

T. Ioduro potásico.	8 gram.
Agua.	125 gram.

D. Para tomar tres veces al día una cucharada de las de café.
Clorhidrato de amoniaco. Green emplea las pildoras siguientes:

T. Clorhidrato de amoniaco.	2 gram.
Polvo de escila.	4 gram.
Polvo de digital.	4 gram.
Opio.	50 centigramos.

H. 30 pildoras para tomar tres al día.

Medicacion tópica. Green recomienda tocar las granulaciones con una solución de nitrato de plata ó con tintura de iodo. Gueneau de Mussy propone el empleo de polvos insuflados por el procedimiento de Bretonneau y Trousseau.

Las sustancias que mejor efecto producen son el calomelano y el alumbre porferizado.

ARTICULO V.

FARINGITIS ERISIPELATOSA.

§ I.—Frecuencia. Causas.

La erisipela de la faringe es poco frecuente; sin embargo, Cornil (1) ha podido reunir diez y ocho casos que le han servido para hacer la historia de esta enfermedad, que constituye el trabajo mas completo hasta el día.

Aparte de las causas comunes de la erisipela, atribuye Cornil los casos recogidos á una accion epidémica en virtud de la cual la erupcion se desarrolla en las mucosas. Mas de los dos tercios de los enfermos pertenecian al sexo femenino, y la edad era inferior á los trece años (quince veces de diez y ocho).

§ II.—Síntomas, curso, terminacion.

La erisipela de la faringe se presenta con rubicundez ó con flictenas.

La enfermedad puede presentarse á la vez sobre la piel y sobre la mucosa, pero lo mas frecuente es que se propague por trasmision del exterior al interior y reciprocamente. La propagacion se hace: 1.º por los labios y la mucosa bucal; 2.º por las fosas nasales; 3.º por la trompa de Eustaquio, el oído medio, el conducto auditivo al pabellon de la oreja; 4.º por las fosas nasales, el saco y los conductos lagrimales á la conjuntiva y á los párpados (Cornil).

(1) Cornil, *Observ. pour servir á l'histoire de l'erysipele du pharynx* (Arch. gen. de med., 1862, t. I, p. 443).

La estension se verifica por continuidad de tejido, sin metástasis evidente.

La mucosa presenta una *coloracion* roja encendida ó sombría estendida, lustrosa, edematosa á veces, situada sobre la mucosa de la boca, labios, velo del paladar, úvula, region posterior de la faringe. La mucosa que recubre las amígdalas se afecta rara vez.

El dolor es intenso, análogo al de quemadura, sin producir sufo-cacion.

La fluxion puede extenderse á las glándulas salivares y determinar *tialismo*.

Se observa *infarto de los gánglios sub-maxilares*.

En la mucosa suelen aparecer *flictenas* de bordes irregulares, de ángulos entrantes, del volúmen de una lenteja ó de una avellana pequeña, de duracion muy corta, solo de algunas horas. La descamacion se hace con rapidez. La mucosa presenta arborizaciones vasculares y la enfermedad *termina* en general por resolucion, rara vez por gangrena (dos veces).

Los síntomas *generales* son los mismos de la erisipela. A veces toma una forma grave, atáxica ó adinámica.

En general la enfermedad *dura* tres ó cinco días.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Además de la coexistencia de una erisipela de la cara se observan síntomas locales visibles y característicos.

En la *angina tonsilar eritematosa* el dolor es menos vivo, la coloracion menos pronunciada, los gánglios no están infartados.

En la *faringitis inflamatoria ó flegmonosa* se manifiesta especialmente la enfermedad sobre las amígdalas.

La faringe puede tambien afectarse por las erupciones, *viruela*, *sarampion*, *escarlata*, *herpes*; pero hay signos de la enfermedad general que no presentan confusion. La *sífilis* tiene caracteres distintivos, los antecedentes, etc. (Véase tomo I, SÍFILIS).

El *penfigo* presenta elevaciones de forma regular, mientras que la erisipela es sinuosa.

El *pronóstico* no es grave por si solo; la faringitis erisipelatosa está sometida á la enfermedad principal ó al estado febril que la acompaña. La erisipela que se propaga desde fuera es muy grave. De diez y ocho observaciones reunidas por Cornil hubo siete muertos de nueve en los que la enfermedad empezó por la cara, y siete curaciones cuando la erisipela se propagó de dentro á fuera, comenzando por la faringe.

§ IV.—Tratamiento.

Es variable, segun las especies. En los casos ordinarios, se prescriben los emolientes, las lociones con glicerina; en la forma gástrica,

los evacuantes deben ser los primeros empleados; en la forma adinámica, los cordiales y la quina. En presencia de un dolor muy intenso se recurrirá mejor á los revulsivos en las piernas, á los emolientes al cuello, que á las sanguijuelas que parece provocan nuevas apariciones erisipelatosas ó fenómenos graves consecutivos.

ARTÍCULO VI.

FARINGITIS SIFILÍTICA.

1.º FARINGITIS SIFILÍTICA NO ULCEROSA.

A. Cazenave (1) ha descrito con el nombre de *angina sifilítica*, un accidente consecutivo de las afecciones venéreas, que aunque semejante en gran parte á la faringitis crónica simple, cuya historia acabamos de trazar, presenta algunas particularidades interesantes. Conviene, pues, que tomemos de este autor los principales caracteres del cuadro siguiente.

Forma primera (eritematosa). «Es la mas frecuente, dice Cazenave, ya sea que acompañe á una sífilides primitiva, ya que complique á una secundaria, ó ya que sucediendo á una ú á otra persista sola con una pertinacia por lo comun desconsoladora.

«Esta forma, continúa Cazenave, consiste en una *rubicundez eritematosa* de aspecto *violado*, acompañada de una *tumefaccion* muy ligera de las paredes de la faringe, que se hallan secas, brillantes y como *tirantes*. La *deglucion* es difícil y dolorosa á lo menos en los primeros momentos, y el enfermo se queja constantemente de *sequedad* en las fauces, cuyo estado le es mas penoso por la mañana al despertarse. Si se examina con atencion la cámara posterior de la boca, solo se percibe una *inyeccion* particular estendida de un modo desigual por fajas, y especialmente muy apreciable á lo largo de los pilares y al rededor del velo del paladar.»

Por esta definicion vemos en qué se diferencia esta forma de la faringitis crónica, y en qué se parece á la *faringitis crónica simple*, y tal vez las principales variedades que debemos señalar son un poco mas de sequedad, la rubicundez en forma de faja y el aspecto reluciente de la mucosa. De aquí resulta que si no tuviésemos otros síntomas por que guiarnos, tales como los que pertenecen á las diversas sífilides, y si careciésemos de antecedentes, podríamos hallarnos embarazados en el diagnóstico: sin embargo, si se reflexiona que la faringitis crónica un poco intensa y que ocupa grande estension es producida con mucha frecuencia por el virus sifilítico, se tendrá una razon mas para creer en la naturaleza especifica de la enfermedad.

Forma segunda (granulosa). «Algunas veces, dice tambien Caze-

(1) Cazenave, *Traité des syphilides*, Paris, 1843.

nave, se cubre la mucosa, sobre todo en la parte posterior de la faringe, de *tumorcitos* como granulosa completamente indolentes, que no escuden del volumen de un guisante y de figura redondeada. Estos tumores vienen tambien á aumentar con su presencia las dificultades de la deglucion.»

Forma tercera. Cazenave ha señalado igualmente la siguiente forma. «En otras circunstancias análogas á las anteriores, dice, no tan solo la mucosa no presenta la inyeccion característica, sino que parece que está ligeramente levantada en algunos puntos por un líquido que le ha hecho perder su transparencia: de aquí resultan *discos pequeños* ó mas bien porciones de disco, que ofrecen la particularidad de ser siempre exactamente redondeados, y en los cuales presenta la mucosa un tinte opalino, que podria ocultarse á un exámen superficial y que se distingue perfectamente inspeccionando con atencion los pilares del velo del paladar y la campanilla, que parecen ser su asiento predilecto.»

En esta forma hallamos algo de particular, porque si se puede referir al aspecto vesicular indicado en algunos casos de *faringitis crónica simple* este estado de la mucosa que la hace aparecer como levantada por un líquido, no se puede prescindir de conocer, á lo menos en el estado actual de la ciencia, que los fragmentos de disco de figura redondeada pertenecen esclusivamente á la faringitis crónica sifilítica.

Forma cuarta. Cazenave indica tambien una última forma que puede considerarse como una exageracion de la anterior, pero que reside con mucha mas frecuencia en las paredes de la boca y en la superficie de la lengua que en la faringe. Hé aquí cómo la describe el autor de quien tomamos estos detalles. «Finalmente, en algunos enfermos las *placas* de la mucosa son mas prominentes; se parece esta á una falsa membrana siempre en *forma de anillo*, de bordes anchos y sana por el centro. Esta erupcion se presenta en figura de *discos* blancos y gruesos, y los anillos tienen además una estension muy variable, segun su asiento.»

Para acabar de dar á conocer lo que la observacion ha demostrado á Cazenave acerca de este punto, terminaremos citando el párrafo siguiente. «Estas diversas variedades de la inflamacion de la mucosa de la cámara posterior de la boca existen las mas veces en el estado secundario, y están casi siempre acompañadas de una sífilides, sin que por otra parte haya relaciones fijas y absolutas entre ellas y tal ó cual forma de las erupciones venéreas.»

Al tratar de una faringitis crónica, se deben tener presentes los menores caracteres y atender á todas las circunstancias. De este estado local tomará, pues, los elementos de su *diagnóstico*, y esta es la razon porque no describiremos los demás síntomas, que no se diferencian de un modo sensible de los de la faringitis crónica simple.

El *tratamiento*, si se exceptúan las *fumigaciones narcóticas* y algu-

nas veces *escitantes*, es el mismo de que se hace uso en la *faringitis sifilítica ulcerosa*.

2.º FARINGITIS SIFILÍTICA ULCEROSA.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

Esta afección, que ha recibido los nombres de *chancro de la faringe*, *úlcera sifilítica de la garganta*, puede ocupar el velo del paladar, sus pilares, las amígdalas y las paredes de la faringe. Presenta importantes particularidades, según se presente en uno ú otro de estos puntos.

§ II.—Causas.

Es producida por el *virus sifilítico*. ¿Pero siendo las úlceras venéreas primitivas y consecutivas puede ser *primitiva* esta faringitis? Los sifilógrafos han citado muchos hechos que lo comprueban, pero en la inmensa mayoría de los casos solo es un accidente consecutivo.

Es inútil investigar si existen circunstancias particulares que favorezcan un desarrollo; nada ilustran sobre este punto los trabajos de los autores. En cuanto á la *forma de la afección primitiva* que dá con más frecuencia lugar á la aparición de la lesión secundaria, pueden verse en el artículo ESTOMATITIS ULCEROSA las consideraciones espuestas que pueden aplicarse á la lesión que estudiamos.

§ III.—Síntomas.

Las úlceras sifilíticas de la faringe tienen una *forma redondeada*; son más ó menos profundas, con *bordes* cortados perpendicularmente y ordinariamente prominentes, y su *fondo* de un color gris sucio, presentando una coloración análoga á la que produce la cauterización con el nitrato de plata. A su alrededor presentan una *rubicundez como erisipelatosa* más ó menos estensa.

Pero en otras circunstancias no conservan esta forma redondeada, son *serpiginosas*, se extienden en un sentido cualquiera y destruyen gran parte de la faringe. Se ha observado también la forma *fagedénica*, es decir, aquella en que se corrompen profundamente los tejidos con más ó menos rapidez, de modo que se perforan las membranas, y por lo común se ponen al descubierto las partes duras.

Ricord ha descrito dos variedades de esta última forma; la primera que designa con el nombre de *úlcera fagedénica pultácea* ó *difterítica*, y la segunda con el de *úlcera fagedénica gangrenosa*. Estas denominaciones hacen comprender perfectamente cuáles son los caracteres de estas dos especies de úlceras, é indica que en general la afección sifilítica, á pesar de imprimir á las enfermedades secundarias un carácter específico que es preciso tomar en cuenta, les deja, sin embargo, la

forma que hemos notado en ellas en los casos en que la afección es simple (1).

Finalmente, se ha atendido á la elevación y á la dureza de los bordes de la úlcera, y de aquí ha resultado la *úlcera sifilítica de bordes duros* ó *hunteriana* y la *úlcera sifilítica común*.

Tales son los caracteres comunes de las úlceras de la faringe, pero hay algunos que pertenecen á unas ú otras, según que ocupan tal ó cual punto de la cavidad faríngea, de donde resulta que los síntomas varían en las diversas especies.

1.º *Faringitis sifilítica ulcerosa que reside en el velo del paladar* (palatitis ulcerosa sifilítica). Se hallan á veces en el velo del paladar y en sus pilares *ulceraciones* bastante numerosas, redondas, que presentan un fondo agrisado, con bordes cortados perpendicularmente, rodeados de una aureola roja y difusa. Estas ulceraciones son superficiales y ocasionan muy *poco dolor*; pero en ciertos casos son muy persistentes, y aunque se las puede hacer cicatrizar en todo ó en parte, á veces se reproducen con la mayor facilidad. A. Cazenave (2) ha referido un caso en que se han empleado en vano durante ocho años los medios en apariencia más apropiados para hacer desaparecer esta afección rebelde.

No sucede otras veces lo mismo. Se presenta en uno de los puntos del velo del paladar ó en sus pilares una *tumefacción* con una rubicundez oscura acompañada de un *estorbo ligero á la deglución* y *poco dolor*. Esta tumefacción dura bastantes días, y en seguida se nota que se presenta hacia su centro una *mancha* amarilla y agrisada, y muy poco despues empieza la *ulceración*, que se extiende en todos sentidos é invade los puntos que ocupan la rubicundez y la tumefacción, las cuales á su vez invaden un punto más distante. La ulceración ataca á los tejidos profundos, y finalmente produce la *perforación* del velo del paladar y hasta la *desnudación de los huesos* en el punto en que se inserta este velo membranoso.

Es bastante frecuente que la úlcera sea en tales casos irregular, y por lo común parece que desde el principio está afectado todo el grueso del velo del paladar, y entonces la parte invadida parece que se halla como gangrenada. De un borde de la perforación al otro, se extienden bridas de tejido amarillento mortificado, restos de los tejidos específicamente inflamados. Los *bordes* de la perforación, aun cuando presentan irregularidades, están siempre cortados con limpieza, un poco tumefactos, ofrecen un color gris sucio, y dejan fluir un líquido ordinariamente sanioso. Si, como sucede con frecuencia, la perforación ocupa un punto próximo al borde libre del velo del paladar, ó si hace grandes progresos, invade este borde, se divide completamente el velo y á veces queda destruida la campanilla.

El síntoma principal de las úlceras superficiales es, como ya hemos

(1) Véase t. I, p. 518.

(2) Cazenave, *Traité des syphilides*, p. 439.

dicho, un dolor y una ligera incomodidad hácia el istmo del paladar. Los síntomas de las úlceras profundas y de las perforaciones son mas graves: sin embargo, el *dolor* no es por lo comun muy intenso, y solo en algunos casos en que la afeccion sigue un curso muy rápido, sea al principio, sea en una época mas ó menos adelantada, se inflaman mucho los bordes de la úlcera, y de aqui resulta un dolor mucho mas vivo. La *deglucion* es, no obstante, un poco difícil; pero lo mas notable es la *palabra*, que mas ó menos apagada cuando todavía no existe la perforacion, se hace sumamente dificultosa y nasal luego que esta se ha verificado, lo cual depende de que no pudiendo ya el velo del paladar impedir que cuando se habla atravesase el aire casi únicamente por las fosas nasales, estas alteran el sonido por su resonancia. Este fenómeno es todavía mas manifiesto cuando el velo del paladar está completamente dividido y la afeccion se ha extendido hasta el punto de dejar al descubierto los huesos. En algunos casos se quejan los enfermos de dolores en los oídos.

2.º *Faringitis tonsilar sifilítica ulcerosa* (úlcera sifilítica de las amígdalas). Segun los autores que se han ocupado de las enfermedades venéreas, las úlceras sifilíticas de las amígdalas son por lo comun mas profundas y mas anchas que las del velo del paladar: sus *bordes* están cortados perpendicularmente, presentan una *superficie* agrisada y redondeada que penetra á veces todo el espesor de la glándula. En algunas circunstancias se desarrolla en estas glándulas la úlcera fagedénica que marcha á veces con gran rapidez. En estos casos quedan pronto destruidas las amígdalas, la afeccion invade con rapidez las demás partes de la faringe, y de aqui resultan los mayores desórdenes, tales como la *desnudacion* de los huesos y la *necrosis*.

La proximidad de algunas arterias gruesas hace todavía mucho mas peligrosa esta afeccion, de lo cual tenemos un ejemplo en un caso que cita Herbert Mayo (1), de una úlcera de este género que produjo una *hemorragia* que amenazaba ser mortal y que solo pudo contenerse ligando la arteria carótida. Mayo recuerda con este motivo un caso semejante referido por el doctor Watson, y en uno y otro procedia la sangre de la arteria lingual. Se concibe tambien que la ulceracion pueda invadir la arteria carótida inmediata á la amígdala, de donde resultaria una hemorragia fulminante; pero no conocemos ningun ejemplo de este accidente, á no ser el siguiente comunicado por Daniell (2) á la sociedad médica de Westminster. Un sugeto esencialmente escrofuloso fué afectado de infartos escrofulosos en el cuello que supuraban, se abrian y cicatrizaban. A estos fenómenos siguió una tumefaccion de la amígdala izquierda, se ulceró la glándula, dando lugar repentinamente á una hemorragia en que perdió próximamente un

(1) Herbert Mayo, *The London med. and surg. Journ.*, diciembre de 1829: su extracto en los *Arch. gén. de méd.*, t. XXII, 1830.

(2) Daniell, Seccion de 24 de Noviembre de 1849, y *Union Medicale*, 18 de Abril de 1850.

litro de sangre. Se aplicó una ligadura á la carótida primitiva por Moran, y la hemorragia cesó inmediatamente. El enfermo curó, pero fué imposible reconocer la arteria que habia dado lugar á tan terrible hemorragia. Los casos de este género han sido en los que principalmente ha observado Ricord las dos formas de *úlcera fagedénica difterítica* y *úlcera fagedénica gangrenosa*.

Los *síntomas* propios de la ulceracion de las amígdalas no son muy numerosos. El *estorbo al deglutir* no es tan grande como en los casos en que la inflamacion es intensa á consecuencia del curso muy rápido de la enfermedad. La materia de la *espectoracion* contiene restos de la amígdala destruida: una especie de detritus, de sanies que resulta de la supuracion. Por lo comun se hallan en las partes laterales del cuello los gánglios infartados y dolorosos, lo cual ocasiona mayor ó menor dificultad de abrir la boca. A veces se observa *hemorragia*. Melchior Robert (1) y Cazenave han observado dolores de oídos mas ó menos intensos.

Quando la úlcera de las amígdalas presenta el caracter fagedénico y ha hecho grandes progresos, se observa como su consecuencia una debilidad general con enflaquecimiento, descoloracion, calentura lenta, y en una palabra, todos los signos de la *caquexia sifilítica*.

3.º *Faringitis sifilítica ulcerosa de las partes profundas de la faringe*. Volvemos á hallar en esta forma la *tumefaccion*, la *rubicundez* oscura precedente, el *fondo agrisado* de la úlcera, la *elevacion* de los *bordes* y su corte perpendicular. La superficie de la úlcera parece bastante deprimida y á veces está cubierta de mucosidades espesas que podian impedir que se la viese si no se tiene cuidado de limpiar la faringe. En otras circunstancias, como lo hace notar Cazenave, está situada la úlcera en la parte superior de la cavidad faríngea, y es preciso hacer un exámen detenido para descubrirla detrás del velo del paladar. Esta úlcera puede, lo mismo que las anteriores, ser corrosiva, destruir todos los tejidos blandos, poner al descubierto los huesos y producir por esta razon su necrosis. Lagneau ha observado casos de este género.

En cuanto á los *síntomas* propios de esta variedad, son poco numerosos. Si la úlcera está situada en la parte superior de la faringe, resulta segun la observacion de Cazenave, una *otalgia* que se presenta sobre todo por la noche, y que está acompañada de *ruido en los oídos*. Este sintoma es muy penoso, alarma mucho á los enfermos y se le observa tambien en los casos de amígdalitis ulcerosa, pero con mucha menos frecuencia que en la faringitis de que nos estamos ocupando.

Si la úlcera ocupa la parte inferior de la faringe, hay *mucho mas incomodidad al deglutir* que en los demás casos, y al mismo tiempo se nota la *integridad de la voz* y que no hay ninguna lesion en la parte superior de la cavidad: sin embargo, para que esto suceda es preciso

(1) Melchior Robert, *Traité des maladies veneriennes*, 1861, p. 379.

que la ulceracion no se dirija hácia la laringe, á lo cual tiene demasiada propension.

Si queremos saber cuáles son los *síntomas comunes* de estas variedades de una misma afeccion, los hallaremos en la incomodidad por lo comun mediana al deglutir, en las alteraciones de la voz, en la fetidez mayor ó menor del aliento, y en la inquietud que inspiran casi constantemente al enfermo.

Deville (1) ha observado un caso de angina sifilitica acompañada de un *trismo* que duró hasta la muerte, y en el que habia en la faringe unas veinte úlceras agrisadas, con sus bordes cortados perpendicularmente, presentando el órgano un color rojo muy oscuro.

Una vez desarrollada la enfermedad, especialmente cuando es consecutiva, no presenta tendencia natural á la curacion, y cuando se logra vencerla á beneficio de un tratamiento apropiado, se observa que se van limpiando las úlceras, que sus bordes se deprimen y aproximan al centro, que desaparece la incomodidad y el poco dolor que habia al deglutir, y si la úlcera era superficial, no queda ningun vestigio de su existencia. Si por el contrario la ulceracion ha penetrado profundamente, queda una cicatriz blanca é irregular muy perceptible: Rayer ha hecho dibujar varias que ocupaban grande estension del velo del paladar y de la bóveda palatina (2).

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

Importa mucho considerar el *curso* de la faringitis sifilitica ulcerosa, que casi siempre es lento, sin que la persistencia de los síntomas, hasta en la época en que todavia no se ha efectuado la ulceracion, esté en relacion con la poca gravedad aparente de la enfermedad. Por espacio de quince dias, tres semanas y á veces todavia mas, solo se puede percibir en las diversas partes de las fáuces una rubicundez oscura acompañada de una ligera hinchazon; en seguida empieza á efectuarse la ulceracion, con lo cual ya no pueden quedar dudas acerca de la naturaleza de la enfermedad. Las mismas úlceras pueden permanecer estacionarias por mucho tiempo, lo que no las impide que despues hagan muy rápidos progresos, á veces de pronto y á una época variable. Así no es posible juzgar por la estension primitiva del mal si seguirá en su curso una marcha lenta ó rápida: sin embargo, si á los pocos dias de duracion se ha manifestado ya la úlcera, puede temerse que marche con mucha rapidez y llegue á presentar los caracteres de la úlcera fagedénica.

La *duracion* de la enfermedad, aunque en general larga, es no obstante muy variable. En los casos en que la muerte de los enfermos es á consecuencia de la estenuacion y de la caquexia sifilitica, pueden estar aquejados por mucho tiempo de este cruel padecimiento.

(1) Deville, *Bulletin de la Societé anatomique*, 1845.

(2) Rayer, *Traité des maladies de la peau*, Paris, 1835, Atlas en 4.º iluminado.

La *terminacion* por muerte es felizmente muy rara. En unos casos depende de una úlcera fagedénica aguda que ha destruido rápidamente una estension muy grande de los tejidos, y en otras sobreviene la muerte de un modo lento, y entonces contribuyen en gran parte á causarla otro gran número de síntomas sifiliticos, tales como las úlceras en otras partes del cuerpo, las exostosis y las necrosis.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Debemos esponer en pocas palabras las lesiones anatómicas que ya hemos indicado al describir los síntomas. Las perforaciones del velo del paladar, la destruccion de las partes blandas, la rubicundez, la infiltracion, el endurecimiento ó reblandecimiento así alrededor de la mucosa, como del tejido submucoso, el detritus sanioso ó gangrenoso que ocupa el fondo de las úlceras, los huesos puestos al descubierto y necrosados, y el líquido purulento de mal carácter que los baña, tales son las alteraciones que se han hallado en la autopsia cadavérica en los casos raros en que los desórdenes han sido bastante considerables para ocasionar la muerte, ó en los sujetos que han sucumbido de otra enfermedad.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Antes de la ulceracion es bastante difícil el diagnóstico, pero sin embargo se le puede formar atendiendo á las principales circunstancias. Ya hemos dicho que por su curso se distingue la faringitis sifilitica de la *faringitis simple aguda*, en razon á que la primera sigue casi en todos los casos un curso crónico muy notable. Si por el contrario marcha con mucha rapidez, se presenta al momento la ulceracion, y esta basta para alejar inmediatamente la idea de una faringitis simple.

No sucede lo mismo cuando se la quiere distinguir de la *faringitis simple crónica*, que presenta con corta diferencia los mismos síntomas; sin embargo, si la rubicundez, la tumefaccion y la sensacion de incomodidad que experimenta el enfermo se encuentran *en un punto limitado de la faringe*, si la enfermedad sigue haciendo diariamente progresos, aunque lentos, y si la parte inflamada ofrece esa rubicundez reluciente y esa sequedad notable que indica Cazenave, y finalmente si los antecedentes del enfermo hacen creer que existe una infeccion general, se debe admitir mas bien la existencia de la faringitis ulcerosa sifilitica. Si el enfermo presenta al mismo tiempo otros síntomas de sífilis constitucional, tales como úlceras, una erupcion de sífilides, etc., ya no deben quedar dudas acerca de la naturaleza de la afeccion.

Apartaremos á un lado las úlceras escorbúticas que ocupan casi exclusivamente la boca y que se presentan en circunstancias tan marca-

das que no es posible un error de diagnóstico; lo mismo haremos con las úlceras mercuriales que aparecen en el curso de una salivación, cuyo asiento principal es también la boca, y con las diversas especies de aftas, cuyas relaciones con la enfermedad que nos ocupa son ya muy remota. No nos quedan pues más que las *úlceras simples* y la *úlcera cancerosa*.

Las *úlceras simples* son muy raras, como ya lo hemos dicho antes de ahora, y resultan de la abertura de abscesos pequeños formados en las amígdalas, circunstancia que basta por sí sola para alejar la idea de una úlcera sifilítica. Según Lagneau, su superficie tiene un color rojo muy vivo, el de su circunferencia es natural, y su corto número y el dolor agudo que ocasionan contrastan con las condiciones opuestas en que se hallan las úlceras venéreas.

En cuanto á la *úlcera gangrenosa*, indicaremos su diagnóstico en uno de los artículos siguientes, después de haber dicho dos palabras del *cáncer de la faringe*.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Signos distintivos de la faringitis sifilítica ulcerosa antes de la ulceracion, y de la faringitis simple aguda.*

FARINGITIS SIFILÍTICA AUN NO ULCERADA.	FARINGITIS SIMPLE AGUDA.
Por lo comun sigue un <i>curso crónico</i> .	<i>Curso agudo</i> .
En los casos en que el curso es agudo, <i>se desarrollan muy pronto las úlceras</i> .	<i>No hay ulceraciones</i> .

2.º *Signos distintivos de la faringitis sifilítica antes de la ulceracion, y de la faringitis simple crónica.*

FARINGITIS SIFILÍTICA NO ULCERADA.	FARINGITIS SIMPLE CRÓNICA.
Rubicundez, tumefaccion é incomodidad, <i>limitados á un punto circunscrito de la faringe</i> .	Rubicundez, tumefaccion é incomodidad <i>que se extienden á gran parte de la faringe</i> .
<i>Progresos manifestos aunque lentos todos los días</i> .	<i>Enfermedad casi estacionaria</i> .
<i>Aspecto reluciente y sequedad notable de la mucosa</i> .	<i>Mucosa cubierta de mucosidades, á veces puriformes</i> .
<i>Comemorativos: infeccion sifilítica: úlceras, bubones, cicatrices, etc.</i>	<i>No precede infeccion sifilítica, ni hay úlceras, bubones, etc. (signos dudosos)</i> .
<i>Sintomas concomitantes: úlceras, necrosis, sifilides, etc.</i>	<i>No hay síntomas sifilíticos concomitantes</i> .

3.º *Signos distintivos de la faringitis ulcerosa sifilítica y de la faringitis ulcerosa simple.*

FARINGITIS ULCEROSA SIFILÍTICA.	FARINGITIS ULCEROSA SIMPLE.
Es <i>frecuente</i> .	Es <i>muy rara</i> .
Se desarrolla <i>espontáneamente</i> .	Es <i>consecutiva á la abertura de los abscesos</i> .
Fondo <i>agrisado</i> .	Fondo <i>rojo vivo</i> .
Circunferencia de <i>color rojo oscuro</i> mas ó menos estenso.	Circunferencia de <i>color natural</i> .
Úlceras á veces en <i>gran número</i> .	Por lo comun <i>una sola úlcera</i> .
<i>Incomodidad</i> mas bien que dolor.	<i>Dolor vivo</i> .

Pronóstico. En un gran número de casos la afeccion de la garganta no es más que una parte de la enfermedad, y por consiguiente se debe formar el pronóstico atendiendo á las demás lesiones diversas desarrolladas en los diferentes puntos del cuerpo.

Sin embargo del estado de la garganta se pueden deducir algunas consecuencias útiles para el pronóstico. Si la úlcera se ha presentado muy pronto, si en poco tiempo ha hecho progresos considerables y si los bordes están muy inflamados y el fondo sanioso, el pronóstico es grave, porque se trata de una úlcera corrosiva que puede ocasionar los mayores desórdenes.

En vista del hecho que ha citado Cazenave, resulta que aun en los casos en que las úlceras son pequeñas y muy superficiales, no puede deducirse de esto que la enfermedad cederá fácilmente al tratamiento apropiado, y que lo único que se puede decir es que probablemente la afeccion no hará progresos alarmantes.

Finalmente, en las úlceras de curso crónico se deberá buscar en el estado general los elementos principales del pronóstico, que es bastante grave cuando se observan los síntomas de la caquexia sifilítica.

§ VII.—Tratamiento.

Tratamiento local de las úlceras muy inflamadas. En estos casos se emplean generalmente los gargarismos dulcificantes compuestos de *leche tibia, agua de cebada con miel, cocimiento de linaza, de raíz de altea, etc.*; en una palabra, los diversos emolientes. Si el dolor es muy vivo, se añaden á estos gargarismos 15 á 20 gotas de *tintura de opio*, y en los casos de este género han probado bien las lociones frecuentes con *agua templada* simplemente. También se puede emplear el colutorio siguiente propuesto por Rust (1):

(1) Rust, *Helkologie*, Wien, t. II, 1811.