

go, su movilidad y sus ataques súbitos, deben mantener al médico y á su terapéutica á la expectativa; los revulsivos y los tónicos alcohólicos son los principales agentes para esto; debe procederse á la revulsión por pequeñas regiones, pues es necesario evitar las grandes lesiones sobre la piel, y dejar regiones libres para nuevas intervenciones; debe evitarse, ante todo, debilitar al niño por el dolor. Cuando la bronco-neumonía amenaza la vida, porque la temperatura es muy elevada, es preciso aplicar enérgicamente los baños fríos como hemos indicado más arriba; ellos harán descender, casi con seguridad, la temperatura y prevendrán los accidentes meningíticos, siempre temibles. El alcohol, el vino y el éter ayudarán á lograr los efectos de los baños.

PROFILAXIS.—Es muy difícil de realizar antes de la erupción, cuando faltan signos ciertos. En el *hospital* los morbiliosos deberán estar, no solamente aislados, sino separados en salitas de cuatro ó seis camas cuando más (Rauchfuss, Sevestre), para evitar, ó por lo menos limitar el contagio de las infecciones secundarias; cuartos distintos deberán reservarse para los casos complicados. Cuando se presenta un caso de sarampión en una sala, los niños próximos (y aun todos los de la sala según Rauchfuss), deben considerarse como sospechosos y ponerse en cuarentena durante quince días, y si aparecen nuevos casos, hasta la extinción completa de la epidemia, es decir, hasta que haya transcurrido un plazo de quince días sin casos nuevos y sin haber aparecido ninguno sospechoso (Bard).

En la *escuela*, ningún morbilioso debe entrar sino después de un período de quince días como *mínimum*, cuando el caso ha sido normal y no complicado; pero (y esto es más importante) los más próximos en la clase, y los hermanos ó hermanas de los enfermos, serán excluidos, los primeros durante quince días, los segundos durante el mismo tiempo que el enfermo (1).

En las *familias*, el aislamiento del enfermo, la simplificación del mobiliario del cuarto, la esterilización de las ropas y objetos durante y después de la enfermedad, no exigen una indicación especial.

BIBLIOGRAFÍA.—Baginsky, Bohn, Eichhorst, Henoch (véase «Bibliografía de la escarlatina»). — D'Espine, *Dict. de Méd. et de chir.*, artículo *Rougeole*. — Sanné, *Dict. encycl.*, artículo *Rougeole*.

(1) Véase á este propósito el trabajo ya citado de Bard (*Rev. d'hyg. et pol. sanit.*, 1890).

CAPÍTULO III

ALFOMBRILLA — RUBEOLA (1)

(ROSEOLA EPIDÉMICA)

Con el nombre de roseola, se encuentra en el Tratado de Rilliet y Barthez la descripción de una enfermedad eruptiva, cuyos rasgos sintomáticos y naturaleza carecen de precisión; una breve lección de Trousseau, consagrada al mismo sujeto, ó al menos con el mismo título, parece hecha según documentos personales muy limitados, y es, no obstante, la que ha servido de modelo á la mayor parte de las descripciones francesas ulteriores, y se ha seguido diciendo «roseola de Trousseau». Roger y Damaschino (2), D'Espine y Picot, describen con el nombre de roseola una enfermedad, que participa á la vez de la roseola de Trousseau y del *rötheln*. Sin embargo, Jaccoud consagra algunas líneas á la alfombrilla, cuyos principales rasgos están tomados de la literatura alemana. Algunos artículos muy interesantes de Longuet (3), Morel-Lavallée (4), Brocq (5); algunas observaciones de Lecorché y Talamon (6), Bourneville y Bricon (7), Raymond (8), Comby (9), Arnozan (10); la tesis de Delastre (11); en fin, una discusión reciente en el *Sociedad médica de los hospitales*, constituyen los únicos documentos franceses sobre la cuestión (12).

(1) Las consideraciones que L. Guinon hace en el curso de este artículo, respecto á la roseola de Trousseau (al compararla con la rubeola), son perfectamente aplicables á la enfermedad estudiada por autores españoles bajo la denominación de *alfombrilla* (a). En efecto, basta leer, por ejemplo, la descripción que de la alfombrilla hace el eminente pirologo español Dr. Martín de Pedro, para adquirir el convencimiento de que más bien se trata de distintas roseolas medicamentosas ó debidas á otras causas, que del verdadero *rötheln* de los autores alemanes. Sin embargo, hemos creído conveniente admitir este sinónimo, aceptado por el mismo Martín de Pedro (b), en atención á que L. Guinon considera este capítulo como de espera, y confía en que han de describirse con el tiempo formas nuevas de la enfermedad y si nó suprimimos el término *rubeola*, y le aceptamos al par que el de alfombrilla, es para facilitar al lector las referencias, ya que han sido varios los autores y traductores que han hablado de *rubeola*. (N. del T.).

(2) Roger y Damaschino, *Dict. encyclop. des Sc. méd.*, art. *Roséole*.

(3) Longuet, *Un. méd.*, Diciembre 1883.

(4) Morel-Lavallée, *Clasificación des roséoles*; *Gaz des hóp.*, 20 Agosto 1887.

(5) Brocq, *La rubéole*; *Ann. de Dermatologie*, 1887, t. VIII, núms. 8 y 9.

(6) Lecorché y Talamon, *Études médicales*, 1881, pág. 604.

(7) Bourneville y Bricon, *Roséole idiopathique*; *Prog. méd.*, 1884, núms. 26, 28, 29.

(8) Raymond, de la rubéole; *Prog. méd.*, 1881, núm. 50.

(9) Comby, *Soc. Clín. de Paris*, 1886.

(10) Arnozan, *Une épidémie de rubéole*; *Journ. de méd. de Bourdeaux*, 15 Diciembre 1889.

(11) Delastre, *Contribution á l'étude de la rubéole*; *Th. de Paris*, 1883.

(12) Esta última discusión no esclarece todavía mucho la cuestión: pues mientras Juhel-Rénoy considera como idéntica la alfombrilla que describe, con el *rötheln* de los alemanes, lo que, en nuestro concepto, es la verdadera doctrina, Talamon identifica el *rötheln* con la roseola de Trousseau, y separa la alfombrilla de la roseola; *Soc. méd. des hóp.*, 21 y 28 Marzo.—Véase también Desnos y Desplats, *Bull. de la Soc. med. des hóp.*, Agosto 1886; P. Raymond, *Rev. des mal. de l'enf.*, 1888; Trastour, *Unión méd.*

(a) Martín de Pedro, *Manual de Patología y Clínica Médicas*. Madrid, 1876, pág. 416.

(b) El mismo término es aceptado por D. Federico Toledo y Cueva en la traducción del *Tratado de las enfermedades de la infancia*, de J. Lewis Smith, publicado por la BIBLIOTECA DE LA REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS. Madrid, 1890. Alvarez, Vela y Rodrigo, en la traducción del *Tra. de Pat. int.* de J. Frank (Madrid, 1842) adoptan este mismo sinónimo (N. del T.).

En el extranjero es donde deben buscarse los documentos de la enfermedad. Reinan sobre este asunto una confusión de palabras y una mala inteligencia, que no en poco contribuyen, junto con la irregularidad de la marcha y el polimorfismo de la erupción en esta enfermedad, á perturbar el espíritu del clínico y á echar el descrédito sobre la entidad morbosa, llamada alfombrilla. Así que, muchos autores dudan de la existencia de la alfombrilla (*rætheln* de los alemanes), mientras que otros niegan en absoluto su existencia (Sanné). Otros, por último, identifican la alfombrilla y la roseola de Trousseau. Es preciso, pues, todavía, en el momento actual, defender la existencia de la alfombrilla, probar que es una entidad morbosa, y ver cuáles son sus relaciones con la roseola, tal cual la describen la mayor parte de los autores franceses, según Trousseau.

Si este autor ha visto la alfombrilla, los principales rasgos de ella están borrados en la descripción que él da: en efecto, no menciona el infarto ganglionar, ni el catarro ocular. Para nosotros, la roseola de Trousseau no es una fiebre eruptiva, pues no reúne los tres caracteres esenciales, en concepto nuestro, para calificar una enfermedad como fiebre eruptiva: infecciosidad, contagiosidad, epidemicidad; luego la que aquel autor describe, no se parece á una infección: «las estaciones cálidas (dice Trousseau), mejor dicho, una temperatura elevada, tienen una gran influencia sobre el desarrollo de este exantema». ¿No es, pues, entonces, una simple erupción sudoral? y si, como él afirma más arriba, la enfermedad se manifiesta «lo más á menudo en las mujeres, y con mayor frecuencia aún en los niños», ¿no es porque estos sujetos, más abrigados, por lo general, transpiran con mucha más facilidad, y á causa de la mayor sensibilidad de su tegumento, realizan más fácilmente una erupción irritativa? Respecto á epidemias, Trousseau parece no haberlas observado; no refiere ningún caso de contagio, y si de éste habla, es remontándose á Franck, así como se remonta á las descripciones de Vogel y de Borsieri para su descripción clínica. Por lo demás, Trousseau quita todo valor á la roseola en tanto que entidad morbosa, mientras se lo concede cuando «sobreviene algunas veces en el curso de otras enfermedades». Esta roseola no es, pues, más que una erupción sudoral, síntoma accesorio de una infección pasajera, ó de un estado gástrico, ó simplemente de una transpiración abundante. No es una fiebre eruptiva.

¿Es la alfombrilla realmente una fiebre eruptiva? Los que opinan que nó, la consideran como una forma atenuada del sarampión, ó como hibridismo de escarlatina y sarampión. Según Rilliet y Barthez, por ejemplo, la roseola sería al sarampión lo que la varicela es á la viruela; es decir, según el modo como estos autores comprendían la varicela, que la roseola tendría el mismo origen que el sarampión.

Desde este punto de vista, es preciso distinguir en las descripciones alemanas, el *rætheln* en el antiguo sentido de esta palabra, y el *rætheln* moderno: esta palabra, que hizo su aparición en la literatura alemana en el siglo XVIII (Bergen 1752, Orlow 1758) en una época en que el diagnóstico de las fiebres eruptivas era todavía confuso, ha debido ocultar más de una vez errores de diagnóstico, designando ora una erupción parecida al sarampión con la angina y síntomas generales de la escarlatina, ora un sarampión con exantema escarlatiniforme, á veces una mezcla de ambas fiebres eruptivas, complicándose mu-

tuamente (Jaccoud), á veces, en fin, un sarampión ó una escarlatina atenuada. Así que, á pesar de las reivindicaciones de individualidad, hechas por Ziegler, Selle, Sprengel, Stoerk, Wagner (1834), se ve á J. P. Franck, Hufeland, Reil y Heim hacer de la alfombrilla una forma de la escarlatina, á Soehönlein (1822) considerarla como un híbrido de las dos grandes fiebres eruptivas, y á Canstatt (1847) negarla, porque esta palabra serviría para designar «cualquier exantema cuyos síntomas generales, sin relación con la erupción, no permiten decir si se trata de un sarampión, de una escarlatina, de una urticaria ó de un eritema» (Emminghaus).

Pero con los progresos de la clínica, el *rætheln* se ha librado de estas confusiones y de estos errores, y poco á poco su descripción ha adquirido mayor precisión y se ha demarcado. Entre sus historiadores, deben citarse los nombres de Tripe, Balfour, Thierfelder, Thomas, Oesterreich, Emminghaus, Griffith. Gracias á repetidas epidemias, la rubeola bajo su sinonimia de *rubeole*, *rætheln*, *rubelle*, *german measles*, ha adquirido carta de naturaleza en el cuadro nosológico, en el Congreso internacional de Londres de 1881 (Brocq).

La alfombrilla es una fiebre eruptiva específica por las razones siguientes:

- 1.^a Es contagiosa y epidémica;
- 2.^a Tiene epidemias propias, independientes de las epidemias de sarampión y de escarlatina;
- 3.^a Su incubación, su invasión, su erupción y sus demás síntomas difieren de los de las otras fiebres eruptivas;
- 4.^a Ataca indistintamente y con igual intensidad á los sujetos que han padecido ya el sarampión ó la escarlatina, ó á los que están indemnes de aquellas; así, por ejemplo, de 48 casos de Smith, 19 habían tenido el sarampión; entre 33 casos de De Man, 10 enfermos habían padecido el sarampión y 5 la escarlatina; enfermos observados por Talamon tuvieron el sarampión tres años antes, y la escarlatina dos meses antes; no puede ser, pues, la alfombrilla una forma atenuada de estas enfermedades, puesto que sería más intensa en los sujetos indemnes. Recíprocamente, no confiere inmunidad aquella, ni contra el sarampión ni contra la escarlatina; algunos de los enfermos de Griffith han tenido el sarampión más tarde;
- 5.^a No produce nunca más que la alfombrilla en las personas expuestas al contagio (Griffith, Brocq).

No es posible, pues, dudar de la alfombrilla; pero si su existencia no es dudosa ya, su sintomatología presenta aún algunas obscuridades, debidas, probablemente, á la mezcla de ciertas erupciones híbridas, en las descripciones de los autores. ¿Está destinada la alfombrilla á sufrir un desdoblamiento, una nueva división de donde se podrían sacar una alfombrilla con catarro y otra sin catarro? Talamon establece claramente esta separación y reserva el nombre de roseola á una fiebre morbiliforme sin catarro, la de Trousseau.

Sin embargo, no consideramos el capítulo presente, más que como un capítulo de espera; la alfombrilla adquirirá tal vez un desarrollo mayor en Francia, y se podrán entonces distinguir en ella nuevas formas.

Considerada en sus caracteres esenciales, es una enfermedad de la infancia, contagiosa, epidémica, que tiene una erupción polimorfa de marcha irregular, un exantema poco acentuado é infartos ganglionares, y que es casi siem-

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

pre benigna. En su descripción, no tendremos en cuenta sino los trabajos más modernos, y tomaremos buena parte de los tratados de patología extranjeros.

ETIOLOGÍA.—CAUSAS PREDISPONENTES.—La alfombrilla es una enfermedad de los niños; rara en la primera infancia (Griffith ha visto un caso en un niño menor de dos años), tiene su máximo de frecuencia entre los cinco y los quince años. Es muy rara en los adultos; y bien que se haya visto un niño de Jena contagiarse á su padre al principio de una epidemia (Emminghaus), este caso no se observa generalmente; en un total de 138 casos de Thomas, Oesterreich, Emminghaus y Roth, no hay más que 6 que corresponden á adultos; Griffith cuenta un solo adulto entre 150 enfermos.

Del sexo y del temperamento no hay nada que decir. En compensación, las condiciones sociales no carecen de influencia: los niños pobres y de las escuelas, son las víctimas más frecuentes de la enfermedad, «es una enfermedad de las policlínicas y de las clases pobres» (Emminghaus).

La inmunidad resulta, ante todo, de la edad: la presencia de una enfermedad infecciosa parece perjudicar al desarrollo de la alfombrilla; por el contrario, ni la escarlatina ni el sarampión protegen (según se ha visto anteriormente) contra su invasión (Balfour, Tripe, Thomas, Rinecker).

CAUSAS EFICIENTES.—El contagio ha sido demostrado por Thierfelder, Thomas y Emminghaus: las negativas de Kassowitz y Steiner no pueden referirse más que á la roseola no epidémica: resulta evidente en los casos en que se ve á un enfermo transportar el germen de la escuela á su familia, ó mejor, de una población á otra (Emminghaus).

Puede ser el contagio inmediato ó directo, por simple contacto. En los niños, basta un contacto breve y poco íntimo; se ha observado, por ejemplo, que los niños de la primera edad que duermen en una misma sala de un asilo, no se contagian con más frecuencia, que los mayorcitos que no tienen entre sí otra relación que la de los juegos al aire libre. En los adultos se necesita un contacto prolongado é íntimo.

Es indirecto el contagio cuando un sujeto que vive en el medio infecto, transporta el germen á otro medio sin ser él mismo atacado (Thomas, Roth, Balfour, Emminghaus). El poder contagioso varía con las epidemias, pues mientras Thomas, Bourneville y Bricon la creen menos contagiosa que el sarampión, Jacobi y Griffith consideran esta propiedad como muy intensa. Sin embargo, el contagio no se extiende jamás muy lejos, como lo prueba el estudio de las epidemias.

PERÍODO DEL CONTAGIO.—No se ha fijado bien este punto: Ciertamente que hay contagio durante el período de erupción; sería más intenso durante la convalecencia (Thierfelder); en fin, Squire y Seitz (1) lo creen posible durante el período de invasión.

EPIDEMIAS.—Una alfombrilla no va nunca sola; constituye epidemias cuya extensión, generalmente limitada, se circunscribe á una familia, á una escuela, á un asilo ó una población pequeña; además, está lejos de invadir en proporción tan considerable como el sarampión, 12 enfermos, de 100 escolares

(1) Seitz, *Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte*, 1890, 12.

(Rehn) (1); merece notarse, sin embargo, que algunos casos muy benignos deben pasar inadvertidos. Se puede encontrar casi siempre el contagio durante la marcha de una epidemia, aunque la dificultad de las investigaciones haya hecho decir á Meigs y Stagle que existen epidemias sin contagio. De Man ha visto en Holanda epidemias extendidas á varias localidades de una comarca muy extensa. La duración de la epidemia está en relación con la extensión de la ciudad en que se presenta; pero es por lo común corta, hecho que explican suficientemente, la rápida evolución de la enfermedad y su contagio relativamente débil: no pasa de dos meses y medio á cuatro meses; por excepción, ha durado doce meses en Rostock.

La alfombrilla rara vez es endémica; sin embargo, en las grandes ciudades (Leipzig, Viena, Munich) se observan casos esporádicos que enlazan unas epidemias con otras (Thomas).

El retorno regular de las epidemias ha sido observado en algunos países con intervalos de algunos años (Meigs y Stagle). Las estaciones más favorables parecen ser, en Alemania, la primera mitad del año (Emminghaus), en América del Norte, el invierno y la primavera (Griffith).

La distribución geográfica de esta enfermedad es muy notable, pues al contrario del sarampión y la escarlatina, que existen de la misma manera en toda Europa, la alfombrilla es rara en Francia y en el Sur de Europa. Las epidemias francesas son muy limitadas y muy raras; algunos casos publicados últimamente, se refieren á extranjeros recién venidos á Francia (Juhel-Rénoy, P. Le Gendre); por el contrario, Inglaterra, Alemania, Holanda, Suecia, Rusia y la América del Norte, sufren epidemias muy frecuentes.

RECIDIVA.—Si hay recidiva (Bourneville y Bricon), es muy rara, pues los que como Thomas y Nymann, han observado dos epidemias en un breve intervalo y en un mismo medio (establecimientos de instrucción), no la han comprobado.

INCUBACIÓN.—La alfombrilla es ciertamente, entre las fiebres eruptivas, aquella cuyo período de incubación es menos conocido. Algunos autores, pretendiendo ante todo diferenciarla del sarampión, han dicho que su incubación duraba más de catorce días; pero, de hecho, se encuentran cifras muy diversas en los autores, desde cinco días (Griffith), hasta veintidos días (Thomas); entre los autores franceses, Bourneville y Bricon le asignan ocho á diez días, y Juhel-Rénoy quince días.

SÍNTOMAS.—En el estadio sintomático es en donde se hace más patente la semejanza de los casos reunidos bajo el nombre de alfombrilla, y donde triunfan los adversarios de esta entidad morbosa; sin embargo, puede entresacarse un tipo general que ha sido puesto bien de relieve por Griffith (Brocq).

INVASIÓN Ó PERÍODO PRODRÓMICO.—Este estadio es generalmente muy corto; su duración no pasa, en los casos normales, de medio día (Thomas) ó de un día (Rehn). Bastante á menudo puede pasar inadvertido por completo (Tschamer, Griffith), y la enfermedad comienza de súbito por la erupción. Sin embargo, muchos autores han observado prodromos prolongados de uno á tres días (Mettenheimer, Thierfelder, Emminghaus), y de dos á seis días

(1) Rehn, *Eine Rubelolen Epidemie*; *Jahrb. f. Kinderh.*, xxix, 3 y 4.

(Balfour). Cuando estos prodromos se presentan, son por lo general, de muy débil intensidad: se trata de los *signos iniciales comunes* á todas las fiebres eruptivas, á los que se unen los *signos* de un *exantema atenuado*, que de nuevo encontraremos durante el período de estado.

Se trata, por lo comun, de un ligero malestar, soñolencia, cefalea frontal y suboccipital y una sensación de desfallecimiento; el cansancio y los dolores de los miembros son frecuentes; los fenómenos nerviosos faltan ordinariamente, si bien se ha observado el delirio (Cuomo, Edwards), y aún las convulsiones (J. L. Smith, Edwards). El exantema se manifiesta por una ligera inyección conjuntival y un principio de lagrimeo, ronquera y una tosecilla seca.

Paralelamente á estas manifestaciones mucosas se ve, en algunos casos, un fenómeno característico, y es el *infarto de los ganglios* yugulares y subauriculares que se notan con bastante facilidad, y cuya compresión es dolorosa (Rehn, Comby, Flood). Pero, lo repetimos, la invasión puede quedar reducida á un malestar de algunas horas, y se ha podido decir, aunque con alguna exageración, que el catarro de las mucosas es contemporáneo á la erupción cutánea, y aun que es posterior á ésta.

La temperatura se eleva á 38 ó 39° cuando más.

ERUPCIÓN. — El exantema se manifiesta por lo general durante la noche y se le encuentra constituido por la mañana. Las regiones en que puede *iniciarse*, son mucho más variadas que en el sarampión; aparece de ordinario, en la cara, por encima de las alas de la nariz (Rehn), se extiende luego á los carrillos y al mentón; con frecuencia, invade la cara, el cuero cabelludo y el cuello á un mismo tiempo, pero sin adquirir de una vez su mayor intensidad: después invade con gran rapidez todo el cuerpo, y las extremidades inferiores en último término (Thomas, Emminghaus, Mettenheimer, Bourneville y Bricón). Se observan á veces los primeros brotes en el pecho y en la espalda (Liveing, Morris), en los brazos, y en la región pre-esternal (Murchison, Balfour); pero cualquiera que sea el principio, la cara siempre es invadida, lo que distingue la alfombrilla de la roseola sudoral de Trousseau que se localiza principalmente en el tronco y los miembros.

Caracteres de la erupción. — Es una erupción polimorfa desde cualquier punto de vista que se la considere: color, intensidad, confluencia, forma de las manchas (Desnos, Raymond, Talamon). Está constituida por manchas, cuyas dimensiones varían entre las de una cabeza de alfiler y las de una lenteja, de bordes ora bien marcados, ora más ó menos difusos, pero casi siempre salientes, á veces papulosas (P. Raymond, Talamon); estas manchas están irregularmente diseminadas, no forman semiluna, ni corimbos como las máculas del sarampión, dejan entre sí, intervalos de piel sana muy extensos al principio y progresivamente reducidos después. En algunos puntos, las manchas se hacen confluentes, en particular en las regiones declives ó sometidas á una presión continua, á una temperatura más elevada (como los lomos, las nalgas, las partes genitales, etc.).

La erupción es, por el contrario, discreta en la palma de las manos y en la planta de los pies, lo que ha hecho creer á J. L. Smith y á Emminghaus que aquella las respetaba siempre; « en las muñecas y la garganta de los pies,

á veces en los dedos de las manos y de los pies, las pápulas aisladas son muy evidentes » (Brocq). El exantema desaparece á la presión, su color es rosa pálido al principio y luego más coloreado; es más intenso en las partes declives y más pálido en el pecho. El prurito es, generalmente, poco intenso.

Variedades de aspecto. — La enumeración de ellas sería larga, si se entrase en el detalle de las observaciones publicadas; pueden observarse en una misma epidemia erupciones en extremo diferentes; Thomas señala tres variedades. Nymann describe una variedad de grandes manchas y una de elementos puntiformes.

De acuerdo con Harrison, Goodhart, Griffith, Filatow, y Enko, describiremos dos variedades principales: la una, *forma morbiliosa*, en la cual los elementos son más bien papulosos que maculosos, permanecen distintos en la mayor parte del cuerpo; pero forman, en las regiones declives y comprimidas, impresiones más ó menos extensas, en las que la eminencia papulosa desaparece; la otra, *forma escarlatina*, constituida por anchas placas rojas, no solo en las regiones supradichas, sino aun en los miembros y el cuello; de primera impresión, no se ve más que la mancha difusa; pero á un examen más atento, pueden reconocerse pápulas prominentes, sea en medio de las placas, sea en las cejas, las muñecas ó los dedos (Griffith). En algunas epidemias, domina una de las formas, simulando el sarampión (Thomas, Bourneville y Bricón), ó únicamente la escarlatina (Picot, Griffith, Enko).

Variedades de sitio. — Además del predominio en ciertos puntos (dorso, nalgas, partes comprimidas) y de la rareza en otros (manos, pies, frente), puede observarse la erupción confluyente alrededor de la boca (Thomas), en los carrillos (Mettenheimer) ó en los miembros.

Marcha del exantema. — Desde este punto de vista, se han señalado muchas variedades. Hemos indicado la invasión rápida en algunas horas, un día cuando más. En muchos casos (Thomas, Emminghaus, Griffith) esta invasión resulta *disociada*, desapareciendo la erupción ó palideciendo en los puntos primitivamente atacados, mientras invade otros sitios, ó antes aun de que aparezca en éstos; de suerte que la erupción está en plena eflorescencia en los miembros, mientras en la cara no se observan ya sino algunas huellas. En estos casos, el estadio de eflorescencia no dura más que doce horas, ó menos, en cada punto (Emminghaus). Emminghaus considera esta marcha disociada como característica; pero no hay nada de esto. En fin, algunos autores señalan la desaparición total, pero momentánea, del exantema, seguido de una nueva erupción; se trata aquí probablemente, como en la descripción de Trousseau, de erupciones sintomáticas diferentes de la verdadera alfombrilla.

La *duración* del exantema de la alfombrilla varía, y no se puede formular como ley (según hace Talamon), que sobrepuje á la del exantema del sarampión. Sin embargo, las cifras de un día, un día y medio, indicadas por Thomas, son inferiores á la cifra media: las de dos á cuatro días (Emminghaus) y dos á cinco días (Griffith), son las más ordinarias; la duración más larga es de siete días (Chantemesse), ó de ocho á nueve (Tschamer).

Exantema. — Es raro que falte el catarro mucoso en la alfombrilla; suele no aparecer sino después del exantema (Lecorché y Talamon): su intensidad está