

la boca dos planos: uno anterior, formado por el velo del paladar, los pilares y las amígdalas que limitan un orificio, el istmo de las fauces otro posterior, que dista del precedente 2 ó 3 centímetros y está formado por la pared posterior de la faringe.

El *velo del paladar* es un tabique músculo-membranoso que por una parte separa la boca propiamente dicha de la cavidad posterior, y por otra parte, las porciones nasal y bucal de la faringe. Sus músculos, sus nervios, sus vasos, sus funciones, su patología, le colocan en la faringe bucal. Sólo vemos sus bordes y su cara anterior; su cara póstero-superior sólo es visible en el examen de la nasofaringe, y ha sido estudiada juntamente con ésta.

El borde anterior del velo del paladar se une con el borde posterior de la bóveda palatina; se ve claramente la línea transversal que separa la bóveda más blanca y el velo más sonrosado.

La cara anterior, de 4 centímetros de longitud y 5 de anchura, se ve casi vertical en estado de reposo, cóncava de delante atrás y de izquierda á derecha. Forma con la bóveda, de la cual es continuación, un ángulo poco obtuso, casi recto. En estado de contracción, se repliega hacia arriba y hacia atrás, se acerca á la nasofaringe y continúa casi directamente la bóveda hacia atrás. Sus dos mitades lisas, rosadas, pulimentadas, están separadas por el rafe medio más saliente, más pálido, y en cuyos lados se observan una veintena de protuberancias glandulares del tamaño escaso de una cabeza de alfiler.

El velo del paladar se prolonga sobre la línea media por la *úvula*, apéndice cónico, de una longitud aproximada de 2 centímetros y medio de ancho, color de rosa ó un poco más rojo, y sobre el cual se ve también el rafe medio bordado de pequeñas protuberancias glandulosas. La *úvula* sigue todos los movimientos del velo; en estado de reposo, tiene su punta dirigida casi verticalmente hacia abajo, sobre la lengua y la epiglotis; en las contracciones del velo, se levanta con él, dirigiéndose hacia atrás; además disminuye de longitud y aumenta de grosor.

De la cara anterior del velo, un poco por delante de la base de la *úvula* y por fuera de la línea media, parte el *pilar anterior*, que siendo al principio delgado y dirigido hacia afuera, se engruesa en cinta plana y se dirige hacia abajo, adelante y afuera, para terminar á cada lado de la lengua (arco glosopalatino ó glosostafilino).

De la base misma de la *úvula*, formando el borde posterior del velo, parte el *pilar posterior*, bien marcado, que se dirige hacia abajo, atrás y afuera, en dirección á la cara lateral de la faringe, donde se pierde (arco faringopalatino ó faringostafilino).

Entre el pilar anterior, de concavidad mirando hacia atrás, y el pilar

posterior, de concavidad mirando hacia adelante, aproximados en la parte superior, muy separados en la inferior, se encuentra un espacio en forma de ojiva, de ventana gótica, la *fosa amigdalina*.

La *amígdala*, según su volumen, ocupa una parte más ó menos grande, pero queda siempre separada del vértice de la ojiva por una depresión, la fosita supra-amigdalina.

La amígdala palatina, en forma de almendra, tiene una altura media de 20 á 25 milímetros, un diámetro ántero-posterior de 12 á 15 milímetros y un grosor de 10 á 12 milímetros (Sappey). Cuando se examina la garganta sin depresor, sólo se ve el vértice de las amígdalas; con el depresor se ve la mitad superior; si se deprime fuertemente la base de la lengua, se ve la amígdala en toda su altura. Además, por virtud del esfuerzo de vómito que se produce en este momento, se encuentra proyectada hacia adelante y adentro, y presenta hacia adelante toda la extensión de su cara interna y aun su borde posterior. Esta cara interna no es lisa, sino irregular, llena de orificios, de arrugas ó hendiduras que conducen á cavidades más ó menos anchas y profundas, las criptas de la amígdala. Su borde anterior se encuentra siempre muy próximo al pilar anterior; su borde posterior se halla, por el contrario, á cierta distancia del pilar posterior.

A través del orificio formado hacia arriba por el velo del paladar y la *úvula*, á los lados por los pilares y las amígdalas, y hacia abajo por la cara superior de la lengua, se ve en el fondo del campo visual la *pared posterior de la faringe*, extendida como una membrana. La extensión de la porción visible aumenta cuando el velo del paladar se contrae, es decir, se eleva, y más aún cuando se produce un esfuerzo de vómito que eleva el velo del paladar y deprime la base de la lengua. Toda esta región es sonrosada ó de un rojo claro, lisa, pulimentada, ó á lo más finamente granulada, sin arborizaciones vasculares.

A menudo, y muy mal hecho, se descuida examinar las *paredes laterales de la laringe*, que están ocultas detrás de los pilares posteriores. Colocándose, no directamente frente al enfermo, sino un poco á la izquierda, y después á la derecha, se las descubre perfectamente. En los esfuerzos de vómito, se encuentran algo proyectadas hacia adelante y descubiertas en una mayor extensión, lo que permite descubrir el pliegue laringo-epiglótico, borde póstero-inferior de la fosa amigdalina. Las paredes laterales de la faringe, como la pared posterior, son lisas, pulimentadas ó finamente granuladas.

En estado normal, todas las partes que acabamos de describir y que constituyen la faringe bucal, la faringe propiamente dicha, en el sen-

tido clínico de la palabra, se encuentran sonrosadas ó de un color rojo poco intenso, lisas, pulimentadas ó finamente granuladas, fuera de algunas prominencias glandulosas de la región media del velo y de la úvula, y los orificios de las criptas amigdalianas. Además presentan un cierto grado de humedad y aparecen como cubiertas de un ligero barniz. Jamás se estará demasiado familiarizado con este aspecto normal si se ha de evitar el cometer errores de interpretación.

Aspectos patológicos y lesiones.—*a.* El VELO DEL PALADAR puede estar dividido en dos partes por un vicio de conformación, que ya hemos señalado en la bóveda palatina: la *boca de lobo*.

En lugar de ser ligeramente cóncavo, puede caer hacia adelante, bien en totalidad, bien por una de sus mitades solamente, bajo la influencia de un *tumor nasofaríngeo*, de un *absceso retrofaríngeo*, ó de un *absceso peri-amigdalino*. En este último caso, el velo se encuentra rojo, hinchado, edematoso; en los otros casos, está sencillamente replegado hacia adelante y conserva su color normal. El tacto de la faringe completa estos datos de la inspección.

El velo del paladar se encuentra *pálido*, descolorido, como las otras partes de la mucosa bucal en las cloróticas; presenta un tinte *amarillo*, especialmente á nivel del rafe medio, en los ictericos.

En las *amigdalitis agudas*, participa en gran parte de la inflamación y aparece rojo, uniformemente congestionado en su totalidad si la amigdalitis es doble, y en el lado correspondiente á la amígdala enferma, si la amigdalitis es unilateral.

En las *anginas* de la escarlatina y del sarampión, su aspecto es á menudo característico. En la *escarlatina*, presenta un rojo intenso en toda su extensión, sobre el cual se dibuja un piqueteado más rojo aún, alguna vez hemorrágico, dándole un aspecto jaspeado. En el *sarampión*, es rosado, pero sobre el fondo rosa aparecen marcadamente manchas rojas separadas unas de otras. Esta es la erupción sarampionosa, que se manifiesta en el velo del paladar con los mismos caracteres que en la piel, pero veinticuatro horas antes, y éste es con frecuencia un punto importante para el diagnóstico. De igual manera algunas vesículas marcadas en el velo del paladar observadas al principio de la enfermedad, pueden ayudar á diferenciar la *varicela* de las erupciones cutáneas que presentan alguna semejanza con ella. Por último, la *viruela* determina también vésico-pústulas en la mucosa bucal en sus diferentes puntos.

La rubicundez del velo del paladar, como por otra parte la de toda la faringe, puede atribuirse á la irritación producida por el *tabaco*, el *alcohol*, ó á la ingestión de *medicamentos*; los yoduros, los bromuros, la bella-

dona, etc. La rubicundez es con frecuencia difusa, con dilataciones vasculares, en el caso de tabaquismo ó alcoholismo, y siempre seca y como granulosa.

En la *faringitis crónica difusa*, el velo, como la pared posterior de la faringe, aparece rojo, seco, mate, con numerosas granulaciones del tamaño de un grano de mijo, debido á la hipertrofia de sus glándulas mucosas.

La *sífilis* afecta frecuentemente el velo del paladar. En el período secundario, se presentan placas mucosas ovales, rosadas ó rojas, más frecuentemente opalinas, agrisadas ó aporcelanadas, del tipo erosivo, menos frecuentemente del tipo ulceroso, que se continúan con placas análogas diseminadas sobre los pilares y las amígdalas, en medio de una rubicundez difusa extendida á todo el istmo.

En el período terciario se presentan los gomas, al principio salientes, los que se ulceran y producen, ora una simple ulceración en cúpula, ora un reborde chancroso, ora una perforación en el centro, que puede extenderse y destruir el órgano en parte (división en cortinas retorcidas, de Fournier) ó en totalidad.

Las ulceraciones *tuberculosas* se manifiestan con los mismos caracteres que en los demás puntos de la mucosa bucal, y con frecuencia son una extensión de las de la bóveda palatina. La úvula puede verse destruída por ellas.

El *lupus* es una extensión del lupus de los labios y de la bóveda, ó comienza por el borde libre, destruye la úvula, ulcera y corroe el velo, cuyos restos pueden soldarse con la faringe.

b. Las AMÍGDALAS son las partes más vulnerables del istmo de las fauces, y son atacadas en todas las variedades de anginas agudas ó crónicas.

Se encuentran rojas y con aumento de volumen en la *angina eritematosa*, presentando depósitos blanquecinos en la *angina pultácea*; erosiones recubiertas de barniz pseudo-membranoso en la *angina herpética*; ulceración en la *angina úlcero-membranosa*; falsas membranas en la *angina diftérica* y en las demás anginas que la simulan, etc.

La *sífilis* las ataca en todos los períodos; chancro con aumento de volumen, barniz grueso, induración muy perceptible al tacto; placas mucosas erosivas, pápulo-erosivas, difteroides; gomas formando cavidades redondeadas, de fondo irregular, que corroen la amígdala y la destruyen por completo.

La *tuberculosis* las ataca más raras veces que las otras partes de la boca, y sin embargo, las amígdalas, en la mayoría de los tísicos, contienen bacilos. Con frecuencia estos bacilos están depositados en su super-

ficie ó en las criptas; otras veces hay lesiones superficiales de la mucosa; ó, por último, lesiones de los mismos folículos. En estos dos últimos casos, solamente es cuando existe verdadera tuberculosis de la amígdala, manifestándose clínicamente por una ulceración más ó menos extensa, más ó menos profunda, de fondo irregular, vegetante y recubierto de excrecencias.

Las amígdalas se encuentran frecuentemente atacadas de *hipertrofia*. La amígdala hipertrofiada presenta una eminencia globulosa de mayor ó menor volumen y puede llegar hasta la línea media; si las dos se encuentran enfermas, llegan casi hasta tocarse, estrechando considerablemente el istmo de la garganta y ocultando la pared posterior de la faringe. Algunas veces la amígdala no está hipertrofiada en toda su altura, sino solamente en su extremidad inferior. Entonces es preciso deprimir fuertemente la base de la lengua para ver la deformación, que habían hecho prever las perturbaciones funcionales. Otras veces la amígdala está *adherida* á los pilares, que son arrastrados por ella, pero también le impiden que haga hacia adentro una prominencia tan grande como debería hacer. En tal caso, la hipertrofia es mayor de lo que parece y cuando con un ganchillo de discisión se ha desprendido el pilar de la amígdala, ésta se enuclea en seguida y abulta fuertemente dentro de la faringe.

Al contrario, puede existir una hipertrofia más aparente que real, una *falsa hipertrofia*; este es el caso de la *amigdalitis lacunar* crónica, en la cual las criptas de la amígdala están llenas de concreciones que las distienden. Si por la presión con un tapón de algodón ó con un estilete curvo introducido en las cavidades se las vacía de su contenido, se ve que la amígdala se encoge y recobra su volumen real. Esta exploración con el estilete curvo es además necesaria siempre para indicar la naturaleza de las deformaciones lacunares y dirigir la terapéutica.

c. La *UVULA* participa casi siempre de las inflamaciones agudas ó crónicas del velo y con los caracteres que le son propios.

Puede ser asiento de una *prolongación hipertrófica*, de un *edema* limitado á ella, de *pequeños quistes*, de *falsas membranas*, etc. Puede ser destruida por *ulceraciones* tuberculosas ó sifilíticas, ó después de la cicatrización, *adherirse* á uno ú otro de los pilares.

d. La patología de los *PILARES* no puede separarse de la del velo y de las amígdalas. El istmo de las fauces constituye en realidad una región aparte, tanto desde el punto de vista clínico como desde el punto de vista anatómico.

e. La *PARED POSTERIOR* y las *PAREDES LATERALES DE LA FARINGE* participan con frecuencia, pero no siempre, de las *inflamaciones* del

istmo de las fauces, y sobre ello no hemos de insistir. Pueden presentar también *rubicundez* difusa de inflamación aguda ó crónica, *falsas membranas*, por excepción, *placas mucosas*, más á menudo *gomas* ulcerados con bordes redondeados, de fondo amarillento é irregular; *ulceraciones tuberculosas* con tendencia extensiva y *lupus*.

Los folículos cerrados de la pared posterior de la faringe pueden hipertrofiarse como todos los del anillo linfático perifaringeo; esto constituye la *angina granulosa* ó *glandulosa* (ó las granulaciones). Las granulaciones en los niños son voluminosas del tamaño de una lenteja ó de un guisante, tanto mayor cuanto más se acercan á la faringe nasal, cuyas vegetaciones adenoides constituyen. Presentan eminencias mamelonadas, pálidas, rosadas ó rojas, cuando están inflamadas, abundantes especialmente en la parte superior y detrás de cada pilar posterior, donde forman un reborde grueso (falso pilar). En el adulto, son un poco menos voluminosas, pero igualmente visibles, rodeadas con frecuencia por dilataciones vasculares y descansando sobre una mucosa mate y granulada. Algunas veces están limitadas á las partes laterales, detrás de los pilares, donde es preciso saber encontrarlas (faringitis granulosa lateral).

En la *faringitis crónica difusa*, no solamente los folículos cerrados se encuentran hipertrofiados para formar las granulaciones, sino que las glándulas mucíparas se hipertrofian también y aparecen como una multitud de pequeñas eminencias del grueso de una cabeza de alfiler.

En la *faringitis seca*, que es su resultado, las eminencias de las glándulas mucosas y de los folículos cerrados se encuentran rebajadas; la mucosa resulta lisa, seca, brillante y apergaminada.

En todos los casos, la faringe se halla recubierta de moco ó de mucopus abundante; granulosa en la faringitis granular y en la faringitis difusa, y gruesa, concreta y adherente en la faringitis seca. A menudo, para ver bien el estado de la mucosa, es preciso limpiarla con un tapón de algodón; algunas veces este moco toma la forma de una falsa membrana.

Este error pasajero se comete más fácilmente en los niños; en el momento en que se vuelve la cabeza hacia atrás y se deprime la lengua con el depresor, se ve en el fondo de la faringe una masa blanquecina que puede suponerse una falsa membrana. Esta masa blanquecina está constituida por el moco que baja de la nasofaringe, como es fácil comprobarlo limpiándola con un tapón de algodón y diluyéndola en un poco de agua, en la cual se disgrega.

Estas *secreciones faríngeas*, recogidas de la manera dicha, pueden ser examinadas desde el punto de vista bacteriológico, como las falsas mem-

branas, según las reglas que indicaremos más adelante. Puede haber necesidad de buscar el bacilo de Koch en las secreciones, para determinar la naturaleza tuberculosa ó no de una ulceración. Los bacilos son muy poco numerosos en estos casos y el examen microscópico directo ofrece las mayores probabilidades de resultar inútil. Es preciso frotar sobre la ulceración un pequeño tapón de algodón esterilizado, inoculando después debajo de la piel del muslo de un cobayo, en el cual habrá probabilidades de provocar la tuberculosis si la ulceración es de naturaleza tuberculosa.

En la cavidad de la faringe, rechazando la pared posterior, ó una de las paredes laterales, es donde vienen á encontrar salida los *abscesos por congestión* ó los *abscesos retrofaríngeos*. En el primer caso, el tacto permite notar delante de la columna vertebral una tumefacción resistente ó fluctuante, más ó menos voluminosa; en el segundo, se percibe claramente una tumefacción renitente, del tamaño de una avellana, de una nuez y hasta de una mandarina, detrás del pilar posterior, de la cara lateral y mitad correspondiente de la cara posterior de la faringe, que avanza algunas veces hasta más allá de la línea media. La posibilidad de circunscribir el tumor, de pasar el dedo entre él y la amígdala, permite afirmar que sólo se trata de un absceso periamigdalino.

Para practicar en condiciones asépticas el examen bacteriológico del pus de estos abscesos, conviene practicar en su interior una punción exploradora. Nosotros empleamos muchas veces la técnica siguiente: El enfermo tiene la cabeza fuertemente sostenida por un ayudante, para evitar todo movimiento y todo cambio de relaciones entre el tumor y las regiones vecinas y principalmente con los vasos gruesos del cuello. Colócase el abreboca, separando hasta el máximo las arcadas dentarias, de modo que quede fijo por su misma presión. Llévase el índice de la mano izquierda directamente de delante atrás sobre el tumor, y después se dirige ligeramente su totalidad hacia la derecha ó la izquierda del enfermo, según que el absceso sea lateral derecho ó lateral izquierdo, con objeto de separarlo y de replegar el haz vasculo-nervioso. La mano derecha introduce la jeringa esterilizada en la boca, siendo aquélla bastante voluminosa (la jeringa de M. Debove, de 5 centímetros cúbicos, conviene perfectamente), armada con una cánula larga, de 4 á 5 centímetros y de 1'5 milímetros de diámetro. Sirviéndose del índice izquierdo como conductor, se llega fácilmente y sin peligro, sobre el tumor, el cual se pincha con la aguja de un golpe brusco y bastante fuerte. Cuando se obtiene la sensación de haber penetrado en la cavidad, la mano izquierda abandona su puesto y viene á coger el cuerpo de bomba de la jeringa, para permitir á la mano derecha tirar del pistón. Es conveniente aspirar tanto pus

como se pueda, para evitar su salida por la pequeña herida de la punción cuando se haya retirado la aguja.

III. Sensibilidad.—Las perturbaciones de la sensibilidad de la faringe son subjetivas ú objetivas. Las perturbaciones *subjetivas* consisten excepcionalmente en neuralgias (caso de neuralgia del trigémino), y más frecuentemente en una parestesia de manifestaciones variables (sensación de sequedad de la faringe), de hinchazón, de pesadez del velo, de cuerpo extraño, fijo ó variable, que se observa á consecuencia de heridas por pequeños cuerpos extraños, aun después de su extracción, en el curso de una faringitis lateral, de una afección de la trompa ó del oído, ó en la histeria, la neurastenia ó la hipocondría. De esto no debemos ocuparnos aquí.

Las perturbaciones *objetivas* son: la hiperestesia, la anestesia y la hipoestesia. La hiperestesia generalizada es frecuente en los fumadores, los bebedores, los tuberculosos ó las personas que hablan mucho. Tradúcese objetivamente por una exageración del reflejo faríngeo, esfuerzo de vómito, en el cual el velo se eleva y se contrae la faringe. Este reflejo se produce fácilmente tocando con el mango de una cuchara ó con una sonda un punto cualquiera de la mucosa. La hiperestesia puede estar localizada en el velo, en uno de los pilares ó en las paredes de la faringe en los casos de inflamación aguda ó crónica de estas partes. La exploración metódica de cada una de estas regiones por medio de un estilete determinará los diferentes casos.

La anestesia se encuentra unas veces limitada al velo y á sus pilares, ó á la mucosa de la faringe, y otras extendida á todas estas partes. Cuando está generalizada, el enfermo no se da cuenta de la presencia de los alimentos en el momento de su paso, lo cual perturba la regularidad de la deglución y permite la caída de los alimentos en la laringe. El enfermo no siente el frío ni el calor de aquéllos; se puede tocar fuertemente la mucosa con una sonda sin provocar el reflejo, y hasta sin que se dé cuenta el enfermo. Con más frecuencia la anestesia se limita al velo y á los pilares; la titilación de la úvula ó del velo no se siente, ó no provoca el reflejo del velo, esto es, su elevación, no contrayéndose tampoco la faringe. Si se toca la mucosa de la faringe que está indemne, se experimenta la sensación y se produce el reflejo faríngeo. Puede suceder lo contrario; estando limitada la anestesia á la faringe, el reflejo faríngeo no se produce si se toca el fondo de la faringe, mientras que si se toca el velo se producirá ó el reflejo palatino ó el reflejo faríngeo.

La hipoestesia es la disminución de la sensibilidad; se analiza como la anestesia, de la cual se diferencia en que la sensación de contacto no