

el haber admitido los antiguos la existencia de la *parasymanche*. 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 expectoran constantemente y con dificultad un moco espeso y filamentosos. 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 bisturí, 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 artículo 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 aqui 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 remilente*, 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. interm.*, Roma, 1824.

que en los casos que cita Barbette la supuesta intermitencia parece que solo ha sido el efecto inmediato de diversos medios de tratamiento bastante enérgicos. No está, pues, perfectamente demostrada la existencia de la angina intermitente; sin embargo, no se la debe considerar como imposible.

Barthez (1) ha demostrado que hay dos formas principales de amigdalitis aguda simple, á las que no debía aplicarse el mismo tratamiento.

Amigdalitis catarral. Es mas frecuente en los niños que en los adultos, y en las mujeres que en los hombres. Se presenta especialmente cuando reinan epidémicamente otras afecciones catarrales, como la gripe, coriza, laringitis, bronquitis. Por lo general va precedida de fiebre con quebrantamiento y malestar, sobre todo escalofrios.

Las amígdalas y velo del paladar se ponen rojos y tumefactos, pero sin llegar á tomar grandes proporciones. Hay abundante secreción de moco. Los enfermos piden comida y pueden deglutir durante todo el período del mal.

La duración de la enfermedad puede ser de ocho días próximamente; vá acompañada ó seguida de una faringitis difusa, coriza ó laringitis; las que no constituyen complicaciones propiamente hablando; es la misma enfermedad que hace extensiva su acción á otros órganos diversos.

Segun Barthez, otro carácter de la amigdalitis catarral es su múltiple aparición en la misma persona, sea en el mismo año, sea en intervalos mas lejanos, hasta que por los progresos de la edad y por las modificaciones que imprime á la organización, esta predisposición se extingue gradualmente.

Esta amigdalitis cede con prontitud al uso del alumbre. Las lociones ó fricciones con esta sustancia solo producen un dolor moderado, pero la afección cede en dos, tres ó cuatro días. Las emisiones sanguíneas suelen ser mas frecuentes que útiles.

Amigdalitis inflamatoria. Rara en la infancia, ataca de preferencia á los jóvenes y adultos. Es poco frecuente y no reina nunca epidémicamente; vá acompañada de fiebre intensa, continua, sin recargos. El estado local se manifiesta por una sensación de sequedad, con tumefacción considerable. Las amígdalas se tumefactan hasta el punto de ponerse en contacto; están lisas y desaparecen sus anfractuosidades. El color es subido, de escarlata. El dolor es intenso y la deglución se hace imposible y los enfermos reusan el beber obstinadamente.

Por lo general no tiene tendencia la enfermedad á propagarse á los órganos inmediatos, y su modo de terminar mas frecuente es la resolución simple. En otras ocasiones suele formarse un absceso en la amígdala, y en otras mas raras se ha producido su mortificación parcial.

(1) Barthez, *Memoire sur l'amigdalite aiguë* (*Gazette medical e*, Paris, 1856).

No se verificarán gargarismos astringentes, su acción será la de aumentar el dolor sin determinar la resolución de la enfermedad. Las omisiones sanguíneas locales y generales producirán rápido alivio, abreviando la duración del padecimiento.

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

El curso de la faringitis tonsilar es por lo comun continuo y rápido, y despues de haber tomado incremento durante algunos días, los síntomas van disminuyendo en seguida poco á poco.

La duración de la enfermedad varia necesariamente segun su intensidad. La angina ligera ó medianamente intensa desaparece cuando mas en un setenario, y si se declaran síntomas febriles y al mismo tiempo hay una tumefacción muy considerable de la cámara posterior de la boca, la enfermedad puede prolongarse un poco, pero no exceder del segundo setenario. Lo mismo sucede en los casos en que se forma supuración en la amígdala, pues aunque la enfermedad presenta entonces síntomas mas violentos, su duración no aumenta, en razón á que al momento que se rompe el absceso se efectúa la curación con gran rapidez.

Esta enfermedad termina en la mayoría inmensa de casos por resolución. Cuando termina por supuración se abre esta paso por lo comun al interior. En algunos casos se insinúa el pus al exterior (Lanfranc, Landé, Velpeau). La extensión de la supuración puede determinar la ulceración de la carótida, produciendo una hemorragia fulminante (Grisolle (1), Caytan (2), L. Lefort (3), Muller). La terminación por parálisis, negada un tiempo, es hoy un hecho positivo en la ciencia, merced sobre todo á los trabajos de Gubler, German Sée, Hervieux (4). En cuanto á la terminación por gangrena es rara en la faringitis verdaderamente inflamatoria; algunas veces pasa la enfermedad al estado crónico.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Es cuando menos muy raro que haya habido que hacer la autopsia de un individuo muerto de una faringitis tonsilar simple. En los casos en que los sujetos han sucumbido de otra afección, se pueden hallar las amígdalas hinchadas, cubiertas de moco ó de un líquido puriforme, infiltrado su tejido, la membrana que la cubre engrosada y muy reblandecida y sus lagunas muy desarrolladas y llenas de concreciones caseosas.

Cuando se ha formado supuración en las amígdalas, se hallan abscesos tortuosos que contienen por lo comun en líquido sanioso y fétido,

(1) Grisolle, *Pathologie interne*, 9.^a ed., Paris, 1865, t. I.

(2) Caytan, *Angine tonsillaire, hemorragie* (*Gazette méd. de Strasbourg*, 1862).

(3) Lefort, *Idem* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1862, p. 300).

(4) Hervieux, *Bull. de la Soc. méd. des hopitaux*, t. IV, 1858—1861.

y á sus inmediaciones una inflamacion mas ó menos estensa, que propagándose hasta la laringe, puede ocasionar el edema de la glotis. Este se presenta con sus caractéres anatómicos ordinarios.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de la faringitis tonsilar es casi siempre muy fácil, puesto que los síntomas locales y la inspeccion de la cámara posterior de la boca no pueden dejar ninguna duda en el ánimo del médico; sin embargo, hay casos que merecen examinarse particularmente. Cuando, por ejemplo, el enfermo no puede abrir la boca á causa de la tumefaccion de su cámara posterior y de la de los gánglios sub-maxilares, puede haber una sufocacion alarmante que haga temer que invade á la laringe una enfermedad especial, el crup. (V. t. II, art. CRUP).

¿En qué se conoce que la faringitis es simple? ¿Cómo se la distinguirá de las otras formas, faringitis pultácea, pseudo-membranosa y gangrenosa? En el mayor número de casos es tan sumamente fácil este diagnóstico diferencial, que no hay necesidad de discutirle; pero ya hemos visto que á veces se forman en la superficie de la amígdala puntos blancos que pudieran hacer creer que habia una verdadera falsa membrana. Hé aquí cómo se evitará este error: estos puntos tienen un color blanco mate, son muy circunscritos y forman una prominencia manifiesta en la superficie de la amígdala; de un día á otro no se estienden mas allá de su límite y si se los desprende, lo cual no ofrece gran dificultad, se ve por debajo la laguna folicular en que se han formado. Por el contrario, en los casos en que se presentan rudimentos pequeños de falsas membranas incipientes, se perciben puntos poco prominentes, agrisados, semi-transparentes, cuyos bordes parece que se continúan con la membrana mucosa y que se estienden con rapidez. Si se trata de separarlos se encuentra mucha dificultad, y si se consigue, la mucosidad subyacente dá sangre y no presenta lagunas foliculosas.

En algunos casos se forma en la superficie de la amígdala, como ya hemos dicho antes de ahora, una capa mucosa purulenta que igualmente puede ser tomada por una falsa membrana; pero entonces, como lo han hecho notar Rilliet y Barthez, basta separar con un pincel la capa de liquido espeso para ver que la afeccion es una simple angina inflamatoria. No hablamos de la fetidez del aliento ni de otros síntomas concomitantes, porque no dán grandes luces para el diagnóstico.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos distintivos de la faringitis tonsilar intensa y del crup.

FARINGITIS TONSILAR.	CRUP.
Sufocacion <i>continua</i> .	Accesos de sufocacion.
Voz nasal desagradable.	Voz sorda <i>apagada</i> .
Poca ó ninguna tos.	Tos ronca y seca.
Amígdalas sumamente tumefactadas, interceptando el paso del aire.	Amígdalas por lo comun hinchadas, cubiertas de una falsa membrana, pero dejando todavía paso libre al aire.

2.º Signos distintivos de las concreciones foliculosas y de la falsa membrana incipiente.

CONCRECIONES FOLICULOSAS.	FALSA MEMBRANA INCIPIENTE.
Color blanco mate; muy circunscritas.	Puntos grises semitransparentes y como difusos.
No parece que sus bordes se confunden con la membrana mucosa.	Bordes que parece que se confunden con la mucosa inmediata.
Forman una prominencia manifiesta en la superficie de la amígdala.	Sin prominencia manifiesta.
No se estienden de un día á otro.	De un momento á otro hacen progresos por lo comun rápidos.
Se las desprende sin gran dificultad.	Se desprenden <i>dificilmente</i> .
Por debajo de ellas lagunas foliculosas.	No se hallan debajo lagunas foliculosas.

Pronóstico. El pronóstico de la faringitis tonsilar es favorable en el mayor número de casos, puesto que lo natural es observar que la enfermedad termine por resolucion. Cuando se forma supuracion el caso es mas grave, porque, como ya dejamos dicho, puede dar lugar á una laringitis edematosa (edema de la glotis). La estension de la supuracion, la formacion de colecciones purulentas considerables, la produccion de hemorragias por rotura de las carótidas. Por fortuna son raros los hechos de este género, y por otra parte se puede decir que aun en la mayor parte de ellos terminan favorablemente por la rotura del absceso en el interior de la faringe. Finalmente, la terminacion por gangrena es sumamente grave; pero este es un punto que debemos reservar para uno de los artículos siguientes.

Si se admitiese la existencia de una *faringitis artrítica*, habria que convenir con los autores que han hablado de ella, que esta forma tiene en igualdad de circunstancias alguna mas gravedad que las otras.

§ VII.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas. Según Louis (1), la *sangría general* tiene una influencia favorable en la duración de la enfermedad; pero que esta influencia es mucho más limitada de lo que se había supuesto, porque en los sujetos á quienes se ha sangrado no terminó la afección hasta los nueve días, y en los demás solo se ha prolongado hasta diez días y un cuarto; en todos estos individuos la faringitis tenía cierto grado de intensidad.

Empleando la *fórmula* de las emisiones sanguíneas propuestas por Bouillaud (2), los enfermos se han curado por término medio en ocho días.

Sin embargo, hay algunos casos en que están divididas las opiniones y principalmente en la *formula llamada biliosa*, acerca de la cual tanto ha insistido Stoll. Según este autor (3), la sangría había producido muy poco efecto en la epidemia de 1779, al paso que inmediatamente después de la administración de un emético, experimentaban los síntomas un alivio de los más notables, lo cual se conocía por el restablecimiento de la deglución hasta entonces abolida. Es imposible discutir semejantes proposiciones no habiendo citado hechos que las apoyen, porque esto sería adelantarse á la observación: solo si diremos que los médicos modernos, á pesar de recomendar los vomitivos de que hablaremos más adelante, no han dado tan gran importancia á la forma de la enfermedad.

Una aplicación de *sanguijuelas* en número considerable hácia la base de la mandíbula, según las investigaciones de Louis, producen mucho menos efecto que la sangría general, ó mejor dicho, en los hechos que este autor ha observado no han dado resultado apreciable, porque la afección ha tenido después de su aplicación la duración ordinaria. Broussais (4) era de la opinión contraria; pero esta opinión no se apoya en hechos positivos.

Se han aplicado *sanguijuelas* en un punto más ó menos distante, como al ano, á las partes genitales y al rededor de los maleolos; pero por lo común esta práctica no está en uso á no ser que se quiera restablecer un flujo suprimido.

En algunos casos se ha practicado la sangría local por medio de *ventosas escarificadas*, que Foresto (5) mandaba aplicar entre las escápulas, y que pueden ponerse también, como las sanguijuelas, á las partes laterales del cuello; pero rara vez se ha hecho uso de este medio.

La *sangría de las venas raninas*, á la cual recurrieron los antiguos,

(1) Louis, *Rech. sur les effets de la saignée*, etc., París, 1835.

(2) Beuillaud, *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, París, 1837, t. II.

(3) Stoll, *Ratio medendi*, pars. IV, p. 61.

(4) Broussais, *Cours de pathologie*, París, 1835, 5 tomos en 8.º

(5) Foresto, *Opera omnia*, lib. XV, obs. 47.

y que está aconsejada por Foresto, Sydenham, Lanzoni, etc., puede considerarse una emisión local, á pesar de hacerse con la lanceta. El peligro de esta sangría y la falta de pruebas de que tenga más utilidad que la del brazo, han hecho que se haya renunciado generalmente á su uso. Sin embargo, Mestiver (1), padre é hijo, y Aran (2), se han decidido partidarios de este medio.

Hay un medio que se acerca hasta cierto punto á los anteriores por el flujo de sangre que produce: hablamos de la *escarificación* ó *dislaceración* de la parte afectada, que se hacen practicando sajaduras un poco profundas ó rasgando el tejido de la amígdala inflamada, bien sea con un bisturí recto, cuya hoja se envuelve con una cinta hasta algunas líneas de su punta, bien empleando las pinzas de Museux. Se espera por este medio efectuar un desinfarto, que seguido de la desaparición inmediata de la tumefacción, procure un alivio rápido; pero se comprende que sería necesario cierto número de hechos concluyentes en favor de esta práctica, cuyas consecuencias pueden ser funestas, y por desgracia la opinión de los autores que han recomendado las escarificaciones solo está fundada en ideas teóricas. Un médico prudente debe abstenerse de su uso por temor de producir una irritación que en vez de ser provechosa venga á aumentar el mal.

Bicarbonato de sosa. Hamon, de Fresnay (3), ha empleado con éxito en sí mismo y en sus enfermos esta sal sódica, pero con la condición de usarla al principio cuando hay reacción febril. Esta medicación obra como antiflogística, haciendo menos plástica la sangre. Pero no produce acción cuando la flegmasia está completamente localizada y cuando los síntomas generales han desaparecido. La cantidad del bicarbonato de sosa es de 15 gramos en pocion ó jarabe.

Atemperantes y emolientes. Así en todos tiempos se han prescrito los *gargarismos* con el cocimiento de malvas, de altea, de linaza, de dátiles y de azufraifas; la aplicación local de glicerina; las *cataplasmas* emolientes al rededor del cuello, los *fomentos* de igual naturaleza y las *bebidas atemperantes*, respecto á cuyos diversos medios sería inútil entrar en más detalles.

Lo mismo decimos de las *fumigaciones* recomendadas ya por Hipócrates, y que pueden hacerse con los cocimientos anteriormente indicados. Según Cullen (4), las *fumigaciones con el vapor de agua común* son preferibles á todas las demás; pero ¿en qué está fundada semejante asercion?

Acidulos. En seguida se han prescrito las bebidas y *gargarismos* acidulos, con objeto, sin duda, de moderar por su acción astringente la hinchazón demasiado considerable, y á este fin se ha administrado

(1) Mestiver, *Sur la saignée des veines ranines* (*Bull. de therap.*, 1857).

(2) Aran, *Sur la saignée des veines ranines* (*Bull. de therap.*, 1857).

(3) Hamon, *Du traitement de l'amygdalite aiguë par la méthode alcaline* (*Gazette des hopitaux*, 1861, núm. 38).

(4) Cullen, *Medicina práctica*, trad. por Bosquillon.

con tanta frecuencia el *jarabe de moras*, considerado por el vulgo como un medio casi específico. Hé aquí la fórmula que empleaba Foresto:

T. Agua de llanten.	} aa	120 gram.
Agua de cola de caballo.		
Zumo ó jarabe de moras.		

Se hacen gárgaras siete ú ocho veces al día.

En los casos en que sea difícil hacer gárgaras, recomienda este autor que se trague á pequeños sorbos el jarabe de azufafas, violetas y moras.

También se puede prescribir el gargarismo propuesto por Hecker:

T. Infusion de flor de sauco.	} aa	50 gram.
Ojimiél escilitico.		
Ojimiél simple.		

Mézclese. Se hacen gárgaras cuatro ó cinco veces al día.

Acidos. Para hacer mas enérgica la acción de estos gargarismos han empleado otros el *vinagre*, el *zumo de limon* ó los ácidos todavía mas fuertes, como el *ácido hidroclicórico* y el *ácido sulfúrico*. Revillont (1) ha empleado con éxito el zumo de muchos limones. Así se ha prescrito:

T. Agua comun.	130 gram.
Jarabe simple.	20 gram.
Acido sulfúrico.	20 gotas.

O también:

T. Agua destilada de lechuga.	230 gram.
Acido hidroclicórico puro.	4 gram.
Miel rosada.	40 gram.

Algunas veces se ha llegado á aplicar á la faringe preparaciones ácidas mucho mas activas, Sydenham (2) parece ha sido el primero que recomendó tocar las partes inflamadas con una mezcla *muy ácida* de miel rosada y ácido sulfúrico, práctica que se ha imitado despues con bastante frecuencia: no obstante, por lo comun se limitan los médicos á lavar á menudo estas partes con un colutorio acidulado, tal como el siguiente:

T. Miel.	60 gram.
Agua.	200 gram.

Disuélvase y añádase:

Zumo de limon.	15 gram.
------------------------	----------

Agítese cada vez que se haya de usar.

- (1) Revillont, Sesión de la Academia de Medicina, 20 junio, 1865.
 (2) Sydenham, *Opera omnia*, t. I, cap. VII.

¿Tienen los ácidos la eficacia que se les atribuye? No es posible responder positivamente á esta pregunta. Si la inflamacion es poco intensa y no muy profunda, y la tumefaccion de las partes depende al parecer de un aflujo muy considerable de líquidos, se puede creer que es ventajosa esta medicacion; pero si la inflamacion estuviese caracterizada por dolores vivos y profundos y por una rubicundez intensa que anunciase una inflamacion muy aguda, seria probablemente inútil y hasta perjudicial recurrir á estos medios.

Cateréticos y astringentes. Es muy raro que en la faringitis tonsilar franca se haga uso de ácidos empleados como cáusticos enérgicos; pero se han elogiado, sobre todo en estos últimos años, ciertos medicamentos *cateréticos* y sumamente *astringentes*, que vamos á analizar.

Frio. Hielo. Se han empleado también las lociones frias al exterior y la ingestion de pequeños trozos de hielo en la boca. Este medio exige grandes precauciones por la reaccion consecutiva.

Nitrato de plata. El doctor Durant, cirujano castrense (1), cauteriza con el nitrato de plata seco toda la estension de la mucosa inflamada en los casos en que no hay complicacion gástrica. Veinticuatro horas despues ya es mas fácil la deglucion, y á los tres ó cuatro dias, en cuyo tiempo se han hecho dos ó tres cauterizaciones, el enfermo puede volver á dedicarse á sus negocios.

Segun Herpin, de Ginebra (2), la cauterizacion obra tanto mejor cuanto se emplee en el momento en que el enfermo esperiméntó los primeros fenómenos del padecimiento.

Herpin emplea un cilindro de nitrato de plata sólidamente fijo y que no pase del porta-cáusticos mas que una estension de 4 milímetros próximamente. Se sienta el enfermo en una silla, lo mas cerca posible de una ventana, la cabeza sostenida por un ayudante, se deprime la lengua con una cuchara ó mejor con un partidó de papel, y se le hace al enfermo pronunciar la A como si vocalizara. Entonces si las dos amígdalas están afectadas se toca primero circularmente la amígdala derecha con un lado de la piedra y despues se procede de igual modo con la izquierda. Cuando está inflamado el velo del paladar, se le cauteriza al pasar de una glándula á otra la estremidad obtusa del cáustico. Si la úbula está roja y edematosa, se la toca descendiendo con la estremidad aplanada de la piedra, y este es el último tiempo de la operacion, que no es doloroso. Nos faltan hechos para juzgar este método.

Alumbre. El *alumbre*, despues de haber formado parte de muchas fórmulas antiguas, se ha empleado solo, como ya hemos dicho antes de ahora, y particularmente por Velpeau. Esta medicacion se ha dirigido principalmente contra la especie de faringitis que nos ocupa, y no volveremos á indicar aquí el modo de usarle, porque nada es mas

(1) Véase Greppo, *Quelq. consid. sur la méth. abortive dans l'uretrite et l'amygdalite aiguë* (*Journ. de med. de Lyon*, noviembre de 1845).

(2) Herpin, de Ginebra, *Union medicale*, 24 junio, 1852.

fácil, puesto que está reducido á aplicar el remedio con el dedo sobre las partes inflamadas. Se prescriben tambien gargarismos aluminosos á la dosis siguiente:

T. Alumbre.	8 á 16 gram.
Agua de cebada.	120 gram.

Disuélvase. Se hacen gárgaras dos ó tres veces al dia en los intervalos de las aplicaciones de alumbre, que deben hacerse en número casi igual.

Estos *gargarismos aluminosos*, así como las *insuflaciones de alumbre*, habian sido prescritos ya por Lázaro Riverio (1), y A. Laennec (2) cita dos casos en que parece que la angina ha cedido á estos medios; sin embargo, se ha recurrido mas particularmente á las *fricciones* hechas con el dedo, del modo que acabamos de indicar.

Tambien se ha prescrito el alumbre bajo otras formas, y así es que Thilenio (3) hacia uso de pastillas, cuya composicion es la siguiente:

T. Sulfato de alumina y de potasa.	} aa partes iguales.
Azúcar de regaliz.	
Goma arábica.	

Mézclese. H. S. A. tabletas que el enfermo deja deshacer en la boca.

De todas estas fórmulas la mas sencilla es la que consiste en aplicar directamente el alumbre en polvo á la faringe, y la que por consiguiente se debe preferir.

Borax. Segun un artículo de un periódico inglés (4), los chinos hacen uso desde muy antiguo del *borax* en forma de *insuflacion*, cuyo modo de obrar es análogo al del alumbre, y le han usado igualmente un gran número de autores. (V. t. III MUGUET).

Clorato de potasa. El clorato de potasa se emplea con éxito al principio de las laringitis tonsilares y ha podido producir á veces la resolucion de la enfermedad. Se le emplea en pocion:

T. Solucion gomosa.	100 gram.
Clorato de potasa.	1 á 4 gram.
Jarabe balsámico de Tolú.	10 gram.

O mejor un gargarismo á la dosis de 3 á 4 gramos por 100 de agua.

Amoniaco. El *amoniaco* es tambien una de las sustancias que se ha recomendado mucho, y casi siempre se ha prescrito en forma de sal, en el estado de hidroclorato y en gargarismos.

(1) Riverio, *Prax. med.*, lib. VI.

(2) Laennec, *Révue med.*, t. IV, 4828.

(3) Thilenio, *Obs. med. chir.*, Francfort sobre el Mein, 1809.

(4) *Lond. med. Repos.*, 1815.

Los autores mas recientes se han contentado con hacer entrar la *sal amoniaco* en diferentes fórmulas, y hé aqui la que puede usarse:

T. Hidroclorato de amoniaco.	4 gram.
Agua.	400 gram.
Jarabe de vinagre.	60 gram.

Mézclese exactamente. Se hacen gárgaras tres ó cuatro veces al dia.

Otros autores han empleado el *acetato de amoniaco*, pero administrándole principalmente al interior. Hé aqui la *pocion* que recomienda Goelis en los niños cuando la calentura no es muy intensa.

T. Cocimiento de altea.	15 gram.
Espiritu de Minderero.	4 gram.
Jarabe de altea.	40 gram.

Se toma una cucharada cada dos horas.

Se hacen igualmente *aplicaciones esternas* con el *amoniaco*, y así Most (1) propone que se hagan fricciones á todo el cuello con el *linimento* siguiente:

T. Aceite de beleño.	30 gram.
Ungüento mercurial.	6 gram.
Amoniaco líquido.	15 gram.

Mézclese.

Vogler (2) empleaba al exterior *fomentos* con el agua amoniaca libia compuesta del modo siguiente:

T. Sal amoniaco (hidroclorato).	8 gram.
---	---------

Disuélvase en

Agua comun.	200 gram.
---------------------	-----------

Empápese una franela en este liquido y póngase al rededor del cuello.

O bien aplicaba la cataplasma siguiente:

T. Pan de trigo seco y machacado.	150 gram.
Linaza quebrantada.	30 gram.
Sal amoniaco pulverizada.	8 gram.
Opio puro.	120 centig.
Agua hirviendo.	C. S.

Se aplica esta cataplasma caliente al rededor del cuello.

Diversos medios combinados. Rul-Ogez (3) indica los buenos efectos de los gargarismos con acetato de plomo cristalizado.

(1) Most, *Encyklop. der Med. und Chir.*, 1833.

(2) Vogler, *Pharm. Seletc.*, Giessen, 1804.

(3) Rul-Ogez, *Annales de la Société medicale d'Anvers*, enero de 1852.