

C. 126945

R
1812

CONFERENCIA

dada el 29 de abril de 1903 en la Sección de Patología interna

del XIV Congreso internacional de Medicina,

POR EL

Doctor Eusebio Vallejo Ochagavía,

Inspector provincial de Sanidad,

ex-interno de la Facultad de Medicina de Valladolid,

condecorado con la cruz de Epidemias,

Medalla de oro de la Cruz Roja y Subdelegado de Medicina

del partido de Logroño,

tomada del libro de Actas del referido Congreso.

R
1812

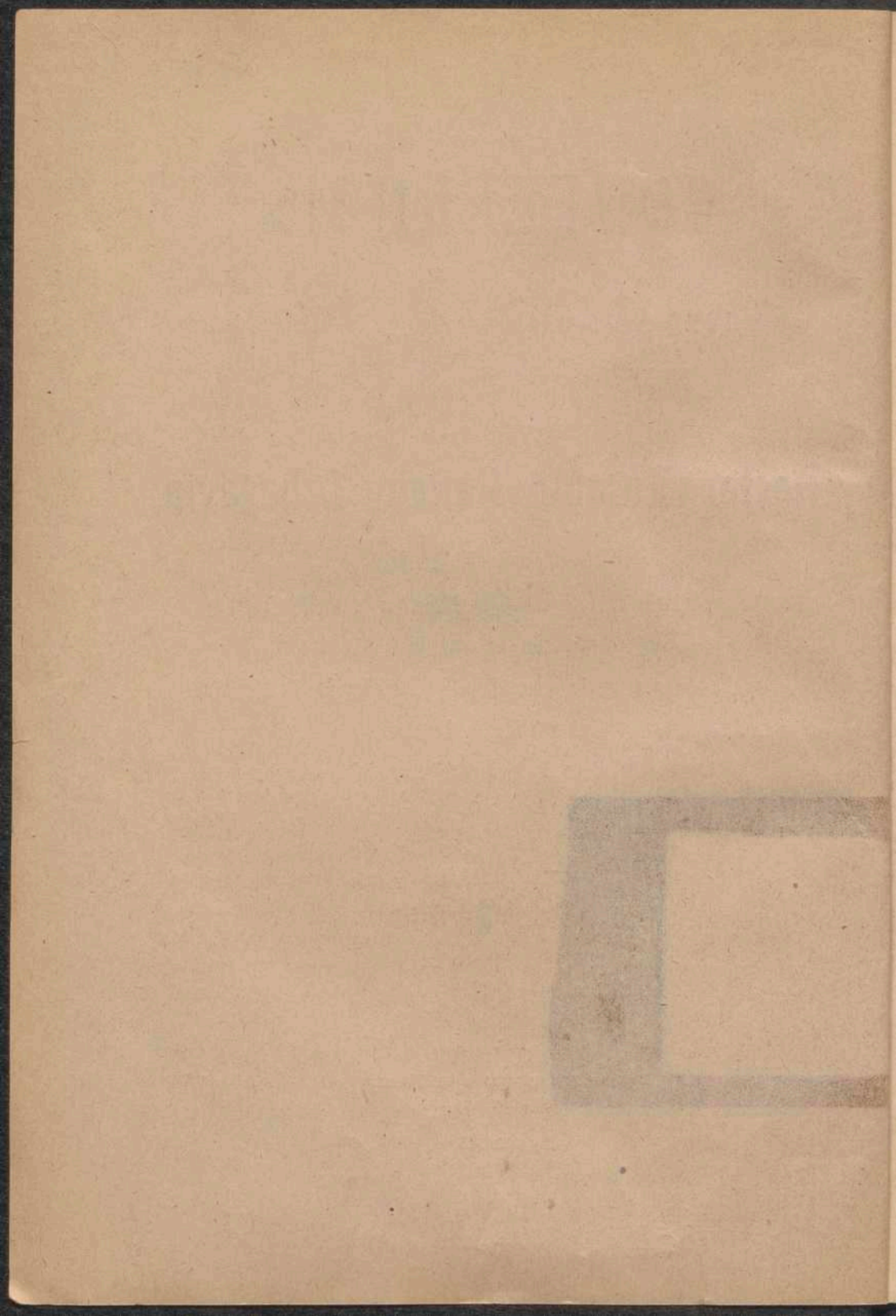


LOGROÑO

IMP. Y LIB. HIJOS DE MERINO

76—PORTALES—76

1905



Recibida por la Diputación provincial
Sagrado Notario



CONFERENCIA

dada el 29 de abril de 1903 en la Sección de Patología interna
 del XIV Congreso internacional de Medicina, por
 el Doctor Eusebio Vallejo Ochagavía, Inspector provincial
 de Sanidad, ex-interno de la Facultad de
 Medicina de Valladolid, condecorado con la cruz de Epidemias,
 Medalla de oro de la Cruz Roja y Subdelegado de Medicina
 del partido de Logroño, tomada del libro de
 Actas del referido Congreso.

Modo de evitar la erisipela de la cara ó curarla rápidamente.

SEÑORES:

A fin de comprender claramente los fundamentos en que apoyo la verdad de la segunda parte del enunciado de mi tema, haré una ligerísima reseña histórica de esta enfermedad, deteniéndome lo estrictamente necesario en la manera como se interpreta hoy, y razones experimentales que á ello nos inducen para terminar con el tratamiento y medios razonables fundados que se derivan naturalmente de la etiología y etiogenia de la erisipela, tal y como la admite la ciencia.

I

Desde los primitivos tiempos históricos de la Medicina era conocida esta enfermedad en la misma forma que hoy se nos presenta. Lo mismo Hipócrates que Galeno, los médicos greco romanos y los árabes, así como los de la Edad

Media, la describieron como la observamos actualmente.

Es cierto que algunos confundieron con ella procesos que nada tenían que ver con la erisipela; pero Hipócrates distinguió la erisipela idiopática de la traumática y Galeno separó el flemón de la erisipela, confundidos en un mismo diagnóstico por entonces.

Estos dos eminentes médicos de la antigüedad consideraban, como circunstancia etiológica importante de esta enfermedad, las variaciones atmosféricas y las *erosiones cutáneas insignificantes*.

Galeno creía también que la principal causa de la erisipela consistía en la alteración biliosa de la sangre, y esta teoría ha dominado desde el siglo II de nuestra era hasta la mitad del pasado, pues Rust, en 1832, sostenía que la erisipela guardaba cierta relación con la secreción biliar, explicando de esta manera la utilidad de los purgantes en el tratamiento de la misma; si bien es cierto que distinguió y separó muchas enfermedades que en la fecha citada se confundían con la erisipela.

Heule, en 1840, creyó posible que la causa de esta enfermedad fuera un microparásito vegetal; pero fundándose sólo en consideraciones teóricas sin prueba alguna experimental.

Weruher en Inglaterra (1862) y Velpeau y Trousseau (1) en Francia afirmaron la contagiosidad de la erisipela y su constante dependencia de heridas externas.

Desde este momento se inicia el convencimiento en los autores de la verdadera patogenia de esta enfermedad. Así Volkman, en 1869, sostiene que la erisipela era una lesión local producida por un veneno especial. Hüeter, en el mismo año, afirma resueltamente que el agente infeccioso era un microorganismo de la clase de esquizomicetos; y pa-

(1) Trousseau. Clínica del Hotel Dieu.

sando en silencio el gran número de notables médicos que en el último tercio del pasado siglo se han ocupado en el mismo sentido de la etiogenesis de la erisipela, citaré con preferencia á Fechleisen que en 1882 demostró, merced á notabilísimas y exactas investigaciones llevadas á cabo con arreglo á las doctrinas del eminente Koch, que la causa real y efectiva de la erisipela es siempre un estreptococo al que dió el nombre de estreptococcus erisipelatus y la ciencia, en justa recompensa, denomina estreptococo de Fechleisen.

Curiosos y variados fueron los experimentos llevados á efecto por este autor para probar sus aserciones. Repitió hasta la exageración, propia de los hombres amantes de la ciencia, el examen microscópico y bacteriológico de trozos de tejidos erisipelatosos extraídos del hombre vivo y siempre halló su microorganismo en los espacios linfáticos é intersticios conjuntivales, pero nunca en los vasos sanguíneos de la piel.

Con exactitud, y mejor que ninguno de sus predecesores, distinguió la erisipela de los flemones, fundado en sus experimentos y análisis, dedicándose con predilección al estudio de la primera y abandonando el de los flemones.

Las primeras siembras que hizo (1) con líquido extraído de las flictenas, no dieron resultado positivo, ya porque el líquido no contenía el micrococo, ya por estar acompañado de otras bacterias que se desarrollaban con más rapidez en el cultivo y obscurecían y predominaban sobre el estreptococo.

Pero, cuando sembró en un medio de cultivo apropiado (gelatina con caldo fundida) trozos de piel recién extirpados con tijeras desinfectadas, limpia con esmero la superficie antes de extirparla, entonces se logró el objeto

(1) Fechleisen. Die Aetiologie des Erisipels, 1883.

apetecido, apareciendo en las cápsulas de Petri pequeñas colonias puntiformes, blancas, más grandes en la superficie, pero que no excedían del tamaño de una cabeza de alfiler. Lo mismo cultivó en agar y en caldo, notando en las preparaciones que se coloreaban bien por las anilinas y no se decoloraba por el método de Gramm, lo cual facilita de un modo especial su estudio é investigación en los tejidos. Probó también que todos los medios del cultivo se prestan bien para el desarrollo del estreptococo, siempre que conserven su alcalinidad, ó cuando menos sean neutros, pues la más ligera acidez perjudica su desarrollo. Inoculó cultivo puro de estreptococo en la oreja de los conejos y notó que á las 36 ó 48 horas ascendía la temperatura de 1° á 1°50, apareciendo al mismo tiempo rubicundez muy bien limitada que se extendía rápidamente hasta la raíz de las orejas, propagándose á la cabeza y nuca: esto es, produciéndose una verdadera erisipela.

En uno de los casos amputó Fechleisen la oreja de un conejo con el termocauterio al tercer día de la inoculación, cuando la erisipela había llegado á la mitad de ella, y en los cortes y preparaciones hechos encontró los vasos linfáticos llenos de estreptococos como los hallara antes en la piel humana erisipelatosa.

Creyó Fechleisen, y encontró apoyo su creencia en Rosembach, (1) que su estreptococo era distinto del piógeno por diferencias notadas en el cultivo, por la distinta morfología y diversidad de forma en las colonias de uno y otro. Pronto pudo probarse que tales diferencias no existían y que el coco erisipelatoso y el piógeno eran uno mismo, existiendo, á lo más, distinto grado de toxicidad entre el piógeno y el de la erisipela.

Posteriormente se ha conseguido más (y en este senti-

(1) J. Rosembach. Microorganismes, etc. Wiesbaden, 1884.

do se han hecho pruebas experimentales), se ha logrado, atenuando la virulencia del estreptococo, que este se confundiera con el estafilococo, así como aumentando la de este por el paso repetido á los animales, lograr convertirlo en aquél. Estas pruebas se llevaron á efecto en el Laboratorio de San Carlos por nuestro eminente Dr. Cajal, siendo mi hijo alumno suyo, que trabajaba bajo la dirección de tan esclarecido maestro y por el que tuve conocimiento de ellas hará unos seis años.

Los trabajos microbiológicos posteriores á los de Fechleisen, como los de Von Eiselberg, Widál Hoffa, Limmone, Winckel y otros, prueban hasta la evidencia la identidad del estreptococo, ya proceda este de flemones, abscesos y fiebre puerperal.

La clínica y el laboratorio van en esto conformes; no hay un coco especial para la erisipela. Petruschki, bajo la dirección de Koch, lo ha demostrado palpablemente, produciendo con el mismo estreptococo supuraciones y erisipelas y citando casos prácticos en corroboración de este aserto.

¿Cómo y por qué esta variedad de formas producidas por un mismo agente?

«No conocemos con exactitud (dice Zuelzer en su tratado de la erisipela y erisipeloides traducido por el Dr. Vallina), 1900), las condiciones que en cada caso determinan cual ha de ser la enfermedad resultante; debemos, sin embargo, suponer que las condiciones decisivas son aparte de las cualidades del punto de entrada de los microorganismos, la reacción individual general y local, la resistencia fisiológica del organismo invadido y la virulencia del estreptococo. El hecho de que el mismo estreptococo, que primeramente no producía más que una erisipela circunscrita é inofensiva, puede ocasionar, si se le cultiva repetidas veces, una sepsis general grave, nos da algu-

na idea de los diferentes modos de vitalidad de tan temible parásito. Así podemos explicarnos la misteriosa coincidencia entre las epidemias de erisipela y de fiebre puerperal, y comprender como en aquellos periodos en que evidentemente ha aumentado la virulencia del microorganismo patógeno por circunstancias locales y de tiempo, la erisipela puede adquirir carácter maligno como observó Trousseau, y que en el Hospital de Saint Louis, se declarase una epidemia de erisipela en una sala hasta poco antes ocupada por mujeres con septicemia puerperal.»

Algunos autores han creído que podían presentarse erisipelas sin estreptococo, puesto que sólo han encontrado en algunas el estafilococo piógeno áureo, y M. Jordan, en su «*Etiologie des Erisipels*», cita dos casos. Pero esto no se explica perfectamente por el grado de virulencia ó toxicidad en que pueda hallarse por condiciones especiales el estafilococo? Ya he citado los experimentos que se han hecho en este sentido en el laboratorio de San Carlos, y no hay para qué repetirlos.

Es, pues, indudable, y así lo dice la ciencia, que toda erisipela es producida por el coco en cadena. También sabemos que esta enfermedad es pandémica, se presenta en todas las zonas; pero no es menos cierto que lo hace con más frecuencia en las primaveras y otoños fríos y húmedos, probando así que ciertas condiciones atmosféricas le son en realidad favorables y pueden contribuir á aumentar la virulencia de los cocos.

Mas, para producirse la infección, no basta la sola existencia del gérmen, ni aun que este se ponga en contacto con el individuo que tenga alguna erosión ó punto de entrada fácil al organismo, es indispensable también (y en esto no se diferencia de las demás infecciones), la receptividad orgánica, la predisposición individual. No creo necesario probar esto, por ser doctrina corriente y admitida sin género alguno de duda.

Resumiendo lo expuesto, vemos que la erisipela fué conocida desde la antigüedad en la forma que hoy la observamos; que poco á poco, y en la sucesión de los tiempos, se han ido distinguiendo y separando enfermedades que antes se confundían en una; que ha sido general la creencia de necesitarse una solución de continuidad en los tejidos para que se produzca, y, finalmente se ha probado, que la causa eficiente y productora siempre de esta infección, es un microorganismo que la ciencia conoce con el nombre de estreptococo de Feichleisen, y, aunque este autor creyó que no se hallaba más que en los linfáticos é intersticios conjuntivales, sabemos que puede penetrar en el torrente circulatorio, donde no es infrecuente hallarlo, produciendo enfermedades distintas por la forma y lugar, pero de idéntico origen, esto es, producidas por el mismo gérmen.

I

Parecía natural que, reconocida la causa de la erisipela y lo necesaria que es la existencia de un punto de entrada al agente causal, se hubiera dado con un medio que evitase esta enfermedad, si el clínico era llamado á tiempo; es decir, en los prodromos de la erisipela; ó bien, si esto no tenía lugar por encontrarse ya el médico con la enfermedad en pleno desarrollo, lo cual es más frecuente, tuviese á su alcance medios conque combatirla con verdadera eficacia y prontos resultados. Desgraciadamente no había sido así, excepción hecha de la erisipela mal llamada quirúrgica, pues desde las modernas teorías de Lister, casi ha desaparecido, y si alguna vez se presenta, pronto se encarga el cirujano de limpiar y desinfectar el foco, origen del mal; logrando con esto solo resultados admirables é inmediatos.

Bastaba aquí á mi objeto indicar la manera de evitar

la erisipela si no se ha presentado al exterior, aunque ya se haya realizado la infección, ó atenuarla, obteniendo con facilidad su curación, si ya se ha desarrollado, conforme á los principios que integran hoy la génesis de esta dolencia; pero, para mayor claridad, expondré brevemente los tratamientos tan múltiples y variados, que se han recomendado contra esta enfermedad. Los empleados contra la erisipela en el decurso de los tiempos, han guardado relación con el criterio adoptado para interpretarla, pero todos pueden reducirse á generales é internos y locales, ya mecánicos ó químicos.

Compréndese entre los primeros, las emisiones sanguíneas, los purgantes antibiliosos, baños, digital, antitérmicos, calmantes, y modernamente, el suero antiestreptocócico ó de Marmorek. Están entre los segundos, á título de mecánicos, las tiras de aglutinante, al objeto de que, por presión, se impida la propagación del mal, la venda elástica, el colodion, privación del aire para el desarrollo de microorganismo (cual si no fuera este aerobio y anaerobio), como las pinturas al óleo y barnices, mezcla de colodion con ictiol, añadiendo á la acción reductora de esta capa la antiséptica del ictiol y para algunos específica, las diversas clases de polvos, etc. etc.

Como químicos pueden considerarse la tintura de iodo, las distintas pomadas empleadas, como la de lanolina, vaselina y iodoformo, el ácido fénico con alcohol, el sublimado en disoluciones alcohólicoetéreas, la trementina rectificada, el ácido salicílico en fomentos en unión de la esparteína ó flor de retama en infusión, y muchos más que sería prolijo enumerar.

Diré también, á título de curiosidad, que se han usado las inyecciones hipodérmicas de agua fenicada al 2 por 100 (Hüter), las punciones y escarificaciones de la zona erisipelada y la aplicación de compresas empapadas en solu-

ciones fenicadas, propuestas por Kraske; lo que recomienda Gluck, esto es, hacer muchas incisiones hasta llegar al tejido celular subcutáneo, no sólo de la zona afecta, sino de la limitante sana, aplicando en estas incisiones pomada de ictiol al 60 por 100, y lo propuesto por Riedel, que consiste también en incisiones con aplicación de compresas de sublimado al 1 por 1.000. Claro es que todos estos medios cruentos, dolorosos y enérgicos, han sido completamente abandonados.

Esta multiplicidad de remedios indica bien claramente la casi inutilidad é ineficacia de todos y cada uno de ellos. Y que no es esta una afirmación gratuita, se desprende de la no aceptación por la Ciencia de ninguno, y limitarse sólo al tratamiento sintomático que predomine en cada enfermo.

Ahora bien; siempre que sea posible al médico, al frente de una enfermedad cualquiera, llenar indicaciones causales, y estas no perjudiquen en lo más mínimo al paciente, se apresurará, sin duda, y con gran satisfacción por su parte, á cumplirlas del mejor modo posible, y se consideraría muy satisfecho si siempre pudiese hacer lo mismo. Pues bien, creo que esto puede lograrse con la enfermedad de que me vengo ocupando. Veamos cómo.

Admitido por la Ciencia como verdad inconcusa que la causa de la erisipela es el estreptococcus erisipelatis, lógica deducción tenía que ser pensar que, para desarrollarse esta enfermedad, necesitaba el estreptococo una puerta de entrada para invadir el terreno del cual iba á posesionarse. Esto lo presumieron ya Hipócrates y Galeno al dar importancia á las más pequeñas erosiones.

Como la piel y las mucosas en estado normal tienen sus defensas, que se oponen á la irrupción de cualquier enemigo, también era natural y lógico sacar otra consecuencia, esto es, para que tenga lugar la erisipela de la

cara (la llamada erisipela médica) es indispensable una solución de continuidad en la piel de la región, ó en las mucosas de la boca, nariz, etc. Pero yo entiendo que esta solución de continuidad no ha de ser sencilla, debe tener condiciones especiales, debe ser patológica, ó, explicándome más claramente, debe estar constituida por una ulceración. Esto, que ya lo admiten y explican los autores modernos en sus obras, no está tan generalizado ni tan explícitamente expuesto, que me crea relevado de estamparlo aquí.

Claro es que sin semilla no puede obtenerse fruto; pero sin terreno abonado y preparado sería inútil la bondad de la semilla, y sin él tampoco ésta había de germinar y en tiempo fructificar.

Concretando: causa eficiente de la erisipela el estreptococo de Fecheisen, el estreptococo en condiciones aptas para producir esta forma morbosa, pues ya sabemos que este micro-organismo puede ser causa de otras enfermedades de todos conocidas, y que no hay para qué citar.

Causa, también necesaria, una erosión, una escoriación, en las condiciones dichas de la piel de la región ó mucosa vecina á la piel que será la puerta de entrada del micrococo. Causas, que no ha mucho se creían eficientes y que ahora son consideradas, y con razón, como predisponentes y coadyuvantes, la edad, el sexo, enfriamiento, humedad de la atmósfera, estación, etc.

Reflexionando hace tiempo sobre lo anteriormente expuesto, y procurando sacar alguna utilidad para la práctica de nuestra penosa profesión, y bien de la humanidad, he podido deducir de cuantos erisipelatosos vengo tratando en estos últimos años, lo siguiente.

La inmensa mayoría de los casos han sido debidos á una alteración de la pituitaria, haya ó no rinitis, aunque por lo regular existe.

Cuantas veces he sido llamado antes de tener lugar la dermatitis (y esto, en ciertas clases sociales, es lo frecuente, puesto que los prodromos preceden algún tiempo á la inflamación, especialmente la fiebre, tumefacción y dolor de los ganglios submaxilares), otras tantas he logrado que la enfermedad suspenda su progreso y ceda en brevísimo tiempo. ¿Cómo? Actuando sobre la causa productora de la enfermedad. *Sublata causa tollitur efectus*. Si para que la erisipela tenga lugar es necesario el concurso del estreptococo y además una solución de continuidad en la piel ó mucosa vecina en condiciones de receptividad, obrando sobre aquél ó procurando mejorar las condiciones de la puerta de entrada á la infección, se habrá logrado modificar ésta si ya se ha verificado, y evitarla si no ha tenido lugar, dados los poderosos medios antisépticos que hoy pone la ciencia á disposición del práctico. Aquí no puede tener lugar la asepsia, pues se trata ya de un hecho, ó sea de la sepsis, y antiséptico tiene que ser el tratamiento.

Mi modo de proceder en estos casos, es averiguar el sitio por donde se ha verificado ó se está realizando la infección, y ya dejo dicho que casi siempre es por la mucosa scheneirediana.

El tratamiento, pues, se reduce á procurar la desinfección *in loco*, que se consigue con relativa facilidad. Yo no he usado más que lociones repetidas con alguna frecuencia de una solución de ácido bórico al 4 por 100, siempre caliente, y cuando ha de pasar algún tiempo sin hacer lociones, en la noche, por ejemplo, después del lavado, mando embadurnar la mucosa con una pomada de vaselina con ácido bórico al 15 por 100.

Como con estos medios he logrado generalmente lo que me proponía, pocas veces me he valido de otros antisépticos que no dudo darán idénticos resultados.

A primera vista parece que esto ha de verificarse prin-

principalmente al momento en que va á iniciarse la infección, cuando el coco en cadena está fraguando en silencio sus colonias en la mucosa y dispone el momento oportuno de invadir el terreno que pretende hacer suyo. Se le sorprende en el crítico instante de su desarrollo y acometida, y no puede dudarse que la victoria será del remedio tan oportunamente aplicado, oponiéndose á su procreación y evitando su invasión en los tejidos.

En este sentido, casi puede considerarse este tratamiento como profiláctico, pues empleado en estas circunstancias hace cesar los primeros síntomas, indicio de la alarma que el organismo siente á la proximidad de cualquier enemigo.

Con la desinfección nasal, con la antisepsia de la pituitaria en tiempo hábil, antes de desarrollarse la dermatitis, aunque se hayan presentado los primeros síntomas de infección, se evita que la erisipela progrese, en una palabra, aborta; desaparece la fiebre lo mismo que la tumefacción y el dolor de los ganglios submaxilares, y todo entra en normalidad en brevísimo tiempo.

Para ver palpablemente la eficacia de este tratamiento en los enfermos que se retrasan en llamar al médico, dando lugar á que la enfermedad tome incremento y esté bien caracterizada, voy á exponer dos historias clínicas, que no he publicado, condición precisa para estos trabajos.

1.ª D.ª Felipa Echaure, 44 años, de Logroño, sin más antecedentes dignos de mención que haber padecido algunas metrorragias hace años, y el anterior otra erisipela, de la que curó, costándole entrar en convalecencia catorce ó dieciseis días. A fines del año 1901 se sintió enferma con malestar y pesadez de cuerpo (según ella decía); el primer día no guardó cama, y el segundo al intentar vestirse sintió escalofríos, aumento del quebrantamiento, dolor de cabeza y de los ganglios submaxilares, con calor y tumefac-

ción en la cara; por sí propia se tomó una purga (sulfato de magnesia) y por la tarde notó que se presentaba la erisipela. Aún pasó otro día sin avisarnos; pero como al tercero de estar en cama viese que la inflamación se extendía por el cuello y cuero cabelludo, que la tirantez era mayor, y todos los síntomas en vez de ceder tendían al aumento, fui avisado para prestarla asistencia facultativa.

A los síntomas expuestos anteriormente sólo tenemos que agregar que el termómetro acusó en la axila $39^{\circ},2$, que la dermatitis ocupaba toda la cara y cabeza, dejando sólo libre la oreja izquierda y una pequeña porción del cuero cabelludo del mismo lado. A nuestras preguntas contestó que había tenido mala la nariz (sic) días anteriores, y que aún no se encontraba bien de dicho órgano. Inmediatamente la ordenamos las irrigaciones nasales (con una pera de goma, por no disponer la enferma de otro medio) con la solución caliente de ácido bórico al 4 por 100, y para la noche, después de la última loción, la pomada ya citada de vaselina y ácido bórico al 15 por 100 sin ninguna otra medicación; caldo y leche y agua azucarada y templada para bebida. Las lociones cada dos horas. En la visita de la tarde del mismo día tenía $38^{\circ},5$, de temperatura, la inflamación de la piel no había ganado un centímetro en extensión y su estado era mejor.

A la mañana siguiente, ó sea veinticuatro horas después de nuestra primera visita, marcó el termómetro $37^{\circ},5$; la inflamación de la cara había descendido notablemente y en el cuello se había estacionado sin adelantar un milímetro, ni invadir tampoco la oreja izquierda.

No volvió á presentarse la fiebre, y la descamación ó mejor el descortezamiento, pues la epidermis se desprendía en grandes trozos, se verificó con rapidez. Al cuarto día de haber sido llamado la di de alta por encontrarse bien y con apetito. La recomendamos, si, la limpieza de

las fosas nasales, que nos prometió hacerlo frecuentemente. Hasta la fecha no ha vuelto á enfermar.

2.º D. Martín López Castro, de Logroño, de 48 años, ha gozado de buena salud, no recordando haber estado enfermo; sólo tuvo hace dos años un eczema del labio superior que le duró unos meses. Pocos días después que la anterior enfermó con síntomas parecidos, sin avisarme hasta el tercero de enfermedad, cuando la erisipela se había extendido desde la cara á la cabeza, nuca y casi todo el cuello. También este enfermo nos dijo tener malas las fosas nasales, como efectivamente pudimos apreciar. En toda la cara había grandes flictenes llenas de un líquido semitransparente, del que hicimos preparaciones en las que pudimos apreciar las cadenas típicas del estreptococo. Inútil creo manifestar que empleamos el mismo tratamiento, si bien mandamos alternar las lociones de la solución bórica con las de agua hervida con cloruro de sodio siendo los resultados tan admirables como en el anterior caso. La fiebre más elevada 39,8 y descendió con la misma rapidez; la descamación se hizo más tarde, pero en la misma forma de grandes trozos. En este enfermo marcamos con tinta el límite de la dermatitis en nuestra primera visita (era escasa la piel que restaba sana, la oreja izquierda y parte de la región mastóidea del mismo lado) siendo invadida, una vez sujeto al tratamiento, lo que faltaba de esta región y parte sólo del lóbulo de la oreja, sin interesarse esta en su totalidad.

Alta, por hallarse completamente bien y casi del todo hecha la descamación al sexto día.

La intensidad, por no decir la gravedad de este enfermo, era notable, pues, además de lo exagerado de los síntomas locales, la fiebre alta, el desasosiego del paciente y el subdelirio que tuvo la noche anterior á ser llamado para prestarle nuestra asistencia, indican con evidencia que

la intoxicación general era de importancia, interesando, de modo algún tanto serio, los centros de inervación.

Tanto el enfermo como los deudos se admiraban de la rápida curación y reposición de fuerzas. Si cito únicamente estos dos casos, es porque no los había publicado y sólo son admitidos en estos certámenes los trabajos inéditos.

Podía dar aquí por terminado mi trabajo, pero es justo que exponga los fundamentos de estos resultados basados en la etiología y etiogénesis de la enfermedad de que me vengo ocupando.

Nada tengo que añadir á lo ya expuesto con relación á lo natural y lógico de este medio, referente á la profilaxis de esta enfermedad. ¿Pero es menos lógico y natural como tratamiento eficaz de la erisipela? No. Los hechos así me lo han confirmado en multitud de enfermos, y la base en que se funda no puede estar más en conformidad con la manera de ser de este proceso morboso.

Ya he dicho que la inmensa mayoría de los casos (en los por mí observados en el 98 % se inician por la mucosa nasal. Además no será difícil al médico, puesto á la cabecera del enfermo, averiguar el punto por donde ha penetrado el estreptococo, y á él es donde debe dirigir su acción. Pero se me dirá: bueno que con este tratamiento y cualquiera otro antiséptico, se logre impedir la entrada de más cocos en el organismo; bien está que con la antisepsia del foco se consiga la asepsia del sitio donde se inició la enfermedad, pero los que han logrado penetrar y se hallan ya en los tejidos ¿cómo detienen su marcha invasora y por qué cesan tan pronto los síntomas de intoxicación general? Una de las razones por la que yo he dado preferencia al ácido bórico sobre los demás antisépticos, es la de ser ácido é inócuo en grandes irrigaciones. El estreptococo necesita medio alcalino ó neutro para desarrollarse y, aunque el poder antiséptico del ácido bórico sea peque-

ño, al fin es ácido y por lo tanto medio inadecuado para el cultivo y multiplicación de este coco. Pues bien, conseguida por este medio fácil la desinfección del punto donde se inició la enfermedad y continuándola con la frecuencia necesaria, se logrará, como queda dicho, que no penetren más gérmenes en los tejidos, y, dada la actividad circulatoria de la región, en virtud de lo superabundantemente regadas que se hallan la cara y cabeza, la ley fagocitósica ha de cumplirse con preferencia en el sitio de predilección de esta enfermedad.

Y cuando no acudan enemigos de refresco que acaben con los leucocitos en la lucha titánica sostenida con los cocos ya existentes, desde luego la victoria ha de ser de la célula rival fagocitaria.

Es demasiado conocida la ley del sabio Mechnikof para que yo entre en detalles sobre ella.

¿Qué extraño es que el organismo que ya no recibe cocos ni toxinas, reaccione también libre del enemigo, elimine las acumuladas y se rehaga con celeridad? Queda desde luego en tranquila calma y libre de la brusca acometida que sufriera. Siendo lógica secuela de los productos de desintegración, de secreción ó de metabolismo nutritivo del coco en cadena los fenómenos generales, no renovándose éste, no habiendo nueva producción de él, claro está que no habrá nuevas toxinas ni nuevos efectos tóxicos. La fiebre y cuantos síntomas sean dependientes de la toxemia estreptocócica, desaparecerán con rapidez, como sucedió en los dos enfermos antes citados.

Otra razón de orden superior, por ser general, por comprender á todo el organismo, es que impedida temporalmente la entrada de cocos, la inmunidad activa orgánica se verifica á la manera que en los animales sometidos á inoculaciones para producir sueros antitóxicos.

De este modo se da lugar al organismo constituido

regularmente á que reaccione, á que cree la inmunidad activa producto del trabajo de todos los territorios celulares orgánicos.

Puede reforzarse este razonamiento, basándose también en la conducta generalmente seguida con arreglo á los principios científicos é incontrovertibles de hoy, con enfermedades similares, que tienen el mismo origen, que las produce la misma causa, aunque en cierto modo se han considerado diferentes.

¿Qué hace el cirujano ante un caso de erisipela llamada quirúrgica, hoy apenas conocida desde que se practica la asepsia y antisepsia?

¿Cuál es la conducta del tocólogo ante la estreptococia, la septicemia puerperal?

Aquel se apresura á desinfectar, desbridando si es necesario y continuando la desinfección del punto de origen de la enfermedad. Y, si la erisipela no es más que una por el agente productor ¿qué más da que se la llame médica que traumática, idiopática ó quirúrgica? ¿Por qué ha de ser distinta la conducta del médico que la del cirujano?

El deber de aquel será imitar á este buscando el punto donde se inicia la enfermedad, y una vez hallado (ya queda dicho que esto es siempre fácil), seguir idéntica conducta, pues una por naturaleza es la indisposición que ambos han de combatir.

En cuanto á la práctica seguida por el tocólogo, nada debiera decir por ser de todos conocida; sin embargo, bueno será hacer constar que los lavados intrauterinos, la desinfección y el raspado, no tienden á otra cosa que á conseguir la asepsia del foco, origen de la infección, á cerrar la puerta de entrada de los gérmenes patógenos; y no hay para qué exponer los felices resultados que con esta práctica racional se consiguen.

Me parecen suficientes las razones aducidas para pro-

bar de un modo evidente (además de confirmarlo la experiencia) que la erisipela de la cara puede evitarse, si se acude á tiempo, ó atenuarla y curarla rápidamente, si ya está desarrollada cuando es avisado el médico.

Sólo me resta repetir que, aunque yo doy la preferencia al ácido bórico y de ello no he tenido que arrepentirme hasta la fecha, no dudo que con cualquiera otro antiséptico puedan lograrse los mismos resultados.

CONCLUSIONES

1.ª La erisipela de la cara y cualquier erisipela, es única, debida al coco en cadena.

2.ª Para que tenga lugar ésta, se necesita aptitud del organismo, y una solución de continuidad en la piel ó mucosas.

3.ª La inmensa mayoría de las veces la infección tiene lugar por la mucosa nasal; según mi parecer el 98 por 100 de los casos.

4.ª Actuando directamente sobre el punto de entrada á la infección con la antisepsia por irrigaciones con solución de ácido bórico, al 4 por 100 cada dos horas y á la temperatura de 40°, se obtiene siempre la detención del proceso.

5.ª Lo primero que se nota es la desaparición de la fiebre que termina por lo regular en las primeras veinticuatro horas.

6.ª Me ha dado excelente resultado añadir la levadura de cerveza al interior, en dosis de dos cucharaditas diarias.

7.ª La descamación es rápida y lo mismo la *restitutio ad integrum* del organismo.—HE DICHO.

NOTA.—Varios son los casos de erisipela que he tratado en los dos años transcurridos desde la celebración del Congreso y me complace en consignar que los resultados han sido siempre satisfactorios en extremo. La erisipela de la cara es hoy una de las enfermedades más fáciles de curar y de evitar. Es suficiente á conseguirlo emplear *solo* el tratamiento antiséptico local expuesto en esta conferencia.

EL AUTOR.





