

* Observaciones sobre la erisipela

C. VELASCO M.

Según datos tomados en el Hospital de Quito.

En Quito, suelen presentarse de tiempo en tiempo, epidemias de Erisipela. No he podido averiguar cuáles sean los factores que determinan la exaltación de la virulencia del Estafilococo; acaso son dependientes del estado higrométrico; es lo más probable. Para la propagación, el contagio directo, explica poco; los primeros casos se presentan en diversos sectores de la ciudad y lejanos unos de otros; he llegado a comprobar, un seis por ciento de contagio directo, en cambio muchas de las enfermedades acusan a las moscas como causantes de la enfermedad y este dato que yo lo cría inútil ha sido comprobado con datos iguales observados por otros profesionales.

Probable, es pues, que la mosca infectada por detritus orgánicos, sea portadora de la enfermedad. En todo caso no es imposible.

Entre las causas predisponentes la más frecuente es el enfriamiento. Será por esto que las cocineras son las más azotadas por la enfermedad?

Hay que tener en cuenta que las variaciones bruscas de temperatura, sobre todo en las épocas lluviosas, son casi cotidianas en las mesetas andinas.

El trauma es también notable causa como también la existencia de enfermedades anteriores como sinusitis, parotiditis y hasta un coriza vanal.

SÍNTOMAS.—Varios son los síntomas que acompañan la enfermedad, y muy variada también su manera de coexistir en un mismo enfermo. En los enfermos que he experimentado y en general, son constantes los siguientes: escalofrío, calentura, cefalea.

El escalofrío puede ser único y entonces marca el comienzo de la enfermedad, o puede ser periódico, repitiéndose por el es-

pacio de algunos días—ocho en uno—, al cabo de los cuales empieza el brote de la mancha erisipelatosa. Raras veces se nota en el curso de la enfermedad, y cuando ello sucede, marca el período de un nuevo brote emigrante.

Calentura.—Se instala posteriormente al escalofrío, precede a la erupción y se exaspera después de la aparición; en el primer período de la mancha, en el de más aguda inflamación, llega a mayor altura—40,5, 40,8—la mayor que he podido observar; después decrece rápidamente hasta 37, o 36,5.

Cefalea.—Intensa, coincide con la elevación de temperatura.

Estos signos principales, tienen un cortejo variadísimo de otros secundarios, y cuya enumeración la haré por orden de frecuencia con que aparecen:

Quebrantamiento general del cuerpo, laxitud, anorexia, injarto ganglionar, sed, sensación de sequedad en la boca, labios secos, epistaxis, catarro, náusea, vómito, zumbido de los oídos, pesantez de la cabeza, sensación de frío en las extremidades, lagrimeo de los ojos, diarrea, estreñimiento, tos, insomnio y delirio.

La erupción puede manifestarse, en algunos casos anticipadamente a los signos que acabo de enumerar. En mis observaciones 8 por ciento. Puede también manifestarse con el intervalo de horas o días—ocho días en dos observaciones—.

La erupción empieza por un ligero puntito, dolor en algunos casos, sensación de calor; luego la coloración y finalmente el edema.

Lugar de la erisipela:—Los lugares más atacados son los que están habitualmente descubiertos: la cara y las extremidades, siendo en la cara, la nariz y los párpados por donde empieza con más frecuencia la erupción.

Evolución.—La erisipela, evoluciona benignamente y a la curación reviste la forma macular un noventa por ciento de veces; un siete por ciento, la forma flictemilar, un uno por ciento, la forma flemosa y un dos por ciento de recidivas.

La mancha en la mayoría de los casos tiende a limitarse y estacionarse a la región de la primera invasión; esto no impide a que en otros, tome la forma emigrante o ambulante, llegando a recorrer el exantema todo el cuerpo de una enferma, avanzando poco a poco en las regiones vecinas sanas, va propagándose a medida que las primeramente invadidas sanan. Cada nueva invasión viene precedida de premonitorios; éstos no son en manera alguna, tan acentuados como los que anunciaron la primera invasión, y van disminuyendo en dureza de manifestación a medida que van aumentando los brotes: a veces sólo una alza de temperatura de un grado y décimas; salvo el caso de que alguna

complicación venga a sumarse al nuevo estado, que, en este caso, los signos agravan y son más alarmantes.

La invasión al cuero cabelludo no reviste mucha gravedad como se cree. Frecuente es la invasión—veinte por ciento—.

Tiene por síntomas principales una cefalea intensa, estupor, adinamia, alza de temperatura, delirio.

La forma adinámica es raro encontrar—4 en 100; al principio de la enfermedad; es de regla casi, cuando es del cuero cabelludo.

La flemonosa, se encuentra en las consecutivas a un traumatismo intenso, en los debilitados y ancianos.

La recidivante afecta a las mismas partes primitivas y cura más pronto que en el primer ataque.

Angina erisipelatosa.—Es sumamente grave; he observado un caso y fué complicada de aborto y defunción al quinto día de evolución. Si bien es cierto que los fenómenos locales son aparatosos: disnea, disfagia intensa, afonía casi completa, aspecto flemonoso, enantema de toda la cavidad, los síntomas de intoxicación general no son menores: temperatura de cuarenta grados, pulso rápido y fenómenos de verdadera impregnación nerviosa: sepsis general.

Complicaciones.—Las más frecuentes son de orden puramente local. Se presentan los abscesos, pequeñas colecciones purulentas o cerosas, cuando la piel empieza a desinflamarse; entonces se nota en la superficie cutánea un nódulo prominente, rojizo, brillante y que fluctúa a la palpación. Puede hacerse una diferenciación: los unos, rojizos, dolorosos y más duros tienen probablemente asociación microbiana, su abertura da pus verdosa o amarillenta; los otros, brillantes, casi indoloros y muy superficiales, son más bien exudados orgánicos. Para los últimos basta aplicar outa o una pomada a base de subacetato de plomo para provocar su reabsorción; su abertura cura pronto.

Los sitios más propensos a supurar son los párpados, seguramente por la constitución anatómica del tejido celular subcutáneo que ofrece más facilidades al derrame de líquidos orgánicos vertidos en el proceso de defensa orgánica 10 %.

El saco lagrimal supura..... 4 %.

Ganglios..... 4 %.

Los miembros inferiores son propensos a la supuración 2 en 5 casos.....

Otitis inflamatoria que no llega a la supuración..... 4 %.

Congestiones renales.—Caracterizadas por orinas escasas fuertemente coloreadas, cefalias, dolores lumbares, pulso hipertenso.

De orden circulatorio.—Ligeros desórdenes en el pulso que es débil, embriocardia y aritmia, en dos casos. Hay que notar en el un caso se trataba de una vieja nefrítica, y en el otro en una anciana de setenta años.

De orden respiratorio.—Ligeras congestiones pulmonares, espectoración, disnea, submacidez, tos, en tres casos. Sólo un caso presenta signos de gravedad, como son, dolor, semejante a la punta de costado, disnea y tos intensa, esputos sanguinosos, macidez en el tercio medio. Esta complicación duró cinco días.

De orden nervioso.—Delirio, insomnio.

De orden digestivo.—Diarrea, dos veces; pero fueron consecutivas a la administración de jaborandi.

Hígado y bazo dolorosos en un caso.

Duración de la enfermedad 8 a 12 días, por término medio. Siendo la menor, cuatro, y treinta la mayor que se registra en el libro de historias clínicas.

De la piel.—Al tiempo de la descamación, se presenta una erupción granulosa polimorfa, formada de pequeños granos, vésculas, pústulas y otras más grandes semejante al acné vulgar.

El agua de alibour es excelente para curar esta afección cutánea.

Artritis.—Después de la descamación y defervescencia persiste la hinchazón de la articulación carpio-metacarpiano; en el edema blando depresible, ligeramente rosado, doloroso al tacto; el movimiento determina agudos dolores.—Baños calientes locales; salicilato de metilo al exterior que alternan con administración de salicilato de soda y antipirina.

La mortalidad 2 %.

TRATAMIENTO.—Purgantes.—Son administrados:

1º.—Sistemáticamente durante el primero y segundo día según los casos. Uso de preferencia el salino. Produce una baja de temperatura, un alivio al estado soporoso y disminución de la cefalea;

2º.—Cuando invade el cuero cabelludo, y en especial si este estado trae consigo, delirio, náusea y cefalea. En este caso prefiero el aguardiente alemán y espino cerval.

Sudoríficos.—1º.—Durante el período de franca inflamación. Me parece acelerar la descamación.

2º.—En los casos de erisipela generalizada. Uso los amoniacales y entre éstos, el Licor anizado, de preferencia en asocio al jaborandi.

Diuréticos.—Sistemáticamente el benzoato de sodio—dos granos diarios—. En ocasiones sustituyo por Urotropina; todo esto diluído con 400 o en 450 gramos de cocimientos diuréticos,

o en algunos casos más graves, prescribo además de esto, cocimiento de estigmas de maíz lactosado un litro diario.

Tonicardiacos.—El alcohol, 40 grms. diarios o cafeína. Digital, en un solo caso, dosis masiva; y dos más en dosis cardiotónicas,

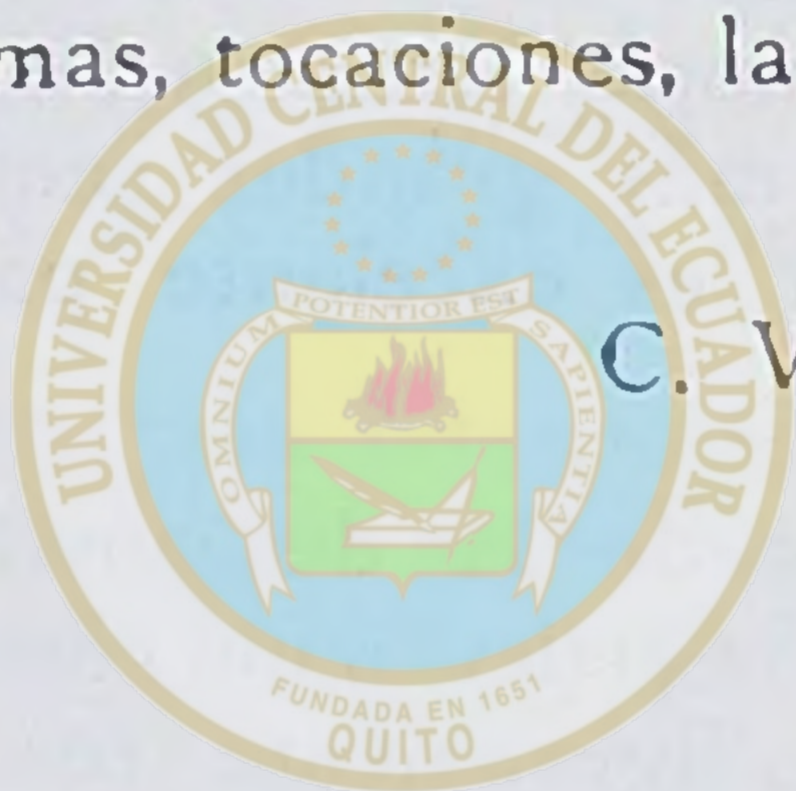
Sedantes.—Si el delirio es muy agitado—bromuro de potasio—; dos o tres gramos.

Medicación externa.—Pulverizaciones de agua fenicada al 5 por mil. Después embrocación de pomada ictrolada al 5 %: o de resorcina al 10 por ciento, asociada con alcanfor: ambas dan iguales resultados.

El yodo como medida preventiva no da ningún resultado; pero es un tratamiento cómodo para medios hospitalarios la simple unción de yodo en toda la placa, y se evita el engorroso uso de las pomadas. El resultado es bueno.

Las complicaciones pulmonares por espectorantes y revulsivos al exterior.

Gargarismos, enemas, tocamientos, lavados, dietética e higiene general.



C. VELASCO M.

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL