

tarla dentro de los párpados, después de la enucleación total ó parcial del bulbo. La acción hemostática que posee, es evidente y favorece de tal modo la cicatrización de la región operada, que los enucleados así tratados pueden muy pronto dejar de ser vendados, y empezar á llevar la pieza de esmalte. Igualmente lo hemos inyectado en los trayectos fistulosos de las osteoperiostitis, siempre que pongamos á cubierto la córnea y la conjuntiva, no porque puedan perjudicarla, sino para evitar al enfermo las molestias del ardor ya señalado.

Comprendemos, sin esfuerzos, que las ventajas atribuidas al fenosalil en el tratamiento de las enfermedades de los ojos, no son de tal superioridad que puedan considerarse únicas ó irremplazables; pero es lo cierto que no en vano usamos en la práctica diaria una substancia, y por algo la recetamos un día y otro. Tal conducta no se observa si en un caso, otro y otro, no vemos cierta correspondencia al fin perseguido, que no es otro sino el alivio ó curación del enfermo, y esto es lo que nos ha venido ocurriendo durante más de cuatro años al emplear el fenosalil en oftalmología, en la forma que dejamos expuesta, y para las indicaciones que hemos someramente apuntado.

DR. JUAN SANTOS FERNÁNDEZ,

Socio correspondiente en la Habana.

TERAPÉUTICA.

Seroterapia en la erisipela.

Cuando los profesores Roger y Charrin presentaron á la Academia de Medicina de París su comunicación dando cuenta de haber preparado suero antiestreptocócico, nosotros, en unión del Dr. Dávalos, profesor también del Laboratorio Bacteriológico de esta ciudad, estudiábamos el procedimiento del que había obtenido Marmoreck.

Debo confesaros, que del estudio que hicimos de ambos, más confianza nos inspiró el de Roger, porque nos pareció expuesto emplear para inmunizar los animales, el cultivo puro y exacerbado que usa Marmoreck.

Con la técnica de Roger, el peligro no existe, se emplea la toxina del estrep-

tococo, y aun cuando resulta un suero menos potente y de menos unidades, en cambio tiene la ventaja de que es eficaz como el otro, y que no comprometerá jamás al práctico que haga uso de él.

Estas consideraciones bastaron para que decididamente optásemos por el proceder de Roger y Charrin, y el día 14 de Septiembre de 1895 hicimos la 1ª inoculación á un caballo.

No entramos en los detalles de cultivos y obtención de toxinas, porque todos los que escuchan este trabajo, saben perfectamente cómo se llega á la preparación; nuestro objeto es tan sólo daros cuenta del suero que hemos obtenido, y de los resultados prácticos de su aplicación.

El caballo que empezamos á inmunizar en Septiembre de 1895, ha recibido durante diez meses que hemos invertido, 6.780 c.c. de toxina, y hemos tardado tanto, porque los múltiples trabajos emprendidos en el Laboratorio nos han obligado á ello, pero cualquiera puede inmunizarlo en menos tiempo.

Las toxinas han sido empleadas reducidas al sexto de su volumen, que tiene la ventaja de no imponer largas inyecciones de líquido.

La primera sangría que hicimos al caballo, nos permitió estudiar la potencia del suero que calculamos en más de 5,000 unidades.

Las pocas aplicaciones que de él se han hecho, nos permiten asegurar que en la erisipela da buenos resultados.

Tres son las observaciones que vamos á someter á la atención de esa ilustrada Corporación: una del Dr. Ignacio Calvo, otra del Dr. Gustavo López, y una nuestra.

OBSERVACIÓN DEL DR. I. CALVO.

D. Francisco Gil, de 17 años de edad, natural de Galicia, vecino de San Ignacio, 82: viene á consultarnos el día 27 de Junio pasado, con fiebre de 40°, lengua saburral, vomitando todo lo que toma y con constipación tenaz. Se queja de un dolor intenso en su pierna izquierda, la que estaba invadida de una erisipela de forma flictenosa; este día prescribimos un purgante de calomel, y dos horas después, una copa de agua de Loeches.

Y exteriormente una pomada de yodoformo, y lavados con bicloruro de mercurio al 1 × 1.000.

Al día siguiente, poco ó nada mejorado nuestro enfermo, á pesar de sostener una terapéutica enérgica tanto local como general.

Durante cuatro días pusimos en práctica todo lo que la ciencia aconseja en dichos casos, y en verdad nada mejoró su estado; pensé entonces en el suero antiestreptocócico preparado en el Laboratorio, pero antes quise tener la auto-

rizada opinión de todos mis compañeros; llevé mi enfermo á dicho Centro y allí todos pudieron comprobar el diagnóstico, no sólo clínico sino bacteriológico, realizado este último por el competente Dr. Dávalos, quien pudo apreciar la presencia del estreptococo encontrado en la linfa de las flictenas erisipelatosas.

La rebeldía del caso y el ser unánime la opinión de la aplicación del suero, nos hizo sin vacilar ponerle la primera inyección de 10 c.c. con las precauciones antisépticas ya conocidas.

Vuelvo á ver mi enfermo el día siguiente, y sin exageración alguna, la mejoría era asombrosa; no sólo su estado local, su estado general se modifica por completo, su lengua era menos saburral, los vómitos desaparecieron, la fiebre que fué alta en los días anteriores, no llegó á 37° 5.

Este día no inyectamos, al siguiente se le ponen 20 c.c. más de suero, y desde entonces la mejoría es completa, y sólo porque el enfermo se empeña volvemos á inyectarle 20 c.c. más y damos de alta al enfermo. Este caso ha sido visto por varios compañeros, y han podido, como yo, convencerse de su rápida curación. Debo señalar que al segundo día de ponérsele la última inyección, viene alarmadísimo nuestro enfermo, porque cree que tiene sarampión; efectivamente, estaba cubierto de una intensa erupción de forma urticárica, propia como es sabido de los sueros, y que cede espontáneamente.

OBSERVACIÓN DEL DR. LÓPEZ.

Asiático Leocadio Fresneda, acogido hace años en el Asilo de Enajenados, dé buena constitución y diagnosticado de Lipemania con estupor. En estos últimos tiempos, su natural modo de ser, apático y retraído, se ve interrumpido por etapas muy cortas, de cierta excitación, donde el enfermo se revela violento y agresivo.

Esta circunstancia le hace á menudo figurar con un papel activo, entre los variados *camorristas* de la sección segunda de Varones, donde está alojado.

Hará un par de años, en una de las tragedias con los otros enajenados, fué herido con una lata en el borde libre de la oreja izquierda, del que perdió una pequeña porción. La herida sufrió mucho, porque constantemente se quitaba las curas, y acabó por presentar erisipela, que por fortuna quedó limitada á la porción mastoidea del pabellón de la oreja, y una pequeña parte de la cara.

El día 28 del pasado Junio, en una nueva tragedia con otro enfermo, sufre una mordida en la oreja misma izquierda, que le hace perder por avulsión, toda la porción convexa del hélix.

El día 30 nos vimos obligados á hacer ingresar á Leocadio en nuestra Clínica

de Enfermedades agudas, en la cual ocupa la cama núm. 13. Un brote de erisipela, perfecta y distintivamente caracterizado, gana la parte superior del cuello, ocupa toda la extensión lateral de la cara, hasta la comisura labial y la de la nariz, alcanzando también la porción temporal, en toda su extensión. Se le hace lavatorio boricado caliente y cura provisional con vaselina yodoformada, $39^{\circ} 6$ de temperatura.

Poderosos motivos de familia me hacen venir al día siguiente á la Habana. Se sigue la misma cura por el Dr. Recio que me suple en la visita. Las temperaturas del enfermo eran de 39° y medio á 40° por las tardes.

El día 5 de Julio, el enfermo sigue mal, muy postrado, ha ganado mucho la extensión de la erisipela, que se extiende á toda la cara y cuello y la mitad anterior de la piel cabelluda; por la izquierda, rebasa la extensión de la zona temporal. La temperatura mantiénese en 40 grados. Se le cambia la cura por glicerolado de almidón boricado, se le administra un purgante, sulfato de sosa, y le disponemos limonada tártrica á pasto.

Voy al Laboratorio de la "Crónica Médica," en demanda del suero *antiestreptocócico*, que sabía estaban preparando los Dres. Dávalos y Acosta. Ya esta substancia estaba lista para ser útil, y el Director de este Instituto con su generosidad habitual, me facilita 40 centímetros cúbicos.

En la mañana del 6 de Junio hago mi primera inyección de 10 centímetros cúbicos, en el flanco izquierdo, previos los mandatos aconsejados para ello, y valiéndome de la jeringa del Dr. Roux.

Su estado general era el mismo, y su temperatura, $37^{\circ} 8$. Con el termómetro local, tomo al nivel del foco originario de la erisipela, la temperatura, que era de 38° .

El día 7, por la mañana, el enfermo ha mejorado bastante.

Temperatura axilar, $37^{\circ} 3$.

„ local, 37° .

Ha caído la supuración y la inversa decoloración de las partes enfermas.

Por la tarde del 7, asciende á 38° la temperatura general, marcando $38^{\circ} 3$ el termómetro local. Juzgo que no han sido suficientes los 10 c.c. del suero inyectado, y en aquel momento, previa *toilette* del flanco derecho, hago una segunda inyección de otros 10 centímetros cúbicos del suero antiestreptocócico.

El día 8 la temperatura axilar mantiénese entre $37^{\circ} 8-38^{\circ}$. La local, en 38° .
Mejoría.

El día 9, temperatura axilar, $37^{\circ} 3$ y 37° , fija, marca el termómetro en la porción mastoidea. Enfermo despejado, con apetito, durmiendo bien; con poco exudado y poca rubicundez en su lesión dérmica.

El día 10, 37°5 de temperatura axilar y 38° de temperatura local. Indico un purgante de sulfato de sosa. Sigue con buen estado general.

Día 11, 37°5 temperatura general y 37°2 local. Sigue con buen estado general, con apetito y durmiendo bien.

Día 12. A 37° está la temperatura del foco y la axilar.

Día 13, 37° temperatura axilar y 36°8 la local.

Ya no se nota variante en la coloración de la piel de la cara ni del cuello. Un grupito de eczema, descolorido, desprendiéndose fácilmente en escamas finísimas, queda por fuera de la comisura labial externa; sólo pobre supuración queda en el borde libre del hélix, cuya herida se ve limpia y no está dolorosa. Aquí se sigue curando con el glicerolado.

El día 14 lo pasa el enfermo completamente bien, estimándosele por curado. Pero en la madrugada del 15, su delirio, su exaltación habitual dentro de su forma mental, hacen que este sujeto se agite y se lastime la oreja frotándose con la cama, con el forro y borde del catre.

El 15, por la mañana, la piel del resto del pabellón de la oreja, de la porción zigomática del carrillo é izquierda del cuello, aparecen erosionadas, con la dermis arrollada en muchas porciones irregularmente distribuídas. Enciéndose su coloración y parece realmente que recomienza su proceso local; 37°3 da el termómetro en la axila, y 37°7 décimos el termómetro local.

Se hace sólo su cura local con el glicerolado, y disponemos poción hipnótico-bromurada. Pasa buena noche el enfermo. Parece caer la viveza de coloración de las partes enfermas.

A las diez de la mañana del 16, el asiático, en medio de su buen estado general, sufre un escalofrío; poco después la temperatura general y local marcan 39°7. Indicamos nuevo purgante con calomel, y gramo y medio de la sal de Pelletier. Igual cura local. En la tarde de este día el enfermo ya estaba apirético. Buen estado general, y sólo la piel de la cara y cuello un poco engrosada y sonrosada en las partes mismas donde el enfermo se dañó. Las demás porciones parecen buenas. La herida, de buen color, limpia, marcha á la curación.

Día 17. Se sigue perfectamente durante todo el día. Temperatura normal en el foco erisipelatoso, 36°6. Entiendo que este caso puede darse por curado de la erisipela, desde el día 13, y á virtud de la visible influencia procurada por la segunda inyección. En una persona de razón, no hubiera seguramente acontecido lo de la noche del día 14 que pareció reproducida la enfermedad y estorbar la curación. Pero esto no ha sido más que una nueva lesión de orden traumático en una piel recién enferma y en vía de restauración.

El suero antiestreptocócico debe, pues, y merece emplearse.

Este caso, á más del interés que desde este punto de vista tiene que presentar, presenta para mí otro muy particular, y que fué el que hizo se me ocurriera tomar la temperatura local: el estudiar las relaciones de esta temperatura con la general y conocer si había armónica influencia entre aquella y la inyección del suero.

Merecen, á mi pobre juicio, no despreciarse mis investigaciones térmicas. La temperatura local más alta que la general, me ha parecido indicar que no se andaba bien. Su segundo ascenso, después de ser abatido por una inyección, puede servir como guía, tal vez seguro, de la necesidad de una nueva inyección. Esta *inversión* térmica pone desde luego sobre el tapete, ó revela, la ineficacia de la dosis de suero empleada. Posiblemente, cuando las térmicas axilar y del foco erisipelatoso, marchen en unísono y natural descenso, es que se indica una tendencia regular hacia la curación.

Nuestra observación corresponde á una joven leprosa que visita desde hace años nuestra consulta y que con frecuencia se ve acometida de erisipela en ambas piernas. Cada ataque de estos la obligaba á guardar cama, porque las altas temperaturas y la secuela de síntomas conocidos, exigían el reposo y estancia en la cama.

Cuando hubimos preparado el suero se nos presentó una mañana denunciándonos un nuevo brote. Le practicamos una inyección de 20 c.c. y al siguiente día volvió contenta porque no había tenido necesidad de guardar cama. Sólo un ligero movimiento febril la molestó durante el día en que le hicimos la inyección. Cuarenta y ocho horas después el proceso infeccioso local había desaparecido.

A los 15 días vuelve amagada de un nuevo ataque, é hicimos lo que la vez anterior, una inyección de 20 c.c. de suero. Al siguiente día, otra de 10 c.c. La erisipela se detuvo y la coloración desapareció.

Desde entonces la enferma no ha vuelto á sufrir erisipelas, á pesar de que, como señalamos al principio, con mucha frecuencia le atacaban.

Hemos molestado demasiado la atención de esa respetable Corporación y terminamos reiterando á cada uno de sus miembros nuestro más profundo agradecimiento.

Habana, Agosto 10 de 1896.

DR. ENRIQUE ACOSTA,

Socio correspondiente de la Habana.