

cer el grado de compresión que se desee y variarle cuando y como se crea conveniente.

Otro medio contentivo es la aplicación de una *tira de esparadrapo* aglutinante de suficiente longitud para que dé dos veces la vuelta al vientre y de una anchura de cuatro centímetros. Se coloca primero inmediatamente sobre el ombligo la compresa de hilo en ocho dobleces y á continuación se calienta ligeramente la tira de esparadrapo por el dorso, como se hace siempre que se usa este recurso terapéutico para que se reblandezca la pasta y se adhiera á la piel, poniéndola en seguida alrededor del abdomen de manera que mantenga aplicada la compresa sobre el ombligo con la fuerza necesaria. Este procedimiento ofrece la inmensa ventaja de la inmovilidad del apósito, pero el inconveniente de que produce fácilmente eritema; lo que constituye una seria complicación, porque obliga á interrumpir el tratamiento de la hernia hasta que el eritema desaparece; como la adherencia disminuye después de algunos días, ya por la orina ó por el calor del cuerpo, hay que cambiar la tira de aglutinante cada cierto tiempo. Antes de aplicar cualquier aparato ó vendaje contentivo, sea de la clase que quiera, lo primero que hay que hacer es reducir la hernia.

El parangón entre estos cuatro medios contentivos da en mi opinión el siguiente resultado: el *aparato de resorte* es de inferioridad absoluta; el de *goma*, tal y como se usa en la actualidad, tiene algunos inconvenientes que desaparecen en gran parte con las adiciones que he propuesto; la *venda* de franela es muy buena, pero ha de estar *bien aplicada*, porque si está muy prieta molesta al niño y le puede perjudicar, y si está floja es completamente inútil, y ha de renovarse además su aplicación siempre que sea preciso; y la *tira de esparadrapo aglutinante* es excelente por su fijeza, pero como puede irritar la piel, rechazo su empleo. Así, pues, sólo aconsejo la venda de franela ó el aparato de goma con la adición de la pieza de tela. Si la madre ó algún individuo de la familia tienen la necesaria habilidad para poner bien la venda de franela, la creo preferible; de lo contrario, debe aconsejarse el aparato de goma.

Hay que advertir á los padres que examinen con la debida frecuencia si permanece reducida la hernia, para que no se dé el caso de que por estar mal aplicado el vendaje, ó por un esfuerzo extraordinario, ó por un movimiento verificado por el niño, se haya reproducido aquélla, porque entonces, no sólo resultaba inútil el vendaje, sino que pudiera determinar accidentes de más ó menos importancia por la com-

presión que sufrieran el peritoneo y el asa intestinal. Este examen deben hacerlo siempre que empañen al niño, y la manera de efectuarlo será la siguiente: en un momento en que esté el niño callado, se introduce el dedo índice y se toca el ombligo; muy pronto adquirirá la madre la práctica suficiente para apreciar por el tacto el estado de éste; pero si necesitara verle, no tiene que hacer otra cosa sino doblar un poco hacia afuera la parte de vendaje que cubre al ombligo, teniendo mientras aplicada en éste la yema del dedo; quita rápidamente el dedo para hacer la inspección, y vuelve á aplicarle al momento si está la hernia reducida; y en el caso contrario la reduce, separando por último el dedo por suave deslizamiento, *y á la vez* va reaplicando la compresa sobre el ombligo y desdoblado el vendaje; si éste se hubiera aflojado, quítesele y vuélvase á aplicarle bien.

Erisipela de los recién nacidos.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.— La naturaleza de esta enfermedad es idéntica á la que se presenta en las distintas edades, pero ofrece múltiples particularidades que constituyen su característica en la infancia.

Este procedimiento se desarrolla, por lo general, en los primeros días que siguen al nacimiento, pero en ocasiones no tiene lugar hasta después de la segunda semana. Runge, Kaltenbach y otros han descrito erisipelas congénitas, cuyo período descamativo coincidió con el nacimiento; las madres habían padecido esta enfermedad en los últimos tiempos del embarazo, y Lebedeff ha encontrado estreptococos en la sangre de un niño que nació en estas condiciones. (Weill).

La etiología macroscópica hállase representada por las diferentes influencias externas depresoras de la energía orgánica ó que alteran la integridad de la piel, y por las lesiones de ésta.

El frío constituye una causa importante, así como las influencias que acarrear decaimiento orgánico, debiendo referirse la fisiología patológica en estos casos á la acción deprimente que sobre la economía produce el frío y á la debilidad de la economía que el otro orden de causas determina, las cuales implican menor energía orgánica para luchar con el estreptococo.

Las soluciones de continuidad ofrecen tan alta significación en la etiología, que son un elemento previo necesario para el desarrollo de la enfermedad. Pues bien; en el recién nacido existe la herida umbilical, y además puede sufrir lesiones cutáneas durante el nacimiento, sobre todo si el parto es distócico. Mas aparte de esto, yo creo que deben conceptuarse las alteraciones superficiales de la piel representadas por la descamación epidérmica que en el recién nacido tiene lugar, como causa posible de erisipela, si bien entiendo que aunque posible no es frecuente, por ser la enfermedad que nos ocupa un padecimiento relativa-

mente raro y la descamación un fenómeno fisiológico, y, por consiguiente, común á todos los niños.

Las precedentes causas son predisponentes; veamos cuáles son las determinantes. Las macroscópicas están representadas por las enfermedades puerperales de la madre y por los procesos supuratorios en general, ya radiquen en ésta, ya asienten en el niño; pudiendo también proceder el germen de otros individuos que se hallen separados del recién nacido, realizándose la infección en estos diferentes casos por contacto inmediato ó por el intermedio de las manos de las personas que cuiden al niño, de los vestidos, etc.

La causa microscópica, que es la esencial, se encuentra constituida por el estreptococo, que Felheisen ha estudiado con gran detenimiento, cuyo agente se puede considerar como especial desde el punto de vista patogénico, ya que él solo es capaz de ocasionar la erisipela; pero no desde el punto de vista de sus efectos, porque determina también en otros casos abscesos, linfagitis, la pseudo-membrana de ciertas anginas, etc.; es decir, que la acción que desarrolla no es siempre idéntica, pero sí es constantemente, tal vez, el causante único de la erisipela. No sería pertinente abordar aquí el estudio de si existen varias especies de estreptococos, pero es lo probable que todas las bacterias en cadenas halladas en el organismo humano sean modalidades distintas de una sola especie, que sufre modificaciones, no transformaciones completas, debidas á circunstancias diversas.

¿Es incontrovertible la creencia corriente de que la aparición de la erisipela presupone necesariamente la existencia de una solución de continuidad en la piel ó en las mucosas, que sirva de puerta de entrada al microbio? Yo creo que semejante creencia es cierta en tesis general, pero no me atrevería á afirmar que lo sea en absoluto; y aun cuando lo fuera, conviene, desde el punto de vista clínico, dejar sentado que no es indispensable la existencia de una solución de continuidad muy evidente, ni siquiera de una escoriación ligera, sino que basta con pequeñísimas soluciones de continuidad. Me fundo para admitir la posibilidad del desarrollo de la erisipela sin solución de continuidad aparente, en que se considera al estreptococo como un saprofito vulgar de las cavidades naturales del organismo humano y aun de la superficie de la piel; y siendo esto así, ¿cómo se ha de tener convencimiento de la imposibilidad de que el estreptococo atraviese las fronteras epidérmica y epitelial? ¿No vemos en otras enfermedades bacterianas la verificación del contagio sin que en todos los casos sea evidente la existencia previa de una lesión, como son, por ejemplo, la viruela, la difteria, etcétera, y, sobre todo, el sarampión, que no respeta apenas á un solo niño, sean cualesquiera sus condiciones y las circunstancias en que se encuentre? ¿A quién se le ocurre pensar que se halle un niño libre del contagio morbilioso porque no tenga ninguna solución de continuidad? ¿No se admite que puede desarrollarse en algunos sujetos un forúnculo sin más que frotarse con alguna fuerza en la piel de la parte posterior del cuello ó de la cara dorsal de los dedos de la mano, debido á la residencia habitual del estafilococo en las glándulas pilo-sebáceas? ¿No se ve con frecuencia suma en casi todos los individuos pequeñas lesiones cutáneas, principalmente pústulas, sin que preceda ningún traumatismo?

Es verdad que se podrá decir que en todos estos casos habrá una solución de

continuidad que dé acceso al microbio en el organismo, pero tampoco podrá negarse que semejante contestación tiene mucho de gratuita; porque no creo que repugne á la razón que los microbios que anidan en la piel y en la cual hallan seguramente un medio adecuado para su existencia, porque si no morirían, provoquen por su contacto irritante y por lo nocivo de sus secreciones una alteración de las células en que asientan, que aumentando paulatinamente llegue un momento en que constituya verdadera lesión y aun tal vez solución de continuidad; y desde el instante en que las células que forman la barrera del organismo han perdido su integridad, su papel de defensoras de la economía se quebranta extraordinariamente, y es ya posible que el estreptococo haga más profunda su acción nociva y acabe por determinar una erisipela ó cualquiera otro proceso de los que él es capaz de producir. Tal vez explique este mecanismo patogénico la multiplicidad de pequeñas lesiones, como pápulas, pústulas, etc., que con grande frecuencia se observan, según acabo de indicar, en la piel de muchos individuos.

Por supuesto que en el terreno clínico pierde este problema gran parte de su importancia, porque desde el momento en que sin traumatismos ni violencias de ningún género, por lo menos que sean apreciables para el individuo, tenemos todos con tanta frecuencia microtraumas múltiples, á juzgar por los pequeños ó grandes procesos infecciosos que sufrimos, resulta que el precedente causal necesario, representado por la solución de continuidad, se halla casi constantemente establecido, y que por consiguiente, su papel en el cálculo de probabilidades de la aparición de un proceso está en cierto modo descontado por su gran frecuencia.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La erisipela se nos presenta como una *dermitis*, constituida, según las investigaciones de Renaut Metchnikoff y otros, por la presencia de estreptococos, exudaciones sero-fibrinosas, diapedesis leucocitaria abundante y proliferación de las células fijas del tejido conectivo; afectándose secundariamente la epidermis, el tejido conjuntivo subcutáneo y los capilares linfáticos. En la *epidermis* se produce la descamación, y en ocasiones se forman flictenas, probablemente no por la acción directa del microbio, sino por la influencia mecánica que en ella determina el proceso dérmico. El *tejido conjuntivo subcutáneo* se interesa poco cuando se trata de regiones en que la capa profunda del dermis es muy densa; pero en aquellas en que el dermis es de poco grosor y el tejido conectivo copioso, como ocurre en la pared anterior del vientre, se presenta una pastosidad difusa; y en las que el tejido conjuntivo subcutáneo es muy laxo, como ocurre en los párpados, se produce un intensísimo edema. Los vasos linfáticos que se encuentran en el foco erisipelatoso ofrecen aumentado su calibre y aparecen repletos de serosidad, de microbios y de células, pero sólo excepcionalmente ofrecen una peri ó una endolinfagitis. Los fenómenos que se desarrollan en el dermis pueden agruparse en los tres períodos de la evolución de la placa, ó sea en las tres zonas de la placa erisipelatosa: en el *inicial*—zona periférica—aparecen las mallas del tejido celular distendidas por abundante serosidad, en la cual existen células grandes de contornos irregulares, originadas por la proliferación del tejido conectivo, y numerosos estreptococos compuestos de seis á doce granos próximamente; los glóbu-

los blancos polinucleares se encuentran colocados en hilera en las paredes de los vasos sanguíneos, de los que acaban de salir por diapedesis; en el de *estado*—rodete—son más numerosos los elementos figurados, especialmente los leucocitos y los estreptococos, los cuales constan de dos ó tres granos y emigran hacia los capilares linfáticos, en cuyo punto de origen están amontonados; y en el de *declinación*—centro de la placa—ha sido reabsorbida la serosidad casi totalmente, pero hay muchas células rellenas de las mallas del cuerpo papilar, y los estreptococos han desaparecido casi del todo de las mallas dérmicas y están constituyendo montoncitos en los vasos linfáticos. Los capilares sanguíneos de la zona erisipelada están hiperemiados desde el principio é ingurgitados de hematias, pero no penetran en ellos los estreptococos en ningún período. Cuando la erisipela da lugar á septicemia, no se efectúa el paso de los microbios á la sangre á nivel de la placa sino por intermedio de los linfáticos y del canal torácico.—Widal:—*Tratado de Medicina y de Terapéutica*, publicado bajo la dirección de MM. P. Brouardel, A. Gilbert y S. Girode—.

Los precedentes datos anatómo-patológicos contribuyen á la interpretación de la *fisiología patológica* de la erisipela. Así que el estreptococo penetra en la piel ó en la mucosa, determina la llamada de leucocitos; es decir, surge una notable diapedesis, cuyo objeto es contrarrestar y anular al microbio; interesante mecanismo de la defensa orgánica, conocida con el nombre de *fagocitosis*, tan brillantemente estudiada por Metchnikoff; siendo favorecido este movimiento reaccional por la atracción, por la quimiotaxia positiva, que según Gabritchewsky, ejercen los productos segregados por el estreptococo sobre los glóbulos blancos. Las mallas del tejido conectivo aparecen repletas de plasma sanguíneo, porque sale éste de los vasos á la vez que los leucocitos. La terminación de la erisipela por el restablecimiento de la salud se explica así: los glóbulos blancos absorben á las bacterias, y unos y otros son arrastrados por la corriente linfática, la cual se apodera también del plasma sanguíneo extravasado, quedando, por lo tanto, libres de estos elementos que los llenaban los espacios conjuntivos. Si por el contrario, los estreptococos, en vez de ser destruídos resultan victoriosos en la fagocitosis y penetran vivos en los vasos linfáticos, llegan á la sangre y generalizan la infección.

Pues bien; en el recién nacido se desarrolla la erisipela, como ahora veremos, con intensidad excepcional, cuya explicación patogénica debe, á mi juicio, referirse á las condiciones anatómicas de su piel y á la debilidad general de su organismo. En efecto, la epidermis es muy tenue, y además se encuentra en plena descamación, y el dermis y el tejido celular son de constitución anatómica delicada, circunstancias que dan razón de la gran vulnerabilidad que estas partes muestran á la acción del estreptococo; y si á esto se agrega que los leucocitos deben ofrecer un sello de debilidad análogo al de toda la economía, y que su lucha con las bacterias ha de ser, por consiguiente, en condiciones desventajosas, nos explicaremos perfectamente la marcha tan característica que con frecuencia sigue la erisipela en el recién nacido. No es ni más ni menos que la natural consecuencia de la blandura de la piel, que permite propagarse á la erisipela como si fuera un reguero de pólvora, y de una débil fagocitosis. Achalmé cree que no tiene lugar la reacción fagocítica, y que, por consiguiente, es muy

fácil la infección sanguínea. No me parece acertada esta opinión, porque no se me alcanza la causa de semejante inactividad leucocítica, con tanto más motivo, cuanto que el organismo infantil goza de una exquisita impresionabilidad. Recuerdo á este propósito que Bouchard, al estudiar las toxinas, cita entre ellas unas que impiden la diapedesis y secundariamente la fagocitosis, las cuales obran paralizando el centro vaso-dilatador; otras, que matan á los glóbulos blancos, cuyos cadáveres forman los glóbulos de pus; y dice además, que la imposibilidad de que algunas bacterias sean englobadas por los leucocitos, ha hecho presumir que las primeras segregaban una substancia que producía una acción estupefaciente sobre los últimos. Estas ideas las considero completamente aceptables, pues la observación demuestra diariamente que hay multiplicidad de acción en las toxinas, y nada tiene de extraño, por consiguiente, que en la compleja influencia de los microbios figuren los efectos que acabo de mencionar; y más si tenemos en cuenta una circunstancia tan variable como poco conocida hasta ahora, representada por las asociaciones microbianas, donde tal vez se halle la explicación de muchos fenómenos clínicos cuya causa actualmente ignoramos.

PATOGRAFÍA.—La erisipela de los recién nacidos se desarrolla el mayor número de veces alrededor del ombligo, pero en ocasiones se inicia en los genitales ó cerca del ano, pudiendo tomar origen en cualquier otro punto.

Se presenta una rubicundez en forma de placa, que desaparece bajo la presión, pero tan sólo momentáneamente, acompañada de dolor y tumefacción, apareciendo además la piel en la parte afecta tensa, reluciente y de mayor consistencia; la margen de la zona erisipelatosa presenta un relieve que se modifica con la progresión del proceso. Puede quedar circunscrita la erisipela á la región primitivamente invadida, pero esto es completamente excepcional, pues lo común es que se propague á las partes contiguas, constituyendo la forma *ambulante ó emigrante*, ya hacia los miembros inferiores, cuyas diferentes regiones invade sucesivamente hasta llegar á los pies, ó ya se propaga por el tronco, pudiendo atacar la cara y el cuero cabelludo, y, en una palabra, toda la superficie cutánea, si bien en cualquier momento de esta marcha invasora puede dejar de progresar y quedar reducido el proceso á los puntos hasta entonces invadidos. La rapidez con que se realiza el avance erisipelatoso es variable pero á veces tiene lugar en pocas horas. La tumefacción semi-edematosa de las partes es más intensa en aquellos puntos en que el tejido conectivo es más laxo, como los párpados, las manos, los pies, el pene, el escroto y la vulva. Durante la progresión de la erisipela no se mantienen las partes primitivamente afectadas en el mismo estado, sino que van atenuándose en

ellas la rubicudez, la tensión y demás fenómenos, á medida que van siendo atacadas nuevas regiones, es decir, se produce una verdadera *traslación* de proceso, pudiendo ocurrir que vuelvan á ser atacadas las primitivamente afectas, y aun saltar la erisipela desde un punto á otro más ó menos distante. No se restituyen desde luego completamente las partes á su estado fisiológico, sino que queda un edema ligero que puede ser general, descamación y cierta tumefacción y marchitamiento de la piel. Diré para concluir de exponer el cuadro objetivo, que pueden presentarse flictenas, ó bien tomar la erisipela la forma flegmonosa y ser seguida de supuración, ó producirse la gangrena de la piel.

Acompañando á estos fenómenos locales de la erisipela, que he expuesto aisladamente para presentar con claridad su evolución somática, presenta el niño agitación, expresando por medio de gritos el dolor que le produce cualquiera presión que se ejerza sobre las partes afectas; la lengua está seca, y pueden presentarse vómitos y diarrea; fiebre de intensidad variable, pudiendo llegar la temperatura á 41°, y el pulso es muy frecuente; hay gran abatimiento; á veces se presentan convulsiones; y los niños enflaquecen rápidamente.

PATOCRONIA.—La duración de esta enfermedad es sumamente variable, hallándose comprendida entre tres días y seis semanas, lo que se explica perfectamente por la distinta marcha que sigue el proceso en cada caso, pues no es comparable la erisipela *fija*, que nace y desaparece sin haber traspasado los primitivos límites, con la que recorre toda ó gran parte de la superficie cutánea y que tal vez reaparece en alguno de los puntos que ya había abandonado. Pueden presentarse complicaciones, como bronco-pneumonía, peritonitis, pihemia, meningitis, etc.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—El del *proceso en sí* no ofrece de ordinario dificultad alguna, pero sí puede dar lugar *su existencia* á grandes perplejidades, si habiéndose iniciado en las márgenes del ombligo, como es lo general, por cuya circunstancia se halla oculto por la venda que el niño tiene puesta, no se le ocurre al práctico que pueda ser esta enfermedad la causa de los fenómenos generales que el niño presenta.

La *flegmasia no erisipelatosa* de la piel peri-umbilical se distingue, si está *limitada á los bordes*, en su pequeña extensión, en que no progresa, y en lo ligero ó nulo de la fiebre; y si es un *flegmón*, en que se

presenta tumefacción y aumento de consistencia del tejido celular subcutáneo, pero la piel *no ha cambiado de color* ó está ligeramente sonrosada, la fiebre no es tan alta de ordinario, y no se propaga en tanta extensión el proceso flegmático á las partes contiguas.

El diagnóstico diferencial con el *eritema* le expongo al ocuparme de esta última enfermedad.

El *esclerema* se distingue en la falta de enrojecimiento cutáneo y de fiebre.

El *edema de los recién nacidos* y el *edema* de otra naturaleza, por ejemplo, debido á una lesión cardíaca que pueda presentarse, ofrecen bastante analogía con el que constituye la última expresión objetiva de la erisipela, pero se distinguen en que en el primero hay hipotermia, y tanto en este como en el segundo caso, no ha precedido al edema el cuadro flegmático característico de la erisipela ni existe en la actualidad la descamación cutánea que suele presentarse en esta última enfermedad.

Hay que diferenciar, además, la erisipela que constituye en sí toda la enfermedad, de aquella que es una de tantas manifestaciones de otro proceso morboso, como la *infección séptica de los recién nacidos*; semejante determinación nosológica se llevará á cabo mediante un escrupuloso examen del enfermito, que nos permitirá averiguar si existe ó no el cuadro sintomático que caracteriza á la infección séptica.

PRONÓSTICO.—Es muy grave de ordinario, pero no sería acertado asignar á la erisipela una gravedad en principio, sin especificar el por qué, ya que ésta no es constante, sino relacionada con el curso que el proceso ofrezca. Es muy grave, por lo general, porque lo general es también su marcha emigrante; siendo igualmente grave cuando se presenta gangrena y cuando se desarrollan meningitis, pihemia, etcétera, en cuyas circunstancias la muerte es la terminación en la inmensa mayoría de los casos; no obstante, se han observado curaciones en erisipelas de grande extensión y de duración bastante considerable. Si, por el contrario, el proceso es fijo y de escasa extensión; si el curso local es favorable por no adoptar la forma flegmonosa ni presentarse gangrenas; ni tienen lugar determinaciones morbosas en otros órganos, el pronóstico, no sólo es mucho menos grave, sino que pudiera ser relativamente benigno. Estas circunstancias explican, á mi juicio, la diversidad de las cifras estadísticas de mortalidad que este padecimiento arroja y que no transcribo porque no aportarían ninguna enseñanza.

TRATAMIENTO.—La *profilaxis* hállase representada por el tratamiento conveniente de la herida umbilical y de los procesos que en ésta puedan existir, para lo cual remito al lector á los capítulos en que me he ocupado de estas materias, así como de cualquiera solución de continuidad que presentara el niño.

El tratamiento *curativo* ofrece al principio de la enfermedad un importantísimo objeto: limitar el proceso; lo que es sinónimo de curarle antes de que tome la marcha ambulante. Pero la manera de llenarle ha sido motivo de mil pareceres y se han recomendado indicados diversos, cuya enumeración y crítica no hago por considerarlo superfluo, limitándome á la exposición de lo que, á mi juicio, encierra verdadero interés.

Desde luego rechazo toda medicación interna, por conceptuarla inútil y aun perjudicial. Al interior lo único que hace falta es una buena lactancia y convenientemente dirigida.

La substancia que yo considero preferible para el tratamiento local es el ictiol, porque aparte de la reducción de volumen que tal vez produce en los vasos, es, al parecer, antiséptico, especialmente con relación al estreptococo piógeno (Fessler):

Ictiol.....	3 gramos.
Manteca.....	30 id.

Mézclese.

Con esta pomada se harán embrocaciones cinco veces en las veinticuatro horas por medio de un pincel suave, cuidando de que se extiendan, no sólo á toda la zona afecta, excepto la herida umbilical, sino también dos centímetros alrededor.

Si vemos que aumenta la extensión del proceso, reemplácese la anterior pomada por la siguiente fórmula:

Ictiol.....	3 gramos.
Colodión común.....	30 id.

Mézclese s. a.

Píntese con esta mezcla el borde de la parte erisipelada en una anchura de dos centímetros y cuatro centímetros además de la piel sana que la rodea. Niehans, de Berna, ha recurrido al *colodión elástico*, pero yo considero preferible el *común* por su gran retractilidad; como el éter se evapora rápidamente y se seca el colodión, hay que ir dando la

untura á trozos sueltos, que se van empalmando uno con otro hasta rodear por completo toda la parte afecta, cuidando de que la capa de colodión sea bastante gruesa (dos milímetros) para que al secarse constriña con fuerza. El objeto es detener la erisipela por la compresión que este medicamento produce al retraerse, la cual determina la oclusión de los capilares sanguíneos y de los linfáticos. No hace falta repetir la untura en el mismo sitio, porque dura bastante tiempo, á no ser que se resquebrajara, en cuyo caso se pintaba de nuevo en el punto agrietado. La fuerza constrictora que desarrolla el colodión es verdaderamente notable, pues produce una especie de canal por la depresión que en la piel ocasiona y una acentuadísima isquemia, pues aparecen los tejidos pálidos y exangües. Si aconsejo que la embrocación que se haga sobre los tejidos sanos periféricos tenga una anchura de cuatro centímetros, es porque no se sabe hasta dónde llega la infiltración estreptocócica de los tejidos, por lo cual es preferible que la franja de colodión sea más bien excesiva que deficiente.

Aunque llegue el caso de tener que apelar al colodión, se seguirá embadurnando todo lo que de la superficie erisipelatosa quede sin cubrir por esta substancia, con la pomada de ictiol y manteca que he indicado.

Juhel-Renoy aconseja para el tratamiento local de la erisipela la siguiente mezcla:

Ictiol.....	} ãã 15 gramos.
Traumaticina.....	

Mézclese.

La unión de estos dos cuerpos da por resultado un líquido de consistencia siruposa, con el que se untará, por medio de un pincel, una franja de cuatro centímetros de ancha que circunscriba la zona erisipelatosa, de cuya franja corresponderá la mitad de su anchura á la parte más periférica de la superficie afecta y la otra mitad á la piel sana contigua, cuidando de que la capa de traumaticina ofrezca el mismo espesor en toda su extensión; se la renovará tres ó cuatro veces durante las veinticuatro horas, porque se resquebraja y se rompe, y no se la dejará de aplicar hasta cuarenta y ocho horas por lo menos después que se haya extinguido todo proceso local. Este tratamiento por la traumaticina ictiolada le he tomado del trabajo de Widal acerca de la estreptococcia y erisipela de la cara, que forma parte del extenso tratado de Medicina y de Terapéutica que antes he citado, y en él se dice ade-

más que «Habiendo reconocido—Juhel-Renoy—en cambio que aliviaba el ictiol y que impedía las infecciones secundarias, ideó asociar este antiséptico á un agente compresivo, á cuyo fin unió á partes iguales el ictiol á la traumaticina.....» He copiado esto último literalmente, porque parece expresar que lá utilidad que la traumaticina reporta es á título de agente compresivo, cualidad que niego terminantemente á esta substancia, fundándome para ello en mi propia experiencia.

Deseando yo conocer la acción local de la traumaticina sola, sin ictiol, la he ensayado en dos días distintos, pidiéndola á dos diferentes farmacias; me he embadurnado *abundantemente* una gran parte de la cara dorsal de la mano izquierda, por ser región en que la piel es fina, muy vascularizada, sumamente movible, y el tejido conjuntivo subyacente muy laso y tener muy poca grasa, circunstancias abonadísimas para hacer evidente la influencia compresiva de cualquier substancia. Pues bien, aparte de la sensación ardorosa que el cloroformo determina, yo no he sentido después de secas las capas—delgada y gruesa, porque formé de ambas clases—de traumaticina, más que una ligera tensión de la piel cuando cerraba la mano con alguna fuerza, debido á la inextensibilidad que sin duda ofrece esta substancia; pero mientras tenía la mano abierta, ni se produjo la más ligera retracción de la piel, ni se isquemió lo más mínimo, á juzgar por lo que de su color podía apreciar á través de la capa de traumaticina debiendo advertir que conservé esta capa por espacio de varias horas. Otro fenómeno que he notado, ha sido una disminución de la sensibilidad de la piel correspondiente cuando pasaba sobre ella el pulpejo del dedo, debido seguramente á la interposición de la traumaticina, porque así que la quité, ofrecía la piel su sensibilidad normal. Mi juicio, por lo tanto, es que la traumaticina se halla desprovista por completo de toda acción compresiva ó retractil, y que si á este título se la aconseja en la erisipela, debe ser totalmente inútil. Ahora, si es beneficiosa por otro concepto, no es posible decirlo *à priori*, limitándome á manifestar que el hecho de contener el proceso la traumaticina ictiolada en 50 ó 60 casos de cada 100, en menos de dos días, según Juhel-Renoy, no me parece un triunfo, ni grande ni pequeño, teniendo en cuenta que estos casos se refieren á la erisipela ordinaria, no á la del recién nacido. Así, pues, no aconsejo este medio.

El empleo del suero antiestreptocócico constituye todavía un problema, no obstante los trabajos realizados por Roger y Charrin, Marmorek y otros, respecto del tratamiento seroterápico de la erisipela en

general. No me inspira simpatía, sino al contrario, algún temor cuando se trata de un recién nacido, porque pudiera infectarse la punción que se practica al verificar la inoculación—no obstante las precauciones que se toman para obtener la asepsia — y convertirse en un nuevo foco de erisipela; así es que, en general, no aconsejo este recurso, pero sí creo que debe ensayarse cuando sea muy grave la erisipela.

Si la enfermedad afecta la vulva, se interpondrá un trocito de gasa para evitar el mutuo contacto de los grandes labios y demás partes blandas, ó se espolvoreará con fécula de patata, con el objeto de evitar la producción de adherencias viciosas.

Diré, por último, que si la erisipela se hace flegmonosa, se deberá practicar la dilatación del absceso cuanto antes, limitando la cura á compresiones suaves para expulsar el pus, lavado exterior con agua hervida caliente y colocación del apósito ordinario, renovando la cura tres veces al día. No se harán inyecciones en la cavidad del absceso si no lo reclaman circunstancias especiales; ahora, si se presentan éstas, se obrará según sea su naturaleza.

Tumefacción del esterno-cleido-mastoideo.

Es un estado morboso de índole variable, pues bajo un sello de unidad clínica oculta diversidad nosológica indiscutible, por cuya razón prefiero el nombre de tumefacción al de hematoma del esterno-cleido-mastoideo con que algunos autores le designan, porque éste último prejuzga ya y precisa la naturaleza del proceso, y excluye, por consiguiente, á todos los demás padecimientos que no estén constituidos por una extravasación sanguínea, mientras que el de tumefacción es un nombre genérico que nada prejuzga y que en su amplia acepción comprende á todas las enfermedades que tengan por principal carácter clínico el aumento de volumen de este músculo.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—Lo primero que he de hacer al estudiar las causas es manifestar que incluyo bajo el epígrafe *tumefacción del esterno-cleido-mastoideo*, tres procesos: la hemorragia intra-muscular, la miositis, que considero más apropiado denominar miitis—de mus, músculo—, y el goma sífilítico.

La etiología de los dos primeros padecimientos puede sintetizarse en una sola influencia: un traumatismo sufrido por el músculo; pero el mecanismo con que se realiza la violencia varía en cada caso. Lo general es que se produzca durante el parto, sea cualquiera la presentación de que se trate, pues consistiendo en un estiramiento del músculo, en todos puede producirse si la persona que asiste