Año 1903 N.° 1366

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

ERISIPELA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANTONIO ESTEVEZ

Ex-practicante del Hospital S. Roque, de la Asistencia Pública y del Patronato de la Infancia

BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA, Imp. de Obras de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1903

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. PEDRO LAGLEYZE

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
" " JOSÉ T. BACA
" " RAFAEL HERRERA VEGAS
" " JACOB DE TEZANOS PINTO
" " EUFEMIO UBALLES
" " JUAN R. FERNANDEZ
" " ENRIQUE E. DEL ARCA
" " PEDRO N. ARATA
" " MANUEL BLANCAS
" " ROBERTO WERNICKE
" " PEDRO LAGLEYZE
" " JOSÉ PENNA
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTÓN
" " GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
" " EDUARDO WILDE
" " MARTIN SPUCH
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDMUNDO NOCARD
" " EMILIO R. CONI
" " OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENÓN AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	„ Jaime R. Costa
Química Médica	„ Atanasio Quiroga
Botánica Médica	„ Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	„ Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	„ Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	„ Juan José Naon
Patología General y ejercicios clínicos	„ Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	„ Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	„ Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	„ Telémaco Susini
Bacteriología	„ Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	„ Enrique Revilla
Materia Médica y Terapéutica	„ Justiniano Ledesma
Patología Externa	„ Obdulio Hernandez
Medicina Operatoría	„ Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica	„ Enrique Bazterrica
„ Oto-rino-laringológica	„ Eduardo Obejero
„ Dermatológica y Sifilográfica	„ Baldomero Sommer
„ Epidemiológica	„ José Penna
„ Quirúrgica	„ Julian Aguilar
„ Neurológica	„ José M. Ramos Mejia
„ Médica	„ Luis Güemes
„ Médica	„ Francisco A. Sicardi
„ Oftalmológica	„ Pedro Lagleyze
Patología Interna	„ Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	„ Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	„ Antonio C. Gandolfo
„ Médica	„ Gregorio N. Chaves
„ Obstétrica	„ Samuel Molina
Toxicología Experimental	„ Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	„ Manuel Blancas
Clínica Médica	„ Abel Ayerza
„ Genito-urinaria (hombres)	„ Federico Texo
„ Psiquiátrica	„ Domingo Cabred
„ Quirúrgica	„ Vacante
„ Obstétrica	„ Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. GREENWAY
Física Médica	„	JUAN JOSE GALIANO
Química Médica	„	FRANCISCO B. REYES
Botánica Médica	„	ROBERTO S. KOLBE
Química aplicada á la Medicina	„	FRANCISCO P. LAVALLE
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva	„	JUAN D. PIÑERO JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Patología General y ejercicios clínicos	„	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ FRANCISCO LLOBET
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADÍA MARCELO VIÑAS
Bacteriología	»	JUAN CÁRLOS DELFINO LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	„	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	„	ENRIQUE E. DEL ARCA ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	„	NICOLÁS REPETTO (en ejer.) LEANDRO V. VALLE
Clínica Ginecológica	„	ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
„ Oto-rino-laringológica	,	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
„ Dermatológica y Sifilográfica	„	M. ABERASTURY
Patología externa	„	PASCUAL PALMA DANIEL J. CRANWELL
Patología interna	„	VACANTE
Clínica Oftalmológica	„	FRANCISCO C. BARRAZA TEÓFILO A. MORET
Clínica Médica	„	PATRICIO FLEMING
„ Epidemiológica		VACANTE
„ Quirúrgica	„	JUAN B. JUSTO ENRIQUE CORBELLINI
„ Neurológica	„	JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
„ Médica	„	RICARDO COLON
Medicina Legal	,	DOMINGO S. CAVIA PEDRO BARBIERI (en ejer.)
Clínica Quirúrgica	„	DIÓGENES DECOUD
Clínica Médica	„	JULIO MENDEZ IGNACIO ALLENDE
Clínica Obstétrica	,	FANOR VELARDE ENRIQUE A. PARDO
Toxicología Experimental	„	J. ALBA CARRERAS
Clínica Pediátrica	„	FACUNDO LARGUÍA ANTONIO F. PIÑERO
„ Médica		VACANTE
, Génito-urinaria (hombres)	„	PEDRO BENEDIT (en ejer.)
„ Psiquiátrica	„	BENJAMÍN T. SOLARI JOSÉ T. BORDA
„ Quirúrgica		VACANTE
„ Obstétrica	„	ENRIQUE ZARATE

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.	Dr.	ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada . . .	„	MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal . . .	„	JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia .	„	PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica) .	„	J. MANUEL IRIZAR
Higiene	„	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica . . .	„	ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas . .	„	J. MANUEL IRÍZAR

Asignaturas		Cated. sustitutos
Botánica sistem aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Química inorgánica aplicada.....		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)...		VACANTE
Higiene.....		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica.....		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas.....		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. .	Dr. JUAN R. FERNANDEZ
Partodistócico y Clínica Obstétrica . .	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer.
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas		Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología, . . .	Dr.	LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	„	NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología, ...	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE

PADRINO DE TESIS

Académico titular

Doctor JOSÉ PENNA

A MIS PADRES

A MIS PADRES

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Cumpliendo con la última prueba que el Reglamento de la Facultad exije, presento á vuestra consideración este corto trabajo inagural. No tiene otra cosa original que algunas observaciones que he podido hacer en la Casa de Aislamiento.

Me ha parecido oportuno escribir algunas consideraciones sobre la erisipela, por tratarse de casos curados por el suero Marmorek, tratamiento que se ha empleado con resultados bastante satisfactorios en la Casa de Aislamiento.

Al abandonar las aulas debo manifestar mi agradecimiento á los Señores Profesores en general, por las sabias lecciones recibidas.

Al Académico Dr. José Penna que me hace el honor de acompañarme en este acto, mi sincera gratitud.

Etiología y patogenia

La erisipela es una enfermedad aguda, infecciosa, febril, caracterizada por la tumefacción, rubor, dolor y calor de los tegumentos, teniendo una marcha progresiva y estando limitado el proceso por un reborde bien marcado.

Etiología y patogenia.—Es una enfermedad producida por un micro-organismo especial, el estreptococo de Fehleisen, que por la multiplicación en el dermis de la piel y de las mucosas trae las alteraciones que caracterizan la erisipela.

Es un microbio que se dispone en cadenas, mas ó menos grandes, que se multiplica por división y que segun los medios de cultivos llega á veces á formar cadenas de treinta y cuarenta elementos.

Todos los medios son buenos para su desarrollo, siendo una condición indispensable, la alcalinidad ó neutralidad del mismo, pues la más lijera acidez, basta para perturbar su desarrollo. El oxígeno libre no es necesario, y las culturas anaerobias son más abundantes que las desarrolladas al contacto del aire. La coloración es fácil con la mayor parte de los colorantes de anilina.

Los animales más sensibles son el conejo y cobaye, siendo el primero el que se elije de preferencia y en el cual es posible reproducir de una manera típica la erisipela.

No solo es el causante de la erisipela, sino de muchas otras enfermedades, asi lo encontramos en ciertas endocarditis; en flemones, en ciertas anginas llamadas á estreptococos y es tambien el causante de la fiebre puerperal. Como huésped casi constante lo encontramos en la boca normal, en las fosas nasales, en la faringe etc.

La erisipela es una enfermedad contagiosa, sin embargo la propagación es difícil, porque es necesario que haya un contagio inmediato ó mediato. Asi se explica que las epidemias de erisipela queden reducidas á una sala de hospital ó á la clientela de un médico ó partera que no tienen los cuidados de antisepsia necesarios, pues generalmente son instrumentos de cirujía, lienzos etc., los encargados de llevar los gérmenes de un enfermo á un indivíduo sano. Pero además del gérmen son necesarias otras condiciones para que se produzca la enfermedad: que haya una solución de continuidad de la piel ó mucosas y que el terreno se encuentre preparado y le oponga poca resistencia á la multiplicación del gérmen. De otra manera tendriamos que las personas que estan en contacto con enfermos de erisipela, de fiebre puerperal, etc., estarían enfermos con mucha más frecuencia.

La erisipela puede producirse expontáneamente fuera de todo contagio, debiéndose este hecho á la

exaltación de la virulencia de los mismos estreptococos que normalmente se encuentran en el organismo.

La enfermedad puede adquirirse de una enferma atacada de fiebre puerperal, hecho de observación muy frecuente.

La erisipela es una afección que no respecta edades ni tampoco sexos, desde los primeros días de la vida hasta la edad más avanzada pueden observarse enfermos de erisipela.

En lo que se refiere al sexo, se han hecho estadísticas que demuestran que las mujeres son más atacadas que los hombres, mientras otras demuestran que no hay ninguna diferencia, que los dos sexos son igualmente predispuestos.

En la estadística levantada en la Casa de Aislamiento desde el año 1888 hasta 1902, en 644 casos de erisipela han sido 210 mujeres. En lo que se refiere á la edad, en dicha estadística predominan los adultos de 20 á 45 años. En los niños la causa más frecuente de erisisipela es la vacuna, favoreciendo el gratage la infección de la piel irritada por las pústulas de la vacuna.

La influencia del clima, lo mismo que las profesiones no tienen ninguna importancia. Parece que las estaciones del año tienen su influencia por observarse más casos en invierno y otoño que en otras épocas del año.

La cara es más atacada que otras regiones, debido tal vez á que está más expuesta á las influencias esteriores y además á las lesiones tan frecuentes de la

nariz, oído, etc., que son verdaderos focos de estreptococos que esperan una condición favorable para invadir la piel ó las mucosas vecinas. Así de 437 casos, 344 han sido de la cara, 109 de miembros y 4 del tronco.

Sintomatología

Se ha comparado la erisipela á una fiebre eruptiva y se distinguen así cuatro períodos: incubación, invasión, estadío y declinación.

Incubación.—Es un periodo difícil de determinar con precisión porque entre el momento del contagio y el de penetración del germen puede transcurrir un tiempo variable en cada caso.

En las experiencias hechas en el conejo la incubación ha variado entre 36 y 48 horas; en el hombre, las inoculaciones hechas con un fin terapéutico este período ha sido de varias horas á varios días (15 á 20 días). Este período debe variar necesariamente con la virulencia del microbio y la resistencia del organismo que se opone á la infección.

Invasión.—En este período se deben distinguir síntomas generales y locales. Entre los primeros tenemos, los que son comunes á casi todas las enfermedades infecciosas: malestar general, anorexia, náuseas y hasta vómitos alimenticios y biliosos.

El escalofrío es un síntoma que pocas veces falta, estalla bruscamente y es por lo general único; á veces, sin embargo, está formado por varios de poca

intensidad. Dura breves instantes, pero llega á durar una hora, como se observa en los casos graves. A este estado de frío sucede lo más común, un estado de calor. La temperatura se eleva desde el principio y llega á 39°5 y 40° algunas horas después del escalofrío.

Mientras tanto aparecen las manifestaciones locales que llaman la atención sobre alguna parte del cuerpo. Si hay alguna herida los bordes se separan, se ponen rojos, dolorosos. Si hay supuración se detiene, la secreción se hace serosa, sero-sanguínea y á veces hasta llega á hacerse fétida. Por lo general, es que la erisipela se localiza en la cara, apareciendo al nivel del ángulo interno del ojo, de los orificios nasales ó sobre la mejilla una pequeña tumefacción roja y muy dolorosa á la presión.

Los caracteres de esta placa se hacen bien netos veinte y cuatro ó treinta y seis horas después del escalofrio. Una vez constituida la placa aumenta rápidamente y puede en poco tiempo invadir toda la cara ó un miembro. Hay un síntoma que según algunos autores precede de varios días las manifestaciones cutáneas y es el infarto ganglionar. Según Trousseau, los síntomas locales preceden á los generales y si los enfermos no lo manifiestan así es porque son tan poco molestos y poco intensos que pasan desapercibidos en la mayoría de los casos y recuerdan tan solo las manifestaciones más ruidosas como el escalofrio.

Al nivel de la placa notamos todos los síntomas de

la inflamación más ó menos marcados según las regiones.

El color es más ó menos rojo, variando con los individuos, así aquellos que tienen piel fina y muy blanca la coloración no es tan intensa. Lo mismo sucede en las personas anémicas.

En el cuero cabelludo la coloración es blanca azulada, salvo en los casos de calvicie que es roja.

El rubor desaparece bajo la presión, para reproducirse inmediatamente después.

La temperatura local es de uno, dos y á veces hasta tres grados más elevada que las partes vecinas.

La tumefacción es más ó menos grande, segun las partes atacadas. En aquellas regiones cuya piel es fina y el tejido celular es laxo, como pasa en los párpados, la tumefacción es considerable, produeiendo la oclusión de los ojos. Por el contrario en aquellas regiones de piel gruesa, de tejido celular compacto el edema es poco, pero hay gran tensión de los tejidos que dá al tacto una sensación especial de resistencia.

A la periferia de la placa existe una elevación muy marcada, sensible á la vista y al tacto, que sirve de límite entre las partes sanas y las partes enfermas de la piel y al mismo tiempo de zona de crecimiento ó propagación. Afecta la forma de una línea circular y después se hace sinuosa.

El dolor es otro de los síntomas. Al principio solo es ligero escozor, pero después el dolor aumenta, y se parece al producido por una quemadura. La presión

lo exagera considerablemente, y este hecho puede servir para limitar, en regiones como el cuero cabelludo, en el cual la erisipela es muy poco sensible á la vista.

Se forman debido á la gran tensión de la piel, vesículas y hasta flictenas llenas de un líquido citrino al principio, y después purulento, se rompen y dejan ulceraciones que expontáneamente cicatrizan. La placa se estiende de una manera continua, así es de regla que la erisipela de la frente invada el cuero cabelludo.

Al cabo de cinco ó siete días entra en su faz de declinación, desaparece el rubor y la tensión en un tiempo variable.

La descamación empieza después, haciendose furácea al principio y después en grandes escamas.

El estado general es más ó menos malo, según la extensión del proceso. Sin embargo, no siempre hay relación, porque se trata de individuos debilitados ó alcoholistas, cuyo pronóstico es siempre sério.

Hay delirio casi siempre en la erisipela de la cara y es de regla que exista en la del cuero cabelludo. Se observa desde una simple agitación hasta accesos de furor. Es casi siempre de orígen alcohólico, otras veces es tóxico. El delirio debido á complicaciones meníngeas es el menos frecuente por ser una complicación sumamente rara.

La temperatura se eleva con el escalofrio, de un modo brusco y violento, llegando en algunas horas

á 40°, 41° y aun 41°5, al cabo de varios días, que es generalmente su máximun.

La curva presenta remisiones de algunos décimos de grado, siendo raro que la temperatura baje de 39°. La desfervecencia se hace por crisis ó por lisis, que es la forma más frecuente.

Sin embargo, no siempre la marcha de la temperatura es tan regular, pues á veces presesenta una forma casi intermitente, es decir, que presenta grandes oscilaciones cotidianas, que producen diferencias de 2° y 3°. En otros casos afecta un tipo de grandes oscilaciones, desciende por la mañana á 37° ó 37°5 y se eleva por las tardes á más de 40°. La marcha de la temperatura no presenta carácter definido, á pesar que hay autores como Sorel, que ha descripto varios tipos de fiebre en la erisipela, la mayoría reconoce que afecta una gran irregularidad.

Cuando la erisipela termina por la muerte, la curva es todavía más irregular, y se debe esto á que la terminación fatal es casi siempre debido á una infección agregada ó una lesión visceral que influyen sobre la curva térmica.

La erisipela sin fiebre que citan algunos autores, ha sido puesta en duda por otros, creyendo que se trata más bien de errores de diagnóstico ó en el modo de tomar la temperatura.

Las orinas disminuyen de cantidad, son oscuras y contienen frecuentemente albúmina, aunque generalmente en pequeña cantidad durante el período de es-

tadio y en la convalescencia, pero no persiste mucho tiemqo después de la curación.

Estas alteraciones se deben á las tóxinas que se eliminan por el riñón, ó bien son lesiones puramente congestivas; el pasaje del estreptococo ha sido muy rara vez observado.

La erisipela puede ser el punto de partida de una nefritis crónica que termine por la muerte al cabo de varios años.

Sangre.—La sangre se encuentra alterada física y químicamente. La cantidad de glóbulos rojos disminuyen durante la enfermedad, llegando á tener 500.000 y aun un millón menos que la normal por milímetro cúbico. Esta disminución sería al empezar la convalescencia compensada por una verdadera crísis hematopoyética.

Los gióbulos blancos tambien se encuentra disminuído en número, pero relativamente á los rojos, se encuentran en una proporción igual ó mayor que en la sangre normal.

La cantidad de fibrina es superior á la normal. Mucho se ha discutido la presencia del estreptococo en la sangre; sostienen algunos que siempre existe en ella, mientras que otros sostienen lo contrario, es decir que la erisipela es una enfermedad puramente local y que las manifestaciones generales se deben exclusivamente á los productos tóxicos que elabora el agente específico en el punto de inoculación.

La verdad parece encontrarse entre estas dos opiniones extremas.

En la erisipela benigna ó de mediana intensidad, en personas en buenas condiciones de resistencia, la lesión parece quedar limitada á la piel, y la sangre queda absolutamente indemne.

La presencia del estreptococo en la sangre es más bien un accidente ó una complicación en las erisipelas graves ó en sujetos que ofrecen poca resistencia, por las enfermedades anteriores, estado constitucional etc.

Se demuestra la presencia del estreptococo, por medio de cultivos ó por las complicaciones que pueden producirse en órganos lejanos y que no podría explicarse sino por una infección sanguínea. Lo mismo la presencia del microbio en las orinas, confirmaría la septicemia. Esta investigación, es sin embargo difícil, por la presencia de diversos organismos que se desarrollan en las orinas y que microscópicamente se parecen, y el único medio que podría atestiguar esa presencia, serían las inoculaciones en el conejo.

Corazón.—Este órgano puede ser atacado en la erisipela tanto sus serosas como el mismo músculo.

Parece que el miocardio no es tan sensible á la acción del estreptococo como á otros agentes infecciosos. Sin embargo no es tan excepcional la miocarditis como algunos autores pretenden.

Es una complicación casi siempre mortal, manifestándose por la debilidad y frecuencia del pulso, tendencia al síncope, embriocardia, y el enfermo sucumbe rápidamente.

La inflamación del pericardio en la erisipela puede dar lugar á pericarditis seca ó con derrame.

La primera forma es mas benigna y se caracteriza únicamente por frotes, difíciles de diferenciar de los soplos de endocarditis que casi siempre existen conjuntamente.

La pericarditis con derrame existe con más frecuencia, es casi siempre secundaria á una lesión pleural, haciéndose la propagación de la afección por intermedio de los linfáticos. El derrame es sero fibrinoso, otras veces es turbio, pero rara vez es purulento y en muy pocos casos se ha observado líquido hemorrágico.

Siempre se ha encontrado el estreptococo en los líquidos provenientes del derrame.

En la endocarditis encontramos dos formas, una que se parece á la reumática y la otra es una endocarditis infecciosa. La primera es benigna, la segunda es mortal. La localización más frecuente es en el orificio mitral, dando lugar á insuficiencias que desaparecen en la mayoría de los casos, sin dejar rastros, pero que á veces suelen pasar al estado crónico.

No se sabe todavía como se producen estas lesiones, sosteniendo algunos autores su naturaleza tóxica y otros que se producen por la localización del mismo agente infeccioso.

Formas clínicas

Se consideran distintas formas de erisipela según se tenga en cuenta la intensidad de los síntomas generales ó las modificaciones locales ó progresión de la placa.

Por los síntomas generales debemos considerar la forma tifoidea ó adinámica. Se caracteriza por tener el enfermo, escalofríos repetidos é intensos; la temperatura se eleva progresivamente alcanzando á 40.° y aun 41.°5; el pulso se hace frecuente, pequeño y sumamente depresible; hay gran postración y las fuerzas se pierden por completo.

La albuminuria es abundante y la orina es escasa. Las pertubaciones digestivas son intensas, hay diarrea fétida, vómitos incoercibles al punto de no permitir ni la alimentación del enfermo. La lengua es seca, los lábios fuliginosos.

El delirio es tranquilo, alternando con la postración y somnolencia, sobreviene por último la pérdida del conocimiento, la incontinencia de las materias fecales y de la orina, muriendo el enfermo al cabo de seis ú ocho días en colapsus, en la mayoría de los casos.

Esta forma se observa en los individuos cuya resis-

tencia orgánica se encuentra sumamente disminuida, aun cuando se han visto casos que parece ser debido á una virulencia especial del agente patógeno.

Podemos considerar como otra forma clínica, la erisipela gangrenosa, que sin embargo es más bien un accidente, en la evolución de la enfermedad.

Podemos distinguir dos formas, una de origen puramente mecánico, que se caracteriza por su localización siempre idéntica: párpados, escroto, pene. Esta gangrena se debe á la estructura anatómica de la piel, se trata de regiones dotadas de piel fina y delgada y cuyo tejido celular laxo, está formado por mallas anchas, por donde pasan los vasos destinados á la nutrición de la piel. La tumefacción que se produce durante el período de estadio de la enfermedad, dá por resultado, por compresión de los vasos, la anemia y consecutivamente la mortificación del tejido. Aparece la gangrena hacia el tercer ó cuarto día de la enfermedad y toma el aspecto de una placa blanca, que después se pone negra y cae, dejando una cicatriz superficial que rápidamente cura y trae pertubaciones en muchos casos, por su retracción, como pasa en los párpados. Es un accidente que se observa en individuos que presentan un estado de nutrición muy malo ó tienen tendencia á la gangrena, como pasa en los diabéticos.

La otra forma de erisipela gangrenosa, aparece más tardíamente hacia el 5.º y aun 10.º día de la enfermedad en cualquier región de la piel, pero siempre en las partes atacadas por la erisipela ó en sus límites.

La gangrena aparece bajo forma de manchas ne-

gras, húmedas, insensibles, que no se extienden pero que aumentando de número pueden unirse por sus bordes y adquirir así grandes dimensiones.

No se sabe á que atribuir estas alteraciones en la erisipela, creyendo algunos, que se debe puramente á alteraciones vasculares producidas por el mismo estrepcoco y otros que se debe á la asociación de otros agentes infecciosos.

Es una forma rara, que no es difícil diagnosticar, porque se vé en los casos de erisipela ya confirmada. Se encuentra esta forma, en individuos que llevan una enfermedad orgánica como diabetes ó bien son alcoholistas crónicos.

Por la marcha de la placa se han creado muchas formas Tenemos la serpeginosa que se caracteriza por extenderse en forma de placas confluentes á bordes irregulares. Se observa más frecuentemente en los miembros inferiores.

La ambulante, que se extiende formando placas, que rápidamente abandonan las partes atacadas para aparecer en otros puntos sanos; es una forma grave por la extensión considerable que á veces toma, aun cuando siempre es superficial.

La errática que se caracteriza, por constituir placas aisladas entre sí, al parecer separadas por piel sana, pero que una inspección atenta permite ver los medios de unión de una placa á otra, formados por líneas rojizas que no son más que linfáticos de la piel.

Los caractéres físicos de la placa han dado lugar tambien á la creación de nn gran número de formas.

Tenemos primero la erisipela blanca, que no se observa nada más que en los caquécticos y que consiste en una tnmefacción dolorosa, sin rubor, pareciendo más bien que se trata de edema; es una forma rara y en los casos que se han observado, se ha demostrado la presencia del estreptococo.

Erisipela á repetición. — No hay otra enfermedad infecciosa aguda, que tenga más tendencia á recidivar, como la erisipela. Entre un ataque y otro pasan pocos días, otras veces pasan meses y aun años. En el primer caso algunos autores sostienen, que no hay recicidiva sino recaída; los síntomas generales han desaparecido, la temperatura ha descendido por completo, la descamación se ha hecho por completo, cuando un nuevo escalofrío estalla y la región anteriormente atacada lo es de nuevo pero los síntomas tanto generales como locales son más atenuados y desaparecen tambien más rápidamente.

La erisipela á repetición propiamente, se caracteriza por el gran número de veces que un mismo indivíduo es atacado; esta forma tambien su principio es brúsco, la extensión se hace con rápidez á las partes que frecuentemente son atacadas. Los síntomas generales son muy atenuados, disminuyendo cada vez mas, á medida que aumentan los ataques, al punto de haber enfermos que no sufren mayores molestias, que le impidan dedicarse á sus ocupaciones. Causas al parecer banales, como temores, pertubaciones digestivas, pueden ser causa de recidiva. Pero ninguno tan frecuente como la menstruación, al punto de llamársele erisipela

catamenial, por su coincidencia con las reglas, en la mayoría de las veces.

No se explica satisfactoriamente todavía, esta coincidencia, y á veces hasta la sustitución de las reglas por una erisipela. Algunos sostienen que durante el período menstrual se producen vesículas de herpes que fácilmente sirven de puntos de inoculación; otros creen que se trata de perturbaciones nerviosas, que favorecen la recidiva.

Lo general es que estos enfermos lleven, alguna lesión de la piel, como placas de eczema, fístulas, úlceras etc., ó bien lesiones mucosas, como dacroscistitis, rinitis etc., explicándose entonces la nueva infección por los estreptococos que se encuentran en esos puntos, y que en un momento dado, aumenten de virulencia ó el organismo disminuya la resistencia que normalmente se opone á la infección.

Erisipela de las mucosas.—Todas las mucosas pueden ser atacadas por el estreptococo. Las más frecuentemente, lo son la del aparato digestivo y respiratorio.

Mucosa digestiva.—En la cavidad bucal existen constantemente estreptococos que pueden en un momento dado adquirir suficiente virulencia y penetrar al través de alguna pequeña solución de continuidad del revestimiento epitelial en el dermis de la mucosa. Sin embargo la erisipela bucal es muy rara vez primitiva, generalmente es secundaria á una de la cara ó de la faringe y los síntomas son en este caso poco in-

tensos y hasta en muchos casos pasan desapercibidos. Cuando la erisipela bucal es primitiva, se produce una tumefacción muy violenta y dolorosa de la cara interna de la mejilla y lengua. Se forman flictenas que rompiéndose dejan ulceraciones que cicatrizan con dificultad.

Faringitis y angina. — Esta localización es la más común. La enfermedad empieza por escalofríos violentos, la temperatura se eleva alcanzando á 40°; los ganglios submaxilares se infartan y se ponen dolorosos desde el principio. Los síntomas locales se manifiestan por la tensión y el rubor de la mucosa que recubre el velo del paladar, úvula, pilares, etc.

Los síntomas funcionales son muy marcados, hay incomodidad y dolor á la deglución.

La terminación más frecuente es la resolución, pero hay casos que se forman abscesos y traen graves trastornos funcionales.

Las otras localizaciones en la mucosa del resto del tubo digestivo (esófago, estómago, etc.) no tienen síntomas propios, sino que son comunes á las enfermedades inflamatorias de estas vísceras, lengua saburral, inapetencia, vómitos, diarrea, etc.

Aparato respiratorio.—La mucosa nasal es la más frecuentemente atacada por la erisipela, debido á las escoriaciones que tan comunmente se encuentran en ella y á la existencia del estreptococo en ese punto ó la faringe que tan estrechas relaciones tiene con las fosas nasales. Lo general es que se propague á la ca-

ra por los orificios nasales ó por las vías lagrimales.

Puede quedar localizada en las fosas nasales, presentando entonces los síntomas de un coriza sumamente intenso: dolor local, cefalalgia, secresión serosa al principio, después muco-purulenta y llega á veces hasta ser hemorrágica. Hay adenitis cervical que produce regídez de la cabeza y dolor de las partes laterales del cuello á la presión.

Los síntomas generales son graves, la temperatura llega á 40° y 41°; hay delirio y albuminuria.

La gravedad de esta localización se debe á la posible propagación á los senos etmoidales, frontales, etc.

Laringitis erisipelatosa. —Puede ser primitiva ó secundaria.

La primitiva se caracteriza por empezar por una tumefacción de la mucosa de la base de la lengua y después se extiende á los repliegues ariteneo-epiglótico.

Vá acompañada de disfagia más ó menos marcada, después de disnea intensa que aumenta y disminuye con gran frecuencia, siguiendo la evolución de la enfermedad. Los síntomas generales son muy intensos. La mucosa es brillante, de un color rojo intenso y á veces hay ligeras ulceraciones.

La afección puede evolucionar como una enfermedad local y entonces su gravedad se debe á los fenómenos de estrechez de la glotis que determina ó bien se acompaña de accidentes generales graves propios de una infección estreptococica. Puede también

supurar constituyendo el flemón infeccioso de la laringe.

Erisipela ae la traquea y bronquios.—La mucosa de la tráquea y de los bronquios es atacada por la erisipela consecutivamente á la mucosa laríngea no tienen síntomas propios y sirven como pasaje de la erisipela al pulmón.

Erisipela del pulmón.—El pulmón puede ser atacado secundariamente á una erisipela de la laringe ó tráquea ó primitivamente en los individuos ya enfermos de erisipela de cualquier parte del cuerpo pero sobretodo de la cara.

Los síntomas son bastante insidiosos. El escalofrio inicial falta, hay punzada de costado en algunos casos, pero siempre es poco intensa. La temperatura no se eleva mucho más de 39° llegando sin embargo á 40° y 41° á veces. La mayoría de las veces lo único que llama la atención de parte del tórax, es la disnea progresiva.

Anatomía patológica

La erisipela es sobretodo una enfermedad del dermis, localizada al principio al cuerpo papilar determina secundariamente lesiones de parte de la epidermis y del tejido celular subcutáneo.

Las lesiones del dermis como lo han demostrado los trabajos de Fehleisen, Cornil, Metchnicoff, están constituidas por exudados serofibrinosos, por leucocitos salido de los vasos por diapedesis y por la multiplicación de las celulas del tejido conjuntivo.

Al principio de la enfermedad la serosidad es muy abundante y distiende las mallas del tejido conjuntivo. También abundan, sobretodo al rededor de los vasos, leucocitos. El estreptococo, formando cadenas de seis á doce elementos, se encuentra diseminado en gran abundancia en el líquido exudado.

En el período de estadía los elementos figurados, sobretodo los leucocitos aumentan de número al punto de llenar casi completamente los espacios conjuntivos. En cambio los estreptococos emigran á los capilares línfaticos y se aglomeran en el orígen de estos vasos.

En el período de declinación el líquido ha casi com-

pletamente desaparecido por reabsorción, no quedando más que los elementos celulares leucocitos y celulas fijas que llenan las mallas del dermis.

Los estreptococos han casi completamente abandonado las mallas del dermis, para formar pequeñas aglomeraciones en el interior de los vasos linfáticos. Las lesiones de la epidermis, se deben á las alteraciones del dermis, que dan lugar á la descamación y no á la acción directa del estreptococo.

Las celulas epidérmicas, debido á la irritación del cuerpo mucoso por la presión del líquido exudado, no pueden cumplir su evolución, no se cargan de eleidina, no keratinizan y así no tienen suficiente resistencia y caen sin haber recorrido las fases de evolución normal, formando grandes escamas.

Las alteraciones del tejido celular subcutáneo varían con el espesor y con las regiones. Así en aquellos puntos que es muy compacto ó muy adherente la infiltración y las alteraciones celulares son muy pocas. Por el contrario en regiones que es muy laxo como en los párpados, escroto, ect., se produce un edema considerable.

Los capilares sanguíneos están dilatados, llenos de glóbulos rojos, pero no se observan en su interior la presencia de estreptococos.

Los vasos linfáticos se dilatan se llenan de elementos celulares y estreptococos englobados por los leucocitos que rápidamente los destruyen, como Achalme lo ha demostrado.

Diagnóstico

Antes que se manifiesten las lesiones cutáneas el diagnóstico de la erisipela es difícil, puesto que los prodromos son comunes á casi todas las enfermedades infecciosas, solamente podría hacer sospechar la enfermedad, la tumefacción de los ganglios linfáticos correspondientes al territorio que más tarde va á ser invadido por la afección.

Con la aparición de los síntomas cutáneos el diagnóstico se hace más fácil, sobre todo si se observa con nitidéz el reborde más ó menos grande que rodea la placa erisipelatosa.

Algunos eritemas causados por sustancias irritantes, como fenol, tintura de árnica, etc., dan lugar á confusiones, pero se podrán diferenciar de la erisipela, por no tener la piel edematosa, por la falta de reborde y sobre todo por los antecedentes.

El eritema solar, puede en los casos muy intensos simular la erisipela, sin embargo, se podrá evitar la confusión, teniendo en cuenta que solamente son atacadas todas aquellas partes del cuerpo que se hallan descubiertas y después por los antecedentes del caso.

La pústula maligna de los párpados; puede dar lu-

gar á grandes errores, confundiéndola con la erisipela gangrenosa. Se distingue por el rubor menos intenso, el edema más blando, los síntomas generales al principio menos intenso y por los caracteres típicos de la pústula que aparecen al poco tiempo. Sin embargo en muchos casos el diagnóstico solo se hace por el análisis bacteriológico.

La erisipela de las mucosas es difícil en general hacer el diagnóstico, siempre que no vaya precedida ó seguida por alguna erisipela de la piel, puesto que los síntomas de rubicundez, tumefacción de las mucosas, lo mismo que los síntomas generales no tienen nada de característico.

Pronóstico

Para hacer el pronóstico de un enfermo de erisipela hay que tener en cuenta, el estado general, su edad y la forma clínica.

Los individuos jóvenes, fuertes y que no han sufrido enfermedades anteriores curan fácilmente.

Los niños de baja edad sucumben en su mayoría; los viejos mueren también con frecuencia.

Los enfermos crónicos, del corazón, riñón, hígado, de diabetes, es una manera frecuente de terminar, por erisipela.

Pero los mismos enfermos en buenas condiciones de nutrición sucumben, debido á la virulencia especial del germen ó bien por las complicaciones que produce septicemia, miocarditis aguda, etc.

Teniendo en cuenta la forma clínica, debemos considerar como la más grave, por la cual los enfermos sucumben en la mayor parte, la tifoidea. Ciertas localizaciones mucosas, como la laríngea y bronquial, son de un pronóstico sumamente grave.

El medio en que viven los enfermos tiene en el pronóstico grandísima importancia, así en los hospitales, prisiones, donde la aglomeración favorece la

propagación y donde la viciación del aire unido á las malas condiciones de nutrición, hacen que fácilmente adquiera mayor virulencia el gérmen.

La división de erisipela en quirúrgica y médica, no tiene para el pronóstico la importancia que se le daba antiguamente, cuando estallaba epidémicamente en las salas de cirugía, puesto que tan fácilmente se cura una como otra.

Tratamiento

Profilaxia.—Los progresos de la asepsia y la antisepsia ha arrojado de los servicios de cirugía las epidemias de erisipela.

Se impone el aislamiento de los enfermos de erisipela, por más que el contagio no es tan fácil.

Los individuos predispuestos á la «erisipela habitual» deben observar muchas precauciones. Como generalmente padecen de catarro nasal crónico, de dracroscistitis, etc., es necesario tratar de curar estas lesiones y hacer también un tratamiento profiláctico, por medio de una asepsia y antisepsia lo más com pleta de las fosas nasales, faringe, etc.

El tratamiento de la erisipela ha sufrido en todos los tiempos la influencia de las doctrinas reinantes en terapéutica.

Es incalculable la serie de recursos que contra ella se han propuesto y que han sido poco á poco abandonados.

La dificultad de encontrar un remedio eficaz contra la erisipela consiste en que la erisipela es una enfermedad benigna en la generalidad de los casos; que es una enfermedad cuya evolución espontánea es

hacia la curación. De modo que los numerosos tratamientos propuestos han tenido éxito en un gran número de casos, según los autores de los mismos, pero ninguno ha podido hacer abortar, hacer evolucionar la enfermedad, en un período de tiempo menor del que lo hace espontáneamente, haciéndose difícil de este modo la interpretación: si la enfermedad ha curado por el tratamiento ó lo ha hecho espontáneamente. Así es como los diferentes específicos encontrados han sido reemplazados por otros, que á su vez han tenido la misma suerte.

Cuando se creia que la erisipela era una simple inflamación de la piel, se empleó un tratamiento puramente antiflogístico, como cataplasmas, cocimiento de sauco, de lino, de amapolas etc; después se empleó la medicación evacuante y por medio de grandes sangrias se veía palidecer la placa de erisipela, pero solo era por la anémia que se producía.

La medicación revulsiva, por medio de caústicos, fierro rojo, etc, no hacia sino traer como consecuencia supuraciones más ó menos grandes ó bien cicatrices.

Después se descubrió el agente patógeno, y era lógico y razonable combatirlo. Se empleó con ese objeto los antisépticos al interior para que por medio de la circulación obrasen sobre el agente específico. No ha dado esta medicación sino resultado ilusorio, puesto que es difícil ó más bien imposible introducir en el organismo sin accidentes, dósis suficientes de antisépticos para destruir el estreptococo que se encuentra en los tejidos. Se ha desistido, por inutil y peligrosa

la administración de antisépticos como fenol, percloruro de hierro etc.

El tratamiento local con la esperanza de limitar la extensión del proceso ó de obrar directamente sobre el agente patógeno ha sido preconizado por numerosos autores.

Se ha empleado un número grandísimo de tópicos, como ser la tintura de iodo, el nitrato de plata, agua fenicada al 1 por 50 y hasta la pintura ha sido aplicada. Todos estos procedimientos son poco empleados debido á que son muy irritantes y de resultados dudosos.

Algunos cirujanos no se han contentado con combatir el estreptococo á traves de la epidérmis sino que han llevado el agente antiséptico en el interior de los tejidos, por medio de inyeccions hipodérmicas trayendo como resultado abcesos y hasta intoxicaciones.

De todos los tratamientos locales el que más se propagó es el de Talamón, que consiste en pulverizaciones de una solución etérea de bicloruro de mercurio al 1 %. Segun el autor tiene sobre los otros tratamientos, grandes ventajas; disminuye el dolor, la duración y la extensión de la erisipela y aun haría abortar la enfermedad en muchos casos. Sin embargo no todos los autores admiten las conclusiones de Talamon, sosteniendo por lo contrario que es un líquido cáustico por la proporción de sublimado que contiene, es doloroso, produce ardor y pequeñas pústulas ó á veces flictenas.

Por último tenemos el tratamiento por el suero.

El primero que obtuvo un suero contra la erisipela fué Marmorek, por inoculaciones en los animales de cultivos cada vez más virulentos de estreptococos.

Chantemesse fué el primero en publicar los resultados conseguidos con este suero, sosteniendo que con este tratamiento los éxitos obtenidos eran más favorables que con cualquier otro.

La dosis inyectada era de 10 á 20 cc. según la gravedad de la enfermedad, repitiéndose en los casos que la temperatura ó la lesión siguiera aumentando, en las 24 horas siguientes, otras dosis semejantes. Los primeros éxitos fueron reemplazados por fracasos, sosteniendo algunos autores que no obteniéndose con el suero un coeficiente de mortalidad muy inferior á los otros tratamientos, debía ser abandonado por completo.

El suero Marmorek se ha desacreditado casi por completo, aun que algo se crée en él, puesto que se aplica en los casos muy graves y en los que han fallado los otros tratamientos.

Hemos visto en la Casa de Aislamiento enfermos tratados por el suero á las dosis de 10 á 20 cc., repetidas muchas veces, en el curso de la enfermedad sin obtener mayores resultados.

Creyendo que el fracaso del tratamiento sería debido á qué no se empleaba en dosis suficiente, se hizo una modificación en su empleo y que consiste en inyectar desde el principio y cuanto más pronto mejor, dosis de 40 cc, repetidas á las 24 horas siguientes si la temperatura no bajaba ó el proceso seguía extendiéndose.

Con este método creo que se conseguirá resultados, puesto que en los enfermos observados y algunos de cuyos cuadros térmicos acompaño, no se ha empleado ningún otro tratamiento ni local, ni general y sin embargo los resultados han sido buenos.

El proceso cutáneo se ha detenido, en la mayoría de los casos, á la primera inyección, la temperatura ha descendido también rápidamente, el pulso ha seguido á la temperatura; el estado general ha mejorado notablemente algunas horas después de la inyección, desapareciendo la cefalalgia, la postración y la descamación se ha producido á los pocos días de empezar el tratamiento.

Unos de los principales inconvenientes que este tratamiento tiene es el de ser dolorosa la inyección, persistiendo el dolor á veces algunos días, siendo necesario la aplicación de fomentos, etc., para calmarlo. Se producen también algunas manifestaciones comunes al empleo de los sueros antitóxicos: eritemas, dolores musculares, articulares, etc. En algunos casos se ha observado elevación de temperatura á las dos ó tres horas que siguen á la inyección.

Pero no tiene ninguna acción nociva para el corazón, ni riñón, por más cantidades que se inyecten; desapareciendo la albuminuria desde la primera dosis.

Creo que el suero Marmorek inyectado en dosis suficiente que bien pueden ser 40 c.c. y aun más es un buen tratamiento y que dará resultados en muchos casos y que la erisipela no obstante ser una enfermedad generalmente benigna y cuya evolución es hacia

la curación en la mayoría de los casos, debe hacerse una medicación lo más activa posible puesto que puede dar lugar á complicaciones graves y además que si es posible disminuir el periodo de duración de esta enfermedad, representa una gran ventaja para el medio en que vive el enfermo, puesto que disminuyen las probabilidades de infección.

CASA DE AISLAMIENTO

Observaciones clínicas

Observación I

Sala 6.—Cama 8

C. C. 21 años, argentina, sirvienta.—Ingresó Marzo 5/901.

Diagnóstico.—Erisipela cara y cuero cabelludo.

Tratamiento.—40 cc. suero Marmorek.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual:—Empezó hace siete días con cefalalgia malestar general, anorexia, sed, fiebre. No tuvo escalofrio. Tres días después notó en la mejilla izquierda una placa roja dolorosa que se estendió hasta la frente cubriendo el párpado izquierdo, poniéndose edematosas estas regiones. Después el edema y el rubor se estendió hacia el lado derecho cubriendo la nariz, el labio superior y la frente. Al principio el dolor era intenso, después desapareció.

Estado actual.—Se queja de cefalalgia, cansancio é incomodidad en la cara. Toda la cara desde el borde mucoso de los labios hasta la raíz de los cabellos; dos travez de dedo por dentro el pabellón auricular derecho hasta la apófisis mastoides izquierda está rojo,

edematoso, no doloroso. Los párpados estan edematosos y no es posible abrirlos. Sobre el labio superior hay pequeñas vesículas de contenido amarillento.

Corazón normal.—Pulso tenso, regular, frecuente.

Pulmones y demás órganos normales.

Mayo 6.—El enrojecimiento ha desaparecido en el lado derecho y disminuido en el izquierdo. No hay edema en la frente y los párpados pueden abrirse.

Mayo 8.—Empieza la descamación y desaparecen por completo los fenómenos inflamatorios.

Análisis de orina

Aspecto	turbio
Color	amarillo
Reacción	ácida
Densidad	1020
Cloruros	2 °/oo
Fosfatos	3.50 °/oo
Urea	25.62 »
Albúmina.	0.50 »
Bilis	no hay
Glucosa	no hay
Hemoglobina.	no hay

Al microscopio no se encuentran cilindros.

Observación II

Sala 6—Cama 10

M. B. Edad 60 años, francesa, cocinera, ingresó el 24 Mayo 1901.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha tenido fiebre tifoidea á los 17 años.

Su enfermedad actual empezó hace ocho días, con malestar, cansancio y escalofríos. Observó á los dos días siguientes que el pabellón de la oreja izquierda se ponía doloroso, rojo y tumefacto. Al día siguiente el dolor se propagó al cuero cabelludo del mismo lado. La postración y malestar aumentó, lo mismo que la temperatura. Dos días después la tumefacción y el rubor se propagó á la frente y á la mejilla izquierda.

Estado actual.—Se queja de dolor en todo el cuero cabelludo, oreja y mejilla izquierda. La oreja y la mejilla izquierda, lo mismo que la frente presentan una coloración roja intensa; hay edema en todas estas regiones que desfiguran el rostro de la enferma. El edema se extiende por todo el cuero cabelludo hasta la nuca. La temperatura local está aumentada y la palpación es

sumamente dolorosa. Los ganglios submaxilares aumentados de volúmen.

Corazón bien. Pulso poco tenso, regular 105 pulsaciones por minuto.

Los pulmones normales, lo mismo que demás órganos.

Mayo 26.—Desaparición del dolor en todas partes menos oreja izquierda.

El edema ha disminuido mucho.

Mayo 27.—La tumefacción persiste en la oreja izquierda en el resto ha desaparecido casi por completo.

Mayo 29.—Descamación furfurácea en todas partes que se continúa en grandes escamas los días siguientes:

Junio 1.º—Alta.

Análisis de orina.

Color	amarillo	
Aspecto	turbio	
Reacción	ácida	
Densidad + 15° . .	1022	
Albúmina	no hay	
Bilis		
Glucosa		
Hemoglobina . . .		
Cloruros	grs. 5.00 °/₀₀	
Urea	28.00	»
Fosfatos	4.00	»

Observación microscópica. Leucocitos, epitelios planos.

Observación III

Sala 7—Cama 10

D. P., panadero, 49 años, italiano. Diagnóstico. Erisipela de la cara. Ingresó el 30 de Marzo de 1903.

Antecedentes personales.—Buenos.

Enfermedad actual.—Hace cinco días sintió en la mañana, mucho malestar, gran postración, cefalalgia. A la noche sintió un gran escalofrío y fiebre. Notó entonces en la parte izquierda y superior de la naríz una tumefacción roja y dolorosa. La tumefacción se extiende al párpado superior izquierdo, á la frente y mejilla derecha.

Estado actual.—Edema doloroso, que se extiende en todo el lado dereho de la cara y parte izquierda de la frente. Coloración roja intensa. Reborde muy marcado sobretodo en la mejilla derecha. El cuero cabelludo está tambien edematoso y doloroso hasta cerca la nuca. Los ganglios submaxilares aumentados de volúmen y dolorosos á la presión.

Estado general bueno. Pulso regular, poco tenso, frecuente 100 puls. Corazón normal. Pulmones, lo mismo. 20 respiraciones por minuto. Poco apetito.

Mayo 31. — Desaparición del edema del párpado derecho, el dolor es menos intenso. Los ganglios han disminuído de tamaño.

Abril 2. — El edema ha desaparecido casi por completo; no hay dolor, empieza la descamación en la frente, en pequeñas escamas.

Abril 5. — La descamación se ha extendido á todas partes. El enfermo se siente bien; tiene apetito.

La descamación ha continuado los días siguientes, y el enfermo sale de alta el 8.

Observación IV

Sala 7ª.—Cama 2

J. S. N., 38 años, argentino agente de policía.

Diagnóstico.—Erisipela de la cara.

Tratamiento.—40 cc Suero Marmorek.

Antecedentes personales. — Ha tenido viruela hace veinte años. Sífilis parece que tambien ha tenido. Es la séptima vez que se encuentra enfermo de erisipela de la cara. Se encontraba cuidando á su esposa, enferma de fiebre puerperal.

Enfermedad actual.—Empezó su enfermedad hace cinco días con malestar, fiebre, cefalalgia intensa y escalofrío. Al mismo tiempo notó que la cara se ponía roja y tumefacta del lado izquierdo; aumentó la hinchazón los días siguientes al punto de desfigurarlo completamente. Se formaron ampollas en la mejilla izquierda llenas de un líquido amarillento.

Estado actual.—Sujeto bien desarrollado; buen estado de nutrición. La cara en toda la extensión es de un color rojo intenso, edematosa dolorosa á la presión sobretodo del lado izquierdo. Los ganglios submaxilares dolorosos y palpables.

Abril 12.—La placa se ha estendido hoy hasta la región mastoidea derecha y nuca. En el lado izquierdo ha disminuído el edema.

Abril 13.—Ha empezado la descamación en todas partes y el edema ha desaparecido por completo.

Abril 15.—La descamación ha continuado haciéndose en grandes escamas.

Los días siguientes no ha presentado ninguna novedad. Saliendo de alta el 21, completamente curado.

Sospechando alguna lesión de las fosas nasales, por las frecuentes recidivas y por quejarse de molestias en las narices se ha hecho examinar el enfermo y se ha notado la perforación del tabique, destrucción del cartílago cuadrangular y parte anterior del vómer.

Observación V

Sala 6.—Cama 11

P. M., 23 años. Sirvienta, argentina.

Diagnóstico.—Erisipela de la cara.

Tratamiento.—40 cc. Suero Marmorck. Ingresó el 24 de Mayo.

Antecedentes personales.—Ha tenido viruela en la infancia. Sarampión hace tres años.

Enfermedad actual.—Hace cuatro días empezó con escalofríos cefalalgia, malestar general, sed, anorexia y fiebre. Pocas horas despues apareció en la parte superior é izquierda de la naríz, una placa roja y dolorosa. En los días siguientes se estendió hacia las mejillas.

Estado actual.—Placa edematosa, roja, dolorosa de todo el lado izquierdo de la cara, con reborde bien marcado sobre la frente. El cuero cabelludo está doloroso y edematoso; los ganglios submaxilares son palpables y algo dolorosos.

Se queja de cefalalgia, postración, anorexia, sed.

Pulso tenso, regular, igual. Corazón normal. Pulmones lo mismo. Demás órganos normales.

Mayo 25.—La placa se extiende tomando el lado derecho.

Mayo 27.—La placa ha quedado estacionaria, el edema es menos intenso y el dolor ha desaparecido; empieza la descamación en el lado izquierdo.

Mayo 28.—La descamación se hace en todas partes, desapareciendo por completo el edema. Sale de alta el 1.º de Junio.

Analisis de orina

Color	amarillo
Aspecto	turbio
Reacción	alcalina
Densidad	1020
Cloruros	grs. 5 °/oo
Urea.	» 17 °/oo
Fosfatos	» 3.60 °/oo
Albúmina	1 grs. °/oo
Bilis.	no hay
Glucosa.	
Hemoglobina	

Observación microscópica.—Células epiteliales escasas, leucocitos granulósos.

Observación VI

Sala 7.ª.—Cama 1

D. D. P. 40 años, italiano, barrendero. Diagnóstico. Erisipela de la cara. Trat. 40 cc. Suero Marmorek.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual. — No dá antecedentes claros. Hace cuatro días empezó su enfermedad, con cefalalgia, dolor y edema de la cara.

Dice que días antes tuvo una ulceración en el pabellón de la oreja izquierda. No recuerda si ha tenido escalofrío.

Estado actual.—Se queja de gran dolor de cabeza, postración, tensión de la cara. En el lado izquierdo de la cara gran placa edematosa, roja, dolorosa, que se extiende tambien sobre la frente. Rodete bien marcado, sobre todo en la frente. Hay edema y dolor del cuero cabelludo. Los ganglios del lado izquierdo, dolorosos y palpables.

Corazón: tonos muy alejados. Pulso poco tenso, regular, igual. Pulmones normales. Lo mismo que los otros órganos.

Mayo 10.—La placa se ha extendido al lado derecho: Ganglios submaxilares derechos dolorosos.

Mayo 12.—La placa ha quedado estacionaria, el edema ha desaparecido casi por completo. El dolor no existe á la palpación en ningun punto.

Mayo 13.—La descamación ha empezado en todas partes.

Mayo 15,—No existen hoy casi trazas del exántema

Análisis de orina

Color	amarillo
Aspecto	turbio
Reacción	alcalina
Densidad	1.025
Urea.	grs. 25.62 °/oo
Cloruros	grs. 10. °/oo
Fosfatos.	5.80 °/oo
Albúmina	vestigios
Bilis	no hay
Glucosa.	
Hemoglobina	

Al miscroscopio no se encuentran cilindros.

ANTONIO ESTEVEZ.

DÍA DE ENFERMEDAD			7								8								9								10								11								12															
DÍA DE ERUPCIÓN																																																								
			M				T				M				T				M				T				M				T				M				T				M				T				M				T			
Puls.	Resp.	Temp.	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12
160	70	41°																																																						
150																																																								
140	60	40°																																																								
130																																																								
120	50	39°																																																							
110																																																								
100	40	38°																																																						
90																																																								
80	30	37°																																																						
70																																																								
60	20	36°																																																						
50																																																								
40	10	35°																																																						

Y. SUERO 40 CC.

TRATAMIENTO							
Inyecc[s] de							
	Baño limpieza	Calomel		Alimentos			
	Régimen lácteo	0.80 cent.					
Deposiciones	—	2	3	1	1	1	
Orina en las 24 hs.	500	1100	1200	1400	1600	—	
Día del Mes Mayo	5	6	7	8	9	10	
RESUMEN CLÍNICO							

DÍA DE ENFERMEDAD			8								9								10								11								12								13								14							
DÍA DE ERUPCIÓN																																																						
Puls.	Resp.	Temp.	M				T				M				T				M				T				M				T				M				T				M				T				M				T			
			3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12
160	70	41°																																																					
150																																																						
140	60	40°																																																			
130																																																						
120	50	39°																																																			
110																																																						
100	40	38°																																																			
90																																																						
80	30	37°																																																			
70																																																						
60	20	36°																																																			
50																																																						
40	10	35°																																																			

Y. 40 C.C. SUERO

Y. 40 C.C. SUERO

TRATAMIENTO								
Inyecc[s] de								
	Baño	Enema		Alimentos				
	Calomel 0.60 g.							
Deposiciones	—	3	3	2	1	1	2	
Orina en las 24 hs.	400	600	1000	1000	1400	1500	1700	
Día del Mes Mayo	24	25	26	27	28	29	30	
RESUMEN CLÍNICO								

DÍA DE ENFERMEDAD			5								6								7								8								9								10								11							
DÍA DE ERUPCIÓN																																																						
Puls.	Resp.	Temp.	M				T				M				T				M				T				M				T				M				T				M				T				M				T			
			3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12
160	70	41°																																																			
150																																																					
140	60	40°																																																		
130																																																				
120	50	39°																																																		
110																																																			
100	40	38°																																																		
90																																																			
80	30	37°																																																		
70																																																			
60	20	36°																																																		
50																																																			
40	10	35°																																																		

Y 40 C.C. DE SUERO

TRATAMIENTO								
Inyecc[s] de								
	Poción Todd Régimen lácteo	Sulfato Soda 30 grs.				Alimentos	
Deposiciones	—	3	—	1	1	1	1
Orina en las 24 hs.	1000	1220	1200	1340	1290	1340	1300
Día del Mes Marzo	30	31	1	2	3	4	5
RESUMEN CLÍNICO							

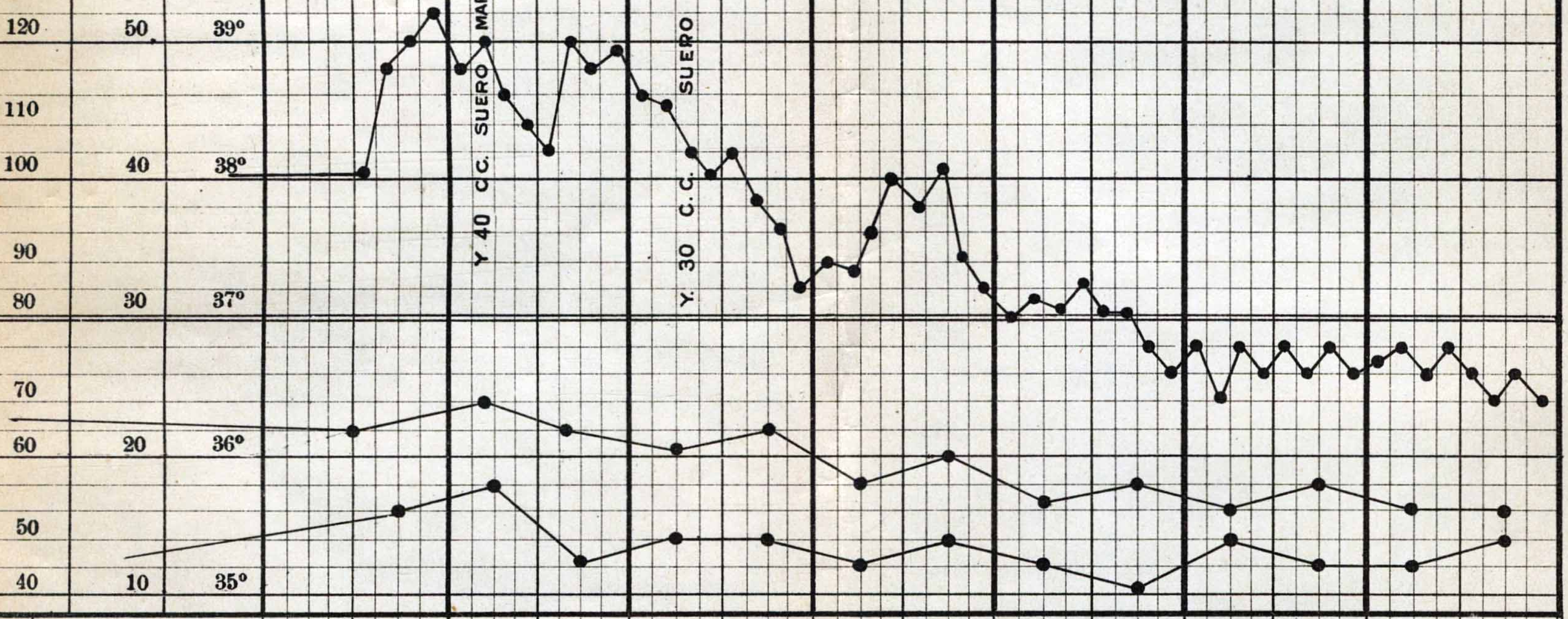
DÍA DE ENFERMEDAD			5								6								7								8								9								10								11							
DÍA DE ERUPCIÓN																																																							
Puls.	Resp.	Temp.	M				T				M				T				M				T				M				T				M				T				M				T				M				T			
			3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12
160	70	41°																																																					
150																																																							
140	60	40°																																																					
130																																																							
120	50	39°																																																					
110																																																							
100	40	38°																																																					
90																																																							
80	30	37°																																																					
70																																																							
60	20	36°																																																					
50																																																							
40	10	35°																																																					
TRATAMIENTO	Inyecc[s] de																																																					
			Baño limpieza																								Alimentos																													
Deposiciones			1				2				1				1				1				1				2				1																							
Orina en las 24 hs.			900				1700				1740				1800				1680				1860				1400																											
Día del Mes Abril			10				11				12				13				14				15				16																											
RESUMEN CLÍNICO																																																					

DÍA DE ENFERMEDAD			4								5								6								7								8								9								10							
DÍA DE ERUPCIÓN																																																							
Puls.	Resp.	Temp.	M				T				M				T				M				T				M				T				M				T				M				T				M				T			
			3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12
160	70	41°																																																					
150																																																							
140	60	40°																																																					
130																																																							
120	50	39°																																																					
110																																																							
100	40	38°																																																					
90																																																							
80	30	37°																																																					
70																																																							
60	20	36°																																																					
50																																																							
40	10	35°																																																					

Y. 40 CC. SUERO

TRATAMIENTO	Inyecc^{s} de							
		Baño			Enema	Alimentos		
		Calomel						
		0.60 grs.						
		R. lácteo						
Deposiciones		—	3	—	2	—	1	1
Orina en las 24 hs.		700	500	800	1000	1200	1400	1500
Día del Mes Mayo		24	25	26	27	28	29	30
RESUMEN CLÍNICO								

DÍA DE ENFERMEDAD			4								5								6				7				8				9				10			
DÍA DE ERUPCIÓN																																						
Puls.	Resp.	Temp.	M				T				M				T				M				T				M				T				M				T			
			3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12
160	70	41°																																						
150																																							
140	60	40°																																						
130																																							
120	50	39°																																						
110																																							
100	40	38°																																						
90																																							
80	30	37°																																						
70																																							
60	20	36°																																						
50																																							
40	10	35°																																						



TRATAMIENTO								
Inyecc[a] de								
	Sulfato soda 30 gras.					Alimentos		
Deposiciones	1	2	1	—	1	1	—	
Orina en las 24 hs.	1000 grs.	1200	1340	1490	1290	1740	1240	
Dia del Mes Mayo	8	9	10	11	12	13	14	
RESUMEN CLÍNICO								

Buenos Aires, Junio 3 de 1903.

Nómbrase á los Sres.: Académico Doctor Gregorio N. Chaves, Profesor titular Dr. Francisco A. Sicardi y Profesor suplente Dr. Ricardo Colón, para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

E. UBALLES
Zenón Aguilar

Buenos Aires, Junio 15 de 1903.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno don Antonio Estevez: «En el local de la Facultad á 13 de « Junio de 1903, reunida la Comisión que suscribe, « encargada de dictaminar respecto de la admisibi- « lidad de la tésis del ex-alumno Señor Antonio Es- « tevez que versa sobre «Erisipela» resolvió admi- « tirla. Con lo que terminó el acto.

Firmados: G. N. CHAVES.—F. A. SICARDI.— R. COLON.—*Carlos Robertson*, Pro-Secretario.

Zenón Aguilar.

FECHA UT SUPRA

Entréguese esta tésis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

E. UBALLES
Zenón Aguilar

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El suero Marmorek debe emplearse en todos los casos.

—

En las complicaciones de la erisipela que tratamiento debe emplearse?

—

¿El suero Marmorek es aplicable á todas las infecciones estreptococicas?
