

17 abril 1884



Señores de la Comisión.

Ignacio P.

He elegido por tema de la presente el "Tratamiento de la erisipela traumática por las inyecciones hipodérmicas de ácido fénico." Pero antes de hablar sobre el tratamiento en sí mismo me voy a permitir exponer a la ligera las teorías de la enfermedad de que trato, temas que hasta cierto punto justifican el empleo de la solución fénica.

La erisipela es una enfermedad infecciosa, la causa directa de ella es una materia infecciosa (veneno erisipelato) que produce tanto los fenómenos locales como los generales de la enfermedad; que llega a los tejidos; penetra en la circulación. Este veneno erisipelato (hagamos desde luego abstracción de los bacterios) es una sustancia infecciosa enteramente específica; es decir, siempre produce erisipela; y no otro caso como p. ej. el veneno de la sífilis siempre produce sífilis; el de la tuberculosis siempre produce tuberculosis; el de la difteria siempre produce difteria. El profesor Tillmanns cree que no en todo caso se puede dar al veneno erisipelato tal especificidad. Cree fundado en hechos experimentales y clínicos que la misma sustancia infecciosa produce ocasionalmente también un flegmón circunscrito, como sucedió en el experimento que hizo con sustancia erisipelato humana, una linfangitis etc. en una palabra inflamaciones clínicamente diferentes; pero, esto quiere decir que las causas que producen las inflamaciones nombradas producen cada una de ellas recíprocamente erisipelas? No, porque no toda inflamación es de naturaleza infecciosa; la erisipela tal vez lo es siempre.

De que constitución morfológica es el veneno erisipelato



i que relacion tiene con los bacterios? Talvez apenas ha en la patologia moderna una cuestion que haya sido discutida tan vivamente como la cuestion hongos. La teoria es uno es salido, no es nueva. Como manifiesta Virchow ya en el Siglo 16 se aceptaba para varias enfermedades un *Contagium Animatum*. Actualmente la literatura de los bacterios en pro i en contra ha crecido tanto como quizá ninguna otra. No se puede negar que la teoria de los hongos ha hecho, principalmente en los ultimos tiempos; merced a los trabajos de Klets, Pasteur, Pannum, Hueler, von Walzele, Koch; otros los muy notables adelantos, adelantos que autorizan las mas bellas esperanzas.

Esto debe hacerse notar tanto mas vigorosamente cuanto que la cuestion bacterios ha sido muy desautorizada i naturalmente su continuo desarrollo ha sido algo detenido. Se ha cometido el error muchas veces, de haber andado muy ligeros i ido omitiendo en los resultados respecto del significado <sup>patolójico</sup> de los bacterios, como Contagio, como causas de determinadas enfermedades, tanto mas cuanto que faltaban ciertos métodos medicos positivos i demostrativos de indagacion. Actualmente, despues de los trabajos de Klets i Koch hemos logrado avanzar hasta demostrar la naturaleza parasitaria de señaladas enfermedades.

Koch acepta solo, como prueba admisible de la naturaleza parasitaria de una enfermedad cuando se consigue mostrar en cada caso, como parásito un microorganismo bien caracterizado i en tanta cantidad, tan diseminado que todos los fenómenos de la enfermedad encuentran así su explicacion. Koch, como parece, ha sentado esta fórmula para algunos enfermedades de infeccion de heridas (fisiemia, erisipela etc) producidos experimentalmente en ratones i conejos, lojén demuestran que



a una enfermedad determinada producida por el artificialmente en animales correspondia tambien una forma determinada de bacterias que quedaba siempre la misma por mas que la enfermedad fuese transmitida de un animal a otro.

Las diferencias de las diversas formas de bacterias eran tan grandes como se puede inferir en organismos que en parte estan en el limite de lo visible (diferencia del aspecto fisiologico, del tamaño, la forma, relaciones de desarrollo, es decir, la coloracion i agrupacion. Su caso de que estos resultados importantes en lo que se refiere tambien se verificasen para enfermedades de infeccion de heridas humanas se da en ellas la prueba del significado patogenico de los bacterias como *Contagium Animatum* i ya no habia necesidad de buscar otros fermentos especificos de enfermedad para las enfermedades accidentales de heridas.

Por lo que importancia podemos dar a los bacterias en la erisipela humana. Klebs que ha estudiado detenidamente la conexion causal entre bacterias i enfermedades de infeccion de heridas se declara partidario i defiende la importancia de los bacterias en la erisipela humana. Huetter se declara tambien ardiente partidario de la teoria bacteriana de la erisipela. Segun él los bacterias producen como tales el veneno erisipelatoso, la erisipela nace de la introduccion de los micrococcos en la piel, en la red de Malpighio, su marcha es producida por la diseminacion de los micrococcos en la piel.

Lubomirsky apoyado en sus observaciones anatomicas es de la opinion que la marcha del proceso erisipelatoso depende del desarrollo anterior de micrococcos. El profesor Orth ha llegado despues de experiencias minuciosas, a las conclusiones siguientes: 1<sup>o</sup> La erisipela traumatica epidemica es





producido por un veneno existente en la sangre; tambien en las secreciones de las partes afectadas.

2.<sup>o</sup> Estas secreciones son capaces de producir erisipela por inoculacion.

3.<sup>o</sup> Los bacterios nacen *pari passum*, con el desarrollo de la erisipela.

4.<sup>o</sup> Los bacterios estan en estrechas relaciones con la causa de la septicemia de la erisipela porque sus sintomas caracteristicos pueden ser producidos por bacterios cultivados artificialmente.

5.<sup>o</sup> Pero los bacterios no son mas que la causa indirecta de la enfermedad puesto que nose forman en gran cantidad en la sangre de los animales infectados, que se les puede hacer desaparecer sin destruir enteramente la actividad del liquido infectante.

6.<sup>o</sup> Los bacterios parecen pertenecer a los micrococcos; a los sahizomixetes.

7.<sup>o</sup> Es probable que en las diferentes formas de la enfermedad existan diferentes microorganismos pero esta proposicion puede de probarse.

Koch ha observado solo en un caso el proceso erisipelatoso en conejos despues de la inoculacion con escrementos de raton abundantes en agua destilada, desde el punto de inoculacion en la crepa se formó una inflamacion erisipelatoso (se puso colorada e hinchada) que marchaba lentamente hacia atrás alcanzando al quinto dia la raiz de la crepa. Et la vista el animal estaba enfermo i murió al sétimo dia. Una inyeccion de su sangre con sangre del animal en otro quedó sin resultado, otras inoculaciones nose practican. Koch encontró diseminados sobre el cartilago de la crepa, bacillos en toda la estension de la inflamacion, las células de excreción inflamatoria eran mas notables en la crepa i se consideraron de los bacillus. Koch considero



por lo tanto como indudable que en este caso los bacillus fueran la causa de la enfermedad.

Hasta aqui vemos que solo se han hecho experimentos en animales i se ha argumentado diciendo que lo que se produce en ellos no es una verdadera erisipela, pero el Dr. Fehleisen de Berlin presento al duodécimo Congreso de Científicos del año 83 un caso de erisipela inoculada en el hombre. El enfermo presentado fué inoculado cuarenta i cinco horas antes como experimento terapéutico; presenta una erisipela que de la mejilla i de quince puntos de inoculacion se ha extendido a la totalidad de la mitad derecha de la cara i que alcanza hasta el cuello. Los microcosmos que han servido para la inoculacion han sido cultivados en líquidos alimenticios desde hace seis meses i han pasado por treinta generaciones sucesivas.

Durante este tiempo los microcosmos no han tenido modificación alguna en su forma ni se han debilitado en nada sus propiedades patológicas. La última <sup>inoculacion</sup> hecha el 4 de abril ha producido su efecto tan ligero como la 1ª que fué practicada el 21 de Agosto del año 83. Han sido inoculados hasta aqui ocho personas de estas ~~7~~ siete con resultados positivos, solo un caso con resultado negativo, advirtiéndose si que esta persona habia tenido muy poco antes una erisipela espontánea. Por otra parte se observó, en aquellos que habian tenido una erisipela inoculada el que una segunda inoculacion efectuada poco tiempo despues de la inoculacion de la primera quedaba sin resultado; lo que parece probar que la erisipela da una cierta inmunidad durante un tiempo mayor o menor esto.

Este hecho, como se ve, prueba de una manera palpable el origen bacterial de la erisipela. Sin embargo, este origen bacterial ha





Sido vivamente combatido por varios experimentadores, entre ellos está Hüller que dice poder probar según sus investigaciones, que la erisipela tiene por origen un veneno que obra específicamente: que es completamente distinto de los bacterios, este veneno pertenece, según él, a los septicos: de las materias putridas, penetra en los vasos: y su entrada en el organismo se anuncia por esos sopros, este veneno produce probablemente una especie de fermentación en el sistema sanguíneo, produce alteración de los glóbulos, alteración en la nutrición de algunos tejidos, por lo cual también produce las comunes elevaciones de temperatura: la reproducción del veneno erisipelatoso en la sangre.

Si queremos contar la erisipela entre las enfermedades infecciosas parasitarias, si el veneno erisipelatoso ha de ser en cada caso originado por los bacterios debemos, como hace notar Koch con razón, encontrar los últimos en el lugar de la erisipela en suficiente cantidad, en una forma determinada. Pero no es así; Koch encontró en su caso experimental bacillus, otros observadores ni en la erisipela del hombre, de los animales solo coeci. Según las investigaciones de Billroth, Ehrlich: y las de Tillmanns la presencia de bacterios en los líquidos erisipelatosos de los tejidos, no es constante.

El profesor Tillmanns no duda absolutamente de la existencia de erisipelas parasitarias, se apoya en sus descubrimientos histológicos, en sus experiencias de crianza: y trasmisión, pero también admite la existencia de erisipelas no bacteriales, del mismo modo que no toda sepsis en el hombre es, a su modo de ver, de origen bacterial. Tampoco todo flegmon, toda flebitis, toda linfangitis son de naturaleza parasitaria; probablemente hai una cantidad de sustancias que producen inflamación



i respectivamente erisipelas, entre ellas los bacterios formarian una categoria determinada: probablemente la mas felipora.

Las investigaciones de Bergmann hablan en pro de que el veneno erisipelato es un producto de secrecion de los bacterios: no un producto de descomposicion de los cuerpos albuminoides o sus compuestos mas inmediatos. Segun las investigaciones de Bergmann i Andrus una disolucion nutritiva de Pasteur se pone venenosa por el desarrollo i multiplicacion de bacterios de putrefaccion i se produce sepsis en los animales despues de la infeccion.

Respecto a la constitucion quimica o fisica muy inmediata de la sustancia venenosa no bacterial erisipelato, hasta ahora las explicaciones no son satisfactorias. Pero segun las ultimas experiencias e investigaciones de Lehleisen cree demostrar que siempre la erisipela traumatica es de origen bacterial.

Ahora aceptando la erisipela de origen bacterial o aceptando la erisipela no bacterial nos parece enteramente racional la temprana infeccion de acido fenico que Huetter recomendó por primera vez en la erisipela. En favor de la conveniencia de las infecciones subcutaneas de la solucion de acido fenico habla el hecho, que el Sr. Tillmanns ha observado en sus experimentos de trasmision de la erisipela del hombre sobre animales que sustancias invariables (contenidas de ampollas de erisipela p. ef.) que se habian mostrado como sumamente activas en la trasmision sobre animales, por la adreccion de una disolucion de acido fenico al 1% o 2% perdian enteramente sus propiedades infecciosas demostrados antes con tanto éxito; se hizo la inoculacion de la erisipela i ya no tuvo éxito.

Los resultados obtenidos hasta ahora por el método de Huetter son muy diversos, ya positivos ya negativos. Esta diversidad se explica talvez porque unos al medio temprano i los otros



tarde despues que el proceso se habia extendido en un grado <sup>8.</sup>  
mayor o menor.

Sobre éxito muy o menos notables dan noticias ademas de Hue-  
ter, Ruprecht, Heisschlegel, Withonire, Sturkorentoff,  
Wilde, Berckel, Russell; otros; ninguno o casi ningun  
éxito local o general Constanterm, Gartner, Sentius, Olalinsky  
Bardenheuser, otros. En víctimas modernas se observan  
formacion de abscesos en los puntos de inyeccion; pero quizá se-  
gun el Sr. Tillmanns esto se evita facilmente cuando se re-  
parte el medio, en el lugar de la inyeccion, sobre una extension  
algo mas grande, es decir, se tira la ferriuga hacia atras o  
adelante i se da vueltas en distintas direcciones. Ante todo de-  
be hacerse uso de ferriugas limpias en el sentido antiséptico.  
La disolucion del acido fenico era distinta, ya se usaba la  
disolucion de 1% ya la de 3%. Hueter usaba la de 2% e inyec-  
taba una o dos ferriugas de Pravaz Merz en intervalos de uno o dos  
dias. En una sesion Hueter nunca habia inyectado mas de  
dos ferriugas Merz. La aplicacion del acido fenico en si mismo  
no es dolosa. Segun Hueter las inyecciones de acido fenico o-  
bran no solo localmente disminuyendo i respectivamente haciendo  
desaparecer la inflamacion erisipelatosa i el dolor sino  
tambien disminuyendo la elevada temperatura, es decir, antipie-  
ticamente. En los tiempos modernos, en el Congreso de Ginebra de  
1878 ha hecho notar Hueter i aqui parece de hecho estar la impor-  
tancia de las inyecciones, que el método produce el mejor resultado  
cuando aparecen los primeros presuros de la erisipela. Segun Till-  
manns las inyecciones de acido fenico debian servir con preferen-  
cia para evitar, aun disminuyendo la amenazante aparicion  
de una erisipela, es decir, que el medio debia emplearse en pri-





camente al principio de la erisipela. Si ya la erisipela existe  
 si ya la causa esencial de ella ha pasado a la circulación entonces  
 es un poco difícil difundir una cantidad suficiente de ácido  
 ferico. Hüster hizo precisamente las mismas experiencias, al  
 principio de la erisipela el medio de nuestro uso activo, pero en  
 el curso posterior era casi o enteramente inactivo. Según las ~~investigaciones~~  
~~noticias~~ Comunicaciones de Schüller (Revista anual, periódica  
 Aleman para Cirujía 1878) recientemente Hüster usa una disolu-  
 ción más fuerte (al 8 por 100) hecha en una sesión inyecciones muy nume-  
 rosas. A lo largo del borde de la erisipela desde la piel todavía no  
 enferma se aplican en una sesión 3 a 5 jeringas de Pravaz. Estas inyec-  
 ciones se repiten una o dos veces según la agudeza de la inflamación  
 i la extensión de la erisipela. En muchos casos se detiene la marcha  
 de la erisipela después de una aplicación triple o cuádruple. En el  
 mayor número de los casos la extensión de la erisipela era como la  
 mitad.

También Böckell que ensayó el procedimiento de Hüster en una  
 serie de casos ha inyectado dosis mayores, lo más temprano posi-  
 ble. En la mañana i en la tarde inyectaba cada vez 5 a 6 jeringas  
 llenas de una disolución de 1 1/2 por 100 a una distancia de un centí-  
 metro del borde inflamatorio en toda la circunferencia de la  
 mancha erisipelatosa. Sin embargo la erisipela sobrepasaba muchas  
 veces en los primeros días la línea de inyecciones, pero se detenía  
 ordinariamente al tercer o cuarto día; verdaderamente Böckell  
 no considera las inyecciones como panacea, pero sin embargo lo  
 alaba "Como el medio más seguro que poseemos" pues logró  
 muchas veces detener erisipelas muy fuertes en veinte cuatro  
 horas.

De especial importancia en relación al éxito es también seguramente



la eleccion del preparado sobre lo que con razon Wilde llama la atencion. El inyector Sulfo-fenato de soda i dice, constantemente haber observado buen éxito. Ya despues de la primera inyeccion disminuyó la temperatura de la tarde, al siguiente dia la mancha erisipelatosa estaba desarrollada, i entro la defervescencia al Tercero o Cuarto dia no se veia nada de erisipela solamente edema. Este éxito lo vió constantemente en un número no poco considerable de casos cuando se empleaba un preparado debilmente rojizo i con olor a ácido fénico, mientras un preparado inodoro cristalino quedó enteramente sin efectos.

Withmore usa para las inyecciones, ácido fénico disuelto en glicerina i las aplica en doce o mas puntos tanto en la periferia como en el mismo tejido erisipelatoso. La mancha la finca además con una disolucion de yodo con aceite de farmacista, pretende que por este método ha tratado 30 casos seguidos con perfecto éxito.

En la Maternidad de Stresden segun las Comunicaciones de Whifford se ha empleado el ácido fénico interior e hipodérmicamente, cierto que la erisipela en ningun caso se curó en las veinte o cuatro horas sino hasta las cuarenta i ocho, pero la reaccion se presentó disminuida, el ensanchamiento fué retardado i principalmente evitada la extension rápida sobre superficies muy grandes. Si bien es cierto que hasta ahora la accion de las inyecciones subcutáneas de ácido fénico aun no han sido probadas en número suficientemente grande de casos bien observados, sin embargo, Killmanns cree que las observaciones presentadas hasta ahora demuestran que medicinalmente, muy principalmente al principio, merece su lugar entre estimulantes.

Paso a espasar ahora, de nuevo, el resultado que hemos obtenido nosotros en los pocos casos que se han sometido a este tratamiento,



advertiendo que hemos empleado para las inyecciones una disolución al 5% de manera que en cada inyección introducimos cinco centigramos de ácido fénico.

Observación 1<sup>a</sup>. — J. B. entró el 17 de Abril a ocupar la Cama N<sup>o</sup> 8 de la Sala del Carmen, a consecuencia de una fractura de dos o tres costillas i de una rotura del fémur producidos por la caída de una pared. El enfermo marchaba muy bien i ya estaba a salvo de la neumonía que se había desarrollado; el día 20 tuvo un escalofrío bastante intenso i la temp. se elevó a 39.3. El día 21 por la mañana tuvo otro escalofrío tan intenso como el primero, cefalalgia i vomito la temperatura permaneció la misma. A la hora de Clase de Clínica a las 12 ch. pudimos observar una placa erisipelatosa en la parte anterior del muslo izquierdo que ocupaba todo el tercio superior esta placa presentaba todos los caracteres de una erisipela, desde luego a la inspección se notaba sus bordes irregulares i un ligero relieve mas apreciable a un fin del tacto, el color rojo desaparecía por la presión i había flictenas, no cabía duda que se trataba de una erisipela traumática cuyo origen era probablemente la rotura del fémur herida que presentaba mal aspecto. Se instituyó el tratamiento por el ácido fénico, se hizo cinco inyecciones rodeando la mancha erisipelatosa a distancia una de otra de 10 centímetros, en la tarde la temp. era de 40° la erisipela se había extendido rapidamente abarcando el tercio del lado izquierdo en una extensión de 15 centímetros.

Día 27. La temp. de la mañana era de 40.3 el enfermo ha pasado una mala noche. A las 12 ch. temp. 40.4 la erisipela no se ha extendido mas i no es tan dolorosa a la presión. Se hizo igual número de inyecciones que el día anterior i de igual modo. Temp. de la tarde 40°.

Día 28. Temp. de la mañana 39.9° la placa erisipelatosa se ha limitado está mas firme a la presión. A las 12 ch. la temperatura





es de 38.8 se le hizo igual número de inyecciones; en la misma forma que el día anterior. En la tarde temp. 38.2.

Día 19- Temp. de la mañana 38.4 el enfermo se siente mejor.

A las 12 M. temp. 38.4 la erisipela se nota que cede pues la mancha está muy pálida; no hay ni que dolor a la presión. Sigue el mismo tratamiento haciéndose solo tres inyecciones a distancia de seis <sup>horas</sup> cada una. Temp. de la tarde 38.

Día 20- Temp. de la mañana 37.5 el enfermo se siente perfectamente. A las 12 M. temp. 37.2 la erisipela ha desaparecido y la herida presenta buen aspecto. El tratamiento ha durado solo cuatro días.

Observación 2<sup>a</sup> - R. V. de 24 años entró a ocupar la Cama N.º 19 de la Sala del Cáncer, el 20 de abril, tiene un absceso en el tercio medio del brazo derecho consecuencia de un traumatismo, este absceso se abrió; se le curó por el método de Lister que es el que se sigue en la Clínica. El día 25 del mismo mes el enfermo tuvo a las 8 A.M. un fuerte escolopio, dolor de cabeza; la temperatura subió a 39.8, hay también tumefacción; dolor en los ganglios de la axila examinados detenidamente solo se observa una ligera tumefacción de los bordes de la herida; esta tiene mal aspecto. A las 12 M. la temp. es de 40° la tumefacción de los bordes de la herida ya no solo se limita a los bordes sino que se extiende mas alta en una extensión de 4 centímetros hacia los lados; hacia arriba 10 a 12 centímetros mas o menos; se nota sus bordes irregulares; el relieve; el dolor a la presión características de una erisipela. Se hizo cuatro inyecciones rodeando los bordes de la placa erisipelatosa a distancia una de otro de 1 centímetro. Temp. de la tarde, 39.8.

Día 26- Temp. de la mañana 39.6. la erisipela se ha limitado esta mas pálida y poco dolorosa a la presión, el infesto ganglionar



es tambien menor. A las 12 m. temp. 39.5. Se hizo igual numero de inyecciones i del mismo modo que el dia anterior. Temp. de la tarde 39.3.

Dia 27 - Temp. de la mañana 38.6 - la mancha omni fálida i poco perceptible el infarto ganglionar ha desaparecido, el enfermo se siente omni mejor. A las 12 m. temp. 38.3. Sigue el tratamiento como el dia anterior. Temp. de la tarde 38.1.

Dia 28 - Temp. de la mañana 37.7 la mancha no es ya perceptible, el enfermo se siente omni bien i la herida tiene buen aspecto. A las 12 m. temp. 37.3. Se hizo una inyeccion. Temp. de la tarde 37.1. El tratamiento ha durado tres dias.

Observacion 3<sup>ra</sup> m. d. de 26 años entró a ocupar, el dia B de Mayo la Cama N.º 24 de la Sala del Carmen con una erisipela consecutiva a una herida superficial del dorso del pie derecho. Interrogado el enfermo dijo que el 30 de abril a las 3. P. m. habiéndolo un fuerte escalofrio, dolor de cabeza, vomito i dolor en la ingle. El 1<sup>o</sup> de mayo a las 12 m. apareció la mancha erisipelatosa un poco por encima de la herida. El dia tres ~~de~~ la mancha que presentaba todos los caracteres de una erisipela, como el enfermo había dicho, ocupaba la parte anterior, externa i un poco interna de la pierna, ~~la~~ anterior ~~de~~ la parte anterior sube hasta la tuberosidad anterior de la tibia i por las partes laterales hasta la parte media de la pierna. La temp. a las 12 m. es de 40.1. La mancha era dolorosa a la presion i el infarto era notable. Se hizo cinco inyecciones, no ya rodeando la mancha que era omni estensa sino que se trató de limitarla por arriba, rodeando la pierna a nivel del limite de la erisipela i a una distancia de 3 centímetros una de otra. Temp. de la tarde 40.º

Dia 4 - Temp. de la mañana 39.2 - el enfermo se siente omni bien, ha pasado mala noche. A las 12 m. temp. 39.3 - por la parte inferior



no se ha extendido la erisipela, pero por la parte superior ha pasado el limite señalado por las inyecciones, i se puede observar al mismo tiempo una linfangitis que se hace notar por una línea roja extendida desde la parte superior e interna de la tibia hacia la ingle, en esta region esta siempre dolorosa. Temp. de la tarde 40°.

Dia 5 - Temp. de la mañana 39.2 El enfermo siempre se siente mal. a las 12 m. temp. 39.5. La erisipela se ha extendido como cuatro traveses de dedos por el lado externo, pero no hai mucho dolor a la presion, por la parte anterior no ha avanzado, por el lado interno tambien se ha extendido un poco en la parte media de la pierna la erisipela esta muy folida i no hai dolor, de manera que han existido dos placas erisipelatosas una en el tercio superior de la pierna i la otra que se extiende desde un traves de dedo mas o menos por encima del espacio intermetatarsal hasta tres traveses de dedos por abajo, esta mancha es mas intensa i mas dolorosa. Temp. de la tarde 39.8 Sigue el mismo tratamiento

Dia 6 - Temp. de la mañana 39.6 - El enfermo se siente un poco mejor. a las 12 m. Temp. 39.5 - La mancha erisipelatosa de la parte media de la pierna ha desaparecido, la superior se ha extendido un poco mas i la inferior llega hasta un traves de dedo por encima de las falanges, no son muy dolorosas a la presion, el infarto ganglionar muy disminuido i la linfangitis lo mismo. Temp. de la tarde 39. Sigue el mismo tratamiento pero ahora rodeando las manchas erisipelatosas, haciendo en las inyecciones tres en la mancha superior i dos en la inferior: ademas en la noche un centigramo de sulfato de quinin.

Dia 7 - Temp. de la mañana 39. El enfermo se siente mejor. a las 12 m. Temp. 39.1 La mancha erisipelatosa superior no se ha extendido, la inferior llega hasta las primeras falanges del pie, sigue el mismo tratamiento menos el sulfato de quinin. Temp. de la tarde 39.

Dia 8 - Temp. de la mañana 38.7 El enfermo se siente mejor que el





dia anterior - a las 12 m. 38.4 - la mancha erisipelatosa superior está en el mismo estado que el día anterior pero bastante pálida, la inferior también muy pálida, sigue el mismo tratamiento Temp. de la tarde 38.5

Día 9 - Temp. de la mañana 38.1. a las 12 m. 38.2 la mancha superior está reducida a la extensión de un dedo fuerte i omni pálida, el infarto ganglionar ha desaparecido i lo mismo la linfangitis, la mancha inferior ha desaparecido hasta dos tercios de dedos por encima de las falanges, el resto está omni pálida. Se hizo solo una inyección en el centro de la placa inferior, i en la inferior se trató ordeando la mancha. Temp. de la tarde 38.

Día 10 - Temp. de la mañana 37.8. El enfermo se siente completamente bueno. a las 12 m. temp. 37.5 la mancha superior ha desaparecido i la inferior está omni pálida. Sigue el mismo trat. Temp. de la Tarde 37.2.

Día 11 - Temp. de la mañana 36.7 toda erisipela en la parte inferior ha desaparecido i el enfermo se siente completamente bueno i su herida presenta buen aspecto. El trat. ha durado nueve días lo que debe atribuirse a que se empleó la solución ferrica cuando que el proceso erisipelatosa estaba omni extendida.

Observación 4<sup>ta</sup> M. R. - de 15 años ocupaba la cama N.º 80 de la sala del Cáncer a consecuencia de una osteo-artritis del pie, se empleó a la curación de naftalina i seguía bastante bien. El día 2 de Mayo a las tres de la tarde sintió un fuerte escalofrío dolor de cabeza i aumentó la temp. en de 39, a las 8 la herida estaba de mal aspecto. a las 6 de la tarde del mismo día la temp. en de 39.8 i examinado se pudo ver una mancha rubicunda, sus bordes irregulares dolosa al presión, acompañada de un dolor urente que tomaba origen en los bordes de la herida situado en el lado externo del dorso del pie izquierdo i se

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



se extendió hacia arriba hasta la garganta del pie i fué el lado externo e interno en una extensión de dos tercios de dedo mayor o menor. Indudablemente se trató de una escifela cuyo origen era la herida. No se hizo nada hasta consultar al profesor.

Día 3 - El enfermo se siente un omni mal. Temp. de la mañana 39.5

A las 12 est. 39.5 la marcha no se ha extendido pero está lastada dolorosa. Se le hizo 4 inyecciones rodeando la marcha. Temp. de la tarde 38.4 el enfermo se siente un omni bien.

Día 4 - Temp. de la mañana 38. El enfermo se siente un omni mejor,

A las 12 est. 37.8 la marcha un omni pálida; nada dolorosa. Se hizo igual número de inyecciones; de igual modo que el día anterior. Temp. de la tarde 37.7

Día 5 - Temp. de la mañana 37.2 - El enfermo se siente un omni bueno i sano

A las 12 est. Temp. 37.1 la escifela ha desaparecido después de un tratamiento de dos días.

Observación 5<sup>a</sup> - P. R. de 14 años ~~se~~ entró a ocupar la cama

N<sup>o</sup> 25 de la sala del Carmen en el mes de febrero de 1903 a consecuencia de una fractura del tercio medio del hueso izquierdo con proyección del fragmento inferior hacia afuera. Se hizo la resección de la extremidad superior de este fragmento; la herida marchó un omni bien pero el 15 de mayo en la mañana tuvo un fuerte eczema, se palpitó, vomitó; la temp. era de 38.5. A las 12 est. ~~hoy~~ se elevó la temperatura con de 38.8 había infecto ganglios del cuello, pero no se pudo notar nada más que la herida presentaba un mal aspecto. Temp. de la tarde 39.2.

Día 16. Temp. de la mañana 39.5 - El enfermo se siente un omni mal. A las 12 est.

Temp. 39.9 examinado se puede notar una placa que se extiende desde los bordes de la herida situada en la parte externa del hueso, hacia la región inguinal ocupando la cara anterior; un foco externo del hueso





esta fase, es de una erupción roja, dolorosa a la presión, edematosa  
 y se nota muy bien el relieve característico de una esciela. En vista  
 de esto se instituyó el trat. haciendo seis inyecciones rodeando la oreja  
 a distancia una de otra muy o muy cuatro centímetros. Temp. de  
 la tarde 39.5.

Día 17 - Temp. de la mañana 39. el enfermo se siente un poco mejor, ha  
 dormido un poco. A las 12 m. temp. 39.2 la esciela no ha pasado el  
 límite de las inyecciones, el infarto ganglionar muy o muy como el día  
 anterior sigue el mismo tratamiento, e la misma forma. Temp. de la  
 tarde 39.1

Día 18 - Temp. de la mañana 38.8 - el enfermo se siente mejor. a las 12 m.  
 temp. 38.6 la esciela no avanza, su calidad es muy notable, el infarto  
 muy disminuido. Sigue el mismo tratamiento. Temp. de la tarde 38.2

Día 19 - Temp. 37.8 - el paciente se siente muy mejor. a las 12 m. temp.  
 37.5 - la esciela desaparece rápidamente pues apenas es visible la  
 rubicundez; no es asintomático de dolor a la presión, el infarto ha desapare-  
 cido. Se hizo solo tres inyecciones. Temp. de la tarde 37.2.

Día 20 - Temp. de la mañana 37.1 - el enfermo se siente completamente  
 bueno. a las 12 m. temp. 37.1 la esciela ha desaparecido completa-  
 mente después de un trat. de cuatro días.

Observación 6.<sup>a</sup> R. P. entró el 15 de junio a ocupar la Cama N.<sup>o</sup> 8  
 de la Sala del Carmen a consecuencia de una herida del tercer medio  
 del brazo izquierdo por arma de fuego con fractura del húmero, se extra-  
 jeron varias esquirlas; se hizo la curación lister, y se puso un aparato  
 de tablillas. El herido seguía bastante bien; el día 2 de julio sintió un  
 fuerte escalofrío, dolor de cabeza; un fuerte dolor en la axila. La temp. se elevó  
 a 40°. A las 12 m. del mismo día la temp. en de 40.1 quitado el aparato se  
 pudo observar una mancha que presentaba todos los caracteres de la esciela  
 esta mancha se extendió desde los bordes de la herida hasta el hombro



ocupando toda la parte anterior del brazo e inclinándose un poco hacia la región pectoral. Se hizo ocho inyecciones rodeando la macha a distancia una de otra muy o menos 6 centímetros. Temp. de la tarde 39.9.

Día 3 - Temp. de la mañana 39.5 el herido se siente un poco mejor.

A las 12 m. temp. 39.5 la erisipela a pasado un poco hacia la región pectoral el límite de las inyecciones, el infarto axilar muy o menos lo mismo que el día anterior. Sigue el mismo trat. al que se apego 30 grms de hepato de soda por que hacia cuatro días a que el enfermo no volaba. Temp. de la tarde 39.4.

Día 4 - Temp. de la mañana 39.2 el enfermo se siente mejor. a las 12 m. temp. 39.2 la erisipela no ha arrojado, está muy pálida, menos dolorosa el infarto ganglionar es menor. Sigue el trat. con el hepato de soda.

Temp. de la tarde 38.8.

Día 5 - Temp. de la mañana 38.2 - el enfermo se siente muy bien.

A las 12 m. temp. 38.1 la erisipela disminuye notablemente, la placa está muy pálida, i nada dolorosa el infarto desaparece también. Sigue el mismo trat. Temp. de la tarde 38.

Día 6 - Temp. de la mañana 37.8 - el enfermo se siente muy bien. A las 12 m. temp. 37.1 la erisipela ha disminuido i faldesido notablemente el infarto ha desaparecido. Sigue el mismo trat. Temp. de la tarde 37.1

Día 7 Temp. de la mañana 37.3 - el enfermo se siente completamente bueno. A las 12 m. temp. 37.1 la erisipela ha desaparecido después de un tratamiento de cinco días.

Observación 7<sup>a</sup> - A. U. de 15 años entró el 30 de Junio a ocupar la cama n.º 32 de la Sala del Carmen a consecuencia de una herida contusa de la parte superior e interna de la pierna derecha producida por un Cano Urbano; se le curaba diariamente i marchaba bastante bien i el día 4 de Julio a las 11 m. de la mañana tuvo un fuerte escape de sangre, una cephalalga frontal intensa, la temperatura se elevó a 39.8



Al P.M. del mismo día la temp. era de 39.8 se examinó con cuidado la herida enferma: solo se notó que la herida presentaba un aspecto un poco malo, no había infarto ganglionar. Temp. en la tarde 40.<sup>o</sup>  
 Día 5 - Temp. en la mañana 39.9 - el enfermo se siente mal, no ha dormido en la noche, ha tenido delirio: cómicos. A las 12 M. temp. 40.<sup>o</sup>  
 Se puede observar una placa con todos los caracteres de una erisipela que se extiende desde la herida y ocupa la totalidad del tercio medio del muslo por la parte anterior: por la externa y posterior. Llegó hasta la ceja glútea. Se le hizo cinco inyecciones no rodeando la mancha sino el muslo de manera de limitarla por arriba. Temp. tomada a las 6 P.M. 39.8.

Día 6 - Temp. de la mañana 39.6 - el enfermo ha dormido un poco. A las 12 M. temp. 39.5 - la erisipela no avanza, en la parte anterior del muslo muy fálida: ni dolorosa a la presión, la externa y posterior muy o menos como el día anterior pero sin avanzar por el límites marcados por las inyecciones. Se le hizo cinco inyecciones rodeando la mancha posterior externa. Temp. de la tarde 39.<sup>o</sup>

Día 7 - Temp. de la mañana 38.8 el paciente se siente muy mejor. A las 12 M. temp. 38.6 la erisipela de la parte anterior ha desaparecido, la externa también disminuye, está fálida: pero dolorosa. Sigue el mismo trat. que el día anterior i en la misma forma. Temp. de la tarde 38.<sup>o</sup>

Día 8 - Temp. de la mañana 37.8 - se nota una mejoría notable en el enfermo. A las 12 M. temp. 37.5 - la erisipela poco perceptible i no hay ningún dolor. Se le hizo solo tres inyecciones. Temp. de la tarde 37.3.

Día 9 - Temp. de la mañana 37.1. el enfermo se siente bueno. A las 12 M. temp. 37.1 la erisipela ha desaparecido después



de un tratamiento de cuatro días.

Después de este corto trabajo, que hubiéramos deseado ilustrado con un mayor número de observaciones hemos llegado a las conclusiones siguientes:

- 1.<sup>o</sup> Que el trat. por el ácido fénico abarca, siempre que se inicie al principio de la erisipela, la duración de la enfermedad por ser en el mayor número de casos dura ha durado entre dos i cinco días siendo que casi todos los autores están de acuerdo en que su duración es por lo general de quince a diez i ocho días.
  - 2.<sup>o</sup> Que en las pocas observaciones que tenemos a la vista hemos podido notar la virtud antipútrida del ácido fénico, pues siempre desde el principio del trat. ha empezado a disminuir la temp.
  - 3.<sup>o</sup> Que la aplicación del ácido fénico en si mismo no ha sido dolorosa en ningún caso.
  - 4.<sup>o</sup> en ningún caso hemos observado la formación de abscesos.
  - 5.<sup>o</sup> que no hemos notado síntomas de intoxicación.
  - 6.<sup>o</sup> que no debe emplearse en los casos de erisipelas muy extendidas porque a muy de puestas por su utilidad refiere al enfermo a la intoxicación.
  - 7.<sup>o</sup> que es un trat. cómodo para el enfermo.
  - 8.<sup>o</sup> es un tratamiento digno de estudiarse muy detenidamente.
- Este corto trabajo es el que tengo el honor de presentar a vuestra aprobación.

Ignacio B.

