

T. Agua destilada.	160 gram.
Goma arábica.	46 gram.
Acetato de plomo cristalizado.	30 á 50 centig.
Jarabe simple.	32 gram.

Mézclese. Para gargarizar cada hora. En el intervalo debe usarse el gargarismo emoliente.

Sartorius (1) empleó el gargarismo siguiente en un caso en que la tumefacción enorme de las amígdalas hacia temer por la vida del enfermo.

T. Rosas rojas.	} aa 4 gram.
Flores de granado.	
Cáscara de granada.	15 gram.
Hojas de roble.	3 gram.
Alumbre calcinado.	120 centig.

Hágase hervir en

Agua de hierro. 750 gram.

Y añádase:

Conserva de moras. 30 gram.

Se hacen gárgaras tres ó cuatro veces al día.

El mismo autor prescribía *emplastos* y *cataplasmas*, en los que entraban la *pulpa* y el *zumo de las cebollas*, el *bulbo de las azucenas*, los *nidos de golondrina*, etc. Casi todas las sustancias que empleaban los antiguos, y á las cuales se puede atribuir una acción enérgica, son *astringentes*, *estípticas* ó *ácidas*.

Van Rhyn (2) dice haber detenido con rapidez una faringitis tonsilar aguda, dando al enfermo mañana y tarde una cucharada del *vinagre* llamado de los *cuatro ladrones*.

Vomitivos. Se han usado todavía con mas frecuencia los *vomitivos* en la amigdalitis que en la angina ligera de que hemos tratado en el artículo anterior. Laennec ha referido dos casos en los cuales se ha disipado pronto la angina despues de la administración del *emético á alta dosis* (3); pero serian precisos hechos mas numerosos, y cuyo curso se hubiese seguido con mas cuidado para decidir cuál es la eficacia del vomitivo en esta afección.

No obstante, se puede creer que este medio tenga cierta acción favorable en vista de los efectos que hemos notado produce en otras inflamaciones mas profundas y mas graves; sin embargo, estas no pasan de presunciones, y convendría que una observación exacta viniese á ilustrarnos acerca de este punto.

(1) Sartorius, *Misc. nat. cur.*, dec. XI, año I, obs. 423.

(2) Van Rhyn, *Annales de la Societé de Roulers*, 2.^a ent.^a, 1850, y *Bull. de therap.*, 30 de abril de 1850.

(3) Véase PULMONÍA, t. II de esta obra.

Calomelanos. El doctor René Vanoye (1) ha referido casos muy graves y de larga duración, en los que ha tenido excelente resultado una medicación muy sencilla ideada por Scelle-Montdezert (2), la cual consiste en el uso de las píldoras siguientes:

T. Calomelanos.	30 centig.
Jabon amigdalino.	4 gram.

H. S. A. doce píldoras. Se toman dos por mañana y dos por la tarde.

Morris (3) elogia mucho la *resina de guayaco* tomada á la dosis de un gramo, pero administraba primero un vomitivo y en seguida un purgante.

Tratamiento de la faringitis biliosa de los autores. Stoll empleaba casi esclusivamente los *emetocatárticos*, pero sin embargo no excluía enteramente la *sangría*, sino que recomendaba no apelar á ella mas que en los casos en que á los síntomas biliosos acompañasen algunos fenómenos inflamatorios un poco manifiestos, y solo la usaba como un medio preparatorio para favorecer la acción de los vomitivos. Foresto (4) recurrió igualmente á la *sangría* en un caso que consideraba como una angina biliosa, y para vencer el estreñimiento que era pertinaz, se limitó á prescribir *supositorios*.

Sea como quiera, debemos decir que la angina en que se observen los caracteres biliosos, debe ser tratada, hasta que tengamos nuevos hechos, del mismo modo que la pulmonía llamada *biliosa*. (V. PNEUMONIA, t. II).

Hasta ahora solo hemos considerado la acción medicinal de los vomitivos; pero hay otro punto de vista bajo el cual se deben estudiar estas sustancias. Cuando es evidente la formación de un absceso en la amígdala ó á lo menos se sospecha su existencia, y el enfermo presenta síntomas alarmantes, se administra un vomitivo con la esperanza de que las contracciones violentas de la faringe *apresurarán la rotura del absceso*, por cuyo medio se ha conseguido con frecuencia evitar al enfermo muchas horas de padecimiento y sufocación. El vomitivo que debe usarse en estos casos es el *tártaro estibiado* á dosis simplemente emética, es decir, 5 centigramos que se toma de una vez en medio vaso de agua.

Purgantes. Muy poca importancia se dá á los *purgantes* en el tratamiento de la angina, y apenas se emplean mas que con el objeto de mantener el vientre libre. Así no hallamos que los autores hagan mención de ninguna sustancia particular, pues bastan en todos los casos las *sales purgantes*, los *resinosos*, ó mejor tal vez simples *lavativos laxantes* con el *aceite de linaza*, la *miel de mercurial*, etc.

(1) René Vanoye, *Annal de la Soc. de méd. d'emul de la Flandre occid.*, agosto de 1848.

(2) Scelle de Montdezert, *Journ. hebdom.*, 1830.

(3) Morris, *London and Edimburgh monthly Review*, 1845.

(4) Foresto, *Loc. cit.*, De angina biliosa.

Derivativos. Con el objeto de llamar la irritacion á puntos mas ó menos distantes del sitio de la inflamacion, se han recomendado diversos medios, tales como los *pediluvios* y los *maniluvios sinapizados*, ó hechos escitantes por la adiccion del *ácido hidrocórico*, los *sinapismos* á las estremidades inferiores, y hasta un *vejigatorio* á los lados del cuello ó á la nuca.

Fleury (1) emplea el tratamiento siguiente. Hace envolver el cuello hasta las orejas con una corbata de lana, que cuanto mas gruesa es, se obtiene mas profundo é intenso el efecto derivativo continuo, y al mismo tiempo prescribe un gargarismo preparado del modo siguiente:

T. Mostaza comun (sinapis nigra).	25 gram.
Cloruro de sodio (sal comun).	5 gram.
Vinagre comun.	10 gram.
Agua caliente ó fria.	192 gram.

Filtrese.

Se debe probar esta mezcla y aumentar ó disminuir su fuerza segun las circunstancias de edad, sexo, temperamento, constitucion, estado social, etc., y el enfermo hará gárgaras siete ú ocho veces al dia, y dos ó tres durante la noche.

El autor cita un gran número de observaciones de anginas simples, pseudo-membranosas y edematosas tratadas de este modo; pero como ha empleado además otros agentes terapéuticos muy eficaces, no es posible atribuir sin muchas restricciones los buenos efectos de la medicacion al gargarismo sinapizado.

Pirotonide. El *pirotonide* ó *aceite de papel*, ha sido propuesto por Ranque (2) á la dosis de 40 centigramos en gargarismo. Pero sus efectos no han justificado las promesas de este profesor.

Tratamiento de la faringitis tonsilar supurada (abceso de las amígdalas).

Uno de los medios que frecuentemente se emplean para facilitar la rotura del abceso de las amígdalas, es el *emético á dosis vomitiva*; pero puede suceder que las paredes del abceso sean demasiado gruesas para romperse por los esfuerzos del vómito, y que al mismo tiempo la sufocacion y los demás accidentes sean bastante intensos para exigir un tratamiento eficaz. Entonces es preciso asegurarse de si hay ó no fluctuacion, lo cual es fácil por la exploracion en los casos en que el enfermo puede abrir bastante la boca; pero en el caso contrario, es necesario hacer uso de un medio particular.

«Se empieza, como aconseja Boyer, por colocar entre los dos incisivos una cuña delgada de madera blanca, la que se sustituye luego con otra mas gruesa, que se empuja por grados de delante atrás, hasta

(1) Fleury, Tesis, Montpellier, 1848.

(2) Ranque, *Memoire clinique sur l'emploi en medecine du Pyrothonide*, Paris, 1827, en 8.^o

las últimas muelas, de modo que la separacion de las mandíbulas se vaya efectuando con lentitud, y en seguida se introduce el dedo índice profundamente en la boca hasta la amígdala, cuyo volumen y dureza se explora, y en la cual se reconoce fácilmente la presencia de un líquido.»

A veces basta la simple *presion* que se ejerce sobre la amígdala en esta exploracion para ocasionar la rotura del abceso; pero cuando esto no sucede, hay necesidad de practicar la abertura del abceso, para lo cual se han propuesto diversos medios. Todos saben que Aecio empleaba del modo siguiente una *esponjita empapada en resina de trementina*: despues de haberla asegurado bien con un hilo fuerte, la hacia tragar al enfermo, y tirando luego del hilo que sujetaba dándole vueltas al rededor de la mano, la retiraba bruscamente con objeto de ejercer una presion fuerte sobre la amígdala. En la actualidad está abandonado este medio grosero.

Se ha abandonado igualmente el uso del *faringotomo*, instrumento inventado por J. L. Petit, el cual consiste en una hoja cortante en su estremidad y encerrada en una vaina; despues de haber introducido el instrumento hasta la amígdala, se hace subir con rapidez la hoja oculta hasta entonces en la vaina, y se cortan de este modo las paredes del abceso.

Portal (1) cita un caso en que á pesar de haber sido empleado este instrumento por un cirujano hábil, produjo una hemorragia mortal, lo que prueba que el faringotomo no tan solo es inútil, sino tambien peligroso.

Otros hacen uso de una *lanceta*, cuya hoja fijan con una cinta á las cachas; pero el instrumento mas sencillo, mas fácil de conducir y el que mas generalmente se emplea es el *bisturi*. Para practicar esta operacion se procede el modo siguiente:

Incision de la amígdala (Boyer). «Se empieza por separar las mandíbulas, colocando entre los dientes molares un pedazo de madera blanca en forma de cuña; en seguida se deprime la lengua con uno ó dos dedos, y se introduce en la boca un bisturi largo y estrecho, sostenido horizontalmente, y cuya hoja fija al mango está cubierta con una cinta hasta 8 ó 10 milímetros de la punta. Se hace sobre el tumor una incision trasversal y se retira pronto el bisturi, teniendo cuidado de separar su punta de las partes que pudiera herir en el momento en que el dolor obligue al enfermo á hacer movimientos involuntarios. Hay casos en que la tumefaccion de las partes superiores del cuello se opone hasta tal punto á la depresion de la mandíbula, que es enteramente imposible obtener una separacion que permita guiar con la vista el instrumento con el cual se propone el cirujano abrir el tumor. En este caso debe servir de guia al bisturi el dedo índice, cuya estremidad tocará al tumor al mismo tiempo que deprime la lengua en toda su longitud.»

(1) Portal, *Cours d'anat. médicale*, Paris, 1804, t. III, p. 509.

En los casos de que acabamos de hablar, hemos supuesto la fluctuacion evidente, y por consiguiente la reunion en un foco ancho de una cantidad bastante considerable de pus; pero á veces sucede que se forman varias colecciones purulentas poco estensas en diversos puntos de la glándula, en cuyo caso la tumefaccion es considerable y pudiera tener graves inconvenientes. Entonces es preciso recurrir á las escarificaciones practicadas del mismo modo que la incision, las cuales dando salida á cierta cantidad de sangre y pus, verifican una deplecion favorable. Son, sin embargo, estos casos bastante raros.

En otras circunstancias, la inflamacion tiende á propagarse á las partes inmediatas, á estenderse á lo largo del tejido celular situado detrás de la faringe, y hasta penetrar en el interior del pecho, como en un caso que ha citado Londe. Este accidente ocurre con especialidad en los casos en que la angina se complica con una afeccion febril (véase ANGINA FARÍNGEA).

Otras veces el tejido celular de la parte esterna del cuello participa de la inflamacion, y entonces se puede formar un vasto absceso y una fistula desde la cavidad de la faringe al exterior. Si hubiese motivos para temer que la enfermedad terminase de este modo, seria preciso apresurarse á hacer una incision sobre la amígdala, *aun cuando no se reconociese en ella una fluctuacion evidente*. Debemos, sin embargo, añadir, que los casos de que acabamos de hacer mencion pueden considerarse como escepcionales.

Despues de abierto el absceso bastan algunos gargarismos emolientes ó ligeramente detersivos para favorecer la pronta cicatrizacion del foco; sin embargo, sucede con bastante frecuencia que la expectoracion se hace muy fétida despues de la abertura del absceso, y que se exhala del foco un olor muy incómodo para el enfermo, en cuyo caso se debe recurrir á los *gargarismos clorurados* como desinfectantes.

Resúmen y prescripciones. Hemos visto que los principales medios que se emplean contra la faringitis tonsilar son las sangrias generales, los vomitivos (bien sea para remediar los accidentes biliosos (Stoll), bien para favorecer la rotura de los absesos), los emolientes y los astringentes. Así nos limitaremos á hacer notar aquí que la sangría y el uso del alumbre son los únicos medios en cuyo apoyo se ha aducido un número considerable de hechos, é indicaremos una circunstancia importante que se ha perdido de vista con mucha frecuencia en las investigaciones terapéuticas relativas á esta enfermedad. En la inmensa mayoría de casos la inflamacion invade *sucesivamente* las dos amígdalas, y hé aquí lo que la observacion nos enseña respecto á este particular, que por muy intensa que parezca la inflamacion de la segunda amígdala, vuelve á su estado normal casi al mismo tiempo que la otra. Si no se tiene presente este hecho, se pudiera creer, atendido el estado de las partes, que la enfermedad estaba todavía al principio del periodo de incremento, cuando ya toca al de declinacion, y se atri-

buiria á la accion del medicamento un alivio rápido que es solo consecuencia del curso natural de la enfermedad.

Prescripcion I.

EN UN CASO DE FARINGITIS TONSILAR LIGERA SIN CALENTURA.

- 1.º Para bebida, infusion de malvas y de violetas dulcificada con jarabe de moras.
- 2.º Un gargarismo con el agua de altea, el cocimiento de higos, etc.
- 3.º Si hay mucha sequedad en las fáuces, lo cual es raro, se dirige hácia la faringe vapores emolientes.
- 4.º Mantener el vientre libre.
- 5.º Evitar el frio y la humedad. Dieta durante dos ó tres dias, ó en los casos leves, alimentacion poco abundante y ligera.

Prescripcion II.

EN UN CASO DE FARINGITIS TONSILAR BASTANTE INTENSA CON CALENTURA.

- 1.º Para bebida, cocimiento ligero de raiz de altea seca, dulcificado con miel.
- 2.º Una ó dos sangrias generales de 300 á 400 gramos. En los niños se aplican de dos á ocho sanguijuelas, segun la edad, á la base de la mandíbula.
- 3.º Fumigaciones hácia la garganta con una infusion de estramonio (véase pág. 450).
- 4.º Cinco centigramos de tártaro estibiado, para tomar en medio vaso de agua y favorecer el vómito dando á beber agua tibia.
- 5.º Lavativas emolientes ó ligeramente laxantes por la adiccion de 30 gramos de miel de mercurial, ó simplemente de cuatro á cinco cucharadas de aceite de linaza.
- 6.º Uno de los gargarismos astringentes ó ácidos anteriormente indicados (véanse pág. 566 y siguientes), cuando no son muy violentos los síntomas inflamatorios.
- 7.º Dieta y quietud en la cama.

Prescripcion III.

EN UN CASO DE FARINGITIS TONSILAR QUE TERMINA POR SUPURACION.

- 1.º Los mismos medios que en la prescripcion anterior.
- 2.º Si la fluctuacion es evidente y si se percibe en la amígdala un punto amarillento y prominente, se comprime la glándula á fin de provocar la rotura.

5.º Si este medio no basta, se dá el emético á dosis vomitiva.

4.º Si aun así no se rompe el abceso, se le abrirá con el bisturí (véase pág. 573).

5.º Si es grande la tumefaccion causada por abscesos diseminados y la sufocacion inminente, se hacen escarificaciones.

6.º Incision pronta de la amígdala, sin esperar la fluctuacion evidente cuando el abceso amenaza estenderse á mayor distancia.

Breve resúmen del tratamiento. Emisiones sanguíneas, escarificaciones, dislaceraciones de la amígdala, dulcificantes, emolientes, ácidos, ácidos, alumbre, bórax, amoniaco, vomitivos, purgantes, derivados, pirotónide y tratamiento de los abscesos.

5.º FARINGITIS AGUDA DE LAS PARTES DISTANTES DE LA FARINGE (*faringitis profunda, angina faríngea*).

Esta especie de faringitis solo ha sido estudiada de un modo general. Aunque menos interesante en el mayor número de casos que la que acabamos de estudiar, merece, sin embargo, ocupar nuestra atencion, porque algunas veces dá origen á accidentes muy graves.

Se ha dividido esta enfermedad en dos variedades, segun el asiento preciso de la inflamacion, y así se ha descrito la angina faríngea de la parte superior de la faringe y la de la parte inferior de esta cavidad. Mas adelante veremos que se podría admitir fácilmente una tercera, que sería la *faringitis profunda supurada*.

§ I.—Causas.

Las causas de esta afeccion no se diferencian (á lo menos segun las descripciones que poseemos) de las de las dos especies precedentes; pero no son bastante exactas las investigaciones para que se pueda considerar este hecho como perfectamente demostrado; la faringitis supurada en el mayor número de casos se desarrolla en el curso de otra enfermedad, sobre todo aguda, que es lo que ha hecho que algunos autores, y en particular José Frank, le diesen el nombre de *angina accesoria*. Esta especie de faringitis se presenta especialmente en las *calenluras graves*.

Otras veces parece, segun observaciones demasiado escasas de detalles, que se ha formado primitivamente un *abceso* en el tejido celular que separa la faringe de las partes inmediatas, y entonces se puede dudar si hay una verdadera faringitis: sin embargo, como los hechos guardan una relacion bastante íntima con aquellos en que es evidente que la inflamacion supurativa ha tenido su origen en la mucosa faríngea, los comprenderemos en la descripción en que vamos á entrar. Se han designado á estos abscesos con el nombre de *abscesos retrofaríngeos*.

§ II.—Síntomas.

En los casos en que la faringitis ocupa la parte superior de la cavidad, los síntomas son los mismos que en la angina gutural, con diferencia del sitio, y consisten en una sensacion de *calor* y *sequedad* en la garganta, y en una *incomodidad* mayor ó menor en la *deglucion*.

Por la *inspeccion de la faringe* se nota que su pared posterior está roja, brillante y seca en los primeros dias, y mas tarde cubierta en una mayor ó menor estension de moco viscoso y agrisado, que se estiende en forma de capa sobre esta pared. Segun los autores que acabamos de citar, no es raro hallar la mucosa seca durante todo el curso de la enfermedad; pero esta asercion necesita pruebas que la confirmen. Segun ellos, tambien la *deglucion* es *mas dolorosa que dificil*, la *voz* está poco alterada y la *respiracion* permanece libre. Cuando hay *tos* es gutural, y la *respiracion* se hace entonces *laboriosa*. En el mayor número de casos no hay *síntomas generales*.

En la *faringitis de la parte inferior de la cavidad*, que se observa con mucha menos frecuencia, se notan los síntomas siguientes: estorbo á la *deglucion*, dolor que acusan los enfermos á la altura de la laringe, y el paso del bolo alimenticio es *dificil* y doloroso en el mismo punto. La *presion* sobre las partes laterales del cuello aumenta el dolor, y á veces hay una *rubicundez oscura* y un poco de *tumefaccion* en esta parte. La *voz* está perfectamente libre, no hay síntomas generales, y por la *inspeccion* no se descubre ninguna lesion en la mucosa faríngea.

Abscesos de la faringe. En las afecciones febriles intensas sucede algunas veces que se desarrolla en la faringe una inflamacion secundaria (*angina accesoria*). Cuando aparece esta lesion durante el curso del delirio, por lo comun no manifiesta ningun síntoma, de lo cual ha referido Louis (1) un ejemplo sumamente notable. En el caso contrario, anuncian la invasion de la enfermedad el dolor y la dificultad de *deglutir*, que son á veces muy marcados, y si la coleccion purulenta es bastante considerable, se observan los síntomas siguientes:

Unas veces el *tumor* formado por el abceso permanece fijo á la pared posterior de la faringe (Priou), y otras veces se abre paso el pus hácia el pecho; finalmente, en algunas, aun cuando proceda el abceso de las partes laterales, puede dirigirse hácia la parte superior de la laringe y comprimir la glotis (Ballot (2), Carmichael (3)).

Besserer (4) ha observado tambien un abceso retrofaríngeo en un niño de cuatro meses que sucumbió por sufocacion, y cuya enfermedad

(1) Louis, *Rech. sur la fièvre typhoïde*, Paris, 1841, dos vol. en 8.º

(2) Ballot, *Phleg. rétro-œsoph. ayant fait croire à l'existence d'une angine laryngée œdémateuse* (*Arch. gen. de med.*, 3.ª série, 1844, t. XII, p. 237).

(3) Carmichael, *Edimburgh. med.-chir. Transactions*, 1820.

(4) Besserer, *Rein. und westf. Correspondenzblatt*, 1848.

se creyó que era el crup. En fin, el doctor Peacock (1) ha visto un caso de abceso retrofaringeo en un niño de siete meses, en el cual estaba muy dificultosa la respiracion, al paso que se hacia bastante bien la deglucion. Se pusieron obstáculos á la traqueotomía y el niño murió.

Síntomas propios de las tres especies de abcesos. En el primer caso se nota el dolor vivo, la dificultad de la deglucion, la voz gangosa y una incomodidad en la respiracion que no es por lo comun muy intensa; en una palabra, hay signos casi semejantes á los que se observan en los abcesos de las amígdalas que no comprimen la laringe.

En el segundo se notan los mismos síntomas con mayor intensidad de los fenómenos generales, y además un dolor que se dirige hácia el pecho, ó bien la tumefaccion y la rubicundez del cuello, y la fluctuacion perceptible al exterior caracterizan la enfermedad. Esto es lo que se ha observado en el caso citado por Londe, y en el que ha recogido Meandre Dassit (2).

Finalmente, en el tercero se observa la sufocacion esterna, los esfuerzos penosos de la respiracion, la inspiracion sibilante, fenómenos de asfixia, y en una palabra, signos tan manifiestos del edema de la glotis.

Estos son los casos en que se debe proceder á una observacion muy detenida de la cavidad faríngea; así es preciso, despues de haber abierto mecánicamente la boca por medio de una cuña de madera colocada entre los dientes, dirigir profundamente el dedo hácia la pared posterior de la faringe, y sobre todo hácia la parte inferior de esta cavidad, á donde la vista no puede alcanzar. Entonces se explora si hay fluctuacion, que será fácil reconocer si se puede llegar hasta el tumor, y es preciso sobre todo tener cuidado de averiguar el estado de la epiglottis y de la laringe, porque si se puede llegar á tocar la abertura de la glotis y asegurarse de su integridad, se descubrirá fácilmente la causa de los síntomas graves que se manifiestan en las vias respiratorias.

§ III.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

En los casos en que la afeccion es simple, su *curso* es el que hemos asignado á la angina gutural; mas si termina por supuracion, se observa que despues de síntomas que no ofrecen nada característico, sobrevienen de pronto ó un gran estorbo á la deglucion, ó los signos de haber invadido una supuracion abundante al tejido celular inmediato, ó en fin síntomas semejantes á los del edema de la glotis.

La *duracion* de la enfermedad varía segun estos diversos casos. En la faringitis simple es por lo comun de cuatro á cinco dias, y rara vez pasa del primer setenario. Por el contrario, en la faringitis supurada

(1) Peacock, *Monthly Journ.*, octubre de 1847.

(2) Meandre Dassit, Tesis, Montpellier, 1818, n.º 936.

puede tener una duracion bastante larga, lo cual depende mucho de la gravedad de los accidentes á que se puede atribuir la muerte. En el sugeto que ha observado Ballot, ocurrió la *terminacion* funesta á los doce dias, y en el caso que ha citado Priou duró la afeccion por lo menos catorce ó quince.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

En la inflamacion simple se hallan las mismas lesiones anatómicas que hemos indicado al hablar de la faringitis gutural. En la faringitis supurada se encuentran además de las alteraciones de la mucosa colecciones purulentas mas ó menos considerables, que elevan esta membrana y dán origen á un tumor muy blando, ó bien que se abren paso hasta mayor ó menor distancia. Louis ha hallado el pus infiltrado mas ó menos estensamente en el tejido sub-mucoso en casos en que la enfermedad se habia declarado en el curso de una fiebre grave.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la faringitis simple, cuando esta afeccion ocupa la parte superior de la faringe, no presenta grandes dificultades. Un dolor en la parte posterior de la cavidad faríngea, la deglucion mas dolorosa que difícil, y mas que todo esto la inspeccion de las partes por la cual se reconocen las lesiones inflamatorias, bastan para alejar todo motivo de error.

Cuando la faringitis ocupa la parte inferior de la cavidad, el dolor se encuentra al nivel ó un poco por encima de la parte superior de la laringe, la espulsion de las bebidas por la nariz que se observa en algunos casos en que la afeccion es muy intensa, la tos gutural y una ligera alteracion de la voz, resultado sin duda de una estension de la flegmasia á la parte superior de la laringe, podrian hacer creer en la existencia de una *laringitis aguda*. Pero es preciso notar que en la faringitis el dolor es sobre todo notable en el momento de la deglucion; que la espulsion de las bebidas por las narices es un fenómeno raro del cual no han dado observaciones detalladas los autores que le han admitido; que la tos gutural y la alteracion de la voz son mucho menos intensas que en la laringitis, en la cual llega pronto la ronquera á su mas alto grado, y por último, que cuando existen estos síntomas se debe creer que la inflamacion ha invadido la parte superior de la laringe.

En los casos en que la inflamacion termina por supuracion es mucho mas difícil el diagnóstico; pero tambien entonces es preciso distinguir la faringitis de la parte superior de la que ocupa la inferior. En el primer caso se puede ver el tumor en el fondo de la cámara posterior de la boca y aplicarle fácilmente el dedo para reconocer la fluctuacion; y en el segundo, puede ser inaccesible á la vista el estado de

las partes, y la sensacion del tumor que toca el dedo hacer creer en la existencia de los rodets 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 epiglotis, se habrá obtenido un signo mas diagnóstico, porque cuando hay laringitis edematosa, la epiglotis 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 laringea 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 rodets en los bordes mismos de la laringe.
Si el absceso comprime la epiglotis, no se le percibe fácilmente cuando se practica el tacto.	Epiglotis 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 antilogístico enérgico*, 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 cricotiroidea*, 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 deterivos*.

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-*