

colapso: ansiedad, cara pálida y contraída, pulso pequeño, frecuente, desigual, enfriamiento de las extremidades; la temperatura central se eleva; pero al cabo de veinticuatro ó de treinta y seis horas cuando más, aparece el dolor testicular y desaparecen los accidentes; *b*), también puede principiar de otro modo: los síntomas son verdaderamente *tifoideos* y *adinámicos*, fiebre intensa, delirio, carfología, insomnio, epistáxis, diarrea serosa, deposiciones involuntarias.

La inflamación se limita por lo común al testículo, y cuando invade el epidídimo, lo hace siempre en menor grado. Por el contrario, según Sorel, el epidídimo sería atacado siempre en primer término.

La orquitis es simple las más veces (un caso doble por ocho simples); su sitio no tiene relación alguna con el de la parotiditis. Se manifiesta por un dolor, cuya intensidad es de las más variables, ora es una simple tensión, una sensación de peso exagerado por la estación vertical, ora un dolor muy penoso, pungitivo, irradiado hacia el conducto inguinal, el hipogastrio y la región lumbar.

La piel del escroto está roja y tensa, á veces edematosa; y la tumefacción varía como el dolor; á menudo, el volumen es triple ó cuádruple que en el estado normal. El testículo conserva su forma lisa y redondeada, su dureza es menor que en las otras formas de orquitis (Laveran); por lo común, no hay derrame en la túnica vaginal. Al tercero ó cuarto día, la orquitis alcanza su acmé; el período de estado dura dos ó tres días, y la resolución se opera después con rapidez.

El estado general mejora desde que la orquitis es evidente, pero la fiebre persiste; siempre más elevada que durante la parotiditis, alcanza 40°, 8, 41°, 1, oscila un poco durante tres, cuatro ó cinco días, y luego descende, sea bruscamente, de 3 á 4° por bajo de la normal, al mismo tiempo que la tumefacción desaparece (Laveran), sea por lisis (Sorel).

A pesar de esta benignidad notable, la orquitis parotídea va seguida á menudo de *atrofia del testículo*. Esta terminación, indicada por primera vez en 1761 por Hamilton y después por Murat y J. Frank, fue estudiada por Doguy en 1828, y después de un período de olvido, por Rilliet y Grisolle. Sobreviene en el adulto dos veces por cada tres casos de orquitis, próximamente.

En las primeras semanas que siguen á la enfermedad, el órgano parece más blando y nada más; la atrofia se hace evidente al cabo de uno ó de dos meses; su importancia es variable, va acompañada, á veces, de algunos dolores persistentes (Laveran). Cuando es doble y recae en un joven, acarrea todas las modificaciones en la constitución y el aniquilamiento de las funciones sexuales, que constituyen la afeminación.

3.º *Forma tifoidea*.—Ya la hemos indicado; se caracteriza por la gravedad del estado general, por la tumefacción del bazo y la albuminuria; la tumefacción es considerable, y se comprueba al mismo tiempo la angina; sin embargo, esta forma es curable (Gerhardt, Colin, Jaccoud, Pognon) (1).

COMPLICACIONES.—*a*) Muchas de las «complicaciones» deberían estar comprendidas en la sintomatología, puesto que no son más que localizaciones poco frecuentes de la infección parotídea en las glándulas.

(1) Pognon, Des formes cliniques de la maladie ourlienne; Th. inaug., Paris, 1889.

Tales son la tumefacción de las *mamas*, la de los *ovarios*, de los *grandes labios* (Rilliet, Fournier), de las *glándulas lagrimales*; en todos estos casos, el proceso es idéntico al de las glándulas parótidas. La mamitis parotídea ha sido observada en el hombre; sin embargo, es una complicación rara. Se ha admitido la tumefacción de los ovarios en los casos en que las enfermas experimentaban dolores en el hipogastrio (Rizet, Niè Meyer); en un hecho observado por Moutard-Martin, se notaba en la región ovárica derecha un tumorcito doloroso, que desapareció con gran rapidez.

La inflamación de las glándulas lagrimales (Karth) comienza después de la parotiditis; es doble, provoca dolores muy intensos y una hinchazón considerable de la conjuntiva.

b) *Supuración parotídea, testicular*.—La supuración es sumamente rara. Meilheurat, Fehr, Laveran y Ferrand (1) la han observado; se limita á una pequeña porción de la parótida, y cura fácilmente. En dos casos observados por Demme (2) se desarrolló en la región parotídea una placa gangrenosa, con tendencia á extenderse, la cual produjo la muerte. Bourges y Boyer han observado la supuración del testículo ó del epidídimo.

c) *Complicaciones cardíacas*.—Se ha observado la lentitud de los movimientos cardíacos durante la convalecencia (Karth), la tendencia al síncope, las lipotimias, los ruidos de soplo en el corazón.

La endocarditis (Jaccoud) puede atacar los orificios mitral y aórtico á la vez; no tiene los caracteres de la endocarditis vegetante, puede curar en pocos días sin dejar huellas, puede ir unida á la pericarditis seca (3).

d) Ya hemos indicado *la amigdalitis, los vómitos y la diarrea*.

e) *Las artropatías* (Trousseau, Jourdan, De Cereville (4) y Liegeois (5)), ocupan una ó varias articulaciones; la tumefacción es nula ó moderada; cura con rapidez.

f) *Accidentes nerviosos*.—Los que se observan durante la enfermedad son por lo común transitorios y benignos; tales son los vértigos (Liegeois), las convulsiones, el delirio. Sin embargo, los accidentes meningíticos (Cooper, Russel, Maximovitch) que se han atribuído al edema cerebral, son una causa de muerte, indicada en varias ocasiones. Pero después de la curación pueden desarrollarse trastornos más tenaces; parálisis de varios miembros, como en el caso referido por Joffroy (6); afasia por trastornos mentales, manía aguda, melancolía, etc., (7) (Percy-Smith, Demme).

g) *Organos de los sentidos*.—En los ojos se han indicado la blefaritis, la querato conjuntivitis, la congestión retiniana; esta última va acompañada de una disminución más ó menos marcada, de la agudeza visual (Hatry).

La otitis supurada es poco común (Gradenigo). Toynbee, Calmetes (8) y

(1) Ferrand, Note sur les oreillons infectieux; *Fr. méd.*, 1889, núm. 24.

(2) Demme, Ueber eine Parotitisepidemie; *Wien. med. Blätter*, 1888, núm. 51.

(3) Jaccoud, Oreillons bénins; *Leq. clin. de la Pitié*, 1885-1886, pág. 212; — Sur un cas d'oreillons; *Ibid.*, 1883-1884, pág. 497.

(4) De Cereville, *Rev. méd. suisse*, 1887, VII, pág. 711.

(5) Liegeois, Contribution à l'étude des manifestations cérébrales et méningitiques des oreillons; *Progr. méd.*, 1891, núm. 40, pág. 241.

(6) Joffroy, De la paralysie ourlienne; *Progrès méd.*, 1886, 47, pág. 1009.

(7) Percy-Smith, Insanity following mumps; *Lancet*, 1889, II, pág. 265.

(8) Calmettes, Sur une conséquence peu connue des oreillons; *Fr. méd.*, 1882, II, pág. 86.

Gellé (1) han visto sobrevenir, á consecuencia de las parótidas, una sordera sin lesiones aparentes del aparato auditivo, uní ó bilateral, y, al parecer, incurable.

h) *Nefritis, albuminuria, anasarca.* — Indicada por Prato-longo, Renard, Henoch, Karth, Bourgeois (2) y Pognon (3), la albuminuria aparece en el curso de las formas graves de las parótidas, á veces con accidentes tifoideos; la hematuria es infrecuente y poco abundante. La albuminuria, poco abundante en general, es efímera (dos, tres, seis días), y no deja ninguna consecuencia apreciable; un caso de albuminuria, observado por Colin, fué desde el principio acompañado de accidentes urémicos, y terminó en tres semanas por el coma y la muerte; los riñones, gruesos y blancos, presentaban al microscopio los caracteres de la nefritis intersticial aguda.

i) Las *complicaciones respiratorias* son tan raras, que la bronquitis y la bronco-neumonía indicadas por los autores, pueden considerarse como afecciones independientes; sólo el *edema de la laringe* es un resultado directo de la hinchazón parotídea por propagación del edema que la rodea; alguna vez ha ocasionado la muerte (Bougard, Jacob), ó ha reclamado la traqueotomía (Pilatte) (4).

También se han visto *metritis, vaginitis* (Groffier, Chatard), y *prostatitis*. Pero su naturaleza parotídea no está suficientemente demostrada.

DIAGNÓSTICO.—Las parótidas pueden confundirse con la adenopatía simple ó ligada á una infección grave (difteria, escarlatina) con la parotiditis sintomática, con la adenitis submaxilar y el flegmón supra-hioydeco, cuando invaden la glándula submaxilar; por último, la orquitis parotídea primitiva puede ser motivo de dificultades diagnósticas.

La *adenopatía cervical aguda*, cualquiera que sea su causa, no radica en el mismo sitio; se extiende más abajo, á lo largo del esterno-cleido-mastoideo; es más dolorosa, tiene en su principio una consistencia más dura, reblandeciéndose luego si ha de supurar.

La *adenopatía crónica* siempre es múltiple, poco dolorosa; los ganglios enfermos forman pequeñas masas bien distintas y movibles á la presión por el dedo.

Cuando la tumefacción es enorme, simula á veces el infarto ganglionar de la difteria y de la escarlatina, basta examinar la garganta para saber á qué atenerse.

La *parotiditis sintomática* de la fiebre tifoidea, de la escarlatina, de la estomatitis mercurial, es unilateral, muy dolorosa; la tensión es grande, la piel edematosa adquiere un color rosado que más tarde se vuelve rojo; la fluctuación se hace pronto perceptible.

La *adenitis sub-maxilar* y el *flegmón supra-hioydeco*, se reconocerán con facilidad mediante una atenta palpación.

La *orquitis parotídea primitiva* se distingue de la orquitis blenorragica por la falta de flujo uretral, por la integridad de la vaginal y del epidídimo y por su rápida evolución.

(1) Gellé, Surdité consécutive aux oreillons; *Ann. des mal. de l'oreille*, 1891, núm. 7, pág. 479.

(2) Bourgeois, Th. inaug, Paris, 1888.

(3) Pognon, Th. inaug, Paris, 1889.

(4) Pilatte. (Edème du larynx au cours des oreillons; *Bull. méd.*, 8 Junio 1890.

PRONÓSTICO.—La muerte por parótidas es muy rara. El pronóstico de las parótidas sería de los más favorables, si no estuviesen amenazados los enfermos de atrofia testicular; resultaría menos grave el pronóstico en la mujer, si se hallase demostrado que el ovario permanece siempre indemne.

TRATAMIENTO.—En el niño, cuando la enfermedad es de intensidad mediana, la intervención se limitará á prescribir el reposo en la cama, ó al menos en la alcoba, para evitar los enfriamientos que no carecen de inconvenientes. Para atenuar el dolor, se harán fomentos con un linimento calmante. En el adulto parece imposible prevenir la complicación testicular, aunque se ha propuesto con este objeto la aplicación de revulsivos en la región parotídea.

El tratamiento de la orquitis no ofrece nada de particular; se dirigirán los esfuerzos á moderar los accidentes generales que preceden y acompañan á su desarrollo. Cuando parece que supura la parótida, nunca se recomendará lo bastante el no apresurar la incisión (Laveran), puesto que una tumefacción voluminosa puede ocasionar una sensación de fluctuación.

Consúltese: Laveran, *Dict. encycl. des Sc. med.*, art. Oreillons.—D'Heilly, *Nouv. Dict. de Med.*, art. Oreillons.—Leichtenstern, *Gerhardt's Handbuch der Kinderh.*, art. Parotitis epidémica.—Jaccoud, *Cliniques de la Pitié*, 1885 et 1887.

CAPÍTULO VIII

ERISPELA

DEFINICIÓN.—Podemos definir esta afección diciendo:

Es una enfermedad general, febril, cíclica, consecutiva á la introducción en el organismo de un agente patógeno específico, el estreptococo de Fehleisen, el cual produce en el punto de inoculación una inflamación especial del tegumento externo ó interno, cuya característica es extenderse hasta el agotamiento de la virulencia del microbio ó hasta la vacunación del individuo.

De ahí el nombre de erisipela (*ερειν πελας*).

Nadie piensa hoy día en mantener la diferencia de naturaleza entre la erisipela de la cara, erisipela llamada espontánea, médica, y la erisipela que sobreviene alrededor de una herida, erisipela traumática, quirúrgica. Así es que tanto al cirujano como al médico les incumbe un estudio de conjunto de la enfermedad; pero la parte clínica es diferente, y la erisipela médica, cuya localización en la cara es la modalidad más importante, tiene su sitio indicado en un tratado de Medicina. Por tanto, no estudiarla aquí hubiese sido faltar, no sólo al uso—con el cual debe, no obstante, romperse sin escrúpulos cuando los hechos lo exigen—sino también con la lógica que no permite separar de sus congéneres, una enfermedad general infecciosa como ésta. Siempre será destinado á una sala de medicina un enfermo de erisipela de la cara; siempre son los síntomas generales de infección los que conservarán el predominio en dichos enfermos.

Hubiera sido difícil no decir una palabra referente á la causa misma de la enfermedad, y hablar sólo de los síntomas; por esta razón, aun cuando la his-