipelas que no son francas y se propagan al tronco en virtud de malas condiciones del sugeto; miéntras que con los evacuantes de las vias gástricas y del aparato circulatorio se puede simplificar el estado morboso, auxiliar los movimientos naturales, y facilitar esa especie de metasincrisis, que siempre se verifica más ó ménos en las afecciones febriles exantemáticas, principalmente en las que tienen apariciones periódicas, como sucede precisamente en la fiebre que nos ocupa.

Los tónicos pueden aconsejarse cuando la enfermedad tome una forma tifóidea.

Tratamiento local. La materia médica se ha agotado para prodigar á las erisipelas los medicamentos que se han hecho uso y de su enorme cifra apénas hay muy pocos que se emplean.

Cuéntanse entre éstos al éter, alcanfor, tanino, nitrato de plata, ungüento mercurial, percloruro de hierro y varios otros de poca importancia.

El colodion y la compresion por medio de ven-

dajes han obrado algunas veces favorablemente.

Se ha querido detener en su marcha la estension de la erisipela por los vegigatorios, las cauterizaciones y punciones, pero con este tratamiento del que Dupuytren y Petit eran partidarios, no se ha logrado éxito alguno, por el contrario aumenta el dolor.

Higgimbottom, dice haber obtenido muy buenos resultados cauterizando con el nitrato de plata, los bordes erisipelatosos. Larrey lo hacía por medio del hierro rojo.

Respecto al sulfato de hierro empleado mucho tambien como tópico contra la erisipela, dice Rabuteau, en su Materia Médica:

«Segun los esperimentos de Velpeau, el sulfato de hierro, aplicado tópicamente en disolucion ó pomada, es muy eficaz contra la inflamacion erisipelatosa. En ningun caso la parte inflamada ha resistido veinticuatro ó cuarenta y ocho horas á este medio. Sin embargo, la erisipela ambulante, estinguida en su principio ha continuado su desarrollo, á pesar de este tratamiento, en las regiones bañadas ó empapadas en la preparacion de hierro.

«Segun el parecer de Velpeau, este remedio es curativo y no preservativo; y para que la inflamacion erisipelatosa se modifique, es indispensable que esté completamente establecida.

«Observaciones posteriores confirman los buenos efectos del sulfato de hierro en las inflamaciones cutáneas de forma erisipelatosa, en el exantema

de Gürtel, y lo mismo en el zona, cuyos dolores ardientes calma.

« La disolucion empleada por Velpeau contiene treinta gramos de sal ferrosa por un litro de agua, empapando en ella las compresas que han de aplicarse sobre la parte afecta. En los sitios donde es difícil colocar esta clase de apósitos prescribe fricciones con una pomada compuesta de una parte de sulfato de hierro y tres ó cuatro de manteca. Despues se disminuyó la sal ferrosa por que una pomada que contenga mucha cantidad de este medicamento puede producir un eczema inútil para obtener la curacion. »

El Doctor Alvarenga, de Lisboa, fundándose en cuarenta y ocho observaciones de erisipela, del cuero cabelludo, de la cara y de los miembros, tanto limitada como ambulante, pretende que la duracion de la enfermedad tratada por medio del silicato de soda, no escede de cuatro ó cinco dias. El silicato se diluye en ocho veces su peso de agua destilada y se neutraliza cuando es ácido por medio de la sosa.

Con un pincel se estiende mañana y tarde la solucion sobre las partes enfermas y se deja secar al aire libre. Pasados cuatro ó cinco dias, cuando la fiebre, la tumefaccion y la rubicundez han disminuido, se suspende el uso del silicato y se cubren las partes afectas con algodon empapado de aceite de almendras dulces.

Dando por terminada la esposicion del trata-

miento de la erisipela vamos á ocuparnos de un enfermo que entró al Hospital General de Hombres y cuya historia y observaciones se me encomendó levantarlas.

No vamos á esponer una historia detallada del enfermo por que sería estendernos demasiado. Consideraré á grandes rasgos esta descripcion dejando á un lado apuntes de poco interés que completaban su relacion.

Historia

I

En el mes de Agosto del año 1876, entró al Hospital General de Hombres á la sala de Cirugía el enfermo Jacinto Diaz, chileno, de 30 años de edad, de temperamento sanguíneo y de una fuerte constitucion.

El enfermo presentaba las lesiones siguientes: Una luxacion escápulo humeral del lado derecho; una fractura completa de los dos huesos del antebrazo del mismo lado y una gran herida desgarrada del cuero cabelludo; su estension partía desde la elevacion frontal del lado izquierdo hasta la protuberancia occipital esterna formando un colgajo de convexidad superior.

Las lesiones físicas que dejo mencionadas fueron producidas por haber pasado las ruedas de un carro cargado de madera por las partes ya citadas.

En el trascurso de los tres primeros dias de su

estadía en el hospital, no se observó en él mas que un poco de fiebre consiguiente á la lesion traumática, un poco de dolor, sed, é inapetencia.

A los cinco dias se exajeraron estos síntomas y se agregaron el delirio, disnea, trastornos gastro-intestinales y bastante supuracion en la herida.

Al octavo dia se logró mejorar un tanto al enfermo.

Al décimo dia se presentaron nuevas complicaciones. Vino el terrible tétano á tomar su morada en los músculos de la mandíbula suprimiendo sus movimientos. Era el trismus que anunciaba al enfermo y al médico una consecuencia fatal. Pero sigamos al pobre enfermo. A los tres dias siguientes el mónstruo morboso puso sus garras de hierro sobre los músculos posteriores del cuello y dorso, produciendo el opistótonos. El enfermo hecho un arco de concavidad posterior acusaba los más vivos dolores; sus facciones contraidas daban á su fisonomía una espresion estraña (risa sardónica) característica de esta enfermedad. En esta actitud permaneció por varios dias y despues de un tratamiento constante por el ópio, hidrato de cloral, y baños de vapor, se consiguió hacer desaparecer esta contraccion tónica; pero no tardó mucho en manifestarse nuevamente cambiándose á la region anterior del tórax, constituyendo el emprostótonos. En todo este trascurso de dias la gran herida del cuero cabelludo seguia en abundante supuracion. El estado general del enfermo se agravaba cada dia más.

El emprostótonos se había hecho rebelde al tra-

tamiento anterior y permanecía el enfermo constantemente encorvado hácia adelante. No tardó mucho tiempo en volver nuevamente las contracciones á los músculos posteriores del tronco y quedar el enfermo completamente ríjido produciendo un estado de contraccion tónica que se llama ortótonos. El tratamiento por el cloral, ópio y baños calientes no cesó de administrársele desde su principio y cuando la rigidez completa se manifestó se le hicieron inyecciones hipodérmicas de curare, pero todo fué inútil, nada dió resultado esperándose de un momento á otro la terminacion de la existencia de este pobre hombre.

A los treinta y dos dias de esta enfermedad que debiera llamarse crónica se presentó su tabla de salvacion: ¡la erisipela! Tomó su asiento á los alrededores de la herida del cuero cabelludo, se dirigió paulatinamente á la region anterior del tórax estendiéndose en toda su superficie. A los dos dias de su invasion el enfermo se hallaba encorvado hácia atrás pues habia desaparecido la contraccion de los músculos anteriores del tronco. La erisipela se propagó á la espalda y en poco tiempo se hizo estensiva á toda ella.

Cuando la rubicundez, calor, dolor, y demás síntomas de la erisipela se hallaban en su mayor grado de intensidad los músculos tetanizados comenzaron á aflojarse y como consecuencia final, el tétano desapareció completamente quedando la erisipela en su terminacion.

Parece pues fuera de duda que este caso que se mostró refractario á todo tratamiento curó completamente, debido á la invasion de la erisipela.

II

Hallándome al servicio médico en un buque de guerra de nuestra marina, se me presentó el caso siguiente:

Tratábase de un marinero portugués, de treinta y cinco años de edad, temperamento linfático y constitucion regular.

Abreviando sus antecedentes que forman su historia muy larga, diré que padecía de una elefantíasis del escroto. Durante dos años, segun refiere el enfermo, estuvo bajo un severo tratamiento médico sin conseguir resultado favorable alguno. Pasaron dos meses de abandono completo sin hacerse remedio alguno, hasta que por primera vez se puso bajo mi asistencia. Durante tres meses estuvo sometido á todos los medios más recomendables que se aconsejan para esta enfermedad sin conseguir absolutamente ninguna mejoría. Al poco tiempo contrajo una blenorragia la cual determinó una orquitis de la misma naturaleza. Más tarde se declaró un fímosis. Practiqué la operacion que se aconseja en este caso; á los tres dias sobrevino un edema considerable en el miembro; practiqué algunas escarificaciones y

PROPOSICIONES ACCESORIAS

—

Anatomía. Cuáles son los órganos que forman el periné.

Patología general. En qué casos se observa el pulso venoso.

Materia Médica y Terapéutica. Accion fisiológica y efectos terapéuticos del opio.

Patología externa. Clasificacion, curacion espontánea y tratamiento de los aneurismas.

Medicina legal. En virtud de qué derecho la sociedad secuestra á los enajenados.

Clínica Médica. Tratamiento del cólera mórbus epidémico.

Clínica Quirúrgica. Diagnóstico diferencial de los tumores del testículo.

Oftalmología. Division, causas y tratamiento de las queratitis.