

evolución, del quinto al noveno día; comienza por el cuello, la cintura y los pliegues articulares, es decir, en los sitios por donde principia el exantema ó bien á nivel de las vesículas desecadas de miliar; pero no respeta la regiones que la erupción respetó y existe aun en los casos en que la erupción ha sido lo bastante fugaz para pasar desapercibida. Reviste un aspecto diferente, según las regiones del cuerpo: en la cara constituye escamitas furfuráceas, mayores que en el sarampión, y que dan al rostro, cuando la descamación se verifica muy rápidamente, un tinte blanquecino, como si estuviese espolvoreado; en el cuello, en el tronco y en los miembros, las escamas son más extensas y más gruesas también; el epidermis levantado en esos puntos, forma pequeñas eminencias secas que se rompen; finalmente, en las extremidades, especialmente en los dedos, tanto de las manos como de los piés, el tegumento se desprende en anchas láminas, tan extensas como una falange ó más, constituyendo á veces un verdadero dedo de guante; este desprendimiento deja al descubierto el nuevo epidermis, muy delgado, y á través del cual se transparenta el color rojo vivo del dermis; esto es verdaderamente característico. La caída de las uñas, indicada por Graves, no corresponde más que á las dermatitis escarlatiniiformes.

CONVALECENCIA. — Durante este tiempo la fiebre ha desaparecido completamente, el apetito es normal, la lengua se ha recubierto de epitelio (octavo, noveno día), las amígdalas han disminuido de volumen, pero conservan alguna rubicundez, y si el exudado ha sido abundante, no es raro encontrar todavía algo del mismo en la segunda semana. La orina ha recuperado sus caracteres normales; la poliuria que á veces se observa, es la de todas las defervescencias; el sueño es notablemente tranquilo, y las fuerzas en modo alguno se hallan deprimidas en el niño, si se ha tenido cuidado de alimentarle suficientemente.

La duración de la descamación es de las más variables; rara vez se ha terminado al fin de la segunda semana, más á menudo se encuentran aún vestigios de aquélla al cabo de cuatro ó cinco semanas, y aun á veces á las siete ú ocho semanas; una misma región puede presentar varias descamaciones sucesivas; los baños y los cuidados de la piel aceleran mucho su evolución.

FIEBRE. — TEMPERATURA. — Nada hay más variable que la curva de la escarlatina; por su aspecto no es posible juzgar del período en que se encuentra la enfermedad; tampoco tiene relaciones fijas con la evolución del exantema; sin embargo, á pesar de estas restricciones, Wunderlich, Thomas, Cadet de Gassicourt y Reimer (1) han podido dar reglas generales.

Desde el primer día, mientras se desarrollan los prodromos, la temperatura asciende bruscamente á 39, 40 y 41°, y aun más en las formas graves (43° según Mayer, Böning), continúa á la misma altura y lejos de descender en el momento de la erupción, como en el sarampión, se mantiene ó asciende todavía más; durante el segundo estadio, ofrece el tipo continuo con muy leve remisión matutina de medio á 1° lo más; las oscilaciones le dan á veces un tipo intermitente (Litten), alcanza su fastigio cuando el exantema está completamente desarrollado y en general disminuye cuando aquél palidece. En los ca-

(1) Reimer, Beiträge zur Lehre vom Fieber beim Scharlach, Congr. des méd. russes, San Petersburgo, Enero, 1889 y *Jahrb. f. Kinderh.*, vol. xxx, pág. 34, 1890.

sos muy leves desciende á la normal en el tercero ó cuarto día; en los casos normales, sin ninguna complicación, no pasa la fiebre del duodécimo día (Cadet de Gassicourt). Cuando ha cesado muy pronto, sobrevienen con frecuencia nuevos ascensos independientes de toda complicación apreciable, pero que pueden atribuirse, bien sea á la angina, ó bien á un nuevo ingreso en la circulación de los productos tóxicos; Pastor y Gumprecht (1) han visto después del décimo día, dos ó tres exacerbaciones sucesivas durando uno ó dos días, y separadas por intervalos de tres á seis días. Gumprecht ha descrito con el nombre de *fiebre consecutiva* (Nachfieber) la que persiste sin causa evidente, después de las manifestaciones exteriores de la enfermedad. Reconoce cuatro tipos: *fiebre consecutiva recurrente*; *defervescencia retardada*; *fiebre consecutiva de tipo estacionario*; *fiebre consecutiva típica*. En todas estas formas el estado general puede conservarse muy bien. Es aún posible que en tales casos los agentes patógenos, ó mejor sus productos tóxicos retenidos en un punto del organismo ó sobre una mucosa (faríngea, por ejemplo), penetren en el torrente circulatorio, y que la fiebre no sea entonces más que la expresión de una infección secundaria. Cualquiera que sea la época de la defervescencia, puede ésta adoptar uno de dos tipos: el *descenso brusco* y la *lisis* (Jaccoud).

Tal es la marcha de la temperatura en los casos normales no complicados; el pulso sigue la marcha de la temperatura, descendiendo á veces por debajo de la cifra normal, cuando desaparece el exantema.

Reimer ha estudiado las variaciones del peso en el niño; en los casos ligeros la pérdida es insignificante cuando la fiebre alcanza 40°,5 ó 41, y si hay vómitos, el peso desciende bruscamente en 600 á 1000 gramos durante los dos primeros días; si el niño no come, la pérdida en los ocho ó diez días que dura la fiebre es comunmente de 2000 á 2500 gramos.

II. *Formas anómalas irregulares.* — Los autores designan muy diversamente las formas de escarlatina, según la importancia que dan á tal ó cual síntoma. Así, por ejemplo, se han tomado como características la erupción y sus modalidades, la duración (Thomas) (2), la curva de la temperatura (Hench, Reimer); finalmente, las complicaciones y la gravedad de los síntomas generales.

Es preciso tomar de cada una de estas divisiones lo que en sí tenga de bueno; así que admitiremos las formas clásicas unidas al aspecto de la erupción, aun cuando no tengan relaciones muy constantes con la gravedad de la dolencia. La duración de la enfermedad no puede servir de característica porque una escarlatina breve puede ser muy benigna ó extremadamente grave; la temperatura por sí sola no puede ser utilizada, puesto que está influida por numerosas causas independientes de la enfermedad, particularmente por las complicaciones. Por el contrario, la gravedad de la enfermedad y su evolución general, dan una base clínica verdaderamente sólida y práctica; sobre esta base se hallan establecidas las clasificaciones francesas.

A. FORMAS ERUPTIVAS, ANOMALÍAS DE LA ERUPCIÓN. — La anomalía puede referirse á la *duración*, la *evolución*, la *intensidad*, y por último á los *caracteres físicos de la erupción*.

(1) Gumprecht, Nachfieber, beim Scharlach, *Jahrb. für Kinderh.*, 1888.

(2) Thomas, Zur Eintheilung der Scharlachfälle, *Jahrb. f. Kinderh.*, vol. III, pág. 88, 1870.

Hemos señalado ya esas erupciones *fugaces* que apenas duran cuatro ó cinco horas; á veces, por el contrario, persiste el exantema mucho más tiempo, ocho ó nueve días, con fiebre intensa.

La *evolución* en lugar de ser continua puede hacerse *en dos veces*: el exantema después de haberse constituido rápidamente, se extingue al cabo de veinticuatro horas, para reaparecer en seguida (*reversión* de Jaccoud); este nuevo brote eruptivo se distingue de la recaída en que los fenómenos generales del principio faltan completamente.

La *intensidad* de la erupción no está siempre en relación con la intensidad de los fenómenos generales; puede faltar completamente aquélla (*escarlatina frustrada*) y la enfermedad evoluciona en forma de angina febril más ó menos intensa, que, no obstante, hace posibles la descamación y todas las complicaciones de la convalecencia, especialmente el anasarca (Graves, Trousseau).

*Anomalías de aspecto.* — Se designa con el nombre de *scarlatina variegata* aquella en que el exantema forma placas irregulares que no tienen ninguna tendencia á reunirse; simula á veces el sarampión (Henoch): se llama *escarlatina papulosa* la que se caracteriza por la producción de «pequeñas eminencias de color rojo sombra, haciendo la piel ruda al tacto (Picot)». La forma *miliar* es la más frecuente, sobre todo en Inglaterra; Trousseau designa con este nombre el punteado saliente de la erupción normal; no es ésta la verdadera miliar; para algunos autores está formada de pequeñas vesículas claras, extremadamente finas, que se desecan rápidamente y ocupan especialmente el cuello, el abdomen y la cintura; para otros (Bohn, Henoch, Picot), la miliar consiste en vesículas de mediano tamaño, de color blanco ó blanco amarillento, que se umbilican á veces, se reúnen cuando son abundantes y pueden simular una varicela; á veces son generalizadas y predominan en las muñecas (Henoch), en los pliegues articulares (Bohn); esta forma que acompaña á los exantemas intensos, es muy rara en Francia. Deben señalarse además las manchas *petequiales* simples sin hemorragias y compatibles con la escarlatina de mediana intensidad. Finalmente, existen erupciones *pruriginosas* (Vogel, Saint-Phillipe) (1) relacionadas casi siempre con las traspiraciones abundantes y las formas benignas.

*B. ANOMALÍAS EN LA EVOLUCIÓN Y EN LOS FENÓMENOS GENERALES: FORMAS PROPIAMENTE DICHAS.* — La malignidad, comprendida en su sentido más lato, el de la gravedad en general, reconoce tres causas: 1.º, la virulencia del contagio puede variar: esto es evidente para el contagio en el hospital, siempre más temible que el contagio en el exterior, no solamente porque la enfermedad evoluciona en un medio desfavorable, sino también porque desde su principio, la enfermedad parece grave y la infección más intensa. La malignidad puede, por tanto, referirse á la esencia misma de la enfermedad, y manifestarse desde el principio: esta es la verdadera malignidad protopática de los antiguos; 2.º, el individuo atacado por el contagio puede ofrecer menos resistencia que otro ó reaccionar de un modo muy violento: esto resulta de esas observaciones de familias en que todos los niños sucesivamente infectados en epidemias diferentes, sucumben á formas rápidamente mortales de escarla-

(1) Saint-Phillipe, Demangeaison dans la scarlatine, *Rev. mens des mal. de l'enf.*, Febrero, 1890, número 2.

tina y con los mismos accidentes (Henoch). Para la escarlatina, la esencia de estas predisposiciones nos es desconocida, pero son lo bastante evidentes para poder afirmar que el terreno también es causa de malignidad; 3.º, hay un tercer elemento que no debe menospreciarse, y es la infección secundaria por uno ó varios micro-organismos independientes del agente patógeno primitivo, pero que se le asocian frecuentemente; en la escarlatina, el estreptococo.

1.º FORMAS MALIGNAS. — Revisten numerosos y diferentes aspectos:

*Forma fulminante.* — Un sujeto en plena salud es acometido de un violento malestar, cefalea viva, vómitos, disnea, cianosis y convulsiones: ha perdido el conocimiento muy rápidamente, delira, se agita violentamente, pretende abandonar su lecho, después cae en el coma: se nota una angina, á veces un infarto ganglionar incipiente, fiebre intensa, aceleración y pequeñez extremas del pulso, y el enfermo sucumbe al cabo de algunas horas en el coma, con ó sin nuevas convulsiones, y antes de que haya aparecido la erupción. Como las orinas son escasas, se cree á veces que se trata de uremia ó de envenenamiento, y únicamente la existencia de un caso de escarlatina ó de una epidemia en la vecindad del enfermo, permiten afirmar la naturaleza de este ataque mortal (Graves, Wunderlick, Trousseau, Baginsky).

La forma *nerviosa común* (Jaccoud) ó *atáxica* es muy diferente: más lenta en su evolución, no adquiere un vuelo grave más que en el estadio de erupción: Jaccoud señala, no obstante, en el período prodrómico una prolongación anómala de la ansiedad. La temperatura es siempre superior á 40º, el pulso extremadamente rápido (170 pulsaciones y más en los niños pequeños). Cuando la erupción aparece es á menudo anómala, sea por su desarrollo incompleto, sea por el tinte lívido que le da á veces, su mezcla con la cianosis, ó por el aspecto erisipelatoso que le da la tumefacción de los tegumentos (Jaccoud). Pero lo característico es la multiplicidad y la continuidad de las manifestaciones nerviosas, convulsiones, yactitación, delirio de acción, contractura de los miembros, trismo: la disnea es frecuente, disnea *sine materia*, que Trousseau considera como uno de los signos de la malignidad. La debilidad del corazón, apreciable por el ensordecimiento de los ruidos y por el estado filiforme del pulso, explica la cianosis y el enfriamiento de las extremidades: así se constituye una modalidad que se ha designado con el nombre de forma *algida*, pero que, á nuestro modo de ver, no merece ser separada.

Lo mismo podemos decir de la forma *sincopal* de Wood Kennedy, que resulta del predominio de la debilidad del corazón sobre los demás accidentes nerviosos ó viscerales.

*Forma tífica* (Jaccoud) *adinámica séptica.* — Esta forma, como la precedente, no se desarrolla por completo sino en el período de erupción, á veces aun durante la segunda semana (Henoch). Ordinariamente, el exantema es intenso y generalizado: el enfermo, abatido y soñoliento, permanece en decúbito dorsal: la lengua está seca, los labios fuliginosos, la angina intensa y complicada con adenopatías voluminosas: con frecuencia unida á la difteria. La adinamia se acompaña de temblores fibrilares y de subsaltos tendinosos: la temperatura oscila entre 39º,5 y 40º: el pulso es al principio bastante amplio, después se debilita. Se observa diarrea, vómitos, especialmente al principio: el vientre está abombado y doloroso: las orinas son extremadamente

raras: el cuadro tífico está plenamente realizado cuando aparecen las escaras (Jaccoud). Al aproximarse la muerte, la temperatura rectal asciende á 41° ó á 42°,5, al paso que las extremidades se enfrían y el enfermo cae en colapso y después en el coma.

*Forma hemorrágica.* — (Withering, Huxham, Fothergill). — Las hemorragias pueden complicar todas las formas precedentes; no basta la existencia de petequias en el exantema, para constituir la forma hemorrágica. Las hematurias abundantes y repetidas, la epistaxis y las placas purpúreas de la piel la caracterizan. La escarlatina puede ser *primitiva* ó *secundariamente* hemorrágica. En el primer caso aparece con la erupción y mata en algunas horas ó en un día, con accidentes nerviosos; la fiebre es muy violenta, la disnea intensa, la diarrea y las convulsiones frecuentes; tal es la forma *hemorrágica fulminante* (Zuelzer, Bohn) desconocida en Francia y cuya existencia es dudosa. La segunda forma es casi siempre mortal especialmente en la mujeres recién paridas.

2.º FORMA BENIGNA: ESCARLATINA SIN FIEBRE.—Ya hemos indicado los formas *frustradas* en las que la erupción falta aunque la fiebre y la angina sean asaz vivas.

En otra variedad, la misma fiebre está atenuada á pesar de una erupción intensa y se mantiene por bajo de 38°,5 para desaparecer pasados dos ó tres días. Finalmente, hay casos en que la erupción es pálida y efímera, en que la temperatura apenas llega á 38° el día de la erupción y luego desciende á la normal y así se sostiene mientras no sobrevenga ninguna complicación; la angina y las modificaciones de la lengua son muy atenuadas. Pero hay un signo que permite pensar en la escarlatina en los casos dudosos; es la discordancia entre la aceleración notable del pulso y la apirexia ó la benignidad de la fiebre (Wertheimber) (1).

3.º FORMA DE PRONÓSTICO VARIABLE.—No haremos más que mencionar la forma *mucosa* ó *gastro-intestinal* (Bretonneau, Brinton) que puede determinar accidentes coleriformes; se observa en este caso, embarazo gástrico y diarrea.

FORMA Á RECAÍDAS.—Se caracteriza la recaída por el retorno del exantema con los fenómenos generales clásicos, mientras el primer ataque se halla todavía en evolución (Trojanowsky, Körner, Hensch). Sobreviene doce días (Hensch), ó más de tres semanas (Baginsky) después del principio; retornan la fiebre, la angina, el infarto ganglionar; el segundo ataque puede ser más grave que el primero. Thomas ha descrito bajo el nombre de *pseudo-recidiva* (que traducimos por recaída) la aparición en la segunda ó tercera semana, de un exantema más ó menos extenso, á menudo efímero, que parece no ser más que la manifestación nueva de una sola y misma infección, cuya evolución no está agotada.

Trojanowsky ha señalado una forma *recurrente* que se observa en los países pantanosos en donde azota la fiebre recurrente; luego de un ataque poco intenso, aparece un segundo exantema, del séptimo al decimoséptimo día; el bazo está poco aumentado de volumen; en la sangre los leucocitos aumentan en número, la debilidad es grande.

(1) Wertheimber, *Munch. méd. Woch.*, 1.º Julio 1890.

ESCARLATINA PUERPERAL.—Se describen bajo esta denominación, accidentes muy variables de intensidad, de gravedad y de forma, que no tienen nada de común más que la erupción, ora francamente escarlatinoso, ora simplemente escarlatiniforme; por lo que su historia es de las más confusas. Sin embargo, cuando se examina el conjunto de las observaciones publicadas (1) se ve que comprende cuatro grupos de hechos á los cuales corresponden otras tantas opiniones:

1.º *Escarlatina verdadera y normal* en una recién parida (Malfotti, Mac Clintock, Hervieux, Olshausen, Léopold, Meyer, Boxall).

2.º *Escarlatina verdadera modificada* en su forma por el terreno sobre el cual se desarrolla y las *complicaciones* que la acompañan (Playfair, Reuvers, Galabin).

3.º *Infección puerperal, septicémica*, con ó sin manifestaciones generales graves (peritonitis, flegmones, flebitis, supuraciones metastásicas).

4.º *Eritemas medicamentosos* provocados por la belladona, el cloral, el sublimado (Guéniot, Tarnier) (2). Dos hechos resaltan al hacer el análisis de los casos recientes; la rareza de la escarlatina puerperal desde hace algunos años, esto es, desde que se puso en práctica la antisepsia obstétrica, y su relativa frecuencia actual en Inglaterra donde la verdadera escarlatina está tan extendida; aquellos dos hechos demuestran claramente la realidad de las dos principales patogenias, septicemia y escarlatina verdadera.

¿Puede la escarlatina producir una verdadera infección puerperal como lo admiten Braxton Hicks y Galabin? Esta hipótesis es defendible si se tiene en cuenta la frecuencia del estreptococo en las manifestaciones de la escarlatina y se admite su identidad (en verdad incompletamente demostrada aun) con el estreptococo de la infección puerperal (3).

La escarlatina verdadera de las recién paridas bien descritas por Olshausen, Bourgeois y Legendre, reviste una fisonomía muy variable según los países; grave en Alemania (Olshausen, Martin, Malfotti) y en Inglaterra (Playfair, Galabin; únicamente Boxall ha descrito casos benignos) y benigna en Francia (Guéniot, Legendre). Comienza en la primera semana que sigue al parto, lo que explica Olshausen por una incubación muy larga y por la inmunidad (de ningún modo probada) que daría el estado de gestación; la que también podría interpretarse por el parto prematuro que puede provocar la escarlatina (Hervieux).

a) En algunos casos, su marcha es normal y regular ó atenuada.

b) En otros, no presenta más que un exantema efímero, pero muy obscuro (Olshausen); los síntomas predominantes son los accidentes nerviosos violentos (convulsiones y delirios) y los trastornos digestivos (vómitos y diarrea).

c) En un tercer orden de hechos, la escarlatina se complica desde el principio con infecciones secundarias y septicemia, y en tal caso, es difícil demarcar la parte que corresponde á la septicemia puerperal autónoma.

(1) Durand, *Scarlatine puerperale*; Tesis de París, 1891.

(2) In Thèse de Durand.

(3) Guéniot ha descrito con el nombre de *escarlatinoide* puerperal una erupción benigna con fiebre moderada, poca angina, ninguna descamación lingual que probablemente no es más que una escarlatina atenuada.

La *escarlatina* de los *heridos* y *operados* (J. Paget, Trélat) se presta á las mismas interpretaciones.

La *escarlatina* del *adulto* no requiere descripción especial: se admite, sin embargo, que la evolución en él es más irregular; frecuentemente se limitan las manifestaciones á una angina más ó menos intensa y á una corta erupción; la fiebre no dura más que tres ó cuatro días; pero las complicaciones no son menos frecuentes. « Pasada la pubertad, dice Lasègue, la *escarlatina* ofrece anomalías múltiples, y cuanto más se aproxima á la senilidad, más rara é incompleta se hace la *escarlatina* tipo ».

COMPLICACIONES. — Las complicaciones están constituídas, ora por la exageración de un fenómeno normal, ora por un accidente extraño á la enfermedad y resultante, en este caso, ó de la acción de una causa exterior, como el frío, la humedad, ó de una infección secundaria por un microbio cualquiera, especialmente por el estreptococo (véase lo dicho más arriba).

La angina ó faringitis es la más importante, por ser la más frecuente, la primera en aparecer, y la que origina otras complicaciones graves, como la adenopatía submaxilar, la otitis, la laringitis, finalmente, porque permite la penetración en los tejidos y en los vasos linfáticos y sanguíneos de los microbios causantes de la nefritis, la puohemia, etc. En ciertas epidemias adquiere la angina tal gravedad, que parece constituir toda la enfermedad: tales fueron las epidemias inglesas del siglo XVIII, que Fothergill y Huxham describieron con el nombre de anginas pútridas, malignas, gangrenosas (menospreciando así la importancia de la erupción), epidemias cuya naturaleza *escarlatinosa* ha demostrado Willan (Lasègue).

1.º ANGINA SIMPLE ERITEMATOSA. — Puede constituir una complicación solamente por su intensidad: la deglución, muy dolorosa ó dificultada por la impotencia funcional de los músculos de la faringe, provoca una salivación y una expuición continuas; los líquidos deglutidos son devueltos en parte por la nariz, la voz es gangosa, el cuello está tumefacto y doloroso, sobre todo hacia los ángulos de la mandíbula; el simple examen de la garganta provoca esfuerzos de vómito (Bourges); la mucosa presenta una coloración roja intensa; las amígdalas casi en contacto, dificultan la respiración hasta el punto de impedir el decúbito horizontal. Están recubiertas á trechos por un exudado cremoso « pultáceo », primeramente de un color blanco brillante y después amarillento, que sale de las criptas; es fácil de separar, sin que esto provoque salida de sangre, y no se reproduce más que á la larga; es fácilmente soluble en el agua. Pero en ningún momento se experimenta el temor de verlo extenderse, no existe pseudo-membrana; desaparece en general al cabo de dos á cuatro días. Bourges (1), que ha examinado siete casos de angina eritematosa, ha encontrado en ella constantemente el estreptococo asociado á un micrococo, al *bacterium coli commune*, al *stafilococcus piogenus albus*.

Pero con frecuencia toma la angina un vuelo más grave; fórmanse en la garganta membranas adherentes, que se separan por trozos y que se reproducen (anginas pseudo-membranosas).

2.º ANGINAS PSEUDO-MEMBRANOSAS. — La naturaleza de esta forma ha

(1) Bourges, Les angines de la scarlatine; Thèse de Paris, 1891.

promovido numerosas discusiones: Graves sostenía su origen puramente *escarlatinoso*; Trousseau antes que nadie admite dos anginas: una verdaderamente *escarlatinosa*, benigna, precoz, que aparece en los primeros días, curando espontáneamente sin complicación laríngea hacia el séptimo ó décimo día; la otra, verdaderamente *diftérica*, grave, tardía, que apareciendo hacia el octavo ó noveno día, termina lo más á menudo por la muerte.

Las cosas no pasan tan sencillamente, pues la angina precoz y benigna de Trousseau puede, en ciertas epidemias, ó endémicamente en ciertos países, adquirir un carácter rápidamente maligno. Así que, á pesar de la distinción de Trousseau, admitida por Jaccoud, Dieulafoy y Sevestre, á pesar de la opinión de Hensch, Halbey, Heubner, que afirman el origen *escarlatinoso* de la angina membranosa, algunos autores, como Niemeyer, Archambault, Cadet de Gassicourt, admiten aún su naturaleza *diftérica*.

Los estudios bacteriológicos recientes (Lenhartz, Raskin, Würtz, Bourges) (1) han arrojado viva luz sobre la cuestión: á las distinciones clínicas han añadido, ó mejor substituído, las características microbianas, y han permitido separar dos anginas: una *pseudo-diftérica*, y otra verdaderamente *diftérica*.

a) *Angina pseudo-diftérica* ó *precoz*. — Esta primera forma responde en parte á la descripción de Trousseau; es precoz (del tercero al sexto día), aparece á veces antes de la erupción (Guéretin, Sevestre), no se complica con parálisis, no alcanza la laringe sino rara vez (Trousseau), puede ser muy extensa, con un buen estado general (Sevestre), se acompaña de fiebre elevada (Filatow), en fin, puede añadirse que en Francia cura generalmente y que no contagia la difteria. Pero estos son caracteres de la evolución: bajo el punto de vista objetivo, no existe ninguna característica precisa, pues todos los signos indicados para distinguirla de la angina *diftérica* verdadera (integridad de la úvula, membranas más opacas, más blancas, menos adherentes y más friables) pueden faltar.

En su *forma benigna*, se ven desde el segundo ó tercer día de la erupción falsas membranas, blancas ó blanco-amarillentas, sobre las amígdalas rojas y tumefactas; á veces también rodean aquellas incompletamente la úvula, pero el infarto ganglionar permanece moderado, el aliento no adquiere olor fétido; si se ha tenido cuidado de limpiar la garganta, el exudado deja de reproducirse al cabo de tres ó cuatro días de tratamiento. Finalmente, el estado general es bueno.

Bajo su *forma grave*, tan notablemente descrita por Hensch (*inflamación necrótica*), las membranas recubren las amígdalas, el velo y aun á veces la lengua y los labios (Hensch, Bourges); cuando se las separa, la mucosa sangra abundantemente y aquellas se reproducen con rapidez; á veces la mucosa subyacente está ulcerada; el aliento es fétido, el dolor vivo, el infarto ganglionar y el edema submaxilar adquieren un gran desarrollo. La temperatura permanece por encima de 39º; pero el estado general es relativamente bueno. Las membranas se reproducen durante siete ú ocho días y después desaparecen. A veces el coriza complica á la angina; pero esto se ve más á menudo en la forma siguiente:

(1) Würtz y Bourges, Recherches bactériologiques sur l'angine pseudo-diftérique de la scarlatine; Arch. de med. exper., Mayo 1890, núm. 3.