

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 (*ερσιπειν* *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-

toria natural del micro-organismo de la erisipela haya sido doctamente expuesta en el *Tratado de Cirugía*, daremos aquí, á la par que una exposición clínica, nociones suficientes de bacteriología y anatomía patológica, para hacer en el presente parágrafo un sumario estudio de conjunto de la erisipela médica.

Entre el artículo del *Tratado de Cirugía* y las presentes páginas «habrá, pues, más bien una diferencia de punto de vista que una diferencia de tema» (Raynaud).

HISTORIA.—La historia de la erisipela comienza en el período hipocrático, y no era en esta época cuando menos conocida fuera esta enfermedad; ya en un aforismo célebre se consignan las relaciones entre la erisipela y la fiebre puerperal, cuestión apenas resuelta en la actualidad: *Si mulieri prægnanti fiat in utero erysipelas, lethale*. Y hallaremos este otro aun palpitante de realidad en nuestros días: *Erysipelas foras intra converti, malum, intus vero foras, bonum*.

Nada mencionaremos de Galeno, ni de sus sucesores, como tampoco de los médicos árabes, cuyas discusiones y teorías no esclarecen ningún punto de esta historia.

Los siglos siguientes son estériles respecto de este asunto, y precisa llegar á 1777, para encontrar la palabra *contagio* (Lorry). Pero el período moderno, que conduce al descubrimiento del germen específico, supuesto durante tanto tiempo, no comienza hasta Piorry (1), quien considera la erisipela como una *septico-dermitis*. Velpeau (2) reconocía también la influencia de un contagio, y en las Clínicas de Trousseau (3) se lee esta frase, que acredita por modo en cierto aspecto solemne, la autoridad de tal maestro en la historia de esta enfermedad: «La erisipela médica, no traumática, llamada quirúrgica, tiene casi siempre como ésta por punto de partida, sino una verdadera herida, al menos una lesión por leve que ésta sea».

Desde entonces se multiplican, con carácter de irrefutables, los hechos de contagio; establécese definitivamente la idea de infección, y se admite con entusiasmo el descubrimiento de Nepveu (4), en Francia, y de Huetter (5) en Alemania (1868-1870). Describen estos autores: el primero, en las placas de erisipela, el *bacterium punctum de Ehrenber*; el segundo, en la serosidad de las flictenas, el *monas crepusculum*. La fecha de la publicación de los respectivos trabajos, ha podido dejar en pie una cuestión de prioridad que debe fallarse en favor de Nepveu, puesto que éste observaba en 1868 sus primeros resultados en la clínica del profesor Verneuil, en Lariboisière, y sólo en 1869 es cuando Huetter comunicaba sus investigaciones á la reunión de médicos de Greifswald.

Wilde (6), Orth (7), Lukowsky (8) y Rosenbach (9) aislaron también bacterias, inoculándolas, con resultado, á los animales.

(1) Piorry, *Clinique de la Pitié*, 1834, *Traité de méd. prat.*; *Gaz. méd. de Paris*, t. 1.

(2) Velpeau, *Leçons orales de clin. chir.*, t. 111, 1839; *Bull. gén. de thérap.*, 1855.

(3) Trousseau, *Leçons cliniques*, 1834, t. 1, pág. 233.

(4) Nepveu, *Soc. biol.*, 1870.

(5) Hueter, *Berliner klin. Wochenschrift.*, 16 Agosto 1869.

(6) Wilde, *Deutsches Archiv. für klin. Med.*, 1872, x, pág. 155.

(7) Orth, *Archiv für exp. Pat. und Pharmak.*, 1873, 1, pág. 81.

(8) Lukowsky, *Virchow's Arch.*, 1874, Bd LX, pág. 418.

(9) Rosenbach, *Des microorganismes dans les maladies chirurgicales*; Wiesbaden, 1884.

En 1876, Bouchard (1) encuentra las bacterias asociadas, dos á dos ó en cadenas, en la serosidad de las flictenas. Doléris (2) cultiva también la bacteria erisipelatosa. Pero Fehleisen fue (3) quien dió (1881-83) los caracteres definitivos, y consideró el estreptococo que lleva su nombre como el agente específico de la erisipela.

Los trabajos que anteceden fueron en breve confirmados por las investigaciones de Koch (4), de Cornil y Babès y de Denucé (5). En el curso de este artículo, citaremos otros nombres, que harían aquí prolija esta enumeración.

ETIOLOGÍA.—Estudiaremos sucesivamente: El agente patógeno, el terreno, las condiciones que favorecen y las que contrarían la infección.

1.º El agente patógeno; su naturaleza; su especificidad; su manera de obrar.—El micro-organismo descrito por Fehleisen pertenece al grupo de los *micrococci* (clasificación de Rabenhorst), género estreptococcus. Es el *streptococcus erysipelatis* (Nepveu, Certel, Fehleisen). Es un organismo en rosario, en cadenas. Los cocci que componen las cadenas, son de dimensiones variadas, 0 µ,3 por término medio, y las cadenas, ora muy cortas, ora muy largas, á veces formadas sólo por dos cocci. Se colorean muy bien con el violeta de metilo, y tratadas por el método de Gram, quedan definitivamente coloreadas.

Fehleisen los ha cultivado en estado de pureza, en la gelatina. Dos días después de la siembra de una gotita del líquido obtenido por la puntura de una placa erisipelatosa, se ven aparecer puntitos redondos, de color blanco mate, destacándose distintamente sobre la substancia que los rodea, y teniendo el volumen de una punta de alfiler. De ordinario, el número de estos puntos es de cuatro á seis. Al tercer día se observa que han duplicado su volumen. El crecimiento es tanto más notable, cuanto más se aproximan á la superficie. Los granos más gruesos se rodean de una corona de granitos satélites. En los días siguientes se acentúan mas: cerca de la superficie, los puntitos, muy aproximados, forman un enturbiamiento á modo de nubecilla, siempre delgado, y ganando terreno hacia su periferia, hasta llegar á la superficie en unos puntos, hundiéndose en otros á mayor ó menor profundidad é interrumpiéndose la uniformidad de su espesor acá y acullá, por engrosamientos opacos de mayor ó menor diámetro. Hacia la profundidad, los granos continúan creciendo aisladamente.

En los cultivos que se hacen en tubos inclinados, se observa lo siguiente: «sobre cada borde del surco trazado con el hilo, se ve aparecer una estrecha zona de puntos blancos bien aislados que se unen y concluyen por formar una pequeña faja: ésta se ensancha poco á poco; presenta un borde festoneado. Fehleissen compara estos cultivos á «hojas de helecho» (Denucé). Hagamos constar además, que este microbio es á la vez aerobio y anaerobio, y que se desarrolla mejor en el vacío.

(1) Bouchard, *Cours de Pathologie générale*, 1880.

(2) Doléris, *La fièvre puerpérale*; Th. de Paris, 1880.

(3) Fehleisen, *Verhalt. der Würzburger med. Gesellschaft*, 1881; *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Bd. xvi, 1882; *Die Ätiologie des Erysipels*, Berlin, 1883.

(4) Koch, *Mitteilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte*, 1881.

(5) Maurice Denucé, *Étude sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'Érysipèle*; Th. de Paris, 1885.

La inoculación á los animales de los cultivos puros de este estreptococo, ha dado resultados positivos. Fehleisen no se ha contentado con esta sanción, y se ha atrevido á realizar el experimento en el hombre mismo; la inoculación ha reproducido siempre la erisipela típica.

Parece demostrado, pues, que el estreptococo de Fehleisen reúne todas las condiciones exigidas por Pasteur para confirmar de algún modo su especificidad con respecto á la erisipela. Pero quedaba un punto dudoso hasta estos últimos tiempos, y era la semejanza,—y aun la identidad para algunos—del estreptococo erisipelatoso y del *streptococcus pyogenes* de Rosenbach, los *streptococci* de Ogston, las cadenas de Löffler, el microbio del flegmón y de la fiebre puerperal. De donde partió la discusión entre los partidarios de la diferencia y los de la identidad de los dos microbios, entre los separatistas (digámoslo así) y los unicistas. La cuestión merece que nos detengamos un instante en su examen.

Los primeros fundan su opinión en razones que parecen más especiosas que sólidas. Vistos al microscopio los cocci del *pyogenes*, aparecen más voluminosos, hasta de 7 μ , las cadenas más largas y más flecuosas. «Además, el cultivo presenta diferencias aun más acentuadas. El *pyogenes* da en la gelatina una película redonda, algo blanquecina, sin licuefacción. En el agar agar se desarrolla más fácilmente. Si se practica una estría sobre una placa de gelatina, se desarrolla formando una faja con centros opacos. Más tarde el cultivo crece, se hace saliente y obscuro, con un borde delgado, á veces más espeso, formando una especie de declive alrededor de la meseta central.... Por último, en los cultivos, el coccus perdería su disposición en cadenas» (Denucé). Según Rosenbach, los cultivos no adquieren jamás la forma de una hoja de helechos, sino la de hoja de acacia. Además, las inoculaciones de estos estreptococos producen una rubicundez inflamatoria, seguida de flegmón, lo que no ocurre en la erisipela franca. Tricomi (1), «practicando inoculaciones con una mezcla de cultivos de *micrococcus pyogenes* y de *streptococcus* de Fehleisen, ha visto desarrollarse la supuración y la erisipela al mismo tiempo. Cuando inoculaba los dos productos por separado, aparecía primero la erisipela ó la supuración, según que se hubiese inyectado en primer término el cultivo de uno ó de otro de estos microbios patógenos» (Spillmann).

Passet (2) ha descrito otro estreptococo que se parece mucho al de Fehleisen, y que como éste, no es *pyogeno*. Pero Denucé hace caso omiso de él considerándole como uno de los menos importantes y cierra la discusión en los siguientes términos: «la cuestión de la identidad del flegmón y de la erisipela promovida por Rosenbach, debe ser resuelta á nuestro parecer por la negativa. La erisipela pura no provoca, jamás, supuración».

Los unicistas consideran como muy poco constantes las diferencias entre los dos microbios. Aquellas son muy pequeñas según el mismo Denucé, quien considera como la más notable la desigualdad de los diámetros respectivos de ambos elementos. Cornil y Babès admiten categóricamente que la causa

(1) Tricomi, Soc. italienne de chir., Abril 1887, autor de la notable obra *Enfermedades quirúrgicas infecciosas*, vertida al castellano por la BIBLIOTECA ECONÓMICA DE LA REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS.

(2) *Forstschritte der Medic.*, 1885, pág. 38.

de la erisipela es el estreptococo del pus, ó mejor una variedad del microbio, cuyos cultivos son idénticos al *streptococcus pyogenes*. Noorden y Guttmann son del mismo parecer. Pero sobre todo, el trabajo reciente de Fernando Widal (1) es el que lleva la convicción al ánimo en aquel sentido. Estudiando las relaciones de la erisipela y de la infección puerperal con supuración, invoca para establecer su analogía, ante todo, argumentos tomados de la clínica; la coincidencia de las epidemias de una y de otra afección; los hechos de contagio observados á diario entre las dos enfermedades; la presencia frecuente en una misma mujer de la infección puerperal y de la erisipela. «La clínica nos demuestra pues, dice Widal, la coincidencia frecuente de la erisipela y de la infección puerperal, pero esta coincidencia ha sido interpretada de diferente modo por los patólogos. Pretenden unos que en caso de contagio recíproco, la infección de la recién parida es siempre una septicemia particular, es una *erisipela interna* localizada en los órganos genitales. Otros patólogos, por el contrario, inducen de aquellos hechos la analogía de la erisipela y de la infección puerperal común acompañada de supuración. Admitamos esta última suposición; con solo eso, nos obligamos de una vez: á sostener que la erisipela puede producir la supuración; á quitar á la erisipela algo de su especificidad; á abordar un punto de doctrina todavía en litigio. Esta última proposición es la que trataremos de mantener».

Las pruebas microbiológicas le son suministradas por los trabajos de Frænkel, de Hartmann (2), de Winkel (3), quienes obtenían siempre una erisipela típica y flegmonosa por la inyección á los animales, de estreptococos recogidos en mujeres atacadas de infección puerperal. Doyen (4) de Reims, declara, según experimentos, que se confunden estos tres estreptococos (de la erisipela, puerperal y piógeno), que por otra parte, es imposible distinguirlos tanto en los cultivos, como por el examen microscópico. Por último, en tres casos de erisipela experimental que ha obtenido, mediante inoculación, el mismo Widal, dos veces los cultivos inyectados habían tenido por origen la siembra del pus de los abscesos. Experimentos de contraprueba le han demostrado que el estreptococo aislado de las placas de la erisipela humana producía en ocasiones, por inoculación á los animales, la placa erisipelatosa y el foco de supuración. Además, el citado autor ha encontrado en una diabética el mismo estreptococo en la placa erisipelatosa y en el foco de supuración subyacente.

Llevando más adelante sus investigaciones, demuestra con experimentos que hay una transformación de la virulencia del mismo microbio para producir, ora la placa erisipelatosa, ora la supuración. Inoculando al conejo el estreptococo procedente del pus, al propio tiempo que obtiene la exaltación de la virulencia, le hace perder sus propiedades piógenas y le da aptitud para producir la erisipela.

Las conclusiones son precisas: 1.º, el estreptococo que origina la dermatitis

(1) Th. de Paris, 1889.

(2) Hartmann, *Arch. f. hygiene*, Bd VII.

(3) Winkel, Zur Lehre von dem internen puerperalen Erysipel; *Verh. der Deutschen Gesellschaft f. Gyn.*, I. Congr., pág. 78.

(4) Doyen, Acad. de méd., 13 Marzo 1889.

BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L.

erisipelatosa puede ocasionar por sí solo la supuración en la erisipela flegmosa; 2.º, con el estreptococo aislado de los humores de una enferma de infección puerperal, se puede reproducir la erisipela, lo mismo que con el estreptococo aislado de una placa erisipelatosa.

Hay más aún: mediante el cultivo en la patata, este microbio puede perder lo que constituye su carácter morfológico más importante, su tendencia á agruparse en cadenas; el microbio puede recuperar este carácter en un caldo de carne peptonizada.

Leroy (1) obtuvo análogos resultados, en cultivos hechos en diferentes medios.

Charrin ha dicho con razón: « Si se observasen mejor las leyes de estas variaciones, se crearían menos especies ».

A su vez Mosny (2) admite, en su reciente estudio bacteriológico de las bronco-neumonías, que el estreptococo piógeno hallado constantemente en la forma lobulillar de esta afección (del cual se había pretendido hacer un estreptococo específico, con el nombre de *streptococcus-neumoniae*) (Weichselbaum), es idéntico al de la erisipela; aduce como prueba de esta identidad: 1.º, la igualdad absoluta de su morfología; 2.º, la gran semejanza de sus cultivos, ó en último extremo, el retorno después de varias siembras sucesivas de un cultivo absolutamente desemejante en apariencia á otro absolutamente idéntico al del *streptococcus pyogenes*; 3.º, la vitalidad igual de los cultivos, ya que no la igual intensidad de su desarrollo; 4.º, su acción siempre comparable, cuando no siempre igualmente virulenta, sobre el conejo.

« Si algunas divergencias, dice él, se observan entre ambos, con relación á estos diversos puntos de vista, las atribuimos con menos repugnancia á una variabilidad en la virulencia de un mismo organismo, acaso concerniente á las condiciones diferentes en que se desarrollan y al terreno que les ha servido de medio de cultivo, que no á una dualidad de especie, la cual creemos que no se apoya en razones suficientes ».

Una de las observaciones de Mosny, presenta particular interés; se trataba de un caso de bronco-neumonía primitiva á la cual dió el nombre de erisipelatosa, sólo porque sobrevino en una persona que cuidaba á un enfermo atacado de erisipela de la cara. Un estreptococo, idéntico al estreptococo erisipelatoso, era la causa de aquella; es ésta, sin duda alguna, una bronco-neumonía primitiva, por estreptococos.

Cerné (de Rouen) ha visto casos semejantes.

Por último, el profesor Bouchard dice que ha demostrado que el estreptococo que origina las infecciones secundarias de la gripe, es el mismo que el de la erisipela, de la infección puerperal, de la infección purulenta, de los pseudo-reumatismos. « No es ese microbio más que uno de los que comunmente viven en algunas de nuestras cavidades » y su discípulo Charrin, en el primer volumen de esta obra (pág. 168) escribe este párrafo que queremos no se eche en olvido:

« Es necesario rebatir la opinión, sostenida no hace mucho tiempo, de que

(1) Leroy, Contribution à l'étude biologique du microbe de l'érysipèle; C. R. de la Soc. de biol., 1889, pág. 671.

(2) Mosny, Étude sur la broncho-pneumonie; Th. de Paris, 1891.

el pus se debe atribuir constantemente á infecciones secundarias. El estreptococo de Fehleisen, dará ó no origen á la purulencia, según sus estados. Por lo demás, cuando en este caso particular se examina un absceso en su origen, apenas se encuentra más que dicho estreptococo; los demás microbios no aparecerán hasta más tarde ».

Parece pues, que la cuestión está elucidada actualmente, y que los unicistas triunfan. Hemos creído que debíamos insistir con alguna extensión acerca de este punto de bacteriología; nos parecía conveniente dejar resuelta en esta obra, á la primera ocasión, tan importante cuestión de doctrina.

Faltaría solo definir la *manera de obrar* del estreptococo. ¿Obra por sí mismo ó por las toxinas que segrega? Pero esto no es más que un punto particular de microbiología y nos referimos á lo que dice Charrin en el primer volumen de este tratado. Recordemos no obstante que Travera y Manfredi han extraído de los caldos del estreptococo de la erisipela diversos elementos, unos que provocan convulsiones y paralizantes otros, lo cual no cuadra bien con la sintomatología de esta afección. Roger, por medio de estos cultivos, ha podido unas veces predisponer, otras, por el contrario, vacunar al organismo.

Esto nos conduce á indicar el *papel curativo* que se ha pretendido reconocer á la erisipela. Solle sostiene que la erisipela en el conejillo de Indias, retrasa el desarrollo de la bacilosis (1); en enfermos atacados de tumores malignos ó de dermatosis rebeldes (lesiones sifilíticas, lupus, eczemas, etc.), ha practicado Fehleisen siete inoculaciones con el fin exclusivo de modificar su evolución; pero el éxito no ha justificado sus atrevidas tentativas. Verneuil (2) hace observar que en estas condiciones, la erisipela sobrepuja á la neoplasia, y que al aproximarse la muerte puede ocurrir una rápida desasimilación del neoplasma. No conoce otro caso halagüeño que el de la Fornarina, curada de un acné rosáceo por una *erisipela salutífera*. Esta cuestión concierne á la de las asociaciones microbianas, tratada ya en el tomo primero al cual nos referimos también.

2.º El terreno. — ¿El organismo humano es comparable á un caldo de cultivo y se conduce respecto al agente patógeno como un simple medio químico? No sería posible afirmarlo, apesar del famoso experimento de Raulin, pues influencias sobrado numerosas le hacen apto ó refractario para contraer las enfermedades; por otra parte, el agente nocivo está sujeto por diversas circunstancias á variaciones suficientes para modificar su poder nocivo. Estas condiciones son las que vamos á estudiar ahora; á ellas se deben, en suma, las modificaciones del terreno.

3.º Condiciones que favorecen ó contrarian la infección. — El contagio es la causa única y necesaria, la condición *sine quâ non* de todas las infecciones. Respecto á la erisipela, no necesitamos insistir mucho y nos creemos dispensados de referir aquí los innumerables hechos que han establecido la realidad de aquel. La cuestión está juzgada, y en la actualidad no falta convencer más que á los que no están dispuestos á inclinarse ante los hechos, y que se fragan una celebridad singular y fácil, por su oposición sistemática á las ideas

(1) Schaefer refiere en el *München. med. Wochenschr.* (Julio 1890), un caso de tuberculosis pulmonar, curado por la influencia de una erisipela de la cara.—Un autor ruso, Triwouse, se ha ocupado del tratamiento de la difteria, y de la escarlatina, por la inoculación de la erisipela. (*Medic. Obozr.*, 1890).

(2) *Union médicale*, 1886.