

La *infección purulenta* es muy rara en la erisipela médica; su patogenia está suficientemente esclarecida por el estudio etiológico que hemos hecho.

La *pericarditis* puede considerarse también como muy rara, aun teniendo en cuenta que, sea por no auscultar, sea por su benignidad, puede con facilidad pasar inadvertida. Las más veces es seca y limitada y se revela, ya por un ruido de roce, ya por un ruido de galope. En dos casos en que había derrame, encontró Denucé en el líquido las cadenas del estreptococo.

La *endocarditis* es más frecuente; se la ha visto localizada en la válvula mitral, y una sola vez en el orificio aórtico. No se revela más que por el soplo sistólico, y es necesario buscarla para poderla observar. Apenas se conocen casos en que haya precedido á la manifestación cutánea, á diferencia de lo que puede verse en el reumatismo. Las más veces coincide aquella con ésta; es más raro que aparezca en el momento de la resolución. Las cardiopatías, dice Jaccoud, pueden ocasionar la muerte en el período de estado; si esto no ocurre, terminan por una perfecta resolución. No dejan lesión valvular persistente. Sevestre (1) es mucho más reservado acerca de este punto.

Por otra parte, esta endocarditis puede ser infecciosa, con vegetaciones ulceradas, y dar origen á embolias, de donde se deduce la posibilidad de toda suerte de complicaciones; entre éstas se han indicado en particular la *afasia* (2) y la *gangrena á distancia* (3).

La *miocarditis* es menos específica todavía y en nada difiere de lo que se observa en las demás enfermedades infecciosas (Hayem, Sevestre).

Las *alteraciones vasculares* han sido estudiadas por Ponfick. La endarteritis termina por degeneración célula-grasosa, y á veces también sufre esta alteración la túnica muscular. Puede verse, sobre todo en la aorta, las coronarias y el exágono de Willis; de ella pueden resultar trombosis.

Las *alteraciones renales* son, en realidad, las más frecuentes entre las lesiones viscerales (Becquerel, Abeille, Begbie, Lebert, Erichsen). La albuminuria es muy común en la erisipela (Da Costa, Blechmann, Denucé). Puede ser transitoria ó insignificante y, en general, se observa en el momento del acmé ó al comenzar la descamación. Es raro que persista después de la curación. No tiene relación con la elevación de la temperatura.

La orina contiene, á menudo, hematíes y cilindros epiteliales y hialinos. También se observan bacterias comparables en un todo al estreptococo, y que desaparecen cuando la curación es definitiva. No puede extrañarnos su presencia, después de los importantes trabajos del profesor Bouchard y de sus discípulos, acerca de las nefritis infecciosas. La *tesis*, próxima á publicarse, de Enriquez, dará á conocer nuevas observaciones.

Dejando á un lado los casos en que los riñones ya enfermos se agravan en su estado por una erisipela intercurrente, indicaremos como lesión la nefritis difusa aguda y la glomérulo-nefritis como alteración del parénquima renal, en la erisipela, lesión comparable á la de la nefritis cantaridiana experimental de Cornil y Brault, y á las nefritis del mayor número de las demás enfermedades

(1) Sevestre, Des manifestations cardiaques dans l'érysipèle de la face; Th. de Paris, 1874.

(2) Dieu, cité par Schmit.

(3) Schmit, Un cas de gangrène de la jambe consécutive à un érysipèle de la face; *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 11 julio 1891.

infecciosas; se encuentran las bacterias en las arteriolas y los capilares, rara vez en los glomérulos, lo mismo que en los intervalos de los tubos y en los leucocitos existentes en medio de los exudados (1).

El *hígado* está siempre algo hinchado y congestionado; sólo en los casos graves sufre la hepatitis parenquimatosa aguda de Virchow. Billroth y Ehrlich, Lukowsky y Recklinghausen, Tillmann y Denucé, han encontrado en el hígado las cadenas específicas.

El *bazo*, á menudo aumentado de volumen, se presenta blando y congestionado.

El *intestino*, en particular el duodeno, puede sufrir, no como resultado de una propagación, sino á consecuencia de un proceso local, debido á la presencia del estreptococo, acarreado á este sitio por la sangre, ulceraciones que han estudiado Larcher, Malherbe y más recientemente Juéry (2). Se revelan por dolor en el epigastrio y vómitos biliosos. Pero estos signos apenas si permiten más que suponerlas. Juéry opina, con razón, que debe contarse con las cámaras de los erisipelatosos, como medio de contagio por la diseminación de los gérmenes morbosos que contienen aquéllas.

Las *meninges* y los *centros nerviosos*, aunque revelan á menudo su trastorno durante la vida, en el curso de la erisipela, sobre todo cuando se halla afectado el cuero cabelludo, no presentan en la autopsia, sino por excepción, alteraciones de carácter permanente. Un delirio y estado subcomatoso, no revelan más que una congestión fugaz. Es raro tener que hacer frente á una verdadera meningitis. Sin embargo, Schüle ha encontrado una vez las bacterias en la substancia cerebral.

Denucé indica casos de *neuritis periférica* con trastornos motores, sensitivos y tróficos.

La *pleuresía* ha sido comprobada algunas veces, en particular en dos de los seis sujetos inoculados por Fehleisen; siempre es exudativa y no ha sido purulenta más que en la erisipela complicada con puohemia. Denucé ha podido colorear los cocci erisipelatosos en cadenas.

También se han citado algunos casos de *peritonitis* (Abercrombie, Hardy y Béhier, Siredey y Danlos, Aubrée).

Las *localizaciones articulares* pertenecen á la categoría de los pseudo-reumatismos infecciosos de Bouchard, y para su estudio pueden leerse las *tesis* de Bourey (doct. 1883) y de Lapersonne (*Agreg. chirurgie*, 1886).

DIAGNÓSTICO. — 1.º En el período de invasión, es muy difícil, á menos que se tenga el antecedente de un contagio, para prever lo que sobrevendrá tras de los síntomas generales prodrómicos; éstos pueden hacer que el diagnóstico quede en suspenso durante algunos días, si dependen de la evolución de una placa erisipelatosa en las fosas nasales, ó en alguna otra cavidad de la cara. Sin embargo, por regla general, no se tardará mucho en ver aparecer la erisipela, puesto que la fiebre es coetánea del proceso erisipelatoso. La adenopatía submaxilar precoz y las cifras térmicas elevadas, que el termómetro acusa desde muy al principio, serán indicios preciosos.

(1) Salinger refiere un caso de nefritis con uremia, consecutiva á la erisipela facial, *Med. News*, 4 Julio 1891.

(2) Th. de Paris, 1887.

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

2.º Cuando aparece la erisipela, es posible cometer el error de no conocerla, acaso por su asiento insólito, ó el de calificar de erisipela un exantema que nada tiene de común con ésta. El primer error, es poco frecuente: no hay médico que no sepa reconocer los caracteres que hemos descrito como propios de la placa erisipelatosa en su principio, cuando apenas si se marca el rodete. Al ver una rubicundez cualquiera de la cara, la primera idea que se presenta al espíritu del médico, es la de la erisipela. Por esto se incurre con mayor frecuencia en el segundo error. Puede decirse, hablando en general, que *toda hinchazón de color rojo*, puede hacer creer que se trata de una erisipela, si se hace un examen superficial. Por esto se ven llegar con frecuencia, á los servicios de aislamiento, enfermos que no padecen más que *simple fluxión dentaria, impétigo, dacriocistitis, conjuntivitis, forúnculo de la cara, zona oftálmica, urticaria, eritema nudoso, una inflamación accidental*, cualquiera que sea, de la piel, incluso el *flegmón*. Bastará, así lo creemos, un poco de atención para evitar semejantes equivocaciones. Insistiremos tan sólo en los diagnósticos siguientes:

Linfangitis y erisipela, están enlazadas, en la actualidad, por vínculos cortos; mas si la erisipela no se presenta sin linfangitis, ésta puede observarse sin erisipela. Aun teniendo en cuenta la identidad de naturaleza sostenida por Verneuil y Clado, es lo cierto que hay dos formas clínicas distintas de un mismo ataque microbiano, porque el estreptococo se comporta de diferente modo en uno ó en otro caso: por tanto, debemos establecer la distinción sintomática de ambos procesos.

La *linfangitis de los troncos* está dispuesta en forma de resaltos que siguen la dirección de los vasos hasta los ganglios de la región; no se observan las placas regulares de toda erisipela, aunque sea serpigínea. Más difícil es el diagnóstico diferencial con la *linfangitis reticular* que al primer aspecto presenta la mayor analogía con la placa de erisipela legítima. Se podrá comprobar, sin embargo, poniendo la debida atención, que la mancha roja no está tan perfectamente limitada, es irregular hacia la periferia, en donde va decreciendo en una red de cintas de color rosa claro con manchas blancas de piel sana. No existe el rodete característico, el límite lineal limpio de la erisipela. La superficie está menos hinchada, y lisa, sin desigualdades; no da la sensación de rugosidad granulosa, de la placa erisipelatosa. La fiebre, por su parte, no tiene nunca la intensidad que hemos indicado anteriormente.

Las *erisipelas blancas*, que con bastante frecuencia se presentan en la cara, se observan en los escrofulosos, y tienen por substratum una angiolenicitis profunda. Verneuil ha indicado en el mismo orden de ideas, *edemas por retención linfática*, sobre los cuales se ingertan á veces eritemas variados. Se les observa en enfermos que padecen linfo-adenomas ó ganglios cancerosos: ofrecen la particularidad distintiva de persistir mucho tiempo con independencia de todo estado febril, lo cual aleja la idea de erisipela.

Los *diferentes eritemas* no pueden ser objeto de una descripción minuciosa en este capítulo: todos ellos, incluso el eritema por *insolación*, que es el que con más facilidad puede confundirse con la erisipela, dan suficientes motivos, por su sitio, por la falta de síntomas generales graves y por su etiología, fácil de averiguar, para que no se les confunda con la erisipela de la cara.

El *eritema polimorfo* pocas veces se localiza en la cara de un modo exclusi-

vo: aun cuando se manifieste (hecho excepcional) por placas rojas y prominentes, son éstas de un color rojo más obscuro que el de la erisipela, ó de ordinario aisladas, distribuídas con irregularidad, no van acompañadas de tumefacción ganglionar; la coexistencia de lesiones en los miembros y de manifestaciones articulares, permite distinguirla de modo evidente de la erisipela.

Entre las *erupciones medicamentosas*, la única que se puede prestar á confusión con la erisipela es la que sucede á las aplicaciones de emplastro de tapsia, en el pecho, la cual se debe á la volatilización de los principios activos de estos emplastos; aun cuando se ignore que el enfermo ha estado sometido á este tratamiento, la difusión de las lesiones á casi toda la superficie del rostro, la falta de rodete saliente, la presencia de un gran número de vesículas submiliares y la falta de fenómenos generales, demostrará que no se trata de una erisipela, sino de una erupción artificial, cuya causa debe determinarse.

La *urticaria*, suponiendo que se circunscriba á la cara, se distingue de la erisipela por la escasa violencia del estado febril, por la falta de infarto doloroso de los ganglios submaxilares y por una comezón muy intensa. Lo mismo puede decirse del *eczema rubrum*.

No creemos necesario insistir acerca del diagnóstico con las *fiebres eruptivas*. Su erupción y su marcha, son sobrado conocidas por los prácticos, para impedir que el error sea duradero. Solo las *parótidas* han podido alguna vez ocasionar la duda por un momento, al considerar la rubicundez y la tumefacción de la región parotídea; pero esta se presenta lisa, difusa y se extiende pronto al lado opuesto.

Una grave enfermedad infecciosa, el *muermo*, va acompañada de una inflamación particular de la cara que se parece á la erisipela; pero descansa sobre un edema duro, mal limitado y que no ofrece el rodete tan característico de la erisipela grave. Al cabo de algunos días, aparece la erupción pustulosa especial y todo esto va unido á los accidentes naso-faríngeos característicos del muermo.

Por lo demás, véase la descripción de esta enfermedad, dada en el TOMO PRIMERO de esta obra.

3.º Diagnóstico de la erisipela interna.—Apenas si ofrece dificultad, en los casos de propagación á la mucosa, de una erisipela externa. En lo tocante á las *localizaciones primitivas* en tal ó cual víscera, ya hemos visto anteriormente las razones por las que podría inferirse su naturaleza erisipelatosa.

4.º Diagnóstico de las complicaciones.—Estas son secundarias siempre; el problema está resuelto con saber establecer la relación de aquellas con el exantema primitivo.

PRONÓSTICO.—«La experiencia me ha enseñado que la erisipela llamada médica, iba de ordinario exenta de peligros, cuando no constituía una complicación de otra enfermedad» (Trousseau). En rigor, nada tendríamos que añadir á esta proposición; pero debemos atemperar el optimismo que expresa, por el enunciado siguiente: la erisipela es una enfermedad cuya gravedad varía con el estado morbo actual del sujeto, con la diátesis y las propatías que presenta, con la forma epidémica del momento (Spillmann). Es inútil parafrasear; estas cosas son evidentes y se aplican á la mayor parte de las enfermedades agudas. La doctrina de las variaciones en la virulencia de los microbios y la de las asociaciones bacterianas, acarrea una nueva confirmación á estas ideas.

No obstante, es preciso que se tengan muy en cuenta las consecuencias de la erisipela; es lo cierto que los accidentes auditivos, y sobre todo los oculares, no son muy tranquilizadores para el porvenir, y que un hombre puede quedar sordo, tuerto ó ciego, á consecuencia de una erisipela. La endocarditis, con su correspondiente inminencia de embolias, y la posible persistencia de una lesión valvular, constituye un serio peligro.

En lo que respecta á las recidivas, ya hemos visto que su benignidad aumentaba con su número.

Añadamos á lo dicho que, desde el punto de vista de la forma exterior, la erisipela ambulante es de un pronóstico más grave que la erisipela fija y que la serpiginosa. La enfermedad tiene una mayor duración en aquel caso, y puede consumir al enfermo si se prolonga uno ó dos meses.

Para concluir, diremos dos palabras respecto á las relaciones recíprocas de la erisipela y del embarazo. Este no modifica en nada la erisipela de la cara, ni en su evolución, ni en su gravedad. Por otra parte, es raro que la erisipela se comunique al feto ó que muera éste por efecto de la infección general de la madre. Las más veces, á menos de extraordinaria gravedad de la afección en la mujer embarazada, la gestación no se perturba, y el parto, lo mismo que el puerperio, pasan sin accidente si se toman las precauciones antisépticas que hemos indicado anteriormente.

TRATAMIENTO.—Trousseau se limitaba á la expectación, á cruzarse de brazos; esto constituía toda su medicación en la erisipela. Algunos laxantes, tisanas y alimentación.

Nos guardaremos de insertar la tan larga lista de los tópicos ó específicos acumulados en el transcurso de los siglos. Las ideas modernas acerca de la naturaleza de la erisipela han conducido, de una parte, á sostener al organismo en su lucha contra la infección, y de otra, á utilizar el método antiséptico en el tratamiento local y general de la erisipela.

1.º Tratamiento general.—Es el mismo que en cualquiera otra enfermedad infecciosa. Purgantes ó vomitivos al principio, luego tónicos, alcohol, estimulantes difusivos, antitérmicos, de preferencia la antipirina; en caso necesario, baños fríos ó tibios en las formas adinámicas ó atáxicas. La antisepsia general mediante la ingestión de substancias consideradas como microbicidas ó específicas (ácido fénico, percloruro de hierro, ácido salicílico, salol, ácido benzóico, resorcina), no ha dado otro resultado, hasta hoy, que el descenso de la temperatura. Cuando menos, pueden utilizarse con este objeto. Citaremos la administración de la aconitina cristalizada, preconizada por Laborde y Duquesnel y puesta en práctica por Tison (1), quien la ha dado á dosis de 1/4 de milígramo cada seis horas, ó 1/10 de milígramo cada dos horas, de modo que no pasase de 1 milígramo la cantidad administrada en veinticuatro horas; según dichos autores, este medicamento abrevia la duración de la enfermedad y atenúa considerablemente el dolor.

2.º Tratamiento local.—Al lado de las compresas clásicas de agua de saúco, del alcanfor disuelto en éter, lo cual alivia al enfermo, de la vaselina borricada, de los diversos astringentes aplicados en lociones, de la esencia tre-

(1) Th. de Bourdon, Paris, 1890.

mentinada de bálsamo de Kentisch, de la tintura de iodo (Norvis), de las disoluciones de nitrato de plata (Goech), del colodion (Robert de Latour), del linimento iodoformado (Koch), de la disolución de salicilato sódico (Hallopeau), de los lavatorios al ácido fénico (Rosenbach) mezclado con goma (Nolet) ó con vaselina (Ebstein), tratamientos que sólo han dado resultados incompletos; debemos citar las inyecciones subcutáneas de soluciones fenicadas (Hueter) alrededor de la placa erisipelatosa, las cuales tienen una acción clara, indudable.

Pero se comprende cuán gran dificultad puede ofrecer semejante práctica, en una región como la cara; además, se han observado, á consecuencia de la misma, algunos abscesos y fenómenos de intoxicación bastante graves. Talamon, después de haber experimentado las disoluciones antisépticas más conocidas, ha dado la preferencia á las pulverizaciones de la *disolución etérea de sublimado*, empleadas ya por él mismo en el tratamiento de la viruela. Una disolución al 1 por 100 basta. Remitimos para la técnica de estas inyecciones, á los artículos publicados por este médico, y por su interno Lovy en la *Medicina Moderna*, 1890, y á la *Tesis* de Cayet, 1890, inspirada por ellos.

Los resultados son realmente para infundir esperanzas; la pulverización se hacía sobre el rodete, en su parte exterior é interior; la erisipela se detiene por lo común en las veinticuatro horas que siguen á la primera pulverización. La duración media de todas las erisipelas tratadas desde su principio, por este método, ha sido de cuatro días.

Parece que se posee un medio sencillo poco ó nada doloroso y verdaderamente eficaz.

¿Será preciso añadir que la profilaxis habrá de ser rigurosa, y que el aislamiento de los enfermos de erisipela ha de realizarse con la mayor escrupulosidad posible?

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