

titud, se evitan tratamientos escesivos, especialmente las cauterizaciones y tópicos dirigidos contra las ulceraciones y falsas membranas. Lo que debemos abstenernos de hacer cuando el herpes está situado en el orificio bucal, es conveniente evitar cuando el asiento de la afección sea el velo del paladar, la úbula ó las amígdalas; emolientes y signos estípticos convendrán mejor que las cauterizaciones enérgicas.

### § III.—Causas.

La influencia del frío es en opinión de Gubler la principal causa del herpes faríngeo. En su opinión es la crisis de una fiebre efímera (*a frigore*), haciendo su manifestación sobre la mucosa como sobre la piel y adquiriendo la fisonomía especial de las condiciones de los tejidos. Féron ha creído en la influencia de causas morales. Trousseau admite una constitución atmosférica.

### § IV.—Síntomas.

A consecuencia de un enfriamiento ú otra causa, un individuo se vé afectado de pronto de quebrantamiento y malestar. Se queja de dolor en la garganta y dificultad en la deglución. Si se explora la faringe se la vé roja, la úbula y el velo palatino ligeramente tumefactos y dolorosos. Se perciben en el velo del paladar, sus pilares y las amígdalas, grupos de vesículas á veces muy numerosos, dando á las partes afectadas un aspecto igual al que tendrían si se las hubiese espolvoreado de blanco (Stevesson Smith). Solo escepcionalmente se encuentra un estado febril grave, abatimiento y disnea. Ateniéndose á los fenómenos generales, no puede confundirse la afección con la angina pseudo-membranosa. Los puntos afectados se encuentran á veces muy separados, y la falsa membrana se encuentra irregularmente dispuesta, de un blanco amarillento, poco espesa, sin estenderse sobre la superficie de toda una region. El sitio de eleccion de estas pústulas es más bien el velo del paladar y la faringe que no las amígdalas.

Féron (1) le resume de este modo:

La angina herpética sobreviene bien en el curso de una enfermedad, ó en medio de la mejor salud. Los prodromos son de quebrantamiento con fiebre, ó de embarazo gástrico. Los primeros síntomas de la enfermedad son la disfagia con sensación de escozor, observándose al principio rubicundez y tumefacción de las amígdalas, de la úbula y de toda la faringe.

Al cabo de algun tiempo, que puede variar desde algunas horas á dos ó tres dias, se vé aparecer una erupción mas ó menos confluyente y sucesiva de vesículas herpéticas, *erupción que casi nunca basta para explicar la intensidad de los fenómenos generales que la preceden.*

(1) Féron, *De l'angine herpétique*, Tesis, París, 1838.

A estas vesículas suceden bien pronto ulceraciones superficiales características ó bien falsas membranas blanco agrisadas, poco adherentes.

La tumefacción de las amígdalas y de la úbula pueden provocar un poco de disnea ó bien algunas náuseas; hay siempre dolor intenso á la deglución y con frecuencia tialismo; á veces están dolorosos los gánglios sub-maxilares, pero rara vez se les vé infartados.

### § V.—Curso, duración y terminación de la enfermedad.

Después de una duración media de ocho á diez dias, duración proporcionada á la de la erupción, se disipa todo el cortejo de síntomas, se espulsan las falsas membranas, se cicatrizan las ulceraciones, desaparece el dolor y la curación se completa después. Las parálisis del velo del paladar pueden aparecer como consecuencia de lo que ha observado Gubler un caso.

### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

*Diagnóstico.* El punto capital es distinguir el herpes de la faringe de la angina pseudo-membranosa, es decir, las vesículas del herpes de la difteritis. Además del aspecto de la erupción, que hemos descrito, se tendrán en cuenta los fenómenos accesorios. En la angina herpética, la tumefacción de los gánglios sub-maxilares es nula ó poco pronunciada; en la angina diftérica es mas manifiesta. El herpes de la faringe tiene una invasión franca, brusca; la difteritis se desenvuelve poco á poco, y vá precedida de fiebre. En la angina herpética se observa á veces la concomitancia de vesículas del herpes además en los labios; lo que no se observa en la difteria.

Es imposible la confusión con el *miguet*.

*Pronóstico.* Por lo comun esta enfermedad carece de gravedad. Convendrá, sin embargo, tener un poco de reserva en los casos en que pueda tenerse alguna duda.

### § VII.—Tratamiento.

Es el mismo de la angina simple y de la amigdalitis.

#### 2.º FARINGITIS TONSILAR (*amigdalitis*).

Esta afección, una de las mas frecuentes del cuadro nosológico, ha sido mucho mejor estudiada que la especie anterior, y á ella deben referirse la mayor parte de las descripciones de *angina franca aguda* que se hallan en los autores. Aun cuando casi todos los modernos hayan hecho su historia bajo el nombre de *amigdalitis*, no por eso se debe creer que en los mas de los casos permanece limitada á las amig-



dalas, porque lo mas comun es que participen de la inflamacion los pilares del velo del paladar y con frecuencia el velo y el paladar mismo. De aqui resulta que no se debe dar demasiada importancia á las divisiones anteriormente indicadas, y que es preciso considerarlas como necesarias, tan solo en un corto número de casos.

Los autores han admitido muchas especies de faringitis tonsilar, segun las circunstancias en que se desarrolla la enfermedad, y á esta afeccion pueden referirse las variedades descritas con los nombres de *angina gástrica, biliosa, sanguínea, franca y legitima*, ó bien de *angina complicante*, como la que se desarrolla en el curso de ciertas afecciones, de la *escarlatina* y el *sarampion*, por ejemplo, ó tambien la *angina supuratoria y sufocante*, denominaciones que se le han dado á causa de su terminacion ó de la tumefaccion enorme de las partes, ó por último, un número bastante considerable de casos de *angina catarral*, porque no se debe creer que aun cuando la enfermedad se manifiesta bajo la influencia de una constitucion atmosférica particular, permanece siempre limitada á la mucosa que cubre la faringe. Se ha establecido esta especie atendiendo el asiento principal de la enfermedad.

### § I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *faringitis tonsilar* es una inflamacion de la faringe, que presenta como carácter mas notable la tumefaccion á veces muy considerable de las amígdalas.

Esta afeccion ha sido descrita con los nombres de *cyanche tonsillar*, *angina cum tumore, angina tonsillarum, angina synochalis, sanguínea, vera et legitima*. Los ingleses la llaman *quinsy* y *tonsillitis*, los alemanes *kehlsuck*, y los españoles han designado á esta afeccion con el nombre de *garrotillo* cuando llega á producir una sufocacion alarmante. Ya hemos dicho que Pinel la describia bajo la denominacion de *angina gutural*, y que los médicos franceses modernos la llaman *amigdalitis*.

La gran frecuencia de esta afeccion se desprende de la observacion anual de un número inmenso de casos, y de que cada año, ya en la primavera, ó ya, lo que es menos comun, al empezar el otoño, se observa que ataca á un número considerable de sugetos, y que, como ya hemos dicho de la *coriza* y de la *bronquitis*, se manifiesta casi en las mismas épocas.

### § II.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.* La faringitis tonsilar, lo mismo que la mayor parte de las inflamaciones de las mucosas que atacan á un gran número de sugetos en ciertas épocas del año, exige evidentemente una *predisposicion* mucho menor que las demás flegmasias. Esta predisposicion es mas bien al parecer el efecto de las circunstancias atmosféricas que obran durante un tiempo mas ó menos largo sobre to-

da una poblacion, que el resultado de condiciones particulares en que se hallen los individuos.

Todas las *edades* están espuestas á esta afeccion, pues ya hemos citado antes de ahora lo que dijo Billard con motivo de la faringitis de los recién nacidos, y José Frank refiere ejemplos de angina en los niños y en los ancianos, cosa que no hay médico alguno que no haya tenido ocasion de observar; sin embargo, se puede decir que los adultos son los que están mas particularmente predispuestos. Segun Rillet y Barthez, la faringitis ocupa casi siempre en los niños todas las partes de la faringe en que hemos dicho que tenian su asiento las diversas especies, es decir, que apenas se observa en ellos mas que la *angina composita* de Borsieri.

Si se quiere conocer con exactitud la influencia de la edad sobre la produccion de esta enfermedad, es menester tomar á la par los datos estadísticos de los hospitales de adultos y de los destinados á los niños. Nosotros no podemos presentar aqui esta comprobacion, porque hasta ahora no se ha ocupado ningun autor de este estudio comparativo. Sin embargo, es un hecho vulgar y admitido por todos los médicos, que los jóvenes son afectados con mas frecuencia de amigdalitis. La faringitis tonsilar es una enfermedad muy comun en los pensionistas de los colegios.

En cuanto al *sexo*, era opinion generalmente admitida que la faringitis tonsilar atacaba mas particularmente á los hombres, cuando las observaciones de Louis y Ruz han venido á probar que esto no era exacto.

Se cree generalmente que el *temperamento sanguíneo* y una *constitucion robusta* predisponen á la angina tonsilar; pero nada hay menos probado. Sydenham sostuvo una proposicion muy singular cuando dijo que los *hombres de pelo rojo* estaban mas predispuestos que los otros; pero José Frank ha explicado esta singularidad diciendo que el color rojo del sistema piloso es mas frecuente en Inglaterra que en ninguna parte.

Bouchut (1) ha notado en los niños la influencia del temperamento linfático y del vicio escrofuloso.

Agregaremos una *predisposicion particular* é inesplicable que se nos manifiesta por hechos evidentes. En efecto, se observa cierto número de individuos que tienen una propension marcada á contraer la faringitis tonsilar, y que la padecen una, dos y tres veces al año. Esta tendencia la conservan por bastantes años, pero generalmente concluye por desaparecer á una edad un poco avanzada: ordinariamente empieza en la época de la pubertad, aunque no es raro observarla en los niños de cinco á diez años.

La influencia de las *estaciones* es muy grande. El mayor número de casos de esta enfermedad se observan al principio de la primavera,

(1) Bouchut, *Maladies des nouveau-nés*, 1862, p. 444.



cuando el tiempo está lluvioso y hay variaciones repentinas de temperatura, presentándose por lo demás con una intensidad muy variable. En esta época es por consiguiente cuando toma el carácter epidémico (1).

En cuanto á la influencia de los *pólvos irritantes* de que se halla cargada la atmósfera, es una causa cuya acción está mucho menos demostrada. Los individuos que viven en estas atmósferas son mas inclinados al uso de las bebidas alcohólicas.

2.º *Causas ocasionales.* La *impresión del frío* y de la *humedad*, bien porque la acción de esta causa haya sido rápida y producido la suspensión de la traspiración, bien porque haya obrado lentamente, como cuando se ha permanecido mucho tiempo espuesto á una *corriente de aire* ó se ha permanecido en un *sitio frío y húmedo*. Se ha dicho que el esponerse al frío *con el cuello descubierto* ó bien un *enfriamiento considerable de los piés*, eran una de las causas eficientes mas poderosas; pero todas estas cuestiones se han tratado muy superficialmente. Finalmente, se ha puesto tambien en primera línea la *ingestión de líquidos helados*.

El *traumatismo* ha dado lugar á algunas amigdalitis; se han citado agujas, espinas de pescado, etc. Bèdor (2) relata un caso de angina producido por la explosión de un cachorrillo en la boca. El trabajo de la *denticion* produce á veces la amigdalitis.

Siguen á estas una porción de causas admitidas mas bien bajo la fé de los autores que demostradas por la observación: tales son la *supresión de las reglas* (Aecio) y de *las hemorroides*, la *omisión de una sangría habitual* (F. Hoffmann), la *equitación* ó el *correr contra el viento*, los *grandes esfuerzos de la voz* y las diversas *escitaciones* aplicadas á la cámara posterior de la boca, como, por ejemplo, la acción de los *gases irritantes*, el tabaco fumado ó mascado; pero debemos repetir aquí lo que hemos dicho en otro lugar, que estas escitaciones ejercen una influencia todavía mas violenta sobre la laringe y la tráquea.

Segun Lanzoni (3) se ha desarrollado en un caso la faringitis tonsilar á consecuencia de la *supresión del moco nasal*; en este caso lo que ha habido simplemente ha sido la extensión de la inflamación de las fosas nasales á la faringe.

Indicaremos la facilidad con que la flegmasia de las fosas nasales se propaga á la faringe y produce de este modo la faringitis: pero entonces casi siempre la afección de la faringe es ligera, pues la inflamación no hace, por decirlo así, mas que atravesar esta cavidad para dirigirse á las partes mas profundas de las vias respiratorias.

Nada se halla en las observaciones recogidas que pruebe que una amígdala está mas espuesta á inflamarse que la otra; casi siempre la faringitis ataca á las dos amígdalas.

(1) Ozazan, *His. médicale des épidémies*, Lyon, 1835, 4 tomos en 8.º

(2) Bèdor, *Lancette française*, 1833.

(3) Lanzoni, *Misc. nat. cur.*, cent. 1, obs. 61, p. 134.

### § III.—Síntomas.

*Invasion.* La faringitis tonsilar empieza con mas frecuencia que las especies anteriores por un movimiento febril. Este es un hecho que han consignado los principales observadores, y que en vano se ha tratado de desmentir en la época en que reinaba la escuela de Broussais, y es tan sumamente notable este modo de invadir que tiene la angina inflamatoria, que Stoll la ha definido: *una fiebre general con inflamación local de las amígdalas*. Cuando empieza así la enfermedad, los sujetos experimentan uno ó mas escalofríos, ordinariamente ligeros, y que alternan con calor que concluye muy pronto por predominar. Al mismo tiempo hay inapetencia y algunas veces náuseas mas ó menos repetidas; pronto se declara la cefalalgia, la cabeza está pesada y colorado el semblante; los enfermos experimentan dolores vagos en los miembros y aparecen los síntomas de la faringitis tonsilar.

Pero en un número mucho mas considerable de casos, la enfermedad empieza por los síntomas locales, y entonces los primeros accidentes que experimentan los individuos son el estorbo á la deglución y la sensación de un cuerpo extraño en la faringe. De aquí resulta que la proposición de Stoll, aunque exacta en cierto número de casos, no debe considerarse como la expresión general de los hechos.

*Síntomas.* El dolor es mas ó menos considerable y llega siempre á un alto grado en el acto de la *deglución*, que está provocada con frecuencia por la *sensación de un cuerpo extraño* determinado por la tumefacción de las amígdalas y por la sequedad de las paredes de la boca, á la que sigue al cabo de cierto espacio de tiempo variable una secreción mucosa escesiva en las partes inflamadas. Este dolor puede exasperarse igualmente por una presión hecha en la base de la mandíbula, por delante del borde anterior del músculo esterno-mastoideo, es decir, en el punto á que corresponde la cara esterna de la glándula; á veces basta una ligera presión para ocasionar un dolor vivo. Las bebidas demasiado calientes provocan igualmente el dolor, y á veces sucede lo mismo por el paso de una corriente de aire frío por encima de las partes inflamadas.

Existe una *dificultad* notable en este acto, sobre todo cuando el enfermo quiere beber; sin embargo, un movimiento casi involuntario hace que los enfermos traguen con frecuencia la saliva y las mucosidades que abundan en la faringe. Otra causa de la dificultad de la deglución es la hinchazón misma de las amígdalas, que cuando es muy considerable y estas glándulas llegan casi á tocarse por su cara interna, los enfermos experimentan tan gran dificultad de tragar que los líquidos pueden ser *espulsados por las fosas nasales*. Estos son los casos en que los sujetos efectúan movimientos particulares en el acto de la deglución, y contorsiones mas ó menos penosas que pueden llegar á ser hasta convulsiones, segun algunos autores.



La *sequedad* manifiesta de las fáuces, lo cual es un efecto comun á todas las inflamaciones incipientes de las paredes mucosas; pero despues de un tiempo variable la *secrecion del moco se halla aumentada* y entonces los enfermos redoblan sus esfuerzos de deglucion, ó bien procuran desprender continuamente las mucosidades de la cámara posterior de la boca, arrojándolas en forma de un *liquido filamentoso*, opalino, blanquecino, sin mezcla de aire, y que contiene á veces *concreciones blancas*, pequeñas, cuyo origen hallaremos en la secrecion morbosa de los folículos de las amígdalas.

En un gran número de casos, la *voz* está notablemente alterada, sorda, nasal, ronca y á veces casi apagada, cuyos fenómenos están en relacion directa con la tumefaccion mas ó menos considerable de las amígdalas.

Cuando esta *tumefaccion* es enorme, puede producir por si misma un obstáculo á la *respiracion*; pero en el mayor número de casos esta funcion está poco alterada, y su alteracion depende únicamente de la estension de la flegmasia á la parte superior de la laringe.

Otro fenómeno que se observa con bastante frecuencia es la *sordera*, de un lado solo ó de ambos, y se explica su existencia por la propagacion de la inflamacion á la trompa de Eustaquio y á las partes que rodean la rama de la mandíbula inferior.

Para examinar la faringe se coloca el enfermo en frente de la luz, bien solar ó artificial ó reflejándola por medio de un espejo. El enfermo abre la boca y por medio de un mango de cuchara se deprime la lengua. Si el enfermo no puede soportar esta maniobra se le recomienda abrir bien la boca y toser con fuerza, en este momento sube la laringe y permite ver la parte posterior de la faringe. Tambien puede aconsejarse una grande inspiracion y un movimiento como de deglucion, manteniendo la lengua unida al borde dentario inferior por la parte posterior. A los niños se les comprime fuertemente la nariz, abren la boca para respirar y se aprovecha este momento para introducir la cuchara.

Se observan desde luego los pilares del velo del paladar, que participan mas ó menos de la inflamacion, empujados de delante á atrás, y segun que se examine al enfermo en una época mas ó menos adelantada de la afeccion, se presenta una de las amígdalas ó las dos á la vez (á lo menos en el mayor número de casos) bajo la forma de un tumor prominente, redondeado, que sobresale de los pilares y que á veces se aproxima hasta el punto de tocarse ó de no dejar entre ambas mas que el intervalo de un centímetro.

Estos tumores, que han perdido la figura de una almendra, propia de las amígdalas, no presentan por lo comun una superficie perfectamente igual, y así se observan lagunas mas ó menos grandes, en las cuales es muy comun notar que se forman *concreciones blancas*, de aspecto caseoso ó cretáceo y que se pueden desprender fácilmente. Algunos autores, y particularmente José Frank, han tomado estas con-

creciones por pústulas desarrolladas en la mucosa faríngea; pero hoy saben ya todos que resultan únicamente de la inflamacion de las lagunas foliculosas y de la secrecion alterada y superabundante de la materia que producen.

Si la inflamacion llega á un grado bastante alto, invade la mucosa que cubre la faringe, fuera de los límites de las amígdalas y en una estension mayor ó menor. Se llega á conocer esto por una *rubicundez viva* que ocupa las partes circunvecinas, en las lesiones descritas en la especie anterior, en la secrecion superabundante de mucosidades de la pared posterior de la faringe, mucosidades que se estienden sobre esta pared, y en el dolor que siente el enfermo en estas diversas partes: estos son ejemplos de la *angina compuesta* de Borsieri.

Las demás concreciones membranosas que se ha indicado están formadas en la superficie de la mucosa, por ligeras que sean, no por eso dejan de pertenecer á otra forma, de que tendremos que ocuparnos estensamente en la continuacion de este artículo, es decir, á la faringitis pseudo-membranosa. Pero debemos tratar de una disposicion particular de las materias escretadas, que importa conocer; porque podria inducir á error á causa de la naturaleza de la enfermedad, y es una capa mucoso-purulenta que han indicado detenidamente Rilliet y Barthez, y que es interesante, sobre todo en los niños, porque como veremos mas adelante, esta es la edad en que mas particularmente se desarrollan la angina pultácea y la pseudo-membranosa. Esta capa puriforme se levanta fácilmente, y entonces se ven las partes subyacentes con los caracteres anteriormente indicados.

Este es el aspecto que presentan los órganos afectados de la inflamacion; sin embargo, hay escepciones notables, así es que, por ejemplo, los autores que acabamos de citar (1) refieren un caso en que todas las partes de la cámara posterior de la boca accesibles á la vista, tenían una palidez notable á pesar de estar considerablemente hinchadas.

La úbula está á veces como comprimida entre las amígdalas tumefactas, que hasta se ha observado que estas la ocultaban completamente, en cuyo caso hay una obstruccion completa del istmo del paladar, y no puede alcanzarse con la vista á mas allá de la superficie de las amígdalas.

La exploracion exterior por debajo del ángulo de la mandíbula puede ser útil; pues no habiendo ninguna tumefaccion de los gánglios maxilares, se puede sentir por la palpacion una *dureza profunda*, indicio de la hinchazon de las amígdalas. Cuando esta tumefaccion es muy notable y apreciable á la vista, hay *propagacion de la inflamacion á los gánglios linfáticos* y al tejido celular inmediato. En estos casos puede ser bastante grande la hinchazon esterna para causar la deformidad del cuello, y probablemente seria en circunstancias semejantes

(1) Rilliet y Barthez, *Traité clin. et prat. des malad. des enf.*, Paris, 1861, t. I.



el haber admitido los antiguos la existencia de la *parasynanche*. Entonces se experimenta mucha dificultad para hacer abrir la boca y explorar la faringe, y puede estar igualmente embarazada la deglucion.

La ansiedad de los enfermos llega á veces al mayor grado, principalmente cuando la disposicion viciada de las fosas nasales no permite fácilmente la respiracion por esta via. El aspecto de las personas afectadas de faringitis tonsilar aguda tiene algo de característico. Estos enfermos están por lo comun sentados con la boca abierta y espectoran constantemente y con dificultad un moco espeso y filamentoso. Los esfuerzos de la deglucion son tan penosos que determinan unos movimientos y una contorsion que es caracteristica de este padecimiento.

*Abcesos de las amígdalas.* Cuando la enfermedad termina por supuracion, ó hay una angina supuratoria, nombre que aplicó Boerhaave á muchas enfermedades diferentes, se halla una tumefaccion muy considerable, mucho mas manifiesta de un lado, porque es muy raro que se forme la supuracion en las dos amígdalas. La voz es tambien mas desagradable, con una gangosidad especial, y los dolores son mas vivos. Estos son los casos en que principalmente se han observado síntomas de *sufocacion* muy alarmantes, efecto producido por la tumefaccion enorme de las amígdalas, las cuales comprimen la epiglotis. Los enfermos sienten con bastante frecuencia una especie de pulsacion en el tumor, y los gánglios sub-maxilares están casi constantemente infartados. Algunas veces se puede notar en la superficie de la amígdala un punto mas prominente que anuncia que va á verificarse la perforacion del abceso, y al nivel del cual se rompe este. Entonces hay una espuicion mas abundante, por lo comun muy fétida y de un gusto sumamente desagradable, á la cual sigue un alivio de los mas marcados, y se disipa inmediatamente la sufocacion. Los casos de esta especie son los que se han designado con el nombre de *abcesos de las amígdalas*.

El verdadero sitio de los abcesos es al rededor de las amígdalas, en el tejido celular. Estos abcesos se encuentran frecuentemente entre las dos hojas del velo del paladar que se despegan. Fácilmente se comprende lo que se aumentará la ansiedad con estos tumores que obturan casi completamente las fáuces. No es raro observar que un abceso de un lado vaya seguido de otro en el opuesto. Lo mas frecuente en estos abcesos es abrirse por sí mismos en la boca al cabo de tres ó cuatro dias; suele ser frecuente la conveniencia de abrirlos con el bisturi, para abreviar sufrimientos al enfermo. Se ha visto algunas veces, aunque raras, llegar estos abcesos hasta la mandibula inferior.

No hablamos aquí de los diversos síntomas que anuncian la gangrena, porque ya trataremos de ellos en un articulo especial destinado á la FARINGITIS GANGRENOSA.

Al paso que se desarrollan de este modo los síntomas locales, los *síntomas generales* persisten ó hacen progresos en los casos graves. La

cara está encendida, continúa la cefalalgia aunque con menos intensidad que al principio, y hay por lo comun insomnio y agitacion durante la noche, agitacion que se aumenta con la dificultad de respirar. Cuando la tumefaccion es muy considerable, los enfermos se quejan de un gusto desagradable, tienen la boca pastosa, el aliento mas ó menos fétido, sed é inapetencia: los síntomas generales en un gran número de casos, ó no existen ó son muy ligeros, y llegan con especialidad á su mas alto grado, cuando la faringitis ocasiona la supuracion de las amígdalas.

*Formas de la faringitis tonsilar.* Ya hemos dicho que muchos autores habian admitido formas particulares de la faringitis tonsilar, entre las cuales hallamos desde luego la *angina gástrica*, caracterizada, segun estos autores, por una repugnancia manifiesta á los alimentos, el sabor desagradable de boca, la capa saburrosa de la lengua, las náuseas, los vómitos, las *aftas* en el interior de la boca, la rubicundez general de la faringe y un dolor mayor que en las demás anginas. Fácilmente se conoce que esta descripcion, tal como la han hecho Tissot, Lentin y otros muchos, no tiene mas base que la mayor intensidad de algunos de los síntomas propios de la faringitis tonsilar.

La *angina biliosa* de Stoll se acerca mucho á la que acabamos de describir, y sus principales caracteres son el color amarillo de los labios y la vomituracion.

En cuanto á la *angina artritica*, admitida por Sauvages (1), Musgrave (2) y Peterson (3), hé aquí sus caracteres, segun José Frank, que analizó estos autores. Se presenta en las épocas en que acostumbran á aparecer los ataques de gota ó bien de reumatismo, y termina algunas veces por una vasta supuracion. Despues de haber recorrido sus periodos en una amígdala, invade la otra y reemplaza á los ataques de gota hasta el punto de librar de ellos á los individuos por un tiempo mas ó menos largo. Segun Schenck, en algunos casos se forman en el interior de las amígdalas cálculos semejantes á las concreciones tofáceas de las articulaciones.

*Angina intermitente periódica.* Barbette (4), Dumas (5), Caron (6) y Puccinotti (7), autores citados por José Frank, han referido casos en los cuales la angina ha presentado en su curso intermitencias mas ó menos manifiestas; pero es preciso observar que estas intermitencias no han sido completas; que esta angina se ha presentado principalmente en el curso de una calentura, llamada por estos autores *calentura remitente*, que pudiera atribuirse únicamente á la angina, y finalmente

(1) Sauvages, *Nosog. method.*, Paris, 1771, orden III, clase III.

(2) Musgrave, *De arthritide anomali*, Amstel., 1710.

(3) Peterson, *Dissertatio de angina arthritica*, Upsal, 1793.

(4) Barbette, *Opera omnia*, Ginebra, 1688.

(5) Dumas, *Journ. de méd. de Sedillot*, t. XIX, p. 422.

(6) Caron, *Idem*, t. XXIII.

(7) Puccinotti, *Storia delle febr. in'erm.*, Roma, 1824.