

lar sufrimiento, siendo su color rubicundo ó pálido. Hay anorexia y polidipsia; la voz es nasal; la respiración puede hallarse algo dificultada cuando es grande la tumefacción de las partes afectas, y existe fiebre de intensidad proporcional á la de la angina. En algunas ocasiones se infartan los ganglios situados por detrás y debajo del ángulo de la mandíbula, lo que se explica sin duda por la índole del microbio causal, pues esta propagación adenítica es más bien propia del estrep-tococo.

En la forma *flegmonosa*, que puede ser consecutiva, y tal vez lo sea casi siempre, á la llamada *catarral*, se caracteriza por la mayor graduación de los fenómenos generales, la extrema dificultad de la deglución, la intensidad del dolor y la gran hinchazón de las amígdalas, que en ocasiones se acompaña de edema y coloración violácea del pilar anterior y velo del paladar; se establece casi siempre la supuración y tiene lugar de ordinario la abertura del absceso amigdalino ó peri-amigdalino de una manera espontánea en la cavidad bucal.

PATOCRONIA.—El curso de esta enfermedad es agudo, no pasando su duración por lo general de seis á ocho días.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—Como se trata de un estado morbozo con manifestaciones objetivas muy claras, el diagnóstico no ofrece más dificultades que las inherentes al examen de la garganta, que por cierto á veces son extraordinarias, entre otras razones, por la indocilidad del niño y la sorda protesta de algunos padres, cuyo irreflexivo cariño les impide ver con tranquilidad las inevitables molestias que se le ocasionan al hacer la exploración.

El diagnóstico con la *angina diftérica* y con el *absceso-retrofaríngeo* le expondré al ocuparme de estas enfermedades.

PRONÓSTICO.—La angina superficial es benigna; pero la flegmonosa es grave á veces, hasta el punto de comprometer la vida del niño.

TRATAMIENTO.—Se hará guardar cama al niño; se le pondrá un pañuelo de seda, y mejor de lana, alrededor del cuello, que sostenga una capa de algodón que cubra toda la parte lateral de éste; se le pondrá una botella de agua caliente á los pies, y se le dará como único alimento leche tibia más ó menos aguada, según la intensidad de la fiebre. Además, cuatro veces el primer día y otras cuatro el segundo, se le darán pediluvios, con agua todo lo caliente que pueda resistir, de diez

minutos de duración, no mojándole con la mano las piernas con el agua porque esto no hace más que enfriar, y abrigándole convenientemente para que no se enfríe, aprovechando para dar los pediluvios el momento en que el niño vaya á hacer sus deyecciones.

Unturas cuatro veces al día en la parte ó partes laterales del cuello, según tenga angina uni ó bilateral, con

Ungüento mercurial doble.....	} aa 10 gramos.
Pomada de belladona.....	

Mézclese.

No aconsejo cataplasmas de harina de linaza calientes á las partes laterales del cuello, porque sólo haciéndolo con gran cuidado se consigue que en el momento de colocarlas no estén ya tibias nada más, y al poco tiempo, aun cubriéndolas por fuera con algodón, se despegan á cualquier movimiento del niño y se enfrían, siendo, por lo tanto, contraproducentes. En cambio aconsejo en la angina flegmonosa la aplicación, á uno ó á los dos lados del cuello, según sea la angina única ó doble, de una vejiga pequeña con hielo machacado, sosteniéndola suavemente con una venda que pasando por debajo de la barba se ate sobre el sincipucio.

Prescribese el *alcoholaturo de raíz de acónito*, según la fórmula que indico al ocuparme de la laringitis estridulosa, pues le considero útil por su acción vaso-constrictora—con la que trato de conseguir un efecto anticongestivo en la garganta— y por su probable acción analgésica.

Estos diferentes medios los aconsejo á título de antiflojísticos, incluso las embrocaciones con el unguento mercurial, si bien la acción de éste es muy posible que sea, además de antiflojística, antiséptica.

¿Debe emplearse un tratamiento directo sobre la misma angina? Sí ó no, según las circunstancias. Si no existen exudados, no, porque se molestaría al niño sin necesidad y tal vez de un modo inconveniente; pues hay que tener muy en cuenta que las partes inflamadas protestan de cualquier contacto por el dolor de que son asiento, y además la constricción que determinan en el istmo de las fauces las náuseas que provocan las curas, aportaría un estímulo acrecentador del proceso flegmático, debiendo, por consiguiente, recurrirse á los toques medicamentosos tan sólo cuando las circunstancias los reclamen, y que ahora indicaré.

Emplearemos el tratamiento tópico, que podemos llamar *intra-bucal*, cuando haya exudado, pero no en todos los casos, pues no le aconsejo

si es mucoso ó está constituido por esos pequeños conglomerados caseosos que proceden de las criptas amigdalinas, sino únicamente cuando forma plaquitas ó rayas, es decir, cuando por su aspecto haga sospechar que es de naturaleza especialmente microbiana; y digo especialmente, porque en todo exudado superficial de las anginas, sea del aspecto que quiera, hay micro-organismos, pero el mucoso y el caseoso son, principalmente, producto de la hipersecreción de las partes afectas, mientras que los demás revelan mayor pululación microbiana; mas como el simple aspecto puede conducirnos á un juicio erróneo, porque los caracteres físicos no tienen un valor absoluto, observaremos la marcha que sigue el exudado, para ver si se estaciona ó desaparece, que es lo que ordinariamente ocurre en el de buena naturaleza, ó si, por el contrario, se extiende, que es lo que suele suceder con los más francamente infecciosos. Pues bien: en estos últimos es en los que conceptúo, no sólo útil, sino necesario, el empleo de tópicos.

Prescribiremos:

Glicerina neutra y pura.....	30 gramos.
Acido bórico.....	3 »

Disuélvase. Para toques en las partes afectas, cuatro, seis ú ocho veces al día, según la intensidad y marcha del proceso.

Si no se obtiene resultado, empléese:

Glicerina neutra y pura.....	30 gramos.
Naftol alcanforado.....	15 »

Mézclese. Para toques tres veces al día.

Y si resultara insuficiente, prescribáse la glicerina y el naftol alcanforado á partes iguales y empléese de igual manera, pero con observación, en uno ú otro caso, para si produjera efectos irritantes suspenderlo

Si hubiera mucho exudado ó si tuviera la angina además del exudado bastante moco, se pasará una ó dos veces por su superficie un pincel suave de garganta, de esos de mango de pluma acodado, no de alambre, impregnado en agua hervida tibia, ó si es necesario practicaremos irrigaciones con este líquido en la forma que digo al ocuparme del tratamiento de la angina diftérica.

Para hacer los toques con la glicerina boricada ó naftolada emplearemos este mismo pincel, impregnándole al efecto en una corta cantidad que echaremos en una jícara caliente para que se temple, comprimiéndole después suavemente para que no escurra y pasándole á con-

tinuación dos ó tres veces por la superficie de la angina; y si es ésta doble, se le impregna de nuevo para embadurnar la otra.

Aconsejo echar en la jícara la glicerina puramente indispensable para cada cura, porque la que sobre debe tirarse, con el fin de que la que se emplee cada vez sea limpia. Después de cada toque se lavará bien el pincel en agua hervida, despojándole previamente, por compresión, con un papel limpio, del moco y del exudado que tenga adheridos, porque no se desprenden por el agua. Si los padres del niño tienen posición para ello, mejor sería cambiar el pincel en cada cura y quemar el que ya ha servido.

Considero inconveniente la limpieza de la parte afecta con algodón, salvo algún caso excepcional en que se crea indispensable, porque su contacto es más ó menos irritante.

Los gargarismos los conceptúo de acción casi ilusoria, y además nocivos, pues entiendo que la constricción que al efectuarlos se produce en el istmo de las fauces y la retracción hacia atrás de la lengua, hacen que el líquido no pueda bañar las partes afectas y en cambio sufren la dolorosa y por lo tanto nociva influencia de la constricción.

Cuando en la angina flegmonosa se haya formado el absceso, lo más conveniente sería dilatarle cuanto antes con un bisturí, cubierto su corte con un trocito de gasa, excepto medio centímetro de su punta. Pero á pesar de semejante conveniencia hay que pensarlo bien antes de realizarlo, porque puede ser muy peligroso, siendo necesario diagnosticar primero *con toda seguridad* si se trata de un absceso amigdalino ó de un absceso profundo del cuello, procedente de la flegmasia de algún ganglio de los que se hallan en relación con la carótida interna.

Efectivamente, como la amígdala se encuentra separada de este vaso únicamente por la pared lateral de la faringe, con la cual se halla en contacto la arteria, si el absceso procediera de una adenitis profunda y se le dilatara por la garganta por haber creído que era una angina, se correría el gravísimo riesgo de herir la carótida, toda vez que estaría situada entre el pus y la amígdala. Así, pues, es necesario fijarse muy atentamente en el modo de invasión y curso del proceso, y en todos los síntomas actuales, para diagnosticar si se trata de una amigdalitis ó de un adeno-flegmón supurados, para si es un adeno-flegmón no dilatarle por la boca. En caso de la más pequeña duda lo que aconsejo es: primero, esperar á que el pus se haga muy superficial; y segundo, dilatar el absceso valiéndose de un *estilete obtuso* esterilizado á la llama de alcohol, con el que se pincha—después de frío—en el punto

en que se ve que el pus tiende á abrirse paso, y como es muy delgada la capa de tejido, se atraviesa bien con el estilete. Es el medio que me ocurre para huir del peligro en caso de duda.

Difteria.

Bajo el epígrafe de *difteria* voy á estudiar la localización de este proceso en las fosas nasales, en el istmo de las fauces y en la laringe, porque las diferencias topográficas, aunque importantes, se hallan subordinadas en este caso á la unidad de naturaleza del estado morboso.

Es la difteria un proceso agudo, específico y contagioso, caracterizado anatómicamente por la producción de falsas membranas en la superficie de las mucosas ó en el dermis desnudo.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—El constante progreso de la ciencia va simplificando paulatinamente los problemas etiológicos y entre ellos el relativo á la difteria, hasta el punto de que hoy se puede afirmar, aun cuando con las reservas que impone este género de estudios, que la causa, no sólo especial, sino verdaderamente específica de la difteria, es el bacilo de Klebs-Löffler, y la toxina elaborada por él el por qué de los fenómenos generales que en esta enfermedad se desarrollan, cuyo veneno es, según Roux y Yersin, un cuerpo muy semejante á las diastetas; el bacilo no penetra en la sangre sino rara vez. Pero aparte del bacilo, existen influencias favorables al desarrollo de la enfermedad, que constituyen lo que podríamos denominar *etiología macroscópica ó causas predisponentes*.

Hállanse representadas en primer término por la *infancia*, factor no indispensable, pero sí de intervención casi necesaria, pues la difteria es un padecimiento que muestra por ella una gran preferencia, observándose el maximum de frecuencia de los dos á los siete años. Semejante hecho se explica perfectamente por lo íntimo de las relaciones entre los niños de esa edad y por la gran receptividad que ofrece el organismo infantil para todo género de contagio, siendo, á mi juicio, tanto mayor esta aptitud morbígena cuanto menor es el niño; así es que el no presentarse la difteria con tanta frecuencia antes de los dos años como después, es sin duda debido á que los niños muy pequeños no tienen más relaciones sociales que con los individuos de su familia y particularmente con la madre.

Otra causa predisponente es la alteración de las mucosas correspondientes, ya por la acción del frío, por los gritos ó por otras influencias irritantes, pues una vez que el epitelio haya perdido en mayor ó menor grado su integridad, la invasión microbiana es mucho más fácil; de ahí que los catarros deban considerarse como causas predisponentes de la difteria, lo mismo que aquellas enfermedades que, como el sarampión y la escarlatina, imprimen alteraciones en las mucosas.

La etiología, pues, mirada desde un punto de vista sintético, no ofrece más que los dos factores que acabo de indicar: causa predisponente y bacilo de

Klebs-Löffler, realizándose la transmisión de éste por *inoculación ó contagio*. La inoculación es rara, siendo un ejemplo de este mecanismo de propagación, la que tiene lugar cuando un médico se hace una herida al practicar la traqueotomía ó cuando la tiene ya en un dedo al hacer la intubación. El contagio es el procedimiento de transmisión en la casi totalidad de los casos, y se produce directa ó indirectamente, no deteniéndose en la exposición de los detalles porque son los comunes á las demás enfermedades contagiosas; pero debo decir con este motivo que, aun cuando existe discrepancia de pareceres respecto de si la difteria aviaria es de igual naturaleza que la humana, lo prudente es decidirse por la afirmativa, para tomar las debidas precauciones con las aves y evitar así el posible contagio por este lado.

Un último punto de etiología se refiere á las asociaciones microbianas, pues aun cuando el bacilo difterógeno no es más que uno, su coexistencia con el estreptococo, el estafilococo — *estrepto-difteria, estafilo-difteria*, de Sevestre—ú otras bacterias, agrava más ó menos la marcha de la enfermedad, siendo el estreptococo el más peligroso.

El padecer un niño difteria no le reviste de inmunidad para lo sucesivo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Hay que considerar en las falsas membranas sus caracteres macroscópicos y microscópicos y las lesiones de los tejidos subyacentes.

Examen macroscópico.—El asiento predilecto del proceso es la mucosa que reviste las vías respiratorias. Según Empis é Isambert, sólo se desarrollan las pseudo-membranas en las mucosas que se hallan en contacto con el aire; pero existen casos en la ciencia en que se propagaron al exófago y aun al estómago. Pueden presentarse también en la mucosa ocular y vulvar, y en la piel desprovista de epidermis.

La extensión de las falsas membranas es variable, lo mismo que su forma; constituyen manchas limitadas, chapas pequeñas, que más tarde aumentan en extensión y se reúnen mutuamente; su forma es redondeada, irregular ó alargada, pudiendo ser tubular cuando asientan en el árbol bronquial. Tienen un color blanquecino al principio, adquiriéndole después blanco-amarillento, amarillo, gris y hasta negro, ya por los medicamentos que se hayan aplicado, por el paso de las sustancias alimenticias ó de las vomitadas, ó por la extravasación de sangre. El grosor es también variable, pues en ocasiones es análogo al que presenta un fino epicarpio ó cubierta celulosa de uva, mientras que en otras es mucho más considerable, efecto de la superposición de varias capas; y aun diré mejor, que se observa el incremento sucesivo del espesor de las falsas membranas, á consecuencia de la aplicación de nuevas capas que aparecen por debajo de las primitivamente formadas. La consistencia es ordinariamente bastante considerable y su adherencia á la mucosa subyacente distinta en cada región, siendo mayor en las fosas nasales y en la boca que en la garganta, y más en la porción supra-glótica de la laringe que en la infra-glótica, tráquea y bronquios; de otra parte, el grado de adherencia disminuye en cada pseudo-membrana á medida que se aleja el momento de su aparición.

Examen microscópico.—Antiguamente se miraba á las falsas membranas como constituídas por un exudado fibrinoso originado por la mucosa subyacente; mas