

Semeiótica. — Siempre fácil el diagnóstico por los caracteres de objetividad que ya quedan referidos, debe advertirse que el concepto pronóstico varía según sean las condiciones del enfermo. El muguet en los niños que lactan, siempre que sean robustos y no padezcan otra enfermedad, nunca constituye un hecho grave, porque la esterilización y muerte del parásito es por demás fácil; mas cuando los niños son atrepsicos ó cuando, sea cual fuere la edad del paciente, aparece la estomatitis parasitaria en el curso de una afección que haya podido producir gran deterioro orgánico, entonces el muguet indica mucha gravedad en el proceso originario, y él en sí se hace más refractario á la acción de los microbicidas. Este es un hecho de clínica tan vulgar, que basta apuntarlo.

Tratamiento. — Cuando el muguet es idiopático, bastan los medios aplicados sobre la parte para extinguirlo; mas cuando viene sostenido por los estados morbosos de que ya se ha hecho mérito, serán insuficientes los tópicos para impedir la reproducción del mal mientras no se combata la enfermedad causal con los medios oportunos.

Contra el muguet, sea idiopático, sea sintomático, debe recomendarse ante todo la limpieza de la boca, esmerándose sobre todo en la época de lactancia en lavar la cavidad bucal de los niños después de cada acto de succión. Pero procede desde luego el empleo de aquellos agentes capaces de extinguir la vitalidad del parásito, y son varios los que pueden aconsejarse.

Para nosotros, el preferible es el sub-borato de sosa, y lo administramos incorporado en miel de abeja ó en glicerina en la proporción de 50 por 100, bastando muchas veces una aplicación para que el muguet desaparezca. También es útil el bicarbonato de sosa, la cascarilla y aun la misma magnesia calcinada, pero su eficacia es menor. Los lavatorios con vino tinto aromático también son convenientes, lo mismo

que las soluciones alcohólicas de ácido salicílico : en cambio, ningun efecto se alcanza del empleo del ácido fénico.

Sea cual fuere el tópico empleado, deben hacerse repetidas aplicaciones con una brocha hasta tanto que ya no se observen conatos de reproducción del parásito.

GLOSITIS.

En la imposibilidad de ocuparnos *in extenso* de la patología de la lengua, ya porque algunos de sus procesos entran de lleno en la cirugía, ya porque otros no constituyen más que el reflejo de afecciones locales ó generalizadas que residen á distancia del órgano lingual, nos contraeremos á la descripción de las flegmasías agudas y crónicas linguales ó *glositis* propiamente dichas.

A. — GLOSITIS AGUDAS.

Obsérvanse dos formas clínicas principales : glositis aguda superficial y glositis profunda. La primera, por otro nombre glositis eritematosa ó catarral, radica en la membrana mucosa que reviste la lengua ; la segunda, conocida tambien con el nombre de parenquimatosa, reside en toda la masa lingual, pero especialmente en los grandes planos musculares y en los depósitos de tejido celular intermedios.

La *glositis superficial* puede desarrollarse en virtud de la acción directa de agentes irritantes, como sustancias ácras, venenos cáusticos, ciertos medicamentos usados á dosis excesivas (tártaro estibiado, nitrato de plata, etc.), cuerpos en ebullicion, etc. Hemos visto dos casos producidos por actos del más torpe sensualismo sin intervencion sifilítica ninguna. Otras veces la glositis es el resultado de afecciones infectivas las más variadas, como ocurre en las fiebres tifoideas y en las pirexias exantemáticas, colocando la escarlatina al frente

de ellas, ó se desarrolla por propagacion de procesos análogos; tal sucede en el curso de las anginas agudas.

Segun que las lesiones radiquen en el dermis de la mucosa ó en sus papilas y en sus folículos, varían un tanto los síntomas del mal. En el primer caso, comun en los bebedores y fumadores, ora la lengua se muestra roja, punteada, lanceolada ó ancha, pero con sensibilidad exquisita, tanto, que puede hasta dificultar la masticacion y la articulacion de la palabra; ora, por el contrario, gracias á una hiperplasia epitelial, se presenta cubierta por una capa de color grisáceo. Cuando las papilas toman parte en el proceso, vemos la lengua más ó menos roja ó más ó menos saburral en el centro, pero con todos los elementos papilares engrosados y erectos, así es que la punta del órgano y sus bordes recuerdan el aspecto de una fresa. Por último, si la glositis es folicular, las lesiones radican en la base, y las papilas calciformes forman grandes relieves como pequeños papilomas. En cualquiera de estos casos el enfermo experimenta molestias en la parte más ó menos graduadas, segun la intensidad de la glositis, y pueden embargarse las funciones naturales del órgano, ampliándose el síndrome con cambios de la secrecion moco-salival y perturbaciones del gusto.

La evolucion del proceso, aunque relacionada con la índole de la causa productora, suele ser rápida, á menos que quiera insinuarse una tendencia á la cronicidad.

La inspeccion directa del órgano lesionado permite formar con toda seguridad el diagnóstico de una enfermedad que, por otro lado, no es grave, considerada en sí misma. Con todo, para el pronóstico téngase en cuenta la patogenia antes referida, y sobre todo la inclinacion que pueda dibujarse hácia la mentada cronicidad.

La terapéutica de la glositis catarral, aparte de lo que proceda contra la enfermedad causal que pueda existir, es por cierto bien simple. Debe abstenerse el enfermo del uso de

alimentos y bebidas irritantes, y hasta se le aconsejará que no los ingiera muy frios ni calientes, porque las temperaturas extremas no sólo avivan el dolor sino que acrecen la intensidad del proceso. Al propio tiempo se emplearán tópicos emolientes (cocimientos de malvavisco, de zaragatona, de semilla de lino, de leche, etc.), siempre que la lengua esté roja y muy sensible, pero si va perdiendo la coloracion y la sensibilidad entonces daremos la preferencia á las disoluciones de ácido bórico, de sub-borato de sosa ó de clorato de potasa, al 1 ó 2 por 100 respectivamente. En la forma foliular esto algunas veces no basta y debe recurrirse á los toques con alguna solucion de sulfato de alúmina, de sulfato de cobre ó de zinc, y tambien á las de nitrato de plata.

En la glositis superficial aguda pocas veces es tan intenso el dolor que obligue á una intervencion especial, mas si llegaba el caso podría recurrirse á las hisopaciones de clorhidrato de cocaina, advirtiendole que no puede procederse con ligereza á la dosificacion de esta sustancia, porque á más de la anestesia (que es la que buscamos) puede producir trastornos de la motilidad de la lengua. Será, pues, suficiente disolver de 20 á 30 centígramos de aquella sustancia medicamentosa en 25 gramos de agua.

La *glositis parenquimatosa aguda* (GLOSOCELE) la hemos visto producida varias veces por mordeduras durante el grande ataque epiléptico, como tambien en el llamado *estado de la epilepsia* y en la eclampsia puerperal; pero es evidente que hay glositis parenquimatosas infectivas, ya por migracion de algunos de los fito-parásitos de la boca, ya como consecuencia de la fiebre tifoidea, de la viruela grave ó de otros procesos análogos. Tambien las picaduras de diversos insectos, cuando por azar el enfermo se ha dormido con la boca abierta, ó la accion tópica de algunos venenos y otras sustancias irritantes pueden originarla. Será cuando menos poco frecuente la afirmacion de algunos autores de que haya

glositis parenquimatosas reumáticas, y por propagacion de otitis y de parotiditis, como tambien que puedan ofrecerse con carácter epidémico.

Esta glositis, vaya ó no precedida de ardor, sequedad de boca y tension de la parte, evoluciona con rapidez y constituye su síntoma característico el abultamiento del órgano, que puede ser tal, que en pocas horas el volumen de la lengua no sólo se duplica y cuadruplica, sino que, ocupando ya toda la cavidad bucal y hasta no cogiendo en ella, el enfermo mantiene la boca abierta, y aquel órgano musculado asoma su punta por entre las arcadas dentarias y los labios. A todo eso la lengua se inmoviliza, es asiento de un fuerte dolor tensivo y como de estrangulacion, su temperatura se eleva, adquiere una coloracion roja primero y lívida despues, y el enfermo no puede masticar, ni deglutir, ni articular la palabra, sin grandes dificultades. Las glándulas salivales segregan en abundancia y el líquido sale por las comisuras en copioso babeo. Si la tumefaccion lingual es mucha, la base del órgano, comprimiendo las fáuces y la epligotis, dificulta la respiracion y embarga la circulacion de las carótidas internas; de ahí la vultuosidad y amoratamiento del rostro, la propulsion de los globos oculares, la tumefaccion inframaxilar y la plenitud de todas las venas de la cabeza y cuello: ó en una palabra, aparece toda la cohorte de fenómenos asficticos.

Todos estos síntomas locales van acompañados de reaccion febril y de una extraordinaria agitacion del sistema nervioso; pero si la asfixia avanza, el pulso se deprime y el enfermo queda sumido en una suerte de somnolencia, prelude del sopor.

Así las cosas, la marcha de la afeccion puede ser muy diversa. Ora porque el proceso no es tan violento ó porque la terapéutica ha sido eficaz, la hinchazon de la lengua va decreciendo y paso á paso vuélvese á la normalidad. Ora al

cabo de siete ú ocho dias, la glositis ha terminado por supuracion, y espontánea ó artificialmente se abren uno ó más abscesos, y entonces, cesando la estrangulacion de los tejidos, se reduce poco á poco el abultamiento de la parte y el enfermo alcanza la salud. En otros casos, bien que raros, y sólo observables en las glositis parenquimatosas de origen infectivo, se esfacela la lengua en zonas más ó menos vastas, ocasionándose la muerte ó salvándose el enfermo segun sea la violencia de la infeccion y el estrago local producido. Pero de ordinario, cuando el proceso ha de terminar malamente, la muerte es producida por la asfixia y por la congestion venosa cerebral.

En la glositis parenquimatosa aguda no pueden ocurrir vacilaciones de ningun género, ya que la sintomatología que acaba de apuntarse es característica. Ciertamente que el flemon del suelo de la boca, conocido con el nombre de angina de Ludwig, puede originar alguna confusion, ya que es un proceso muchas veces infectivo, que dificulta las funciones de la boca, que entumece la region inframaxilar y que hasta puede matar por asfixia, pero bastará observar que la lengua queda empujada hácia la bóveda del paladar, pero conservando su grosor propio, para que desde luego se comprenda que la lesion es infralingual.

La gravedad de la glositis parenquimatosa estriba en el género de causa que ha producido la lesion y en el grado de abultamiento que la lengua ofrezca : á mayor tumefaccion mayor peligro ; y si la glositis es de naturaleza zimótica, será más grave que cuando traumática : con todo, recordamos un caso de glositis mortal por grandes mordeduras durante una uremia convulsiva.

Tratamiento. — Si la glositis parenquimatosa es poco graduada, no exige más que el empleo de medios locales emolientes ó un tanto anodinos y algun derivativo intestinal, dando la preferencia en este caso á los purgantes salinos,

siempre que por parte de la enfermedad causal no haya contraindicacion. Pero estos recursos, incluso la medicacion emética que algunos han preconizado, son de todo punto inútiles en los casos de glositis grave que ponga en peligro la vida del paciente. Lo propio decimos del tratamiento mercurial empleado *intus et extra* al objeto de llegar con rapidez á la saturacion, pues si esto se logra (cosa no fácil en el breve término de algunas horas) entendemos que la situacion del enfermo se hará doblemente penosa, pues á la ingurgitacion natural que la lengua había ya alcanzado, deberá agregarse necesariamente la producida por el hidrargirio.

Juzgamos muy preferible á todo eso lo que es ya clásico en el tratamiento de la glositis aguda parenquimatosa: la desengurgitacion rápida del órgano por medio de las sustracciones sanguíneas ó la desbridacion de la lengua á favor de grandes sajas.

La primera práctica es más insegura que la segunda, porque despues de desengurgitar la lengua, gracias á la salida de la sangre, se opera un acto contrario de aflujo que vuelve á dejar aproximadamente las cosas en el estado en que antes se encontraban. El medio, sin embargo, es racional y su indicacion viene tambien justificada por los éxtasis sanguíneos que la glositis viene determinando, ya hácia el encéfalo, ya hácia las vías respiratorias. Tal terapéutica unos la han cumplido sangrando á los enfermos, otros, limitándose á la aplicacion de sanguijuelas á los lados del frenillo (cosa difícil de realizar por el estado de la parte), ó en la region inframaxilar ó suprahioidea. Creemos que no hay necesidad de la sangría general á menos que fuese tan graduada la congestion cerebral ó tan inminente la asfixia que no hubiera tiempo que perder; de ahí que de ordinario se supla la flebotomía por las sustracciones de sangre en los sitios indicados.

Si el caso es grave nosotros preferimos la desbridacion de

la lengua, practicando dos, tres ó cuatro sajas longitudinales, desde la base á la punta del órgano. Como la hinchazon de los tejidos es mucha, nunca hemos temido hundir la hoja de un bisturí convexo unos dos centímetros en el espesor de aquella masa carnosa. La hemorragia es copiosa en los primeros momentos, y por tanto la desengurgitacion es rápida, pero la misma musculatura lingual, contrayéndose, se encarga de cohibir el flujo. Tal vez sea menester á las pocas horas intervenir nuevamente; pero no importa, convencidos de que el traumatismo no ha de hacer más afflictiva la situacion del enfermo y bastará que se desinfecten las heridas con enjuagues bóricos al 2 ó 3 por 100.

Pocas veces así combatida la glositis, dejaremos de triunfar; pero en el supuesto de que todo lo hecho resulte estéril y que el enfermo se ponga á morir por la estrangulacion de las fáuces y asfixia consecutiva, aun resta el heróico extremo de practicar sin vacilacion la traqueotomía; de esta suerte alejamos el inminente peligro y damos tiempo al empleo de los recursos ordinarios aconsejados contra la glositis.

Si la glositis termina por supuracion, debe darse franca salida al pus, incindiendo la lengua hasta el nivel del foco; si aparece el esfacelo tambien convendrá desbridar los tejidos para que la estrangulacion cese, solo que en este caso nos habremos de esmerar en la antisepsis, usando los tópicos de rigor en este caso (cocimiento de quina con alcohol alcanforado, soluciones de ácido fénico, de ácido tímico ó de ácido bórico, soluciones de salol ó de resorcina, toques con aceite volátil de trementina, etc.). Y ocioso es añadir que si el enfermo deglute, sostendremos sus fuerzas con un alimento líquido reparador, vino tinto y tónicos neurosténicos.

B. — GLOSITIS CRÓNICAS.

No negaremos que haya glositis crónicas de todo punto idiopáticas ó que al menos no sea dable descubrir si son re-

flejo de procesos que radican más allá de la boca ó quizás en la misma trama general de los tejidos, constituyendo vicios de nutrición; pero es evidente que una buena observación clínica conduce á admitir que la mayor parte de aquellas flegmasías son deuteropáticas. De ahí la dificultad de englobar en un solo capítulo las variadas formas de glositis crónicas, y como precisamente tratamos un punto que así es del dominio de la medicina como de la cirugía, y que antes bien los cirujanos han querido apropiárselo, por nuestra parte nos reduciremos á un simple apunte del cuestionario.

Las glositis crónicas pueden dividirse, en el concepto anatómico, del propio modo que las agudas: *superficiales* ó de la mucosa y *profundas* ó del parénquima.

Las primeras pueden revestir cualquiera de las formas que hemos admitido en los procesos agudos, pero además es común observar la llamada *disecante* y la *psoriasis de la lengua*.

En la *glositis disecante* muéstrase la lengua de un rojo escarlata y con una multitud de hendiduras, más ó menos tortuosas, pero extendidas casi todas en el sentido longitudinal. La mucosa que cubre estos pliegues puede exulcerarse, bien que de un modo muy superficial, ó permanecer sin solución de continuidad de ninguna clase, aunque con sus papilas más ó menos erectas. El proceso es unas veces indolente, mas en otros casos despierta sensaciones de ardor, de sequedad ó de escaldadura, que se avivan sobre todo durante la masticación y al contacto de cuerpos irritantes ó de alta y baja temperatura. De ordinario ignoramos la verdadera patogenia de la glositis disecante, pero en ocasiones parece subordinada á desórdenes del tubo digestivo, en su porción gastro-intestinal, caracterizados, ya por dispepsias gástricas, ya por catarros gastro-intestinales; de todos modos caracterízase por una evolución tan lenta y por tal rebeldía, que sin llegar á constituir *per se* motivo de real gravedad, puede durar largos años y aun toda la vida. Puede, con todo, modifi-

carse en algo, regularizando los trastornos de las vías digestivas, si existen, y empleando tópicos ligeramente astringentes, dando la preferencia á las soluciones ténues de ácido bórico y de sub-borato de sosa.

La *psoriasis lingual*, verdadera hiperplasia crónica del epitelio con descamacion, se presenta en forma de unas placas más ó menos elipsóideas, de 1 á 3 centímetros de longitud, rojas en el centro y blanquecinas en el borde: como si en éste se aglomerasen productos epidérmicos ya descamados y en aquél se desprendiese el epitelio á punto de dejar escoriada la mucosa. De vez en cuando una capa de saburra cubre parcial ó totalmente la lengua y al eliminarse despues vuelve á dejar á descubierto las placas del psoriasis. Esta glositis se parece á la anterior tocante á las molestias que provoca, y como ella, unas veces evoluciona sin causa apreciable y en otros casos parece enlazada con otros desórdenes del tubo digestivo. No es raro, sin embargo, observarla en enfermos hepáticos, en los artríticos y en los herpéticos, presenten ó no en su piel los caracteres de las artrítides ó de las herpétides. Refractaria tambien la psoriasis á los tratamientos mejor dirigidos, no nos parece que constituya un proceso (como han creido algunos) que á la larga favorezca la degeneracion lingual. Se la combate con los enjuagues astringentes y hasta con los toques con soluciones un tanto cateréticas (nitrato de plata, bicromato de potasa), pero la dosificacion y empleo de estos tópicos requiere mucha moderacion y saber apreciar bien la tolerancia de los enfermos. Cuando se crea que la psoriasis viene ligada con alguna de las causas que hemos mentado, precisará usar los medios á propósito: así los laxantes en caso de estreñimiento habitual, los alcalinos en el artritismo, los arsenicales y sulfurosos en otras circunstancias redondearán el tratamiento.

Las glositis parenquimatosas crónicas pocas veces constituyen un proceso local benigno. Cierto que en los fumadores,

en los bebedores y en los que tienen piezas dentarias en astilla, en alguna ocasion se les indura parcialmente la lengua como resultado de la accion directa ejercida por el alcohol, por los productos ácidos que el tabaco contiene ó por el cuerpo que traumatiza; cierto tambien que la glositis parenquimatosa aguda puede resolverse de un modo incompleto, determinando la induracion del órgano, como tambien hay la posibilidad de que las glositis crónicas superficiales, ya descritas, se propaguen al parénquima, y en todos estos casos la afeccion no será muy temible; pero así y todo puede aseverarse que esto no constituye la regla general. Por el contrario, á menudo la glositis crónica guarda relacion estrecha con el cáncer, la sífilis, el tubérculo y la lepra, y no hablamos aquí del fibroma lingual y de esa hipertrofia congénita conocida con el nombre de *prolapso de la lengua*, por ser unos estados que si á algo obligan es á la intervencion quirúrgica.

Si hubiese de fiarse el diagnóstico, en las primeras evoluciones del mal, puramente á los caracteres objetivos ó subjetivos de la lengua, muchas veces el médico sería presa de la más justa perplejidad, porque la induracion no ofrece signos bien distintivos. ¡Qué mucho que así suceda, si, aún en períodos adelantados del mal, clínicos eminentes han llegado á confundir la sífilis de la lengua con el cáncer, pronosticando la incurabilidad de un enfermo que tal vez más tarde, al cuidado de otros, si cabe más empíricos, pero más afortunados, ha logrado la curacion con un tratamiento mercurial atrevido! Recuérdese si no el célebre caso de Sax en manos del llamado Dr. Negro.

Indisputable valor tiene el síndrome, asignado por los autores al tumor canceroso y al sifiloma; pero no se eche en olvido que tanta ó más significacion debe concederse á las circunstancias fisio-patológicas que concurren en el enfermo, que á las puras manifestaciones locales, y que, á pesar de todo, puede llegarse al extremo de buscar en los resultados

afirmativos ó negativos de una terapéutica la verdadera naturaleza de la enfermedad.

Como quiera que sea, los procesos degenerativos de la lengua en forma de escirro, cáncer encefaloide y epiteloma, son achaque muy comun en el sexo masculino, en la edad madura y en los fumadores, mucho más si se cruza de por medio alguna influencia hereditaria. Por lo mismo que el epiteloma comienza en el espesor de la mucosa y no en el parénquima, no es fácil confundirlo con una glositis parenquimatosa simple, aparte de que la ulceracion no tarda en establecerse con todos los caracteres de fondo sucio grisáceo, fétido y bordes fungosos y reenversados. El escirro, circunscrito ó difuso, marcha con lentitud, indura fuertemente el órgano á modo de masa fibrosa, deforma, duele, ingurgita los ganglios y tarda en ulcerarse. El encefaloide, forma más frecuente que el escirro, tiene un primer período bastante silencioso, durante el cual la induracion, ora aislada, ora infiltrada, no muestra el carácter devastador que ofrecerá despues; mas luego crece, invade los tejidos ambientes, pierde la cohesion antigua, y al progresar se ablanda, casi simulando una sustancia pastosa, despierta agudos dolores lancinantes, se ulcera produciendo grandes vegetaciones fungosas, desgarras vasos originando hemorragias, y da márgen tambien á la ingurgitacion ganglionar. Si se tiene todo esto en cuenta, y la circunstancia muy atendible que los tres procesos, en plazo más ó menos largo, determinan la infeccion del organismo, podrá tenerse un buen punto de mira para distinguir los cánceres de la lengua de las glositis parenquimatosas benignas.

La sífilis lingual, abstraccion hecha del chancro primitivo, es tambien más comun en el hombre que en la mujer, tal vez por la accion irritante del tabaco, que llama á la boca una manifestacion de la sífilis constitucional que de otro modo aparecería tal vez en otro punto. Si afecta la forma de

goma se desarrolla en el tejido celular submucoso, hácia la base de la lengua ó en su region central, topografía poco comun en los cánceres, crece con lentitud y sin despertar dolores intensos, á la larga se reblandece y ulcera del centro á la circunferencia y es entonces cuando ofrece similitud con un tumor canceroso. Lo propio sucede en los sífilomas tuberculosos que, si alcanzan alguna vez la forma ulcerativa, dan márgen á un desgaste de tejidos profundo y sano. De ahí que para diagnosticar con certeza deban inquirirse los antecedentes del enfermo y todos los fenómenos concomitantes que tal vez aún se descubran en otras regiones para ver si resulta patente el hecho de la infeccion sífilítica. Quizás algunos tengan fé en el exámen histológico y aún en el bacteriológico para distinguir la sífilis de la lengua de los procesos cancerosos; pero nosotros no participamos aún de esta creencia, sin que esto sea negar que en el dia de mañana se adelante un paso en esta senda del diagnóstico.

Las glositis tuberculosas son más francas en su presentacion para que puedan confundirse con las formas parenquimatosas benignas. Su asiento preferente es la mucosa, bien que con posibilidad de profundizar. La aparicion de tubérculos con mayor ó menor confluencia, primero resistentes y despues blandos como materia caseosa que se disgrega formando ulceraciones pálidas, indolentes y poco profundas, unido á lo que resulta de la inspeccion microscópica (que aquí, al revés del caso anterior, puede ser más afirmativa en el concepto histológico y en el de la bacterialogía), y al reconocimiento de las fáuces, faringe, aparato de la respiracion y demas puntos en donde la tuberculosis tiene comun asiento, contribuirá al juicio diagnóstico.

La lepra de la lengua pocas veces veremos que constituya la única manifestacion de la enfermedad, antes al contrario, las determinaciones sobre las membranas mucosas y demas órganos internos van precedidas de las lesiones tuberculosas

de la piel, con todo su sello característico. Así antes de que la lengua se afecte se observan en la cara y en los puntos restantes de la superficie tegumentaria los rasgos típicos de una enfermedad generalizada que admitida hasta há poco como un proceso constitucional, se la considera hoy parasitaria, y precisamente producida por un bacilo muy análogo al de la tuberculosis. Pero, aunque las cosas no ~~se~~ sucediesen de esa manera, no podríamos nunca confundir una glositis parenquimatosa comun con la lepra lingual, porque ésta, aparte de respetar las masas de tejidos profundos de la lengua, afecta la forma de unos nódulos múltiples de la mucosa, pequeños al principio y más grandes despues; pero con tan escasa sensibilidad que raya en la anestesia.

Por lo que respecta á la terapéutica de la glositis parenquimatosa crónica, independiente de estos cuatro procesos, á vuela pluma apuntados, ha de descansar ante todo en la sustraccion de las causas que la han originado y mantienen; pero cumplida esta indicacion causal, importa emplear algunos medios de curacion. Influirá mucho en la buena evolucion del proceso el régimen alimenticio, recomendando á los enfermos el uso de la leche, huevos, carnes blandas, pescado y sustancias vegetales; de esta manera la masticacion no será trabajosa, y si procuran ingerir los alimentos y las bebidas templadas, se alejará otro motivo de irritacion. Poca ó ninguna confianza depositamos en el empleo de tópicos, como no haya, al propio tiempo que lesion del parénquima, daño de la mucosa; en cambio el uso interno prolongado de los yoduros (sobre todo el potásico, 1 ó 2 gramos al dia) y otros agentes alcalinos, como el bicarbonato de sosa y el benzoato de lithina, puede estimarse como muy recomendable en el tratamiento de la glositis parenquimatosa crónica.

GLOSODINEA.

Con alguna frecuencia el médico es consultado por enfermos que dicen padecer una afección grave de la lengua y se trata tan sólo de una glosodinea.

Dotado el órgano de una sensibilidad táctil exquisita, gracias á la inervación de la rama lingual, aparte de la gustativa encomendada principalmente al glosofaríngeo, se comprende la aparición de desórdenes verdaderamente neuróticos nacidos en las últimas expansiones de aquellos nervios ó en su punto de arranque cerebral. No es la sensibilidad gustativa la que juega el principal papel en el proceso que nos ocupa, antes al contrario, parece que de la verdadera participación se encarga la rama del trigémino.

No se descubre en la lengua ningún signo objetivo que marque una morbosidad determinada; y no se trata de otra cosa que de perturbaciones en la esfera de la subjetividad. Ora se producen dolores vivos, como lancinantes ó de fulguración, extendidos por toda la lengua ó por parte de ella, dolores paroxísticos que van y vienen y presentan todos los caracteres de una verdadera neuralgia, hasta con secreciones consecutivas de saliva; ora el enfermo acusa una sensación de ardor ó de fuego (trastorno de la sensibilidad térmica); ya experimenta como una suerte de distensión interna del órgano, como si la lengua estuviese entumecida, etc.; pero todas estas impresiones simplemente subjetivas, el enfermo se empeña de ordinario en referirlas á alteraciones materiales del órgano, que cree ver con sus propios ojos. De ahí, una preocupación constante que le lleva á explorarse de continuo su lengua, ó á reclamar la asistencia facultativa para que se le haga una buena inspección.

En los países, como en el que escribimos, donde reina el reumatismo, se observan verdaderas miosalgias y neuralgias

de la lengua; pero aún es más frecuente ver las modalidades de la inervación lingual, ya referidas, en los neurópatas de todas clases, pero singularmente en los hipocondríacos. Estos necesitan de muy poco para formar en las interioridades de su imaginación la bola de nieve, así es que los más débiles trastornos de la sensibilidad visceral son motivo poderoso para suscitar una grande preocupación. Los sífilómanos, curiosa variedad de los hipocondríacos, propenden mucho á percibir, por acto verdaderamente alucinatorio, sensaciones más ó menos dolorosas en la lengua, que desde luego las imputan á fantásticas ulceraciones linguales, producto de una infección sífilítica todavía más fantástica. Enfermos son esos que difícilmente se apean de su creencia, tanto que hasta tenemos registrada la historia clínica de un sífilómano que acabó por suicidarse; una vez no pudo persuadirse de que la sífilis era imaginaria.

Bien se comprende que esas neurosis linguales no constituyen un hecho de gravedad, consideradas en sí mismas, porque la textura y el funcionalismo del órgano no experimentan la menor perturbación; pero en cambio constituyen á menudo el signo de desórdenes psíquicos de mayor ó menor importancia. Si juegan un papel en su producción el reumatismo ó alguna de las causas comunes de los procesos neurálgicos, la glosodínea tiene menos importancia porque no se alía con las indicadas psicosis.

El tratamiento debe instituirse mediante el previo conocimiento de la patogenia, y no es fácil señalar un plan de conducta que convenga á todos los casos. Así la glosodínea reumática la podremos tal vez dominar con la quinina, el cólchico, los yoduros y los salicilatos, y en cambio la neuralgia de la lengua de un anémico la curaremos con el hierro y el manganeso, y la de un neurópata con los narcóticos estupefacientes ú otros. Lo propio puede decirse de la glosodínea del hipocondríaco, que quizá podrá atenuarse administrando

colagogos, ya que al fin y á la postre la evacuacion de bilis es lo que más contribuye á serenar la conturbada mente del enfermo. Y así de los demas casos.

ANGINA DE LUDWIG. — FLEMON DEL SUELO DE LA BOCA.

Llámase así la inflamacion flegmonosa del tejido celular intermuscular del suelo de la boca, ó sea de la region comprendida entre la rama horizontal del maxilar inferior.

Aunque es todavía discutible la patogenia de esta enfermedad, sin embargo, hay motivos poderosos para suponerla de fondo infectivo. Por nuestra parte solo la hemos visto aparecer en el curso de la fiebre tifoidea y de la viruela, lo cual es muy significativo. El autor que le ha dado nombre, cuenta haber observado verdaderas epidemias de aquella angina, y esto todavía abona más la idea de la infecciosidad; pero, además, si se tienen en cuenta las observaciones últimas sobre flemones de la region infra-hioidea, producidos por la migracion de microbios bucales, se llegan á reunir más que presunciones á favor de la naturaleza indicada.

Se inicia la enfermedad por una hinchazon dolorosa de las glándulas sub-maxilares, y de todo el espesor de tejidos de la region indicada; así es que, apretando con el índice por dentro de la boca ó comprimiendo los tegumentos por debajo de la mandíbula, se va apreciando la tirantez. Avanzando el proceso, la tumefaccion puede alcanzar hasta las parótidas, la laringe y la tráquea, y ganando terreno por el interior de la boca, la lengua se ve empujada hácia la bóveda del paladar, lo cual quiere decir que la articulacion de la palabra y la masticacion van haciéndose difíciles y hasta imposibles. Como los músculos depresores de la mandíbula tienen su accion embargada por efecto del flemon difuso que les va oprimiendo, el enfermo al fin no puede abrir la boca.

En marcha la afeccion, pueden indurarse los tejidos, para

resolverse con lentitud más tarde, pero la regla consiste en que el proceso evolucione hácia la purulencia ó hácia el esfacelo. Si el flemon supura, la estrangulacion es grande, hasta tanto que el absceso se abra espontánea ó artificialmente por el interior de la boca (que es lo comun) ó por la region inframaxilar; pero evacuado ya el líquido, se opera con bastante rapidez la resolucion del mal. Si se gangrena, los tejidos se ponen flácidos y amoratados en la region infralingual, se disgregan y entreabren para dar salida á un humor sanioso, fétido, y á porciones de tejidos esfacelados.

A todo esto, la angina de Ludwig se acompaña de fenómenos de reaccion febril, más ó menos alta, y de mucha agitacion nerviosa. Si la tumefaccion pone en peligro las funciones respiratorias, el enfermo puede morir por asfixia; si se forman los abscesos y se puede dar franca salida al pus, de ordinario el mal queda vencido; pero si desgraciadamente los tejidos se esfacelan, puede aparecer la septicemia con todo su cortejo de peligros. Influye mucho en estas distintas evoluciones la situacion en que se encontraba el paciente antes de producirse el flemon, pues, si estaba ya aquejado de una fiebre infectiva, será más fácil la purulencia ó el esfacelo que cuando la angina de Ludwig se ha producido con cierto carácter idiopático.

Tratamiento. — Interin la supuracion ó la gangrena no se establezcan, la terapéutica empleable contra el flemon del suelo de la boca es muy pobre, porque tratándose de un proceso casi siempre infectivo y que radica en una region profunda, poco accesible y protegida en su parte inframaxilar por capas resistentes, es difícil la aplicacion de tópicos anti-sépticos que eviten la pululacion de los microbios flogógenos y de los de la gangrena. Si el proceso no tuviese tanta tendencia destructora y no se enlazase con afectos morbosos que tienden á la hipostenia, se podrían recomendar muy al principio, en el período fluxionario, las sustracciones de san-

gre por medio de sanguijuelas aplicadas sobre el suelo de la boca, ya dentro de esta cavidad, ya en la piel de la region inframaxilar ; pero de ordinario los enfermos no se presentan en condicion apropiada para ello. Tampoco podemos encariñarnos con los tópicos emolientes y resolutivos, en forma de cataplasmas de harina de linaza, de pomadas de vaselina y yoduro de amonio, etc., porque la experiencia demuestra en este caso sus menguadas ventajas. Así es que nos limitamos á sostener las fuerzas con una alimentacion apropiada y á cumplir las indicaciones que se desprenden del estado general del enfermo.

Pero así que la inspeccion táctil por dentro de la boca acusa la blanda pastosidad de la coleccion purulenta, debe intervenirse dilatando ámpliamente el absceso, para que cuanto antes cesen los fenómenos de estrangulacion. Evacuado el pus, procede practicar el lavado de la herida por medio de inyecciones bóricas ó fenicadas ó con infusiones de manzanilla ó de té un tanto alcoholizadas ; de esta suerte queda el absceso limpio y no tarda en manifestarse un movimiento de reparacion de los tejidos. Con todo, si la pirexia subsiste y puede recelarse algun acto de septicemia, no descuidaremos el estado general del paciente, administrando el cocimiento de quina y aun las sales quínicas si la fiebre es muy alta.

En caso de gangrena, nos decidiremos sin tardanza por la desbridacion de los tejidos, practicando por debajo de la lengua incisiones más ó menos profundas, cuidando de apartar la hoja del bisturí de las arterias que están adosadas al frenillo. Hemos tambien de ser muy solícitos en la desinfeccion de la parte, valiéndonos para ello de las disoluciones ya indicadas y tambien del ácido salicílico, del permanganato de potasa, del aceite esencial de trementina y del yodoformo, y mientras se modifica la region con estos tópicos ú otros análogos, se debe administrar interiormente la quina, en cualquiera de sus formas farmacológicas, y el vino ú otros alcohólicos.

ANGINAS.

Se da el nombre de angina á toda enfermedad, sea cual fuere su naturaleza, que radique en la cámara posterior de la boca, desde el istmo de las fáuces á la faringe : con todo, á la inflamacion del suelo de la boca ya hemos visto que se la llama tambien *angina* (de Ludwig), como tambien se designa con el nombre de *angina de pecho* una enfermedad del plexo cardíaco.

Son tantos los procesos anginosos, que importa una clasificacion. Por su sitio se dividen en : *angina tonsilar* ó de las amígdalas, *palatina* ó *gutural* ó del velo del paladar y pilares, y *faríngea*. Por su lesion en : *angina catarral*, *parenquimatosa*, *edematosa*, *pultácea* ó *fibrinosa* y *gangrenosa*. Por su patogenia en : *protopáticas* ó *idiopáticas* y *deuteropáticas* ó *consecutivas*, y en *diftérica*, *tífica*, *escarlatinosa*, *variolosa*, *cáustica*, *reumática*, *sifilitica*, *leprosa*, *tuberculosa*, *cancerosa*, etc. Todo lo cual significa que la region anatómica apuntada es sitio muy á propósito para la implantacion de procesos los más variados, y como la corriente actual de las experimentaciones tiende mucho á generalizar el concepto panspermista, se comprende que los gérmenes patógenos, al venir de fuera, se implanten fácilmente en una de las primeras regiones que encuentran á su paso.

Nosotros, por el pronto, no vamos á abarcar el estudio de las anginas en todo su conjunto, porque muchas incidencias de la cuestion vienen involucradas en procesos no incluidos directamente en las enfermedades del tubo digestivo.

ANGINA CATARRAL.

En esta angina la lesion radica en la membrana mucosa y puede ocupar la totalidad de la region, inclusa la faringe, ó reducirse á una zona más limitada. El proceso puede ser agudo ó crónico.

A. — ANGINA CATARRAL AGUDA.

Etiología. — No puede desconocerse la disposicion individual que tienen algunas personas á contraer la angina catarral aguda, así como se ven otras de todo punto refractarias, con la particularidad de que en las primeras coincide la aparicion de la angina con una influencia cualquiera *à frigore*: todos los autores están contestes en este punto, y si nos hacemos solidarios de él, es para indicar que seguimos creyendo en la influencia etiológica de los medios cósmicos en la produccion de ésta y de muchas otras enfermedades.

Aunque no se sepa verdaderamente aquella disposicion individual en qué consiste, obsérvase que suelen tenerla las personas débiles, de piel fina y de fibra floja, que extreman el abrigo, particularmente del cuello, que no tienen el hábito de exponerse á la intemperie y que reaccionan mal contra la influencia exterior. Pero es tan cierta la accion del frio sobre la garganta, que aun las personas más robustas y más acostumbradas á las impresiones cósmicas, pueden padecer la angina catarral despues de una mojadura, ó por andar descalzos ó por haberse aligerado de ropas en una estacion cruda, etc. Tal vez por esto son más frecuentes las anginas catarrales en invierno.

Con todo, ocurre á veces que á un mismo tiempo se ven invadidos en una localidad determinada ó en una sola casa muchos enfermos, y esta circunstancia hace verosímil el concepto de que la angina catarral sea entonces un proceso infectivo y hasta contagioso. La presuncion crece cuando se hace constar la propagacion del mal por toda la boca y por el rostro, afectando la forma de una erisipela, y tambien es dato afirmativo el muy curioso aducido por Eichhorst de que todos los médicos que iban entrando en un hospital, contraían la angina gozando despues de inmunidad.

Todo esto indica que es imposible admitir una unidad etiológica y que la angina catarral aguda reconoce muy diversas procedencias. Efectivamente, muchas otras causas pueden producirla: el uso de sustancias de muy alta y muy baja temperatura, los alimentos fuertemente condimentados, las bebidas espirituosas y el paso por las fáuces de sustancias cáusticas ó tambien de ciertos agentes medicamentosos, como el tártaro estibiado, el yodo, el aceite de crotoniglio, el aceite volátil de trementina, etc.

Otras veces la enfermedad es consecuencia de procesos morbosos los más diversos: catarro gástrico febril, escarlatina, fiebres tifoideas, erisipelas, coriza, etc.

Anatomía patológica. — La lesion consiste en una hipermia de la membrana mucosa, con entumecimiento de los folículos y desprendimiento epitelial ligero. Pero á veces las lesiones profundizan ganando el tejido submucoso que á su vez se infiltra, amenazando la formacion de un absceso. Esto puede ocurrir por parte de las amígdalas ó tambien en los tejidos de la region prevertebral, dando lugar al flemon retrofaríngeo, que muy fácilmente termina, como se verá, por una supuracion á veces vasta.

Sintomatología. — El primer síntoma local que marca la presencia de la angina es el dolor de garganta con dificultad de tragar la saliva. La sensacion percibida es variable, experimentando el enfermo ardor, sequedad ó astriccion de garganta, ú, otras veces, como si tuviese una espina clavada ó se formase un grano, etc. Sea cual fuere la molestia experimentada, aumenta cuando el enfermo habla y cuando deglute, sobre todo si traga sustancias sólidas y ásperas. Por accion refleja sobre los planos musculares del istmo de las fáuces, se despierta como una necesidad frecuente de deglutir la saliva que, á su vez, en este caso es segregada en cantidad más considerable. La inspeccion de la parte enferma permite ver una coloracion roja escarlatada ó algo más lívida,

como vinosa, que se extiende por todo el velo palatino, úvula, pilares, superficie de las amígdalas y fondo faríngeo, bien que á veces se circunscribe más. Sobre ese fondo de color, se transparentan unos puntitos más rojos y arborizadas vascularizaciones. La membrana mucosa la vemos tumefacta; de ahí que la abertura de las fáuces se presente un tanto estrechada. Su superficie al principio está seca, pero más tarde se humedece y cubre de un moco gomoso, sucio y hasta en algun caso de un pequeño exudado blanquecino superficial, que viene representado por una aglomeracion de células epiteliales que se desprenden en virtud del mismo efecto catarral. Alguna vez se entumece tanto la campanilla que su punta toca la base de la lengua, la titila, y obliga frecuentemente á deglutir y hasta ocasiona tos. A todo esto la voz se pone gangosa y puede aparecer algun dolor de oido en el acto de deglutir y, muy excepcionalmente, ligerísima adenitis cervical.

En muchas ocasiones el síndrome queda reducido á lo expuesto y aún más atenuado, tanto que hay enfermos que pascen su afeccion; pero otras veces, junto con los fenómenos locales, se desarrolla un aparato febril. En este caso la calentura suele empezar con algun escalofrio, que se repite varias veces, aun despues de haberse recogido el enfermo en cama, y se acompaña de laxitud, ligera cefalalgia y quebrantamiento de huesos, como la mayor parte de las fiebres catarrales; pero la agitacion pirética no es mucha, por manera que el calor no suele alcanzar 39° y el pulso no late más de unas 100 veces al minuto. La piel al principio está seca, pero no tarda en provocarse un sudor que contribuirá al descenso de la calentura.

Curso y terminaciones. — La angina catarral, aun siendo febril, es un proceso que marcha con rapidez, bastando muchas veces dos ó tres dias para que decline y para que de una manera gradual vayan desapareciendo los síntomas. Sólo las

anginas catarrales que no constituyen enfermedad independiente, sino que son fenómeno acompañatorio de otros procesos (escarlatina, tífus, etc.), ó en el caso de que la lesion profundice dando lugar á una amigdalitis ó á un flemon retrofaríngeo, será cuando el curso del mal se desviará de su línea y hasta podrán ofrecerse contingencias de cierta importancia.

Diagnóstico. — Basta el examen directo de la parte enferma, con los caracteres objetivos descritos, para que la angina catarral quede diagnosticada. Pero se necesita saber si es idiopática ó si es sintomática, á cuyo juicio podrá fácilmente llegarse buscando antecedentes ó inquiriendo si se descubren los síntomas de alguna otra enfermedad.

Aprovecharemos esta ocasion para decir que en las personas reumáticas se fija á veces el reumatismo en los músculos peristafilinos, y sienten dolor de garganta y dificultad de deglutir, como en caso de una angina catarral, pero se distingue fácilmente el proceso reumático porque sólo se acompaña de trastorno de la sensibilidad y de la motilidad de la parte, y ^{no} de coloracion y tumefaccion de la membrana mucosa.

Pronóstico. — Es muy leve el de la angina catarral aguda que constituye enfermedad independiente: cuando es sintomática se ajusta el pronóstico á la importancia de la enfermedad causal. — Si se trata de algun individuo que en virtud de la predisposicion apuntada contrae á menudo anginas catarrales, el caso ya tiene más importancia, porque tal repeticion puede originar un proceso de cronicidad.

Tratamiento. — Cuando se trata de una persona predispuesta á la enfermedad, conviene someterla á una profilaxis, y como medio preventivo nada superior á la hidroterapia fria, en todas sus formas, dando la preferencia á la ducha: de esta manera la piel se habitúa á las impresiones frias, recibe tonicidad y reacciona más fácilmente contra las influencias externas. Tambien es útil que esas personas se abriguen

poco, que destierren el uso de bufandas, pieles y demas prendas de vestir que mantienen alrededor del cuello una atmósfera de humedad, y, por último, que, lejos de recelarse del aire, se acostumbren á él, dando largos paseos, sobre todo á hora de sol.

Así que empieza á desarrollarse la angina catarral, se recomienda el uso de algun tópico abortivo. El Dr. Giné y Partagás ha contribuido á vulgarizar el uso de las insuflaciones de bicarbonato de sosa sobre la parte enferma, medio que consideramos muy útil en esta angina, lo propio que el alumbre pulverizado ó el sub-borato de sosa y toda clase de gargarismos astringentes, no olvidando empero que es tanto mayor su eficacia cuanto más antes se empleen.

Desarrollada ya la angina, el enfermo debe guardar cama si está febril, ó permanecerá sencillamente recogido en casa, si está apirético. En el primer caso se procurará favorecer el sudor con bebidas teiformes ó con un diaforético cualquiera; medio tambien beneficioso aunque no haya calentura, cuando el anginoso se acueste. Muchas veces la enfermedad se resuelve con tan sencillos medios; pero si se desea ampliar más el plan curativo, puede administrarse el clorato de potasa, el nitrato de potasa ó el benzoato de sosa y tambien la tintura de acónito y de belladona.

Creemos que los gargarismos emolientes ó ligeramente astringentes, en el concepto de curativos, de poco sirven, porque el escaso beneficio que su breve contacto produce, queda contrarrestado por la agravacion que puede producir el movimiento que las fáuces ejercen durante el acto de gargarizar. Como tópico creemos mucho más ventajosa la práctica de la pulverizacion ó de la inhalacion con soluciones de ácido bórico, de sulfato de alúmina, de bórax, etc. (todas ellas al 1 ó 2 por 100); porque el contacto del medicamento puede ser más prolongado y la region enferma queda inmóvil durante la manipulacion. Tambien modernamente se han

utilizado las virtudes anestésicas de la cocaina sobre las mucosas, para aplicarla por medio de pinceladas en las fáuces, con una disolucion de clorhidrato al 4 por 100.

B. — ANGINA CATARRAL CRÓNICA.

Esta angina suele llamarse tambien *granulosa*, *folicular* y *acnéica* (de Laségue).

Etiología. — Al revés de lo que ocurre en la amigdalitis crónica, la angina catarral es rarísima en los niños, pero frecuente de los veinte años en adelante, siendo más comun en el hombre que en la mujer. Pocas veces subsigue á la forma catarral aguda, ofreciendo más tendencia á comenzar con ese carácter pasivo y lento de las enfermedades primitivamente crónicas.

Unas veces la producen causas que actúan de un modo directo sobre la parte: es por esto que es tan frecuente en los fumadores, bebedores, cantantes y oradores ó en los aficionados á una mesa succulenta, ó en los que usan por largo tiempo agentes medicamentosos de accion local irritante. En otros casos la angina catarral crónica se relaciona con una serie de enfermedades distrólicas ó parasitarias crónicas (reumatismo, gota, herpetismo, sífilis, tuberculosis): pero importa la aclaracion de que al hacer este apunte no entendemos referirnos á la angina sifilítica ó á la tuberculosa, ni á cualquiera otra parecida (porque éstas tienen su fisonomía especial y merecen capítulo aparte) sino al enlace que se descubre entre unas y otras enfermedades.

Anatomía patológica.—El proceso puede ocupar la mucosa de las fáuces en toda su extension, poniéndola roja y entumecida; pero el sitio natural de su residencia la encontramos en la faringe y es aquí donde mejor pueden ser apreciadas las lesiones.

La membrana mucosa puede afectar dos tipos anatómicos

distintos : el del engrosamiento hiperplásico con reduccion del hueco de las fáuces y el atrófico con ensanchamiento de la cavidad. En el primer caso la membrana se ofrece más coloreada, casi vinosa, tumefacta y hasta vellosa ó felpuda en algunos puntos, formando como relieves; en el segundo, al contrario, queda adelgazada, más pálida, más bruñida, con denudaciones epitelicas y como adosada por el fondo á la misma columna vertebral. En ambas formas se hacen visibles algunos puntos rojos y ciertas arborizaciones; pero su carácter anatómico más sobresaliente, consiste en la erupcion foliculosa ó granulosa.

Los granos son más ó menos confluentes, pequeños, como de mijo, ó grandes como lentejas, y vienen representados por una hiperplasia del aparato folicular y por una proliferacion del tejido linfático que le rodea. Estas vegetaciones, no sólo ocupan la parte visible de la faringe, sino que más arriba, en la region retro-nasal, se forman, particularmente en los niños, verdaderas vegetaciones adenóideas que influyen grandemente en despertar un reflejismo dispnéico con todo el carácter de la laringitis estridulosa, conforme ha demostrado Coupard.

Sintomatología. — La angina catarral crónica da lugar á estos síntomas locales : coloracion rojiza oscura ó vinosa, uniforme ó más acentuada en unas zonas que en otras, con puntos rojizos y vasos inyectados. La úvula muchas veces está tumefacta y alcanza la base de la lengua. Erupcion foliculosa, discreta ó confluyente, á manera de unos granos bastante redondeados, rojizos unas veces, pálidos y grisáceos otras, pequeños con un diámetro de 2 ó 3 milímetros ó mayores, hasta alcanzar aproximadamente el de 1 centímetro, y con escasa sensibilidad. La mucosa unas veces se presenta seca y deslustrada, contrastando con otras formas de mayor secrecion; en este caso se descubren aglomeraciones de un epitelio pultáceo ó tambien depósitos considerables sobre la fa-

ringe de un moco amarillo pegajoso y concreto; pero que puede desprenderse sin gran dificultad. El funcionalismo de la region no queda muy perturbado, por manera que hasta puede faltar la disfagia; pero se ven enfermos que acusan en la parte sensacion de ardor ó de sequedad, ó algun pinchazo. Es más frecuente todavía que noten en la faringe una sensacion de estorbo ó como si tuviesen un moco adherido; eso les obliga á hacer esfuerzos mecánicos de expulsion que, en ciertos momentos, sobre todo al levantarse, les excita el vómito (hecho muy comun en la angina de los fumadores). Tambien en algun caso la angina catarral crónica empaña la voz, y varios son los artistas cantantes cuyo timbre fonético se altera por tal causa. Por último, otro fenómeno local puede consistir en dolor de oido ó en la obstruccion del agujero faríngeo de las trompas de Eustaquio con todas sus consecuencias.

Aparte de estos síntomas locales, que son los más fijos, puede añadirse que con frecuencia las personas aquejadas de angina catarral padecen un catarro del estómago concomitante. Además, se ocupan bastante de sus sufrimientos, y hasta á veces están aprensivos. Son enfermos que andan solícitos tras de los médicos en busca de curacion, que no se cansan nunca de medicarse y que hasta contraen el hábito de inspeccionarse la faringe á cada momento.

Curso y terminaciones. — La evolucion del mal suele ser larga y lentísima, por manera que los progresos, así hácia la resolucion como en sentido contrario, se operan de un modo casi imperceptible. Cuando la angina depende de causas que actúan *in situ*, la duracion total del proceso será más larga si el enfermo no puede sustraerse á su influencia; pero en caso de depender de un afecto constitucional puede prolongarse muchos años y hasta sostenerse toda la vida. Hay algunas circunstancias que imprimen un sello marcado de agravacion; tales son, v. gr., las transgresiones en el régimen alimenti-

cio, las libaciones alcohólicas, y muy particularmente el contraer una angina catarral aguda á título de enfermedad intercurrente.

A pesar de la lenta marcha del proceso, en muchas ocasiones los pacientes lo conllevan sin ostensible quebranto; así se ven enfermos que, abstracción hecha de las molestias locales, viven nutridos y robustos; tolerancia fácil de comprender, habida razón de la región anatómica lesionada, y de que muchas veces la función principal que ejerce apenas si se perturba, ya que se ha dicho que puede coexistir sin disfagia.

Desgraciadamente en algun caso no sucede así, y el proceso se corre en dirección de las vías aéreas, hácia los bronquios y los pulmones, salvando ó no la laringe. Por lo que toca á nuestro país, esta emigración morbosa la estimamos poco comun, pero á veces ocurre. En realidad se ve una erupción tuberculosa como consecuencia ó por lo menos complicación tardía de la angina folicular; pero, ¿es que existía ya la implantación de tubérculos en la faringe y se trató de un error de diagnóstico entre la angina catarral crónica y la tuberculosa? Lo juzgamos muy posible.

En otros casos la enfermedad produce una molesta elongación de la campanilla ó profundiza haciéndose parenquimatosa (amigdalitis crónica); en otros se extiende á las fosas nasales, ocasionando un coriza crónico, y en cambio es rarísima la esofagitis consecutiva.

Diagnóstico. — Estando la enfermedad en un sitio de inspección fácil, no será frecuente el error, si se recuerdan los fenómenos objetivos apuntados. Tal vez más dificultad ocurra para conocer la patogenia; pero estudiando bien la anamnesis y completando el exámen del enfermo en busca de otros síntomas que puedan existir como indicantes de los procesos que tal vez sostengan la angina, quedará redondeado el concepto.

Cuando la sífilis, la tuberculosis, el cáncer, etc., se localizan en la garganta los síntomas son muy diferentes de los de la angina catarral pura; pero cuando ésta recaiga en tuberculosos, sífilíticos, cancerosos, herpéticos, etc., siempre cabe la justa sospecha de que en rigor haya un enlace, por más que en la region afecta no se dibujen aquellas enfermedades constitucionales. Esta suposicion nos parece que importa tenerla en cuenta para dar cierta direccion al tratamiento.

Pronóstico. — En general, más hemos de ver en la angina crónica que nos ocupa un proceso de larguísima evolucion y que ofrece gran rebeldía á la terapéutica, que una enfermedad que ponga en peligro la vida. Pero este concepto genérico, cuando lo hemos de aplicar á casos concretos, obliga á veces á alguna rectificacion; así, desde luego, las anginas relacionadas con afectos discrásicos y diatésicos son más graves que las puramente idiopáticas, y sobre todo hemos de mirar con gran recelo la enfermedad cuando recaiga en individuos predispuestos á la tuberculizacion, ya que la experiencia demuestra que las lesiones de las membranas mucosas, así sean las de la parte alta del tubo digestivo, favorecen la germinacion bacilar.

Tratamiento. — La dietética de los que padecen la angina catarral crónica ha de ser esmerada, no sólo para moderar el mal que ya existe, sino para prevenir recrudescencias. Importa en este supuesto que mantengan muy expeditas y vigorizadas, al propio tiempo, las funciones de la piel, con el uso de baños de limpieza y con la hidroterapia fria, vistiendo abrigos interiores de algodón en verano y lana en invierno y haciendo ejercicio diario bajo la accion solar. Conviene á la vez la mayor moderacion en el uso de alimentos muy condimentados y de bebidas alcohólicas, procurando no deglutir las sustancias á muy alta ó muy baja temperatura. La costumbre de fumar habrá de ser tambien muy circunspecta y hasta podrá llegar el caso de prohibir el vicio en absoluto.

Aconséjese también que el enfermo atenúe los esfuerzos de la voz y especialmente del canto. Y si por casualidad el anginoso se dedica á alguna industria que le obligue á respirar una atmósfera pulverulenta ó saturada de vapores irritantes, será muy beneficioso que la abandone.

Farmacológicamente está indicada una larga série de agentes que actúan sobre la membrana mucosa, aparte de los que convenga emplear para combatir la enfermedad causal, cuando exista, y que variarán en cada caso. A modo de lista apuntaremos todas las sustancias balsámicas y resinosas, el extracto fluido de eucaliptus y el eucaliptol, el clorato de potasa, el benzoato de sosa, el ácido benzóico, los sulfuros alcalinos y las aguas minero-medicinales sulfurosas. Se recomiendan también las aguas arsenicales, las alcalinas, las cloruradas y otras, pero todas estas constituyen medicación especial, aplicables á aquellas formas de angina relacionadas con procesos constitucionales; al paso que lo demás apuntado tiene más ámplio empleo en casi todas las ocasiones.

El tratamiento tópico en la angina catarral crónica es de rigor, pero su uso requiere mucha discreción. Nuestra regla es: si se pretende actuar sobre toda la membrana mucosa afecta, es preferible el empleo de medios suaves, de poca irritación local y dosificados tenuemente; si el tópico ha de obrar circunscritamente sobre los folículos hiperplasiados, entonces el medicamento puede y debe ser más enérgico. En el primer caso pueden recomendarse, por medio de un pulverizador ó de un aparato de inhalación, las soluciones de ácido bórico (1 ó 2 por 100), las de sulfato de zinc (1 por 100), las de benzoato de sosa ó de clorato de potasa (2 por 100), las de tanino ó de ácido gálico (1 ó 2 por 100), las de cocimiento de eucaliptus ó de ratania ó de monesia, las creosotadas ó fenicadas (1 por 200 ó por 300), etc.; dosis que la prudencia del facultativo rectificará, según la tolerancia que en el enfermo descubra. En el segundo caso pueden

cauterizarse las granulaciones con una disolucion de nitrato de plata (1 por 10 de agua destilada), de sulfato de cobre (2 por 10), de cloruro de zinc (1 por 25), de ácido crómico (1 por 25) ó de bicromato de potasa (1 por 10). Las pinceladas con tintura de yodo tambien son útiles, pero en los casos más rebeldes, cuando se vea una tendencia hiperplásica invasora, debe hacerse confiado uso de la cauterizacion por medio del termo-cauterio de Paquelin (cauterio de aguja) y tambien de la galvanocaustia. Este último tratamiento cuenta en España con el valioso apoyo, entre otros, del Dr. Gón-gora, como lo tuvo tambien del difunto Dr. Ariza.

ANGINA FARÍNGEA FLEGMONOSA.

En vez de limitarse la lesion á la membrana mucosa, el trabajo flegmático profundiza hasta el tejido celular subyacente, en donde se forma un flemon que por regla general supura. Algunos autores, aceptando las ideas de Verneuil, creen que la angina faríngea flegmonosa viene constituida por una adenitis.

La enfermedad reconoce la misma etiología que las anginas catarrales agudas y sólo falta añadir que algunas causas traumáticas, como espinas, alfileres ó huesos enclavados en la faringe, durante la deglucion, producen faringitis más ó menos violentas.

Al principio la enfermedad se caracteriza por el encendido y tumefaccion de toda la parte visible de la faringe, pudiéndose marcar la misma rubicundez en todas las fáuces; pero la fiebre que aparece ya desde luego (excepto en las faringitis traumáticas, que tarda más), y que va haciéndose intensa, indica que tal vez va á tratarse de un proceso más profundo. Efectivamente, no tarda en percibirse en la region prevertebral un relieve que cada vez va pronunciándose más hasta formar como un tumor rubefacto, caliente, duro, muy

sensible á la presion y doloroso tambien espontáneamente. El tumor suele presentarse en la direccion misma del istmo de las fauces, llenando casi por completo el hueco de la faringe; pero en otras ocasiones ocupa la region retronasal ó la retrolaríngea. A medida que va aumentando la tumefaccion y la tirantez de los tejidos, la disfagia crece hasta el punto de que el enfermo no puede deglutir cosa alguna ó solamente pequeños sorbos de líquido; si el flemon es retronasal, la respiracion por la nariz se hace difícil, y si es retrolaríngeo puede producir una compresion más ó menos graduada del tubo aéreo, que se traduce por dispnea y hasta por ataques de sofocacion, muy parecidos á los del crup y del edema de la glotis. A todo esto los sufrimientos aumentan, aparece en la boca abundante secrecion de moco y saliva y la fiebre continúa con bastante intensidad.

Al cuarto ó quinto dia el tumor comienza á ponerse algo pastoso, del quinto al sexto ya blando decididamente, y despues del sétimo queda ya formada una coleccion de pus. A medida que la purulencia avanza, la membrana mucosa pierde el color rojo y se torna como amoratada y hasta lívida.

En virtud de la estrangulacion de los tejidos que la presencia del tumor ocasiona y tambien de la linfangitis concomitante, se abulta la region cervical y la inframaxilar, aparece la tumefaccion de los ganglios periféricos y el enfermo tiene el cuello rígido y como envarado.

Por fortuna, constituido ya el absceso, se abre espontánea ó artificialmente, y rebajan desde luego los fenómenos de estrangulacion junto con los febriles.

En la inmensa mayoría de casos el absceso se abre camino al través de la mucosa y el pus sale por la boca ó es deglutido, pero alguna vez en lugar de perforar el grosor de la membrana, va disecando los tejidos de arriba abajo y el pus se corre por entre los planos musculares de

la faringe ó entre este órgano y la columna vertebral (1).

Abierto el absceso suele operarse con rapidez un movimiento de reparacion de los tejidos y la cicatrizacion es perfecta.

El diagnóstico del flemon faríngeo no suele ofrecer dificultades, porque el sitio clásico de su desarrollo se encuentra en la direccion misma del istmo de las fáuces, y por tanto, en sitio visible y tangible. Cuando se produzca en la region retro-nasal, se conocerá, porque el aire enfila con dificultad por la nariz, en la direccion de la cámara posterior de la boca, y porque lo podremos fácilmente inspeccionar, valiéndonos de un espejillo de laringoscopia que lo colocaremos en la faringe, cara arriba, para que así veamos la imagen reflejada; del mismo medio de inspeccion nos valdremos cuando el flemon se forme por detrás de la laringe, colocando entonces el espejillo como en la laringoscopia. En el caso de esta localizacion, aunque haya fenómenos dispnéicos que podrían hacer sospechar un proceso agudo del aparato respiratorio, bastará tener en cuenta la fuerte disfagia y el envaramiento del cuello para que comprendamos que la apretura radica en la parte alta del aparato digestivo.

La faringitis aguda supurativa, en muy contados casos produce la muerte, pero es una enfermedad que hace sufrir grandemente, que llega á impedir el paso de las sustancias alimenticias durante algunos dias, y que corriéndose por detrás de la laringe, puede poner la respiracion en una situacion difícil. De todos modos, como se trata de un afecto morboso que radica en sitio accesible á la intervencion quirúrgica, que podría venir en auxilio del enfermo para vencer la estrangulacion, el pronóstico en general no debe hacerse de mucha gravedad.

(1) Hemos visto un enfermo que á consecuencia de haber tragado un alfiler tomando un plato de sopa, padeció una faringo-esofagitis supurativa y el pus fué disecando los tejidos hasta llegar al mediastino posterior, determinando la muerte.