

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

§ II.—Síntomas.

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

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

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

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

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

§ III.—Tratamiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

§ I.—Causas.

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

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

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

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

§ II.—Síntomas.

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

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

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

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

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

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

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

(1) Dupuytren, *Sur la depression des parois de la poitrine* (Repert. d'anat. et de phy. . . V, 1823).

(2) Desnos, *Nouv. Dictionn de med. et chir pratiques*, Paris, 1863, art. AMYGDALAS.

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

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

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

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

§ IV.—Lesiones anatómicas.

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

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

§ V.—Tratamiento.

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

Siendo con frecuencia esta enfermedad la manifestación de una alteración diatésica debe ser combatida con los medios generales. El *ioduro potásico* se administrará con ventaja á la dosis de 1 á 4 gramos por día en jarabe ó en tisana amarga. Pero producirán especialmente la curación las *aguas minerales*. Si existe linfatismo se enviará á los enfermos á los *baños de mar*, á las aguas ioduradas y bromuradas de Heilbrunn (Baviera), de Wildegg, de Kreutznach. Las *aguas sulfuradas* producirán excelentes resultados en gargarismos ó duchas locales en chorro y regadera, Luchon, Caunterets, Enghien, Pierrefonds, Allevard, Aguas Buenas, etc. Estas aguas serán especialmente convenientes cuando se une el linfatismo al vicio herpético.

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

La cauterización tanto con los *caústicos líquidos* como con los *secos*

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

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

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

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

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



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

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

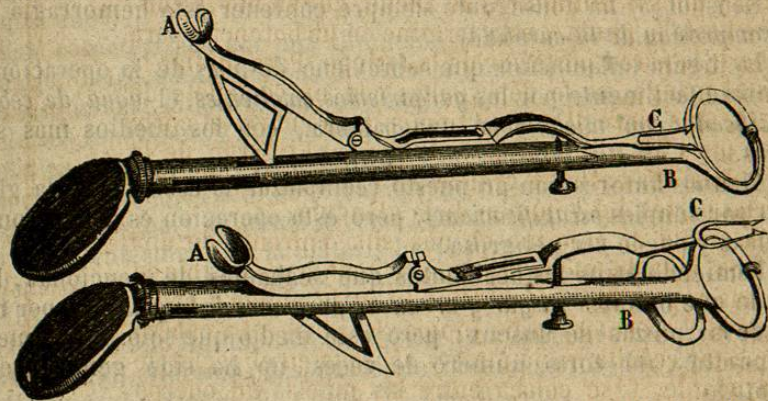


Fig. 20.—Amigdalotomo de Lüer.—A. Muletilla correspondiente á la erina plana y á la hoja cortante.—B. Hoja cortante.—C. Erina.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICULO IV.

ANGINA GLANDULOSA.

Presentaremos segun Noël Gueneau de Mussy y citando numerosos

(1) Chassaignac, *Gaz. des hóp.*, 1847.

(2) Hatin, *Aveille médicale*, enero de 1848.

(3) Gensoul, *Revue méd.-chir.*, abril de 1848.

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

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

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

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

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

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

§ II.—Sitio.

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

(1) Noël Gueneau de Mussy, *Traité de l'angine glanduleuse*, Paris, 1857.

(2) Baron, Tesis inaugural, 1851.

(3) Chomel, *De l'affection granuleuse du pharyne* (*Gazette médicale*, Paris, 1846, p. 310).

(4) Horacio Green, *A treatise on diseases of the air passages*, etc., New-York, 1846.

(5) Hastings, *A treatise on diseases of Larynx and Trachea*, Londres, 1850.

(6) Stokes, *A treatise on the diagnostic and treatment of diseases of the Chest*.

(7) Cusak, *Diseases of the Chest*.

(8) Lée, *Treatise of the Clergymen's sore Throat*, Nueva-York, 1836.

de las fosas nasales), principalmente en las inmediaciones de la abertura de la trompa de Eustaquio. Estas mismas glándulas existen en gran número en la epiglotis y en la mucosa que tapiza los ventrículos de la laringe (1).

§ III.—Causas.

Predisponentes. Sexo. Según Gueneau de Mussy los hombres están más frecuentemente afectados de esta enfermedad que las mujeres.

Edad. Esta enfermedad se observa con más frecuencia de los 25 á los 35 años según Green; sin embargo, Gueneau la ha encontrado algunas veces en los niños menores de 15 años.

Herencia. Esta causa parece goza de alguna influencia en la producción de la enfermedad.

Diátesis herpética. Noël Gueneau de Mussy insiste mucho en la influencia de la disposición herpética en el desarrollo de la angina granulosa. Esta relación había sido ya indicada por Chomel. Entre las afecciones cutáneas que preceden ó acompañan á esta enfermedad, debe indicarse el acné, la pitiriasis, el liquen, el eczema, la soriasis, el ectima y el herpes. A veces la desaparición de una erupción de esta naturaleza coincide notablemente con la aparición de la angina granulosa. La blefaritis ciliar se ha observado también con frecuencia en este caso.

Climas. No puede determinarse con exactitud los climas que ejercen una acción especial en la producción de la angina granulosa; puede decirse sin embargo de un modo general que esta afección se presenta especialmente en las condiciones climatéricas favorables al desarrollo de las afecciones catarrales de las vías respiratorias.

Profesiones. Chomel ha indicado la influencia ejercida por las profesiones que necesitan un ejercicio forzado de la voz. Green ha insistido todavía más sobre este punto, indicando á los ministros protestantes como más dispuestos á contraer esta enfermedad, lo que se explica por la necesidad que tienen los Domingos de hacer un uso immoderado de la palabra con relación á lo que han hablado durante la semana. Los abogados, los catedráticos, los cantantes, los vendedores ambulantes, están también espuestos á esta enfermedad.

Enfermedades anteriores. Las enfermedades que más predisponen á la angina granulosa son todas las anginas, las que acompañan á las fiebres eruptivas, la amigdalitis crónica, la coriza, etc.

Tabaco. Gueneau de Mussy indica el uso del tabaco fumado ó mascado como causa predisponente de la angina granulosa.

§ IV.—Síntomas, curso.

La angina granulosa es una enfermedad esencialmente crónica. Rara vez se la reconoce en su principio y solo se dá á conocer después

(1) Véase Beauvais y Bouchard, *Nouveaux éléments d'anatomie descriptive*.

que pasada una larga duración continua ó remitente ha producido alteraciones notables en las glándulas de las primeras vías.

Primer periodo. Las primeras manifestaciones son por lo común corizas repetidas con ronquera y bronquitis. Hay sensación de cosquilleo, de dificultad en la garganta, esfuerzos á la espución, ruido seco y áspero en las tentativas que hace el enfermo para desembarazarse de la molestia que experimenta en la faringe. A veces suele sentirse dolor al deglutir.

La voz demuestra la enfermedad desde el principio, hay ronquera, se pone velado su timbre, algunos sonidos se hacen débiles ó faltan completamente. Los enfermos tosen poco en este periodo. La expectoración consiste en pequeñas porciones de moco perlado, opalino, agrisado y á veces ambarino.

En ciertos casos los esputos contienen un poco de sangre. El ísmo de los vasos, el velo del paladar, la faringe, presentan color rojo intenso, y notable inyección uniforme ó punteada.

La úvula adquiere un notable desarrollo y aspecto granuloso. Se encuentra á veces infiltrada y como transparente en sus bordes. Las amígdalas no suelen estar muy tumefactas y presentan aspecto granuloso. La faringe presenta sobre todo alteraciones manifiestas, está roja é inyectada, las granulaciones se presentan en grupos redondeados irregularmente presentando el volumen de un grano de mijo ó de una lenteja, ya irregularmente ya dispuestos á intervalos casi iguales ó en forma de tamaños variables. Su aglomeración es más considerable por lo común detrás de los pilares y á los lados de la faringe. Su color es rojo oscuro ó amarillento. Suele verse salir por el vértice de estas granulaciones un líquido espeso y puriforme. Los vasos de la mucosa son generalmente muy manifiestos y como varicosos.

La exploración directa no descubre las granulaciones situadas más profundamente, pero el estudio de los síntomas indica que se extienden en algunos casos hasta la laringe.

Segundo periodo. No siempre llega la enfermedad al segundo periodo; á veces se detiene ó cura, pero lo más frecuente es que siga todos los periodos y alcance todos los grados. La alteración de la voz se hace más marcada, la emisión de los sonidos llega á ser una preocupación de los enfermos que pierden la noción de la medida que deben dar á la producción de los sonidos claros ó suficientemente fuertes. Se percibe con frecuencia la sensación de un cuerpo extraño que representa la que se verificaría si se hubiese tragado un cabello. Es una sensación análoga á la que se conoce con el nombre de exofagismo y la que se dá el nombre de arenillas en los ojos. Los enfermos hacen esfuerzos para desembarazar la garganta, esfuerzo que se traduce por el sonido que se produce al pronunciar la frase *hem* (en inglés *to hem*) que pudiéramos representar por el sonido *jem*, en castellano. A veces se produce una tos que puede alcanzar hasta las quintas. Esta tos es áspera. Los esputos son viscosos y se parecen al

almidon cocido. Gueneau de Mussy ha observado varias veces en estos enfermos espectoraciones conteniendo concreciones semisólidas, cilindricas, largas de un centimetro ó mas, verdes, arrojadas con fuerza en una quinta de los despues de una dificultad muy marcada en la respiracion, y que parecen provenir de los ventriculos de la laringe. Con frecuencia se refiere una sensacion de obstáculo y tension en la parte posterior de la boca haciéndose á veces difícil y dolorosa la deglucion. En otras ocasiones se observa una sordera incompleta por la inflamacion de la trompa de Eustaquio, disminucion de la facultad olfativa que esplica bien la coriza crónica.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Amigdalas. Suelen estar afectadas en la forma y en su estructura, encontrándose tambien concreciones calcáreas llenando las criptas.

Uvula. El volúmen de la úvula se encuentra aumentado, está infiltrada, granulosa, roja, y mucho mas vascular que en el estado normal. No siempre está intacta su contractilidad; en muchos casos se encuentra paralizada, estendiéndose esta alteracion á una parte del velo palatino. Esta circunstancia influye necesariamente en las funciones de la parte posterior de la boca, y esplica la dificultad de la deglucion y espucion.

La úvula adquiere á veces un volúmen tan considerable que determina una dificultad muy notable hasta el punto de producir la sofocacion, haciéndose necesario en este caso la reseccion ó cauterizacion de este apéndice. Se ha visto alcanzar este anormal desarrollo de la úvula la longitud de dos pulgadas, determinando náuseas, vómitos, y quintas de los muy penosas.

Faringe. Estado de la membrana mucosa y de las glándulas. Se manifiesta rubicundez muy marcada al rededor de las glándulas hipertrofiadas. Estas se presentan de un color rojo intenso, otras veces amarillento y su orificio abierto deja salir un moco espeso puriforme. Esto ha dado lugar, segun Gueneau de Mussy, á que se consideren como ulceraciones faríngeas; estas lesiones solo existen en las afecciones tuberculosas y sifiliticas.

Epiglotis. En la epiglotis se observan las mismas lesiones aunque menos marcadas.

§ VI.—Pronóstico.

La angina granulosa puede detenerse antes de pasar al segundo periodo; pero lo mas frecuente es que pase al estado crónico. Determina una alteracion de la voz sumamente funesta para las personas que tienen imperiosa necesidad de hacer uso habitual de la palabra. Además hay una alteracion de las funciones digestivas determinando dispepsias que pueden determinar otras complicaciones y además hipochondria muy marcada. Segun algunos autores, varios de los enfer-

mos que presentan esta alteracion parecen predispuestos á la tisis pulmonar sucumbiendo otros por variadas complicaciones. En el mayor número la enfermedad presenta una persistencia cuya consecuencia y duracion no pueden preverse.

§ VII.—Tratamiento.

Medios higiénicos. El primero de todos los remedios es un aire puro y renovado. Tambien se ha aconsejado el habitar en paises montañosos en los que no sea muy frio el aire. Régimen tónico y no escitante. El mejor punto para la permanencia de los enfermos, segun Gueneau de Mussy, es la parte de Francia lindante con España, los Pirineos.

Medicacion sulfurosa. La medicacion sulfurosa escitando la piel y haciendo mas abundante la traspiracion, determina á veces erupciones produciendo una accion revulsiva favorable á la curacion de la angina glandulosa. Tomadas al interior las aguas sulfurosas producen un estímulo cuyos buenos efectos se hacen sentir prontamente, Gueneau de Mussy recomienda el uso de las Aguas Buenas, haciendo tomar al enfermo sucesivamente dos, tres ó cuatro vasos al dia. La duracion del tratamiento termal se considera de veinte á treinta dias, que constituyen la *estacion*.

Por lo general suelen ser necesarias dos estaciones. Durante este tiempo los enfermos se someten á un régimen suave, del que la leche constituye la parte principal.

Gueneau de Mussy recomienda el siguiente gargarismo:

T. Emulsion de almendras.	200 gram.
Jarabe diacodion.	30 gram.
Agua de laurel cerezo.	6 gram.

O bien

T. Cocimiento de cabezas de adormidera.	200 gram.
Jarabe de moras.	20 gram.
Tintura de iodo.	4 gram.
Joduro potásico.	40 centigramos.

Hay á veces necesidad de enviar los enfermos á los establecimientos termales dos años seguidos. Green ha propuesto el empleo de los mercuriales.

T. Extracto de cicuta.	2 gram.
Deutocloruro de mercurio.	20 centigramos.

Para hacer veinte píldoras tomando dos al dia.

Trousseau y Green recomiendan el uso del ioduro potásico como activante de la secrecion y haciendo mas fácil la espectoracion.