

las partes, y la sensación del tumor que toca el dedo hacer creer en la existencia de los rodetes edematosos que se forman á los lados de la laringe en el edema de la glotis.

Estas circunstancias pueden dar lugar á un error de diagnóstico, con tanta mas facilidad, cuanto que se observan al mismo tiempo los signos principales de la laringitis edematosa, como ya lo hemos dicho antes de ahora; de modo que para evitar este error, solo se puede recurrir á la exploracion atenta y detenida de la parte afectada, para lo cual es preciso practicar el *tacto*. Si por una parte se nota la existencia de un tumor blando, fluctuante, y por otra la integridad de la parte superior de la laringe, se debe atribuir la sufocacion á la compresion ejercida por un absceso desarrollado en las paredes de la faringe. Es necesario no detenerse en esta exploracion luego que se haya percibido la existencia de un rodete blando, sino que se debe reconocer además la parte superior de la glotis. Si la compresion se estiende, no tan solo á la abertura de la glotis, sino tambien á la misma epiglottis, se habrá obtenido un signo mas diagnóstico, porque cuando hay laringitis edematosa, la epiglottis está levantada y se la percibe al momento que se practica el *tacto*, lo cual no puede hacerse en el caso que nos ocupa.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos distintivos de la faringitis simple profunda y de la laringitis aguda.

FARINGITIS SIMPLE PROFUNDA.	LARINGITIS AGUDA.
Dolor aumentado en el acto de la deglucion.	Dolor aumentado durante la tos y en los esfuerzos de la voz.
Tos gutural ligera, como no haya complicacion.	Tos laríngea intensa.
Voz poco alterada y gangosa.	Voz profundamente alterada, ronca y apagada.

2.º Signos distintivos de la faringitis supurada profunda y del edema de la glotis.

FARINGITIS SUPURADA.	EDEMA DE LA GLOTIS.
Tumor blando que contiene un liquido (carácter dudoso).	Rodete elástico sin fluctuacion.
Separando el tumor se hallan la laringe sana.	Por el tacto se conoce que existen los rodetes en los bordes mismos de la laringe.
Si el absceso comprime la epiglottis, no se le percibe fácilmente cuando se practica el tacto.	Epiglottis levantada que se percibe siempre en el momento que el dedo atraviesa el istmo de las fáuces.

En los casos en que la supuracion de la faringe ocasiona un edema de la glotis, se hallan reunidos todos los sintomas que acabamos de esponer.

§ VI.—Tratamiento.

Se deben emplear contra ella los medios que hemos recomendado en la faringitis gutural. Solo diremos que como es mas difícil aplicar sobre la parte inflamada los diversos tópicos que han aconsejado los autores, será preciso usarlos en *insuflacion*, y sobre todo en *gargarismos*; así se prescribirán en gargarismos el *alumbre*, el *borax* y los *ácidos*, segun las fórmulas indicadas en el artículo anterior.

Faringitis profunda supurada, se hará desaparecer lo mas pronto posible el tumor, causa de todos los accidentes.

Si no se ha podido lograr esto por un *tratamiento antiflogístico energético*, es necesario inmediatamente que se reconozca la fluctuacion dirigir al tumor el instrumento cortante y dar salida al pus, para cuya operacion es preciso con frecuencia servirse del faringotomo. En los casos en que el tumor reside en la parte posterior de la faringe, son mucho menos temibles los accidentes que causa el uso del faringotomo.

Cuando el tumor comprime la parte superior de la faringe, hay que tratar de abrirle aun cuando no esté perfectamente formado el diagnóstico, porque aun suponiendo que fuese un edema de la glotis, las escarificaciones pueden ser ventajosas en su tratamiento. (V. T. II, EDEMA DE LA GLOTIS).

Si estos medios no bastan es preciso recurrir á la *traqueotomia*. En el caso que ha observado Ballot, se ha practicado la simple *incision de la membrana cricotiroides*, y una prueba de la insuficiencia de esta operacion, fué el que habiéndose caído la cánula, el enfermo murió asfixiado. Es indudable que se la hubiera sujetado mucho mejor y habria sido mas completa la respiracion artificial, si se hubiese practicado la *traqueotomia* ó la *laringo-traqueotomia*. (V. T. II, cap. II).

Despues de abiertos los absesos, se deben usar los *gargarismos emolientes y detersivos*.

ARTÍCULO III.

FARINGITIS SIMPLE CRÓNICA.

1.º FARINGITIS GUTURAL CRÓNICA.

La *faringitis gutural crónica* se presenta ordinariamente con poca gravedad, y se la divide en *primitiva* y en *consecutiva*.

§ I.—Causas.

Por lo comun aparece durante el invierno, y está constantemente sostenida por las causas que la han producido, tales como el *frio hú-*

medo, los esfuerzos considerables de la voz, y los escesos; la desaparicion de un herpes del conducto auditivo (Lize) (1).

§ II.—Síntomas.

Los síntomas que desarrolla son: un estado de *incomodidad* permanente hácia el istmo del paladar, una tendencia continua á arrojar por *escrecion* las mucosidades abundantes que cubren las partes afectadas, una *relajacion* mas ó menos considerable de los tejidos, que segun Bennati (véase tomo I, LARINGITIS CRÓNICA) hace menos eficaces las contracciones musculares, una *prolongacion* mas ó menos manifiesta de la *campanilla*, que irrita la base de la lengua, y finalmente una *rubicundez* pálida y difusa que ocupa el velo del paladar, sus pilares y una parte del mismo paladar.

Algunas veces las vesículas que se perciben debajo de la mucosa, cuyo color es á veces violado. En algunos sugetos se notan *manchas oscuras y lividas* en el istmo del paladar, y ordinariamente se hallan las *criptas mucosas* de la faringe muy voluminosas en su mayor parte, y un poco mas rojas que en el estado normal. Finalmente, se han citado casos en que habia *plaquitas rojas* diseminadas por toda la superficie inflamada.

Una *alteracion* mas ó menos marcada de los *sonidos* y sobre todo de los tonos agudos en el canto, y una *fatiga* mas ó menos considerable al tiempo de hablar ó cantar.

Estos síntomas aumentan por momentos, bien sea que el enfermo haya cometido un esceso, bien que se haya espuesto á algunas variaciones de temperatura, ó sin causa conocida, y puede haber una verdadera *ronquera*. Estos signos son por lo comun mas manifiestos por la mañana, y las mucosidades segregadas son entonces mas abundantes. Estas mucosidades suelen tener un aspecto *purulento* que alarma mucho á los enfermos, y les hace temer una afeccion mas grave.

No está demostrado que acompañen á esta enfermedad síntomas generales, á no ser que vuelva momentáneamente al estado agudo ó que sea sintomática de una afeccion mas grave, por ejemplo, de una enfermedad orgánica del pulmon.

§ III.—Tratamiento.

Se compone de tópicos directos. Bennati considera como muy eficaz el *alumbre* en gargarismos, y tambien se puede aplicar esta sustancia en polvo, segun el procedimiento que emplea Velpeau.

Tambien se hace uso de una *cauterizacion* ligera con el *nitrate de plata* fundido, ó mejor con una *solucion de esta sal* aplicada á las partes por medio de una esponja sujeta á una ballena, los gargarismos

(1) Lize, *Union medicale*, 24 de mayo de 1851.

con el *jarabe de moras* ó de *erisimo*, y los diversos *acidulos*. En cuanto á los *pediluvios*, á los *maniluvios sinapizados* y á las *fricciones escitantes* á las partes laterales del cuello, no está demostrada su eficacia.

Schallenburg (1) ha empleado en sí mismo un *emplasto aglutinante espolvoreado con tártaro emético* y colocado entre las escápulas: á las cuarenta y ocho horas notó ya alivio, y los efectos definitivos del medicamento han sido muy ventajosos. Las fricciones con *aceite de croton* en las partes laterales del cuello producen buenos resultados.

En el caso mencionado por Lize, los purgantes, vejigatorios, la cauterizacion con el *nitrate de plata* no produjeron mas que un alivio pasagero.

En resumen, los tópicos que acabamos de indicar, el sustraer á los sugetos de las diversas causas que han producido la enfermedad, la *quietud del órgano* y mantener un calor suave al rededor del cuello, bastan para hacer desaparecer esta incomodidad, que apenas es llamado el médico para tratar mas que en los individuos que necesitan toda la integridad de su voz, como los cantores, los oradores, etc. Sin embargo, cuando hay una espectoracion puriforme, la afeccion alarma mucho á los enfermos y exige mas atencion de parte del médico. En estos casos se emplean con ventaja las *fumigaciones narcóticas*, si la incomodidad es grande, y sobre todo las *aguas minerales sulfurosas*, como en la *laringitis crónica* (véase tomo II).

2.º FARINGITIS TONSILAR CRÓNICA. AMIGDALITIS CRÓNICA. HIPERTROFIA, INFARTO DE LAS AMÍGDALAS.

§ I.—Causas.

Generalmente la *amigdalitis crónica* es la consecuencia de un número mas ó menos considerable de ataques de *amigdalitis aguda*.

Despues de cada ataque de *amigdalitis aguda*, la glándula que ha sufrido un grande aumento de volumen, le conserva en parte, aun cuando desaparezcan los demás síntomas, de tal modo que al cabo de cierto tiempo las amígdalas forman una prominencia considerable dentro del velo del paladar, y se acercan á la línea media hasta el punto de ponerse casi en contacto. Cuando esto sucede, se puede considerar á este estado orgánico mas bien como resultado que como signo de la inflamacion. Se la observa tambien en los niños en la época de la segunda denticion (Alf. Robet), en los adultos en la época de la pubertad, á consecuencia de afecciones eczematosas, impeliquinosas de la cara, de la piel del cráneo; en los linfáticos, escrofulosos, herpéticos, sifiliticos, en los que fuman exageradamente, y á consecuencia de la difteria (Lambron) (2).

(1) Schallenburg, *Chir. viert. Schr.*, 1849.

(2) Lambron, *Memoire sur les hypertrophies des amygdales*, Informe de Blache, (*Bulletin de l'Academie de med.*, 1861, t. XXVI, p. 637).

§ II.—Sintomas.

El enfermo se queja de *sensacion* mas ó menos incómoda de un *cuerpo extraño* atravesado en la garganta, con una *dificultad* de respirar que solo en algunos casos llega á ser un poco notable. La *voz* es nasal, la *pronunciacion* á veces difícil, y se ha notado que el *aliento* tomaba en algunos sugetos un olor desagradable, sobre todo por las mañanas, cuyo último sintoma depende de las *concreciones* que se forman en las lagunas ensanchadas.

Si se examina la cámara posterior de la boca, se percibe la *prominencia* mas ó menos considerable de las amígdalas. Estas glándulas tienen un color rojo poco intenso, pero algunas veces no ofrecen *rubicundez manifesta*, y hasta se nota una *palidez* notable; son irregulares, presentan prominencias y depresiones alternativas que no son mas que los hoyos ó lagunas, y se observan con frecuencia las *concreciones* de que acabamos de hablar, que son producto de los foliculos inflamados. Estas concreciones son de color blanco mate ó sucio, irregulares, se pueden desprender con unas pinzas, y por su permanencia en la glándula adquieren una fetidez particular que se nota en el aliento, como ya queda dicho.

La *dureza* que adquieren los tumores es á veces considerable, y nadie duda que serían casos de esta especie aquellos en que se ha creído hallar algunas veces la induración escirrosa de las amígdalas.

El istmo del paladar está cubierto, si no siempre, á lo menos en ciertas circunstancias, de mucosidades espesas y difíciles de separar, las cuales arroja el enfermo por escrecion con las concreciones de que acabamos de hablar.

La *ronquera* y las diversas alteraciones de los sonidos son las mismas que en la faringitis gutural, á la cual pueden hasta atribuirse en parte, porque no es raro observar que se estiende la inflamación crónica al velo del paladar y á sus pilares.

Consecuencias y complicaciones. La hipertrofia de las amígdalas puede producir alteración del *oído*, determinando la obstrucción de la trompa de Eustaquio, segun unos, y segun Harvey determinando la tumefacción de la mucosa.

Además de la alteración de la *voz*, existe tambien una dificultad de la *respiracion*, una *deformacion del velo del paladar* que se eleva en ogiva (H. Roger), la *alteracion de las paredes del pecho* (Dupuytren) (1), á consecuencia de las alteraciones sufridas por la respiracion. Entonces presenta el pecho una depresion trasversal al nivel de la reunion del tercio inferior con el tercio medio del tórax, y parece como producida por un anillo que hubiese comprimido el pecho en este sitio (2).

(1) Dupuytren, *Sur la depression des parois de la poitrine* (Repert. d'anat. et de physio., t. V, 1823).

(2) Desnos, *Nouv. Dictionn de med. et chir pratiques*, Paris, 1865, art. AMYGDALLES.

Indicaremos tambien la *coriza*, la *bronquitis* (Dupuytren, Lambron), la *tos*, las *amigdalitis repetidas*, la *angina glandulosa* (Gueneau de Mussy), la *debilidad general* producida por las alteraciones de la hematosi; un *obstáculo al desarrollo fisico é intelectual* por las alteraciones en la audicion; una *facies caracteristica* consistente en la boca entreabierta, el cuello estendido, producida por las mismas alteraciones.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* es muy fácil en la mayoría de los casos (véase CÁNCER DE LA FARINGE).

El *pronóstico* es poco grave por si mismo, pero puede llegar á serlo por las complicaciones que se desarrollen á consecuencia de la enfermedad.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Consisten en el acrecentamiento de la trama celular interpuesta entre sus lagunas y diverticulos; en la induración del tejido conjuntivo, que otras veces suele presentarse friable; en el espesor de las paredes de las lagunas y de sus cavidades, en el aumento de su calibre y de su peso.

E. Vidal ha demostrado además del aumento del tejido celular inter-folicular, el de los foliculos cerrados; en una palabra, un aumento en el número y volúmen de los elementos constitutivos.

§ V.—Tratamiento.

Apenas podemos obtener éxito completo con el empleo de los *astringentes*, como el alumbre, el tanino, etc., ó bien con el *clorato potásico* en aplicacion local ó los toques con la *tintura de iodo* diluida, ni las cauterizaciones con el *nitrate de plata*. Estos medios son con frecuencia insuficientes.

Siendo con frecuencia esta enfermedad la manifestacion de una alteracion diatésica debe ser combatida con los medios generales. El *ioduro potásico* se administrará con ventaja á la dosis de 4 á 4 gramos por dia en jarabe ó en tisana amarga. Pero producirán especialmente la curacion las *aguas minerales*. Si existe linfatismo se enviará á los enfermos á los *baños de mar*, á las aguas ioduradas y bromuradas de Heilbrunn (Baviera), de Wildegg, de Kreutznach. Las *aguas sulfuradas* producirán excelentes resultados en gargarismos ó duchas locales en chorro y regadera, Luchon, Cauterets, Enghien, Pierrefonds, Allevard, Aguas Buenas, etc. Estas aguas serán especialmente convenientes cuando se une el linfatismo al vicio herpético.

Creemos inútil recordar que la medicacion debe ayudarse con un régimen tónico y reparador.

La cauterizacion tanto con los *cáusticos líquidos* como con los *secos*

y con el *cauterio actual*, está generalmente abandonada, porque la dificultad de limitar la acción de estos agentes y su ineficacia cuando la cauterización es ligera, han hecho que se renunciase á su uso. Tampoco se practica ya la *ligadura*, que es muy difícil y que puede ocasionar una inflamación muy intensa y una supuración sumamente abundante.

Cuando se han puesto en práctica todos los medios en alcanzar éxito, y la hipertrofia produce una molestia considerable, se recurre á la ablación.

Escisión de las amígdalas. Se toma una erina de Muesoux, bien sea simple ó bien doble, (fig. 19) que es preferible, y un bisturí cuya hoja tenga 9 centímetros de largo, y unos 6 milímetros de ancho, que su filo se continúe hasta la punta y esta termine en un botoncito para no herir la pared posterior de la faringe. Para sujetar la hoja al mango, se le dan vueltas con un vendote de lienzo, que sirve al mismo tiempo para cubrir el corte hasta unos 40 milímetros de la punta. El garfio de la erina debe ser bastante grande para penetrar en las tres cuartas partes del volumen de la glándula.

Se sienta al enfermo en una silla enfrente de una ventana, á fin de que la luz penetre cuanto sea posible en la cámara posterior de la boca, y se le obliga á hacer gárgaras y espectorar para limpiar las partes. La cabeza debe estar echada hácia atrás y apoyada en el pecho de un ayudante, y se coloca entre las muelas un cuerpo duro, tal como una cuña de madera. Otro ayudante, situado al lado opuesto á aquel en que se va á operar, deprime la lengua con el dedo índice, que no debe aproximarse demasiado á la base de este órgano á fin de no excitar arcadas. El operador puesto enfrente del enfermo y un poco de lado, engancha la glándula por su parte media y posterior con la erina que tiene en su mano izquierda, para operar en la glándula izquierda, y con la derecha si la operación se hace en este lado, y con la mano opuesta toma el bisturí, que introduce de plano entre la lengua y la parte inferior del tumor, con el dorso del instrumento vuelto hácia los pilares del velo del paladar, y de este modo le hace llegar hasta la parte posterior de la faringe; en seguida vuelve el corte hácia arriba, y tirando del bisturí hácia sí para hacerle obrar serrando, corta de abajo arriba la mitad inferior de la base del tumor. Inmediatamente se dirige el instrumento por entre el velo del paladar y el tumor con las mismas precauciones que se han tomado para la parte inferior, y se corta de arriba abajo el resto de la glándula (Boyer).

El amígdalotómo ó tonsilotómo es un instrumento muy ingenioso y útil, especialmente para los niños (fig. 20), con el que se opera con



Fig. 19.—A. Erina doble.—B. Extremo de la erina simple.—C. C. Puntos blancos para indicar la proximidad de la erina en la amígdala.

una sola mano. En este instrumento (Lüer) todos los dedos excepto el pulgar cogen y empuñan el mango. Por encima del instrumento hay una especie de muletilla que forma saliente, sobre la que se apoya el pulgar para lanzar adelante la erina recta C que engancha y eleva la amígdala. Para hacer la sección no hay más que comprimir con el pulgar la muletilla hasta aproximarla al vástago del amígdalotómo. La hoja cortante B se pone en movimiento en seguida, á cuyo efecto se encuentra colocada en un vástago plano hendido, en cuya abertura penetra un cono unido al vástago de la erina. Por el rápido movimiento que la hoja cortante ejecuta de atrás adelante, se corta fácilmente la amígdala. Este instrumento obra con notable rapidez y simplicidad (1).

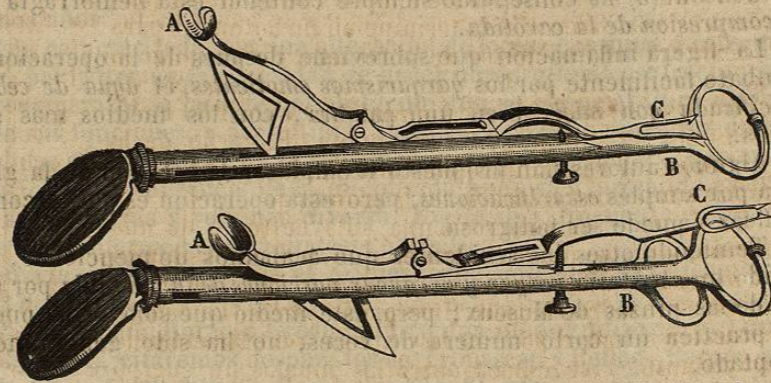


Fig. 20.—Amígdalotómo de Lüer.—A. Muletilla correspondiente á la erina plana y á la hoja cortante.—B. Hoja cortante.—C. Erina.

Uno de los accidentes más graves que hay que tener en esta operación y del que refieren ejemplos los cirujanos, es la *hemorragia fulminante* causada por la lesión de la arteria carótida, tan inmediata á la cara esterna de la glándula: así pues hay que guardarse mucho de estirpar la glándula entera, y *basta siempre cortar sus dos terceras partes* para que en seguida quede reducida á menor volumen que en el estado normal.

En cuanto á la *hemorragia*, que es la consecuencia natural de la escisión de las amígdalas, ordinariamente no es temible: sin embargo, á veces puede ser grave, de lo cual refiere Vidal, de Cassis, un ejemplo que le ha sucedido á él mismo (2). En semejante caso se lograría contener la sangre haciendo que el enfermo mantuviese constantemente *hielo en la boca*, que fué el medio que empleó Vidal, y si

(1) L. A. de Saint-Germain, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1865, t. II.

(2) Vidal (de Cassis), *Tratado de Patología esterna y de Medicina operatoria*, trad. por D. M. Vela, Madrid.

esto no bastase se recurriría al uso del *agua de Rabel*, á una solución de *sulfato de cobre*, ó mejor al *percloruro de hierro*, y hasta á la *aplicación del cauterio actual* según Boyer.

Chassaignac (1) ha empleado con buen éxito en un caso de este género, un *fragmento de hielo* aplicado directamente con una pinza de Museux al punto de donde salía la sangre.

El doctor Hatin (2) ha contenido una hemorragia semejante *comprimiendo la amígdala* entre las dos estremidades de las ramas de una pinza larga, cubiertas, la interna de yesca é impregnada de sustancias astringentes y aplicada directamente sobre la superficie cruenta, y la otra envuelta en un lienzo y apoyada por debajo de la mandíbula inferior al nivel de la amígdala.

Gensoul (3) ha conseguido siempre contener esta hemorragia por la *compresión de la carótida*.

La ligera inflamación que sobreviene después de la operación se combate fácilmente por los *gargarismos emolientes*, el *agua de cebada dulcificada con miel*, y en una palabra, con los medios más sencillos.

Algunos autores han propuesto reemplazar la escisión de la glándula por simples *escarificaciones*; pero esta operación es por lo común ineficaz y puede ser peligrosa.

Temiendo otros los accidentes que acabamos de mencionar, han creído que bastaría *rasgar y arrancar porciones de la glándula* por medio de las pinzas de Museux; pero este medio que solo se ha puesto en práctica un corto número de veces, no ha sido generalmente adoptado.

5.º INFLAMACION CRÓNICA DE LA PARTE INFERIOR DE LA FARINGE.

Esta enfermedad, infinitamente más rara que todas las demás especies, se distingue de ellas por la dificultad mayor de la deglución y la alteración menos considerable de la voz. Los medios de tratamiento que se emplean contra la angina gutural le son aplicables, solo que se los debe dirigir hacia las partes afectadas por medio de gargarismos, ó si se quiere practicar la cauterización directa, es necesario conducir el cáustico por medio de la esponjita fija en la ballena, de que hace uso Trousseau (véase tomo II, art. LARINGITIS CRÓNICA).

ARTICULO IV.

ANGINA GLANDULOSA.

Presentaremos según Noël Gueneau de Mussy y citando numerosos

- (1) Chassaignac, *Gaz. des hóp.*, 1847.
- (2) Hatin, *Aveille médicale*, enero de 1848.
- (3) Gensoul, *Revue méd.-chir.*, abril de 1848.

pasajes de su libro (1), una descripción de esta enfermedad que solo se ha estudiado recientemente y de la que no hemos hecho mención en las primeras ediciones de esta obra.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

La *angina glandulosa*, llamada también *angina granulosa* por el profesor Chomel, *faringitis glandulosa* (Baron) (2), *angina papilar*, *laringitis crónica*, *enfermedad de la garganta de los eclesiásticos* (*Clergymen's sore throat*), *bronquitis crónica*, *enfermedad de los folículos de la membrana faringo-laríngea* (*follicular disease of the pharyngo laryngeal membrane*) (Green) es una afección muy común y sin embargo solo se encuentran de ella indicaciones muy vagas y poco precisas hasta estos últimos años.

Está caracterizada por una alteración de la voz continua ó intermitente, por la frecuente necesidad de hacer una profunda espiración para desembarazar la laringe del obstáculo que se opone al libre ejercicio de sus funciones, y por último, por el desarrollo morbosos de las glándulas de la faringe, de la laringe y el velo del paladar, haciendo elevación en la superficie de la membrana huesosa y formando granulaciones de forma y volumen diverso. Existe una frecuente conexión entre esta enfermedad y la diátesis herpética.

Historia. Chomel (3) fué el primero que describió la enfermedad en 1846.

El mismo año Horacio Green publicó una monografía sobre el mismo objeto (4), citaremos después los de Trousseau y Belloc, Baron, hijo, Hastings (5), Stokes (6), Cusak (7), Lée (8), etc.

§ II.—Sitio.

El asiento de la afección es las glándulas del velo del paladar, de la faringe y de la laringe. El aparato secretor de las mucosas de la parte superior de las vías aéreas y digestivas está constituido por glándulas enracimadas. Sobre las partes laterales y posteriores de la lengua existen folículos. Las glándulas tapizan toda la parte posterior de la bóveda palatina y del velo del paladar. Abundan sobre todo en la parte posterior y superior de la faringe (parte posterior de la cavidad

- (1) Noël Gueneau de Mussy, *Traité de l'angine glanduleuse*, Paris, 1857.
- (2) Baron, Tesis inaugural, 1851.
- (3) Chomel, *De l'affection granuleuse du pharyne* (*Gazette médicale*, Paris, 1846, p. 310).
- (4) Horacio Green, *A treatise on diseases of the air passages*, etc., New-York, 1846.
- (5) Hastings, *A treatise on diseases of Larynx and Trachea*, Londres, 1850.
- (6) Stokes, *A treatise on the diagnostic and treatment of diseases of the Chest*.
- (7) Cusak, *Diseases of the Chest*.
- (8) Lée, *Treatise of the Clergymen's sore Throat*, Nueva-York, 1836.