

Casi siempre es único; rara vez se observa una serie de pequeños escalofríos. Los cirujanos le comparan al de la fiebre urinosa. Su duración es de tres cuartos de hora por término medio, á veces más, á veces menos. Según parece, se podría sin riesgo de gran equivocación, prejuzgar por la intensidad y duración del escalofrío, la gravedad de la infección.

Terminado el escalofrío, comienza la *fiebre*, que muy pronto se revela por cifras muy elevadas de temperatura. El termómetro asciende á 2 ó 3° por encima de la normal, y á menudo alcanza 40° y aun más. Insistiremos de nuevo acerca de este punto.

Otro síntoma debe llamar la atención del médico desde el principio, y es el dolor y la hinchazón del *ganglio* linfático de la región submaxilar. Chomel ha sentado como regla general, que la adenopatía precede en un día cuando menos, á veces en cinco ó seis, al exantema. Casi es imposible suscribir sin reserva, semejante proposición, puesto que puede afirmarse, con razón, que, *anatómicamente*, esta adenopatía es secundaria. Pero hay que convenir en que ella puede ser el primer síntoma aparente, por cuanto puede resultar de la evolución ya comenzada de la erisipela en un punto oculto, como es una de las cavidades de la cara. Reynaud hace observar, por su parte, que las sensaciones son dolorosas antes de que haya el menor aumento de volumen.

Por último, *aparece* la *erisipela*, la dermatitis comienza. Se inicia de ordinario en el ángulo mayor del ojo, ó en el surco naso-geniano á la entrada de las fosas nasales; menos á menudo en el conducto auditivo externo, ó detrás del lóbulo de la oreja. Alguna que otra vez, en una de las comisuras labiales, ó en la frente, ó sobre un pómulo, alrededor de una leve denudación del dermis, de una excoriación, de un grano de herpes, de una pústula de acmé que el enfermo habrá rascado, de un rasguño. Si á veces no puede descubrirse el punto de partida, que con frecuencia es muy pequeño, es que la solución de continuidad se ha reparado ya al día siguiente de la aparición de la erisipela, y ha pasado inadvertida.

Se ha observado también que en la cara se hallaban reunidas dos condiciones que favorecían la infección, finura y vascularidad de la piel; y que esta región, por estar descubierta, está más expuesta que cualquiera otra á las influencias exteriores.

En pocas horas, se ha constituido una *placa* de erisipela que se extiende rápidamente; en veinticuatro horas ha duplicado su extensión.

Reune las cuatro condiciones clásicas de toda inflamación: Presenta una coloración que varía del color rosa al rojo escarlata y aun al rojo vinoso; en los anémicos ó en los sujetos de piel muy blanca, no es más que rosácea. La presión del dedo la hace desaparecer, pero se reproduce en seguida. El aspecto es liso y reluciente; se comprueba una elevación local de la temperatura de 1 á 3° sobre la de las regiones sanas; el enfermo, por su parte, experimenta en aquel punto una sensación de quemadura, y á veces un prurito muy incómodo.

La placa entera está prominente, pues los tejidos se hallan edematosos; pero á simple vista, y mejor aún al tacto, se aprecia en la periferia como un rodete que la limita, y fuera del cual no hay más que una zona de rubicundez difusa de escasa extensión. Este rodete separa, pues, de un modo preciso la piel sana

de la enferma. El rodete no tiene la misma altura en todo el contorno, á veces puede faltar, lo que se debe á la mayor ó menor laxitud de los tejidos subcutáneos. A su nivel, es donde se halla el proceso erisipelatoso en su mayor intensidad; es aquella la zona activa, invasora. Su superficie es más granulosa que la del centro de la placa, que ya está en regresión ó en vías de ésta, y que ha sufrido un comienzo de hundimiento. La tumefacción general es más ó menos pronunciada. El dolor que experimenta el enfermo á este nivel, sobre todo al tacto, es tanto más intenso, cuanto menor es la tumefacción; pues el dermis, en los puntos en que la adherencia á las partes subyacentes, es más íntima, sufrirá mayor distensión que en aquellos en que el tejido subcutáneo es laxo.

En la superficie de la placa pueden producirse *ampollas*, *vesículas* y aun *pústulas*, á veces desde las primeras veinticuatro horas; ya hemos estudiado la manera cómo se forman, y añadiremos que su presencia no puede constituir variedades de la erupción, como tampoco las constituye la mayor intensidad del edema. El exudado de las vesículas puede volverse turbio y purulento, ó mezclarse con cierta cantidad de sangre, lo que alguna vez ha hecho que se tomasen como placas gangrenosas. Otras veces, en los viejos y en los caquécticos, se producen pequeñas equimosis (E. hemorrágica de Gosselin).

La erisipela se extiende por zonas, á la manera de una mancha de aceite sobre papel; invade poco á poco la mejilla correspondiente, la nariz, el párpado, de modo que toda una mitad de la cara participa de la inflamación. Es raro que la erisipela, cuando comienza en la línea media, se extienda simétricamente por los dos lados, como había pretendido G. de Mussy. La rubicundez puede invadir en seguida, por la frente, el lado opuesto, y ocupar, por último, toda la cara, exceptuando el *mentón*, que tiene el privilegio de permanecer indemne las más veces; (la lesión se detiene exactamente á nivel de una línea que descendiese por cada lado de la comisura labial. Esto da á la fisonomía un aspecto grotesco que la hace asemejarse á la de ciertos monigotes chinos» (Reynaud); pero aunque el mentón no está rojo, no por esto deja de sufrir la descamación. El enfermo está desconocido. Respira con dificultad por la boca, pues las narices, hinchadas, no permiten el paso del aire; los párpados, muy edematosos, permanecen cerrados; esta situación es casi un suplicio para el enfermo.

El *cuero cabelludo* es invadido siempre; en los calvos, aunque la hinchazón es menor, la erisipela de esta región es comparable á la de la cara; pero si hay bastantes cabellos, la lesión no puede reconocerse más que por el dolor muy vivo que provoca el menor contacto y por la sensación de hundimiento que se percibe al comprimir con el dedo el tejido edematoso. La rubicundez puede descender hasta la nuca, pero es poco frecuente que pase la línea que separa la cabeza del cuello.

Esta invasión del *cuero cabelludo*, va acompañada de un gran dolor de cabeza y de *delirio*. Este, que puede alternar con el coma, rara vez es debido á una meningitis ó á una trombosis de los senos; menos aún es la expresión de una anemia ó de una congestión del encéfalo; es la consecuencia de una excitación refleja de los centros nerviosos corticales, transmitida por las ramas del quinto par (Jaccoud). Puede manifestarse más fácilmente, aun con menores lesiones en los sujetos alcohólicos.

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

No nos detendremos á examinar esas variedades, según la marcha, que han hecho calificar la erisipela de *fija*, *serpiginosa* ó *vaga*, *emigrante* ó *ambulante*, *errática* y *á distancia*; modalidades todas, de progresión, muy raras en la erisipela de la cara, más comunes en la erisipela de las heridas de los miembros ó del tronco.

Los *fenómenos generales* que describiremos en este sitio por no dividir el estudio, no por eso merecen ser relegados á un lugar secundario. La fiebre, que desde muy pronto fue intensa (40°, 40°,5), se mantiene, durante todo el tiempo que progresa la erisipela, entre 40° y 39°,5, con remisión matutina de algunas décimas de grado. Oscilaciones poco extensas coinciden con la erisipela grave, pero ésta puede evolucionar con remisiones más acentuadas. Si bien es cierto que una temperatura muy elevada denota una intoxicación más profunda, no por esto creemos que la intensidad de la fiebre esté en relación con la extensión de la placa erisipelatosa. La temperatura de la tarde es cada día menos elevada, y la de la mañana puede descender á cifra inferior que la del día precedente, pero nada hay de constante respecto á esto. Es de temer, no obstante, que una curva en meseta, ó de ascenso progresivo en su conjunto, indique una marcha hacia una terminación fatal. En estos casos, Blass ha visto que la temperatura continuaba ascendiendo, aun después de la muerte. Las más veces, cuando se detiene la progresión de la lesión cutánea, el termómetro desciende bruscamente en veinticuatro, treinta y seis ó cuarenta y ocho horas, y el descenso es de 2° á 3°. Este descenso crítico puede verificarse del quinto al décimo día, según el tiempo que haya tardado en extenderse la erisipela. En los casos graves, el descenso es por lisis.

Está justificado el considerar la erisipela como una enfermedad cíclica, pues el trazado tiene una forma típica; pero el ciclo es variable, debido á la evolución de la lesión local (1).

El pulso sigue, en general, la marcha de la temperatura.

Los demás síntomas generales, estado gástrico, postración, delirio, son más

(1) Sorel (*Gaz. hebdom.*, Abril 1885, y Campos, *Th. de París*, 1886) reconocía que el ciclo febril puede servir para apreciar la duración de la erisipela, puesto que la fiebre es coetánea siempre, de la erupción externa ó interna y cesa con ella; en efecto, si la rubicundez persiste de doce á veinticuatro horas más que la fiebre, es porque una nueva extensión ó la regresión sobre los mismos puntos son inminentes. La erisipela limitada á la nariz y á los pómulos (que constituye, en verdad, una *forma abortiva*), no se ha presentado apiréxica por completo más que en tres casos. Sorel admite, además, que las curvas térmicas pueden clasificarse en 3 tipos fundamentales, á los que con facilidad pueden referirse las formas más ó menos irregulares por la influencia de particularidades clínicas ó de una tentativa terapéutica.

Tipo núm. 1.—La ascensión febril rápida se verifica siguiendo una línea térmica continua; el fastigio que próximamente es de 41°, se alcanza en la tarde del segundo día, lo más tarde; presenta cuando más dos ápices y carece, hablando con propiedad, de período de estado; la defervescencia sigue de cerca al acmé febril, se realiza por lisis y está terminada del quinto al octavo día, más á menudo en los días séptimo y octavo.

Tipo núm. 2.—La ascensión es igual que la precedente, da origen á un período de estado que se caracteriza por oscilaciones remitentes, más ó menos estacionarias, y de variable amplitud; luego del sexto al undécimo día, y á veces más tarde, se verifica la defervescencia de una de las maneras siguientes:

a. — Por crisis.

La defervescencia puede ser completa, y éste es el caso más frecuente, de la noche á la mañana. A veces va seguida de una ó de dos grandes oscilaciones intermitentes.

La defervescencia puede ser incompleta sufriendo la temperatura una ligera exacerbación durante el día, para llegar á la normal á la mañana del día siguiente.

b. — Por lisis prolongada según el modo indicado por el profesor Jaccoud.

Tipo núm. 3.— Tiene el mismo período de ascensión rápida; luego, desde el segundo ó el tercer día,

ó menos acentuados, según la gravedad de la infección. Esta puede ser tal, que se establezca el estado tifoideo y con éste el cortejo alarmante de la adinamia, fuliginosidades, lengua seca, diarrea, meteorismo y tinte general subictérico; la muerte acontece fatalmente, en estos casos que se observan, sobre todo, en los discrásicos y alcohólicos (Tillmann).

Las más veces termina por la curación. Ya sabemos cómo desciende la fiebre. Las lesiones locales disminuyen, la progresión cesa, el rodete desaparece, la rubicundez se atenúa hasta desaparecer, la piel recobra poco á poco su flexibilidad, salvo en los casos de edema persistente ó de aspereza, que hemos indicado anteriormente. La epidermis marchita, se exfolia y cae; esta *descamación* puede ser furfurácea ó membranosa. Con frecuencia pasa inadvertida. Los cabellos y los pelos caen á veces, pero para salir de nuevo más abundantes y fuertes. Se han visto aparecer cabellos negros donde habían caído los blancos (Mausbaki), pero bastante más á menudo se ha observado lo contrario.

Los párpados conservan, por algún tiempo, cierto entorpecimiento debido á que la regresión del edema se opera en ellos con más lentitud.

A propósito de las lesiones anatómicas, hemos insistido bastante acerca de la *supuración* en la erisipela. Nos limitaremos, pues, á indicar que «los núcleos flegmonosos, más ó menos extensos, dan origen á abscesos circunscritos» (Gosselin), y esta es una terminación posible del proceso erisipelatoso. Estos abscesos evolucionan lentamente y sin reacción, como abscesos fríos (Tillmann). Son frecuentes, sobre todo, en los párpados. Cuanto á las infiltraciones purulentas subdérmicas, que originan extensos desprendimientos de la piel, hay que advertir que son excepcionales en la erisipela de la cara.

Otro tanto puede decirse de la *gangrena*, que se presenta muy rara vez, aun por islotes; salvo, no obstante, en los caquéticos.

La erisipela es, entre las enfermedades agudas, una de las más sujetas á las *recaidas*. Estas interrumpen á menudo la convalecencia, y recaen, con frecuencia, en el mismo sitio; pero ni por su duración, ni por su intensidad, son comparables con la enfermedad primera.

Las *recidivas* son también frecuentes, á plazo más ó menos largo. Un mismo individuo puede padecer la erisipela cuatro ó cinco veces en su vida. Del mismo modo que las recaídas pierden cada vez algo de su gravedad, ya sea porque disminuya la virulencia del contagio, ya porque la economía se vacune con las se-

presenta el trazado grandes oscilaciones intermitentes, con máximum muy elevado por la tarde y las más veces con total apirexia por la mañana.

Entre los principales incidentes que pueden modificar los trazados en algunas de sus partes, cita el autor: las *tentativas terapéuticas algo activas* (sulfato de quinina, salicilato de sosa, que pueden ocasionar las grandes oscilaciones del tipo núm. 3.—La *regresión, en parte ó en totalidad, de los puntos primitivamente invadidos*, desde el mismo día en que parece haber terminado la erisipela. Este nuevo brote produce una elevación brusca de la temperatura seguido de un fastigio de dos ápices y de un rápido descenso.—La *presencia de una tregua en la progresión de la erisipela*, cuando invade sucesivamente diferentes regiones; la progresión se verifica en estos casos por brotes sucesivos.—Otras veces la *progresión de la erisipela de la cabeza al tronco*, va acompañada de un cambio en el ritmo febril. Las *recidivas* que sobrevienen después de un intervalo de un mes á dos años, no presentan necesariamente el mismo tipo febril ni la misma duración que la erisipela primitiva, aun cuando aquéllas ocupen el mismo sitio.

Sorel añade, que las temperaturas elevadas son la regla en la erisipela y no agravan el pronóstico, aun en los casos en que las mínimas se mantienen alrededor de 40°. Debe hacerse constar también, que la defervescencia febril va seguida muy á menudo de un descenso momentáneo de la temperatura por bajo de la cifra normal y de una notable lentitud del pulso.

creciones de los micro-organismos que le saturan de substancias impeditivas. Jaccoud ha hecho observar que «los individuos que por mucho tiempo están sujetos á la erisipela, acaban por no permanecer en cama con motivo de su exantema; á lo más, no salen de casa, apenas están enfermos, y el ataque no dura más de tres ó cuatro días». De dos modos, pueden explicarse estos casos; en primer término, se pueden invocar, á imitación de Cattiaux (1), la persistencia en la atmósfera ó en las cortinas de la habitación del enfermo, de los microbios patógenos, que aprovechan la menor lesión de los tegumentos, una erupción de herpes, por ejemplo, para ocasionar una nueva erisipela.

Esto constituye la *reinoculación de origen exterior*; Cattiaux refiere una observación concluyente, de ese género. En segundo lugar, y es lo que ocurre más á menudo, se trata del *microbismo latente* de Verneuil, es decir, de la persistencia en algún punto de una mucosa, á nivel de una placa de eczema, del estreptococo *nasal ó auricular* (como lo denomina el eminente profesor) cuya virulencia renace por una disminución de resistencia del organismo, en las épocas menstruales, por ejemplo; en este caso la erisipela recidiva siempre en el mismo sitio.

Parmentier (2) ha suministrado la prueba bacteriológica de esta patogenia, demostrando que en el punto de la recidiva se hallaba el microbio de Fehleisen. Ambas explicaciones son aplicables á la *erisipela periódica* que sobreviene en algunas mujeres á cada menstruación, realícese ó no el flujo menstrual, ya sea la erisipela complementaria ó suplementaria, como se ha dicho. Aun deberían hacerse muchas eliminaciones entre las observaciones de este género.

En lo tocante á la forma *intermitente*, que por otra parte es poco frecuente, puede tratarse con éxito por la quinina, puesto que el paludismo no hace más que favorecerlas. Es de advertir que la legitimidad de semejantes erisipelas, es bastante discutible.

ERISIPELA DE LAS MUCOSAS. — Antes de ocuparnos de las complicaciones propiamente dichas, estudiaremos sumariamente la *erisipela de las mucosas*, lo que se ha denominado *erisipela interna*. Esta será una transición natural, pues que se trata aquí no de complicaciones, sino más bien de lesiones primitivas ó por propagación. Esto se reduce, en suma, á una diferencia de sitio.

Las mucosas pueden afectarse primitiva ó secundariamente, es decir, que la erisipela puede comenzar en ellas y pasar en seguida á la cara, á veces la erisipela queda limitada á las mucosas sin manifestarse al exterior, ó bien la erisipela se propaga por continuidad de tejido de la piel á las mucosas y se extiende en seguida más ó menos por estas últimas.

1.º Parte superior de las vías digestivas y respiratorias. — Las *fosas nasales* son muy á menudo el asiento de la erisipela. Esta se desarrolla en ellas primitivamente en la mayor parte de los casos, á consecuencia de una coriza ó de una costra en la nariz. Esta coriza erisipelatosa se distingue de la común por un estado general mucho más grave y una fiebre más intensa; va acompañada de una acentuada sensación de quemadura; puede invadir los senos

(1) Cattiaux, Des récidives dans les maladies aiguës; Th. de Paris, 1891.

(2) De l'érysipèle à répétition; Th. de Cachera, Paris, 1891.

de la cara y aumentar notablemente la cefalalgia; ocupa también el conducto nasal, y se la ve entonces aparecer al exterior por los puntos lagrimales. Todavía es más frecuente verla asomar por el orificio inferior de las fosas nasales.

Boca. — La *mucosa bucal* es invadida muy á menudo, pero la erisipela no hace más que atravesar la boca para llegar á la faringe. La estomatitis erisipelatosa rara vez es primitiva. Esta propagación ocasiona una gran sequedad de la mucosa y más tarde una secreción. Ch. Fernet ha visto en la cara interna de los carrillos anchas flictenas que parecían placas pseudo-membranosas blanquecinas y blandas. La rubicundez no dura más que tres ó cuatro días.

La *lengua* es atacada muy pocas veces; se presenta hinchada, de color rojo-oscuro, vinoso, y no rojo escarlata como en la escarlatina.

Las *amígdalas* son invadidas á veces y presentan esa rubicundez barnizada que se observa también en la faringe.

Faringe. — En ella se observa una de las localizaciones más frecuentes. La propagación se verifica de la cara á la faringe, y más á menudo de la faringe á la cara. Gübler la había indicado ya en 1856. Ed. Labbé, Cornil y Cure han estudiado también esta *angina erisipelatosa*. Su extensión se verifica: 1.º por los labios y la mucosa bucal; 2.º, por las narices y las fosas nasales; 3.º, por las fosas nasales, el saco, los conductos y los puntos lagrimales; 4.º, por la trompa de Eustaquio, la caja y el conducto auditivo externo; 5.º, por varias de estas vías á la vez (Gull).

En todos los casos difiere mucho esta angina de la catarral simple. Es mucho más dolorosa, la tumefacción es menos pronunciada, la rubicundez más intensa y más oscura, con el aspecto liso y barnizado; los ganglios están mucho más hinchados; á veces apenas puede el enfermo abrir la boca, la deglución es muy penosa y aun imposible, por último, la fiebre es muy intensa y llega á 40 ó 41º, como en la angina escarlatinoso. Pueden observarse flictenas y aun á veces gangrena. La enfermedad se hace grave entonces y puede ser mortal. También suelen observarse abscesos retro-faríngeos. Después de las flictenas, sufre la mucosa una verdadera descamación.

En cuanto á la *angina de Ludwig*, que se presenta como primitiva y va acompañada de una hinchazón enorme de toda la región supraioidea y que puede ocasionar la muerte en veinticuatro horas por infección general con albuminuria ó por edema de la glotis, no sería más (según Chantemesse y Vidal), que una erisipela muy virulenta, que invade la garganta y la región supraioidea. En efecto, estos autores han encontrado, en un caso, una gran cantidad de cadenas de estreptococos.

Lasègue indica la naturaleza erisipelatosa de ciertas anginas recidivantes, propias de los adolescentes. También hace notar que el principio de la erisipela por la faringe es muy raro en los ancianos.

Laringe. — En esta región, la erisipela puede ser total ó limitada á ciertas partes de ella. Massei (1) y Delavau (2) describen, considerándola frecuente, la erisipela primitiva de la laringe, sin afección concomitante de la piel, la cual se ha confundido á menudo, según afirman, con el flegmón laríngeo.

(1) Massei, Rivista clin. et terap., 1885, núm. 1, et Congrès de Berlin, agosto 1890.

(2) Delavau, New-York med. et journ., 12 septiembre 1885.

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

Massei insiste sobre los caracteres muy claros que permiten hacer un diagnóstico cierto: 1.º, hinchazón muy marcada de la mucosa, desde el principio, desarrollándose casi constantemente en el tejido adenoideo de la base de la lengua, para alcanzar muy pronto la epiglotis y los repliegues ariteno-epiglóticos; de suerte que la disfagia marca el principio de la enfermedad; 2.º, paso rápido de la hinchazón de un punto á otro de la laringe, de manera que la disnea puede aparecer y desaparecer con gran rapidez; 3.º, fiebre muy elevada desde el principio.

Pero las más veces, la laringe es invadida secundariamente (Ed. Labbé). Puede apreciarse siempre el aspecto barnizado, brillante; la rubicundez es de color rojo escarlata ó violácea (Lasègue). Se observan los signos comunes de una laringitis más ó menos intensa, y á veces los del edema de la glotis.

2.º Vías respiratorias.—La erisipela de las vías respiratorias ha sido puesta fuera de duda por Schlumberger en su *tésis* escrita por inspiración de Cornil (1872). La observación de Strauss (1), es la primera irrefutable de *pulmonia erisipelatosa*, de erisipela pulmonar, en el verdadero sentido de la frase. Esta pulmonía posee particularidades clínicas, y sobre todo, caracteres anatómicos que la distinguen y *especializan*. — Son los clínicos: el hecho de sobrevenir en un sujeto con erisipela facial y gutural, sin que medie ninguna otra causa ocasional apreciable; el principio insidioso, marcado por ligero dolor de costado, sin calofrío; la marcha extensiva extraordinariamente rápida (todo el pulmón derecho invadido en cuatro días). — Son los anatómicos: propagación por la tráquea y bronquios gruesos; extensión enorme de la hepatización; tránsito pronto y total á la hepatización gris en un sujeto joven, vigoroso, no alcohólico. — Histológicamente: falta absoluta de fibrina en el exudado neumónico, formado exclusivamente por leucocitos, que obstruyen los alveolos pulmonares. Esto es, con toda exactitud, lo mismo que ocurre en el dermis en la erisipela cutánea. Denucé ha citado casos semejantes y ha podido encontrar cadenas diseminadas en los alveolos.

Pero hay también *determinaciones pulmonares primitivas*, que se presentan de ordinario en forma de bronco-neumonía. Un discípulo de Straus, Mosny (2), refiere un caso muy interesante con examen bacteriológico concluyente. Por otra parte, la naturaleza erisipelatosa se revela á las claras en las condiciones etiológicas: cuidando á su amo, atacado de erisipela de la cara, es como el sujeto de aquel caso, contrajo la bronco-neumonía que le ocasionó la muerte. Weichselbaum (3), en su extensa Memoria de 1886, relata 21 casos de pulmonía, debida á estreptococos, de los cuales 13 fueron de pulmonía primitiva y ocho de pulmonía secundaria. Mosny asigna á la bronco-neumonía por estreptococos el tipo *lobulillar*.

3.º Tubo digestivo. — El esófago se interesa por excepción y de un modo secundario. La *gastritis* y la *enteritis erisipelatosa* han sido refutadas; la observación de Gübler (4) publicada con el nombre de *erisipela interna, de forma*

(1) Straus, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1879.

(2) Mosny, *Archives de méd. expér.*, 1890.

(3) Weichselbaum, *Ueber die Ätiologie der acuten Lungen und Rippenfellentzündungen*; *Medic. Jahrbücher*, Vienne, 1886.

(4) Bull. Soc. Biol., 1856.

tifoidea, extendida ulteriormente al tegumento externo, no ha convencido á todos. Pero la de Rendu (1) *erisipela de la cara, propagada á todo el tubo digestivo*, parece indiscutible. El autor invoca sobre todo, para formular el diagnóstico de erisipela intestinal, la aparición de la erisipela en el ano después de haber comenzado en la cara, y la formación de un absceso perianal. En 1887, Heydenreich (2) publicó un caso de erisipela del muslo derecho, propagado al intestino por el ano. Ivanowski ha practicado una autopsia de erisipela propagada del periné á todo el intestino grueso; la mucosa estaba infiltrada, y presentaba pequeñas erosiones á nivel de los folículos cerrados. Estas son las únicas observaciones que conocemos. En todas se observan los síntomas comunes de la inflamación intestinal.

4.º Mucosas génito-urinarias. — Muy rara en la vejiga, más frecuente en la vulva y en la vagina, esta localización de la erisipela no merece que nos detengamos á considerarla. En cuanto á las relaciones de la erisipela con la infección puerperal, ya hemos dicho anteriormente lo bastante. Nos limitaremos á indicar tan sólo el hecho de que en los casos de erisipela de la cara en las púerperas, las precauciones antisépticas enérgicas (inyecciones vaginales é intrauterinas de disoluciones al sublimado, compresa húmeda de Van Swieten en la vulva) son bastantes á evitar la infección puerperal; en determinada sala de aislamiento de París no se ha presentado durante el año actual, gracias á las mencionadas precauciones, un solo caso de coincidencia morbosa de aquel género. Esto quiere decir, que la causa de la infección puerperal parece ser únicamente el contagio directo, y en manera alguna, tratándose de una púerpera, la propagación por infección general de la erisipela de la cara á la mucosa uterina desnuda.

COMPLICACIONES. — Los accidentes que vamos á enumerar son secundarios siempre y merecen, en rigor, el nombre de complicaciones, si no se desea ergo-
tear por cuestión de este nombre. Dada la localización primitiva de la erisipela, en la piel ó en una mucosa, aquellas son consecuencia de la infección general.

Sin embargo, las tres primeras son debidas á propagación.

Tales son, en primer término, las complicaciones de parte de los *órganos auditivos*, y en particular la otitis media catarral, que puede terminar por supuración. De ella puede resultar la sordera temporal.

En segundo término, las *alteraciones oculares* (3), ocultas á la vista, comunemente, por la hinchazón de los párpados muy edematosos, y á menudo unidos uno á otro: flegmón y gangrena de los párpados, flegmón del tejido celular de la órbita con trombo-flebitis purulenta de la vena oftálmica y trombosis de los senos; neuritis y atrofia del nervio óptico, sea por compresión, sea por obliteración de sus vasos nutricios (Parinaud), conjuntivitis palpebral y ocular, blefarospasmo, queratitis ulcerosa, dacrio-adenitis y dacriocistitis con absceso y fístula consecutiva.

Por último, la *parotiditis* complica alguna vez la angina de la erisipela, sobre todo si ésta es intensa. Pero aparte de esto, puede ser la expresión de una forma infecciosa grave: dicha complicación agrava mucho el pronóstico.

(1) *France médicale*, 1882.

(2) Heydenreich, *Soc. de méd. de Nancy*, 22 junio 1887.

(3) Colle, *Des complications oculaires de l'érysipèle*; Thèse de Bordeaux, 1887.