

autor, suelen ocupar las amígdalas durante el primer septenario de esta faringitis. Hé aquí la fórmula que emplea.

T. Acetato de plomo cristalizado.	50 centigram.
Vinagre destilado.	8 gram.
Alcohol.	46 gram.
Agua comun.	120 gram.

Antes de Bretonneau habian empleado Boucher (1), Vogel y Hamilton (2) el acetato de plomo en circunstancias semejantes.

Los medicamentos que siempre se han aplicado localmente en esta enfermedad han sido los *astringentes*, los *ácidos* y los *escitantes* enérgicos. El doctor Barth (3) ha aconsejado el uso de un gargarismo con el *ácido piroleñoso*, cuya composición es la siguiente:

T. Agua comun.	150 gram.
Acido piroleñoso.	15 gram.
Jarabe simple.	30 gram.

Se hacen gárgaras dos ó tres veces al día.

En cuanto á las *sustancias escitantes* nos contentaremos con indicar el *dafne mezereon* y la *pimienta de Cayena*, propuestos por Mason Good y Collins. Hé aquí las fórmulas que han propuesto estos autores:

Colutorio con el dafne mezereon (Mason Good).

T. Agua comun.	1500 gram.
Raíz entera de dafne mezereon.	8 gram.

Se cuece hasta que se reduzca una tercera parte.

Se hacen gárgaras tres ó cuatro veces al día.

Colutorio con la pimienta de Cayena (Collins).

T. Pimienta de Cayena.	8 gram.
Sal marina.	4 gram.

Disuélvase en:

Agua hirviendo.	400 gram.
-------------------------	-----------

Y añádase:

Vinagre destilado.	30 gram.
----------------------------	----------

Un gran número de médicos se contentan con hacer *gargarismos acidulados*, como los que hemos propuesto en los artículos anteriores, y otros quieren que solo se usen los *emolientes*. Cuando la inflamación

(1) Boucher, *Journ. de med.*, 1758.

(2) Hamilton, *Ing. for the treat. of the princ. diseases of infancy, etc.*, Edinburgo, 1825.

(3) Barth, *Rust's Mag. für die gesammte Heilkunde*, t. XXVII.

es muy violenta, se aplican *sanguijuelas* á la base de la mandíbula, y á veces se ha recurrido á la *sangría general*, medio que, sin embargo, proscriben los autores de los siglos pasados y en particular Huxham, á causa del carácter séptico de la afección. En los casos en que la enfermedad era poco intensa, Gueretin empleaba principalmente las *fumigaciones emolientes*.

El tratamiento local de la faringitis escarlatinosa no se diferencia esencialmente de el de la mayor parte de las demás anginas, y en cuanto á la apreciación que pudiera hacerse de estos diferentes medios, debemos decir que es imposible hacerla, en atención á que no puede distinguirse, en los hechos que citan los autores, lo que pertenece á la faringitis de lo que corresponde á la escarlatina. Además hay una reflexión general, que es aplicable á todo lo que precede, á saber: que el peligro no tanto está en la lesión local, como en la enfermedad general bajo cuya influencia se ha desarrollado. Esto nos conduce á hablar del *tratamiento general*, porque no creemos que debemos añadir á lo que acabamos de esponer respecto al plan local, el uso de las *escarificaciones* practicadas por Mead y Borsieri y cuyos riesgos son bien conocidos en la actualidad.

Tratamiento general. El tratamiento general que aconsejaban Forthergill, Huxham y todos los autores que no han estudiado separadamente la lesión local y la afección febril, se dirige casi exclusivamente contra los diversos síntomas de la escarlatina. Así el *asta de ciervo*, el *alcanfor*, los *polvos de contra-yerba*, etc., se empleaban evidentemente contra el exantema febril.

Si se notaban signos de putridez, se prescribía la *quina*, los *ácidos* y los *vinos generosos*, y por último, atendían al tratamiento de los síntomas predominantes, entre los cuales debemos citar los primeros la *diarrea* y los *vómitos*. Contra la diarrea aconsejaba Huxham una corta cantidad de *ruibarbo tostado*, los polvos de *diascordio compuesto*, el *cocimiento blanco*, etc., y contra los vómitos un *emético ligero*. Vemos, pues, que ninguno de estos medios son aplicables en particular á la faringitis.

Segun Gueretin, los *purgantes* administrados á dosis refractas y durante todo el período febril han producido resultados muy ventajosos.

T. Calomelanos.	10 centigram.
Jalapa.	15 á 25 centigram.

Mézclese. Los adultos toman esta dosis tres, cuatro ó cinco veces al día, disminuyéndosela en los niños segun la edad. Si este medicamento producía mas de tres ó cuatro deposiciones diarias, el autor suspendía inmediatamente su uso.

En cuanto á los *vejigatorios* aplicados al cuello, á la nuca y á las piernas, á las *pociones y lavativas alcanforadas*, á los *opiados*, *baños*, etc., Gueretin no les concede verdadera eficacia.

ARTÍCULO VIII.

FARINGITIS SEUDO-MEMBRANOSA (*difteritis, angina maligna*).

Esta enfermedad se habia confundido con la de todas las demás anginas graves, bajo el nombre de *angina maligna*.

Desde la mas remota antigüedad se conocia esta afeccion, pero de un modo imperfecto, muy vago, y que debia dejar una indecision muy grande en la práctica, y que bajo este punto de vista, Bretonneau ha hecho un gran servicio á la ciencia dando á conocer los caractéres particulares de la angina pseudo-membranosa.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

En el estado actual de la ciencia se debe dar el nombre de *faringitis pseudo-membranosa* ó *difteritis*, á la angina cuyo carácter principal es la formacion de una sustancia plástica que se estiende sobre la mucosa en forma de capas mas ó menos gruesas, fáciles de desprender á lo menos en una época poco adelantada de la enfermedad, y que tienen gran propension á invadir las vias aéreas.

La *sinonimia* de esta afeccion es sumamente rica, y á ella pueden referirse los nombres de *angina pestilencial, pútrida, ulcerosa, gangrenosa, maligna, carbunco anginoso, angina sufocante, garrotillo, etc., etc., ulcus ægyptiacum* ó *syriacum, de aphthæ malignæ, etc.*

Esta enfermedad no es por fortuna muy frecuente en tiempos normales, pero suelen aparecer epidemias que acometen en ciertas localidades á un gran número de individuos, siendo ya bastante numerosas las relaciones que poseemos de estas diversas epidemias. Por lo demás se puede aplicar á la faringitis diftérica lo que hemos dicho (véase tomo II) de la frecuencia de la *laringitis pseudo-membranosa* (crup).

§ II.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.* *Edad.* Los niños están mucho mas espuestos á esta enfermedad que los adultos, lo cual si necesitase pruebas bastaria citar los ejemplos de crup consecutivos á esta faringitis que se observan especialmente en los niños. Bretonneau ha citado un caso que prueba que pueden ser acometidos los niños recién nacidos (1), en cuyo caso, observado en un niño de quince dias, la falsa membrana tenia grande estension, tanto del lado de las vias digestivas como del de las aéreas. Cuando la afeccion tiene el carácter epidémico puede atacar á los ancianos y á los adultos en una proporcion bastante grande.

En cuanto á la influencia del *sexo* no tenemos tampoco datos mas

(1) Bretonneau, *Loc. cit.*, p. 36, obs. 4.ª

exactos que los que hemos espuesto en el artículo CRUP (véase tomo II). Lo mismo diremos de la *constitucion*, y solo sabemos que en el estado esporádico se observa mas particularmente la enfermedad en los niños que están sometidos á *malas condiciones higiénicas* ó que se hallan debilitados por enfermedades graves. Es mas que probable que estas circunstancias faciliten su desarrollo en las epidemias.

Lo que hemos dicho en el artículo CRUP relativamente á las *estaciones*, puede aplicarse en parte á la faringitis pseudo-membranosa, y asi es que se presenta con mas frecuencia durante las estaciones frias y húmedas, en primavera y en otoño. No obstante, es preciso notar que las epidemias han durado mucho tiempo, y que por consiguiente se han prolongado con intensidad durante el invierno y el verano, y que particularmente las que ha observado Bretonneau han empezado por lo general hácia fin del otoño.

En cuanto á los *climas* no estaria de mas un trabajo que nos indicase su verdadera influencia: sin embargo, se puede demostrar que esta enfermedad se ha presentado en climas bastante diversos, pues Ghisi la observó en Cremona, Samuel Bard en Nueva York, Chomel en Paris, y Bretonneau y Gendron, etc., en Tours ó en sus inmediaciones. ¿Tendrán las *localidades* una influencia manifiesta en la aparicion de esta faringitis? Esto es lo que se pudiera creer á primera vista, y lo que ha pensado Trousseau (1), que creyó en un principio que podia atribuirse el desarrollo de la difteritis al *frio húmedo* que sostiene en la atmósfera la disposicion de ciertas localidades; pero mas tarde ha debido renunciar á esta opinion habiendo visto pueblos situados en alturas y por consecuencia secos y bien ventilados que eran diezmos por una epidemia, al paso que quedaban exentos de esta plaga otros poco distantes y en condiciones enteramente opuestas. No obstante, hay que convenir en que todavia no está resuelto este punto, porque esta cuestion se halla evidentemente subordinada á la del contagio, que ha podido obrar sin tomarle en cuenta los observadores.

Hemos dicho que la *faringitis pullácea* se desarrolla en el curso de una escarlatina, lo cual no sucede en la *faringitis pseudo-membranosa*, que en las epidemias ataca las mas veces á los sugetos de pronto y sin afeccion anterior; sin embargo, tambien se la observa en el curso de ciertas afecciones, entre las cuales á ninguna complica con mas frecuencia que al *sarampion*; mas rara vez se presenta en las *viruelas* (2), y en los adultos aparece por lo comun en el curso de las enfermedades crónicas, sobre todo de la *tisis* (3). Castelnau ha recogido en el hospital de Beaujon, en la clínica de Louis, un caso muy notable de faringitis pseudo-membranosa propagada á las vias aéreas en un convaleciente de calentura tifoidea. Louis y otros observadores han referido algunos ejemplos de la misma especie.

(1) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel-Dieu*, 2.ª ed., Paris, 1865, t. I.

(2) Véase Andral, *Clin. méd.*, t. I.

(3) Louis, *Charcellay*, etc., citados en el artículo CRUP, t. I.

Esta enfermedad toma frecuentemente forma *epidémica*; se conocen las epidemias observadas por Ghisi, Chomel y Samuel Bard, Bretonneau (1), Burgeois (2), Mazade, de Limoges (3), Lespine (4), Durand, Delbet (5), etc. Todas las epidemias cuyas historias poseemos, presentan con muy ligeras diferencias los mismos caracteres y la misma gravedad, lo cual depende de que la producción membraniforme invade casi constantemente las vías aéreas.

No tenemos nada positivo que decir acerca de la influencia de los temperamentos y de otras causas predisponentes, como el vicio escrofuloso, etc.

2.º *Causas ocasionales.* No repetiremos aquí lo que hemos dicho de las causas ocasionales en el artículo CRUP (tomo II).

Contagio. Para los autores de los siglos pasados apenas era dudosa la existencia del contagio en la enfermedad que nos ocupa. Cullen le admitió sin vacilar, pero era necesario presentar hechos propios para ilustrar esta cuestión. Bretonneau, que ha fijado particularmente su atención acerca de este punto, reconoce que es muy difícil comprobar el contagio: sin embargo, me parece que disipa todas las dudas cuando dice: «Cada vez que ella (la difteritis) ha sido importada al Hospicio general y se ha propagado, ha sido fácil conocer en el principio, el momento, y casi diré el minuto en que se ha comunicado.» ¿Se puede demostrar mejor la existencia del contagio? Además el mismo autor cita en diversos puntos un número bastante considerable de hechos muy concluyentes, y otros, como Brunet (6), han reunido muchos que no dejan la menor duda. Collineau ha citado las observaciones de una mujer, que habiendo besado repetidas veces en la boca á un sobrinito suyo que padecía el crup, fué acometida de la faringitis pseudo-membranosa; este hecho aislado tendría poco valor, porque en el curso de una epidemia deben hallarse muchas coincidencias semejantes, pero se le puede añadir á otra porción de ellos mas concluyentes. Así no es posible prescindir de adherirse á la opinión de los autores citados, de Guersant y de Trousseau, Ramon, Burgeois, etc., que han visto repetidas veces obrar el contagio de un modo manifiesto, y para los cuales está por consiguiente demostrada la existencia de esta causa específica.

§ III. — Síntomas.

La faringitis diftérica pudiera considerarse como la invasión de la *laringitis pseudo-membranosa*. Pero por una parte se han observado ca-

- (1) Bretonneau, Epidemias de Tours, de Chenusson, de la Ferrière.
 (2) Burgeois, De l'angine plastique dite maligne ou gangreneuse, Epidémie de la Maison royale de Saint-Denis (Mém. de l'Ac. roy. de médecine, Paris, 1833, t. IV).
 (3) Mazade, Epidémie du canton de Magnac-Laval.
 (4) Lespine, Epidémie de l'école roy. milit. de La Flèche.
 (5) Delbet, De l'angine maligne observée á la Ferté-Gaucher, tésis inaugural, Paris, 1860, núm. 168.
 (6) Brunet, Arch. gén. de méd., t. III, p. 536.

sos en que la inflamación diftérica ha permanecido limitada á la faringe, de lo cual el mismo Bretonneau (1) ha citado un ejemplo muy notable, y por otra, aun admitiendo que la faringitis no fuese mas que un signo de la invasión del crup, sería, no obstante, preciso conocer de un modo especial los síntomas de esta invasión, puesto que se podría esperar contener el curso de la enfermedad á beneficio de un tratamiento particular.

Invasión. La invasión es por lo comun poco alarmante y solo se manifiesta por una incomodidad las mas veces ligera en el acto de la deglución, y en algunos casos por un dolor poco intenso, acompañado ordinariamente de un movimiento febril ligero y de una postración mas ó menos manifiesta; si en seguida continúa la enfermedad haciendo progresos, se ve aparecer la falsa membrana, que es el carácter esencial de la afección.

Síntomas. Los únicos signos que antes de esta aparición se observan en la faringe son: una *tumefacción* poco notable con una *rubicundez* circunscrita y en puntitos, alteraciones que se presentan casi siempre al principio en una sola amígdala y que invaden con bastante rapidez toda la glándula.

En una época un poco mas adelantada de la enfermedad se forman en la superficie de la amígdala *manchitas opalinas*, semejantes á moco coagulado, y segun Bretonneau, debajo de esta capa que toma un poco de consistencia, puede acumularse nuevo moco en ciertos puntos, y simular esas pústulas que José Frank ha creído notar en la angina maligna. Mas tarde esta *falsa membrana* pierde su transparencia y adquiere mayor consistencia y un grueso por lo comun notable, que en algunos casos ha llegado á cerca de un centímetro. Su *color* varia desde el blanco amarillento hasta el gris y aun el negro, y al mismo tiempo que se hace gruesa y adquiere consistencia, se extiende en latitud, precediendo siempre á su formación la rubicundez de la membrana mucosa. Por lo comun esta rubicundez se propaga á lo lejos en forma de *estrias*, por encima de las cuales se organiza la exudación plástica.

Si se desprende la producción morbosa, se la encuentra adherida á la membrana mucosa subyacente por *filamentos pequeños*, que segun Bretonneau penetran en las criptas mucosas. Antes que se desprendan los fragmentos pseudo-membranosos, se nota, como lo ha observado Guersant, que el epitelio pasa por encima de ellos, de donde resulta que el *asiento primitivo* de esta producción morbosa es entre este epitelio y el mismo tejido mucoso. Trousseau (2) ha visto desarrollarse falsas membranas en la úvula en la forma de un dedil. Generalmente los *gánglios* correspondientes al lado enfermo se alteran. Trousseau ha notado este fenómeno nueve veces de diez. Este fenómeno es tanto mas

- (1) Bretonneau, *Loc. cit.*, p. 140, obs. 10.^a
 (2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hotel-Dieu*, 2.^a ed., t. I, p. 338.

importante cuanto que falta en la angina pseudo-membranosa comun ó á lo menos es muy poco pronunciado.

Cuando se desprenden los *colgajos pseudo-membranosos* ó cuando se los separa mecánicamente, se percibe por debajo el *tejido mucoso* inyectado de un color rojo oscuro, y segun Guersant, mas bien seco que hinchado. Todos los autores han indicado la existencia de pequeñas *equimosis* negras, desiguales, oblongas y que algunas veces son bastante considerables para hacer que el *tumor* aparezca livido, abollado y semejante á una escrescencia cancerosa, como lo ha notado Bretonneau. Segun Roche, las pequeñas equimosis que aparecen en el tejido mucoso son el principio de las mismas falsas membranas; pero estas son cuestiones de muy poco interés para el práctico. Cuando la enfermedad llega á este grado, presenta los síntomas siguientes: las *amígdalas* están mas ó menos hinchadas y su tumefaccion es á veces enorme; se hallan cubiertas en toda su estension ó en gran parte de ella de concreciones pseudo-membranosas de aspecto mas ó menos sórdido y semejante á la superficie de una úlcera de mal carácter. Las concreciones invaden los pilares del velo del paladar y las dos caras de este velo, abrazan la campanilla, se propagan con bastante frecuencia á las fosas nasales y algunas veces se extienden á la boca. En algunos casos se observan verdaderas escaras producidas por la gangrena de las amígdalas, de la úvula, de la faringe, y una escesiva fetidez del aliento. Delbert (1) ha visto á un niño vomitar su epiglotis gangrenada.

Resulta de este estado los síntomas siguientes: el *aliento* es horriblemente fétido, hay una *salivacion* mas ó menos abundante, cuya materia es un liquido amarillento de olor nauseabundo, y casi siempre una *espuicion* sanguinolenta, resultado de la infiltracion sanguinea abundante que se nota en la faringe. No se han citado casos en que la hemorragia faringea haya sido bastante considerable para ofrecer una verdadera gravedad.

En cuanto al *dolor* que experimenta el enfermo, por lo comun no está en proporcion con la apariencia tan grave de la enfermedad, y á veces falta casi completamente. Lo mismo digo del *estorbo á la deglucion*, que parece debia ser muy considerable en esta afeccion, y que sin embargo no es muy notable en el mayor número de casos.

Por lo comun la *voz* está bastante alterada, pero esta alteracion no se parece á la que se observa cuando la enfermedad ha invadido la laringe; es sorda y nasal.

La *tos* es un fenómeno que se observa con bastante frecuencia en la faringitis pseudo-membranosa; pero si la inflamacion no ha invadido todavia la laringe, presenta caractéres que la hacen distinguir perfectamente de la tos del crup, pues es menos violenta y consiste mas bien en un movimiento brusco de *gargajeo* que en un sacudimiento convulsivo de los órganos respiratorios. En cuanto á la *respiracion*, no es

(1) Delbert, De l'angine maligne, tésis, Paris, 1860, núm. 168.

raro observarla enteramente libre, y en los casos en que está embarazada, es en un grado menor y de ningun modo comparable á la sufocacion de la laringitis pseudo-membranosa.

Cuando la produccion diftérica se *propaga á las fosas nasales* fluye por la nariz una materia amarillenta y sumamente fétida, que ya habian indicado los autores de los siglos pasados, y no es raro que se presente entonces una epistaxis que en ciertos casos puede ser bastante abundante para inspirar sérios temores (Rives).

Si la afeccion se estiende *hácia la boca* se hallan unidos á los síntomas que acabamos de indicar los de la *estomatitis pseudo-membranosa* que hemos espuesto antes de ahora, y si como se observa en la gran mayoría de casos *está invadida la laringe*, cesa de tener verdadera importancia la faringitis, y solo se ocupa el médico del crup que se ha desarrollado y que es la consecuencia mas grave de la afeccion.

No tan solo se halla en las mucosas esta pseudo-membrana particular, sino que tambien se la ha encontrado en *diferentes puntos de la piel*; así Trousseau y los autores del *Compendio* (artículo DIFTERITIS) la han descrito con el nombre de *difteritis cutánea*. Ya algunos autores antiguos habian notado la existencia de estas falsas membranas cutáneas, indicadas en particular por Starr, y que mas tarde han comprobado todos los que se han ocupado de este asunto, y particularmente Bretonneau y Guersant. El *sitio de predileccion* de estos productos morbosos son las alas de la nariz, la parte posterior de las orejas, y las inmediaciones del ano, de la vulva y de los pezones; sin embargo, algunas veces se las observa en otros puntos, y así Trousseau (1) ha visto que la falsa membrana ocupaba la superficie de los vejigatorios colocados en diferentes partes del cuerpo y en general todos los puntos escoriados. Segun este autor es hasta necesario que se forme de antemano una escoriacion para que aparezca la falsa membrana; pero se debe admitir que la escoriacion es ya el principio de un trabajo morboso especial, que es lo que evidentemente sucede cuando la falsa membrana se presenta detrás de las orejas y en otros puntos en que la piel se halla en contacto consigo misma.

Las *falsas membranas cutáneas* dan mucha gravedad á la afeccion, como lo han notado Lespine y Burgeois en las epidemias que han observado. Este desarrollo de falsas membranas en la piel hace distinguir esencialmente la verdadera difteritis de la faringitis pultácea. Solo en los casos en que la faringitis pseudo-membranosa se ha presentado con todos sus caractéres difteríticos y en que no habia erupcion de escarlatina, se ha presentado la falsa membrana invadiendo la superficie del cuerpo. Fothergill, Huxham y los que han observado la afeccion faringea de la escarlatina, no han hablado de este sintoma aun cuando han descrito la enfermedad con mucho cuidado, y el mis-

(1) Trousseau, De la diphtérie cutanée (Arch. gén. de méd., t. XXIII, 1830).—Clinique Medicale, etc., t. I, p. 366).

mo Trousseau la pasa enteramente en silencio cuando describe la angina escarlatínica, mientras que cita un gran número de casos observados en el curso de otras epidemias que han reinado en la Solaña y que presentaban todos los caracteres de una epidemia de difteritis (1). Sería de desear que los autores fijasen su atención en este punto, porque es un signo diferencial de grandísima importancia.

Las falsas membranas cutáneas presentan los mismos caracteres que las que se observan en las mucosas, con el mismo color variable de la exudación, igual infiltración sanguínea de la piel, é idéntica tendencia á estenderse á mayor distancia; esta tendencia á veces tan grande que Trousseau ha visto una falsa membrana desarrollada primitivamente en la nuca en la superficie de un vejigatorio propagarse en seguida á toda la espalda. Los progresos que hace esta falsa membrana son siempre rápidos, y de un día á otro ha aumentado por lo comun en un doble de extensión.

En una época mas adelantada de la enfermedad, si la falsa membrana de la faringe no ha invadido las vias respiratorias, se observan los cambios siguientes: las amígdalas pierden en parte su tumefacción; los colgajos pseudo-membranosos están bañados de una materia mucosa purulenta; se desprenden por ciertos puntos; son mas ó menos anchos, mas ó menos gruesos, son expulsados por *gargajeo*, y se hallan en la materia de la espucción; pero todavía tienen propensión á reproducirse, y algunas veces se ha observado que despues de desprendidos y arrojados han sido sustituidos por otros nuevos hasta tres ó cuatro veces distintas.

En circunstancias mas raras la falsa membrana está muy adherida y no se desprende de este modo; Guersant la ha visto *irse gastando* poco á poco, reducirse á una simple película, y desaparecer en fin por una absorción lenta.

Lo mismo sucede en las demás partes que invade la falsa membrana, y al paso que se efectúan estas modificaciones en la lesión orgánica se observa un alivio notable en las alteraciones funcionales anteriormente indicadas.

Al principio es poco intensa la calentura, y lo mismo sucede las mas veces durante todo el curso de la afección, exceptuando por supuesto los casos en que se propaga á la laringe y de los cuales no nos vamos á ocupar ahora. El *pulso* es en el mayor número de enfermos pequeño, débil y un poco mas frecuente que en el estado normal. Las principales alteraciones funcionales que presentan las vias digestivas son una *sed* moderada y la *inapetencia*, y cuando sobreviene una *diarrea* intensa es ordinariamente el signo de que se ha formado una falsa membrana en la parte inferior del intestino, lo cual debe creerse con mayor motivo cuando se presente una *hemorragia intestinal*, caso sumamente raro. A veces hay *vómitos* mas ó menos rebeldes, y entonces

(1) Trousseau, Véase *Arch. gen. de méd.*, t. XXI, p. 541, 1829: *Épidémie d'angine scarlatineuse*; y t. XXIII del mismo periódico: *Diphthérie cutanée*.

es señal de que está invadido el esófago, aunque se concibe muy bien que la simple presencia de la falsa membrana en la faringe y la tumefacción de las amígdalas pueden producir el vómito. El *infarto ganglionar* es muy considerable.

Finalmente, el *abatimiento*, la *tristeza* y una *debilidad* mas ó menos considerable completan estos síntomas, de que no se han ocupado bastante los autores, porque estaban como preocupados por la descripción del estado local.

§ IV.—Curso, duración y terminación de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad es en el principio bastante insidioso. Si la afección recae, por ejemplo, en un niño, es fácil que ni siquiera se sospeche el estado de la garganta, porque ni se queja de estorbo en la deglución, ni de ningún otro trastorno funcional, y así tal vez sea entonces el abatimiento general el único signo que se observe. Por lo demás, este curso es continuo, la enfermedad hace progresos incesantes, y la falsa membrana se va estendiendo cada vez mas. Sin embargo, estos progresos son mas ó menos lentos segun los casos y las diferencias de unos á otros bastante notables, puesto que al paso que en un gran número de enfermos se observa que la afección llega á su mas alto grado de intensidad en cinco ó seis días, en otros se necesitan diez, doce y hasta quince para que esto suceda. Bretonneau ha citado algunos ejemplos de este género.

De aquí resulta que la *duración* de la enfermedad es muy variable, pero sin embargo, atendiendo á las principales observaciones, se la puede fijar entre doce y quince días en los casos ordinarios y cuando se obtiene la curación. Si sobreviene la muerte á consecuencia de la invasión de las vias respiratorias, el paso de la inflamación específica de la faringe á la laringe puede ser muy rápido, y así puede efectuarse en veinticuatro horas. Por el contrario, en otros casos mas raros no invade la falsa membrana las vias respiratorias hasta despues de cinco ó seis días. Si ocurre la muerte sin que haya sucedido este último accidente, que es lo que principalmente se observa cuando se presenta la difteritis cutánea y ocupa grande extensión, puede durar mucho tiempo la enfermedad y prolongarse hasta veinticinco, treinta días y aun mas.

La *enteritis*, la *neumonía* (Ghisi), el *enfisema pulmonar interlobular*, son como las *parálisis* consecuencias raras, pero posibles de la faringitis pseudo-membranosa.

Mucho tiempo hace que Trousseau y Lasègue (1), y despues Maingault (2) y E. Moynier, llamaron especialmente la atención sobre las

(1) Trousseau y Lasègue, *De la pneumonie catarrhale et de la pneumonie lobaire de l'enfance* (*Union médicale*, 9 Octubre 1851, p. 455..., *Clinique médicale de l'Hotel Dieu*, t. I, p. 392).

(2) Maingault, *De la paralysie diphtherique*. Paris, 1860.

parálisis producidas á consecuencia de las faringitis y laringitis diftéricas, unas se desarrollan en la localidad atacando el velo del paladar, la úvula y los pilares, así como la faringe, la epiglotis, etc. Resulta una alteracion de la palabra, de la deglucion y á veces llega á producir sufocacion. Se han citado casos de muerte á consecuencia del paso de alimentos y bebidas á la laringe. Estas parálisis persisten á veces mucho tiempo despues de la desaparicion de la enfermedad que las produjo. Otra especie de parálisis es la que presenta en otras partes del cuerpo ó lejanas del punto afecto y con el que no tienen ninguna conexion funcional. Se han visto parálisis de los miembros superiores é inferiores. Estas parálisis no son persistentes. (Véase mas adelante artículo XIII.)

La terminacion de esta afeccion es con mucha frecuencia funesta, mas no es por sí misma por lo que ofrece tan grave peligro, como lo han notado todos los autores, sino por la estension de la flegmasia especifica á las vias respiratorias. Sin embargo, algunas veces ocurre la muerte sin que se haya verificado esta estension, y de ello citan ejemplos Lespine y Trousseau; pero en estos casos habia una difteritis cutánea mas ó menos estensa que parecia indicar una afeccion general capaz de explicar la gravedad de la afeccion. En los casos en que la muerte depende de la gravedad del estado general, está precedida de postracion de fuerzas, languidez, estenuacion y diarrea. Ya hemos dicho antes de ahora que cuando debe efectuarse la curacion, se contienen los progresos de la falsa membrana, y en vez de la exudacion plástica sobreviene una secrecion mucoso purulenta que sirve para desprender los fragmentos.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas no deben detenernos mucho tiempo, pues al hacer la descripcion sintomática del estado local, hemos indicado las principales alteraciones que se observan en la faringe. Nos bastará añadir que despues de la muerte se reconoce que la infiltracion sanguinea penetra mas ó menos profundamente en el tejido mucoso y submucoso, que las falsas membranas unas veces están adheridas y otras se desprenden con facilidad; que por lo comun están formadas de muchas hojas, que presentan á veces en su cara adherente puntitos rojos debidos á manchas de sangre en los sitios correspondientes á las equimosis pequeñas, y finalmente que se halla en el esófago, con mucha menos frecuencia en los intestinos, á veces en las diversas partes del cuerpo y con mucha frecuencia en las vias aéreas, la falsa membrana mucosa ó cutánea que caracteriza la afeccion.

A. Millard (1), primero, despues Peter (2), fijaron la atencion sobre

- (1) Millard, *Sur la tracheotomie dans lyeas de croup*, Tesis inaugural. Paris, 1858.
 (2) Michel Peter, *Quelques recherches sur la diphtherite et sur le croup, faites à*

la alteracion de la sangre, que segun el primero consiste en una coloracion parda como el ramo de ciruelas ó de regaliz, que mancha los dedos como la *sepia*. Las partes que se impregnan toman su color sucio característico. La sangre tiene aspecto cenagoso, sus coágulos son blandos y se parecen á la resina cocida. Las arterias contienen sangre como las venas.

La *albuminuria* se ha indicado en Inglaterra, por Wade (de Birmingham) y por James; en Francia por Abeille (1) y G. Sée (2). Aunque las opiniones emitidas para explicar en la orina la presencia de la albúmina no sean uniformes el hecho no deja de ser evidente.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

En general no es difícil el diagnóstico de esta afeccion, sobre todo desde que conocemos la formacion de la falsa membrana.

Ya hemos presentado el diagnóstico diferencial de estas dos afecciones en el artículo anterior. Nos parece que Guersant, á pesar de haber reconocido los caracteres propios de cada uno de estos estados morbosos, no los ha separado de un modo bastante claro. Hay indudablemente ciertos hechos, que tambien hemos citado, en los cuales se ha presentado una difteritis invadiendo la laringe en enfermos que padecian escarlatina; pero estos casos deben considerarse como escepciones, pues casi siempre sucede lo contrario, y hasta no estamos seguros de que no haya habido circunstancias particulares que hubiesen podido dar origen, en el curso de una escarlatina, á una verdadera difteritis diferente de la angina escarlatinosa ordinaria. Es necesario que se hagan nuevas observaciones acerca de este punto para ilustrarle definitivamente, pero entre tanto atengámonos con Bretonneau á los resultados que nos ofrece la inmensa mayoría de los hechos.

En la actualidad la *faringitis ulcerosa* se distingue fácilmente de la pseudo-membrana, porque solo una simple apariencia era la que alucinaba á nuestros antepasados. En la úlcera de las amígdalas y del velo del paladar, de que trataremos en el artículo siguiente, las partes presentan un punto deprimido, de bordes mas ó menos elevados, con un detritus amarillento é irregular, que no forma prominencia alrededor, ó bien con una pérdida de sustancia fácil de reconocer. Acabamos de ver que la faringitis pseudo-membranosa presenta caracteres opuestos.

En cuanto á la *faringitis gangrenosa* espondré su diagnóstico luego que haya hecho su historia, y solo diré aqui que hay lo mismo que en la *estomatitis gangrenosa*, reunion de dos formas de la afeccion, y que se

l'occasion d'une epidemie observée à l'hospital des Enfants. Tesis inaugural, Paris, 1859.

- (1) Abeille, *Traité des maladies à urines albumineuses et merees*. Paris, 1863.
 (2) Germain Sée, *Bulletin de la Societé medicale des hopitaux*. Julio, 1858.