

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

El flemón de la celda : amigdalina y su tratamiento

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

José María López de Argumedo y Guimón

Madrid, 2015

P50.486

TA 130

EL FLEMON DE LA CELDA AMIGDALINA Y SU TRATAMIENTO.

-----000000000-----

Parece atrevimiento pretender hacer una Tesis de Doctorado sobre el tratamiento del flemon periamigdalino, asunto que se admite como perfectamente resuelto con los conocimientos modernos sobre la celda amigdalina. Se ha dicho que "la angina flegmonosa es una enfermedad que hace fracasar o ensalza todas las medicaciones; lo primero, porque la medicina no prevalece jamas contra ella en el sentido de que somos impotentes para evitar su marcha o para abreviar la duracion; lo segundo, porque cura por si misma ape-

sar de lo que hagamos y se refiere a la medicación todo el honor de la cura". Eso decía Trousseau y se abstenía de toda terapéutica. Sin embargo, basados sobre los últimos trabajos referentes a esta cuestión, hemos utilizado un proceder que en muchas ocasiones cura con claridad neta, además de diagnosticar, y siempre alivia y por consiguiente nunca daña. Las últimas consideraciones nos han movido a hacer estas notas que tienen la pretensión de ser nuestra Tesis de Doctorado, si como hemos supuesto, contamos con la benevolencia del Tribunal. Invocamos que el proceder alivia a todos los enfermos y basta por sí solo para curar algunos, pudiendo usarse sistemáticamente porque en el último de los casos sirve como diagnóstico, para lo que es utilizado por prestigiosos Profesores. Pero además lo presentamos como un proceder intermedio o ecléctico entre

los que dejan el flemón abandonado a su suerte y los que son partidarios de actuar en él prontamente, con desbridamientos y ahora con extirpaciones en caliente. Defendemos, en resumen, el empleo sistemático de la punción aspiradora aun cuando el diagnóstico sea claro, pues creemos tiene en muchos casos el valor suficiente para ser utilizado como único tratamiento. Para ello aportamos mas de 30 historias clínicas positivas, despues de hacer un estudio conjunto de la enfermedad, desde el asiento tan discutido del flemón, hasta su terapeutica.

Es una enfermedad de las mas frecuentes con que nos encontramos en la practica y a la que últimamente se ha titulado con mas propiedad, flemón de la celda amigdalina,

pues por trabajos clínicos, anatómicos y experimentales, hechos sobre todo por Canuyt, Viela, y colaboradores, cuyos resultados no admiten ya duda, se ha llegado a la conclusión de que el proceso radica, no en el espesor del velo del paladar, ni al exterior del músculo constrictor superior, sino en el plano de deslizamiento que pudieramos llamar "virtual", que existe entre la amígdala y la pared faríngea y que se hace "real", cuando el pus distiende ese lugar separando las dos paredes dichas. En ese espacio, aparte vasos que lo cruzan y a veces adherencias, hay tejido conjuntivo laxo, cuya inflamación llamamos peritonsilitis y conduce casi siempre a la purulencia. La pared externa está constituida, prescindiendo de la túnica fibrosa y de la aponeurosis perifaríngea, por el músculo constrictor, al cual refuerzan, especialmente en su tercio inferior

el estilo faríngeo, el estilo glosó y el constrictor medio de la faringe. La pared interna del espacio amigdalino, es la cápsula que reviste la cara interna de la amígdala y con la que llegan a relacionarse algunas criptas de esta. La celda está ^{cerrada} en el tercio inferior por las fibras del músculo estilo faríngeo y es también en este tercio inferior donde se encuentra el pedículo vascular nervioso de la amígdala. A este nivel el plano de clivaje ya no existe, por haber adherencias intercápsulo-parietales. La pared posterior de la celda está formada por el pilar posterior de la faringe, constituido entre otros elementos por el músculo faringoestafilino especialmente. La pared anterior está constituida por elementos fibroelásticos dependientes de la cápsula, por el glosóestafilino, y por el tejido celular laxo que viene a ser como prolongación del plano de

deslizamiento extracapsular. Una noción importante para comprender algunos detalles del flemón que estudiamos, es que hay una cavidad en pleno velo del paladar como una prolongación superior de la celda con la cual comunica. Se llama receso palatino y suele estar ocupado por el polo intravélico de la amígdala, tapizado por la cápsula amigdalina excepto en la cara interna. La amígdala intravélica, al inflamarse sus criptas, puede dar lugar a síntomas de pseudo flemón y por tanto a tener que hacer un diagnóstico diferencial. Esta conformación de la amígdala, como la del seno de Tourtual cuando existe, harán al especialista utilizar su pericia para extirpar estas formaciones sin lo cual el pasado patológico de la región amigdalina de aquel enfermo cualquier día volverá a repetirse. Conviene hacer notar, que la cavidad amigdalina tiene tres

puntos débiles: uno de ellos, es el hiato velo tonsilar por donde con frecuencia se exteriorizan o mejor dicho se abren los flemones; otro radica en la parte mas alta del constrictor superior donde no ha recibido aún los refuerzos musculares y por tanto, aunque raras veces, puede el pus forzarlo y fraguarse un flemón cervical; por último, otro punto débil está en el pilar anterior por la prolongación de tejido celular que la celda le envia. Leémos en la Tesis de Hussein, que Viela ha señalado una zona posible de rarefacción de las fibras musculares, en la parte baja, frente al polo inferior de la amígdala. Véase a este respecto nuestro enfermo A.N. de amigdalectomia en caliente, el cual nos recordó esta posibilidad aunque no era un caso claro.

Distintas teorías se han sostenido respecto a la localización del flemón periamigdalino. Pueden dividirse en dos grandes grupos principales: extrafaríngeo e intrafaríngeo. El primero defendido por Cobb, Chiari, Arsimoles, Linhart, etc. sostiene que la colección purulenta se hace en el espacio máxilo faríngeo. Si alguna vez el pus radica ahí, como en el caso autopsiado por Terracol, no deja de ser una complicación, y como tal se considera por casi todos. Dice Moulonguet que si fuera cierta esta teoría, no se explica porqué el pus no se remonta hacia la base del craneo en las partes altas del espacio preestíleo o por que no desciende mas veces a sus partes declives, consideración esta última que tambien hace Despons. Como muy acertadamente dice Canuyt, los flemones cervicales tienen sintomatología cervical y los faríngeos, faríngea; lo que esta teoría

sostiene no deja de ser una localización cervical.

El segundo grupo tiene dos aspectos: el de los que defienden que el pus se colecciona entre la cápsula y la pared faríngea (Chassaignac, Verneuil, Troussau, Luschka, Barnes, etc.), y a cuyo favor están los trabajos de Canuyt que nos parecen de lo más concluyente, pues ante ellos no pueden prevalecer ya los experimentos de Cobb y Arsimoles, y el de los que dicen radicar la colección en la fosa supra amigdalina (Killian, Botey, etc.). Contra éste último se esgrime el haberse presentado flemones en sujetos que no tenían fosas supra amigdalinas, como en un caso que refiere Moulonguet. El hecho de que se encuentre pus al incidir sobre el velo del paladar, tampoco argumenta a favor de ésta teoría por cuanto en todo caso no significa más sino que el pus ha ascendido a la prolongación superior de la

celda que es intravélica. Para Escat, la forma clínica conocida bajo el nombre de absceso periamigdalino en los tratados clásicos, comprende dos variedades distintas anatómicamente: PRIMERA. El empiema del receso palatino, verdadera endo-amigdalitis y, SEGUNDA. Un flemón del espacio celuloso preestíleo; periamigdalitis propiamente dicha; variedades, dice Escat, entre las que no es siempre fácil hacer el diagnóstico diferencial, pues se traducen ambas por signos idénticos y por un abombamiento del velo que hace asimétrica a la faringe y rechaza a la amígdala, y añade, que es posible que el flemón del espacio preestíleo sea siempre secundario a una infección si no a un empiema del receso palatino del cual representa la complicación banal. Esta teoría de Escat y la opinión de Terracol, parecen como querer compaginar las dos concepciones extre-

mas sobre el asiento del flemon. Millet dice que el pus está siempre en el espacio preestíleo; no se explica esa disparidad tan categórica entre ese siempre de Millet, etá. y el nunca de otros autores, y si no fuera por la precisión de los límites del espacio faringo maxilar, habría que pensar en si para algunos serian mas amplios.

Las inyecciones hechas correctamente por la vía buco faríngea y cervical, han venido a demostrar lo erróneo de todas aquellas teorías, distintas a la de que el flemon asienta en el plano de clivage amigdalino, y si no bastára con pruebas clínicas y experimentales modernas para demostrarla, habría que añadir el hallazgo necropsico de dos casos muy demostrativos relatados y estudiados perfectamente por Canuyt y el resultado clarísimo de los actuales procederes de diagnóstico y tratamiento. Ha que-

dado a la hora actual demostrado que la mas antigua teoria localizando el flemón entre la pared faríngea y la amígdala, es la verdadera.

Exíge una infección previa, aguda o crónica agudizada de la amígdala que puede infectar la celda por vía venosa, linfática o mas difícilmente por contigüidad de algunas criptas profundas obturadas, estando despues condicionada la evolución ulterior del flemón, a las adherencias que se hubieran fraguado en dicha celda por procesos anteriores y habría recidivas que a su vez serian frecuentes por persistir la infección, por las mismas adherencias ó por formaciones anatómicas mas o menos anómalas que dificultarian un drenaje espontáneo sin corregir lo cual se

caería en un verdadero círculo vicioso respecto a las causas que de esa forma se imbricarían las unas con las otras. Este papel de la infección persistente (se ha dicho que depende de amigdalitis críptica, crónica, descompensada) o de las anomalías anatómicas, acentuado todo ello por la repetición de los procesos, queda demostrado ante la imposibilidad absoluta de repetición, después de una amigdulectomía total en el verdadero sentido de ésta palabra. Henke ha visto casos sin tonsilitis en los que se ha presentado un absceso a las veinticuatro horas. Nosotros siempre la hemos observado durante o seguidamente a una angina aguda, las más veces purulenta. Goodale cree que viene siempre de tonsilitis purulenta; Wilson, sostiene que se presenta en aquellos cuyas amígdalas fueron tratadas por galvanocautia, pero no hemos podido comprobarlo aunque

tengamos mala impresión de este modo de tratamiento.

Para Botey, el punto de partida de este proceso es el polo superior de la amígdala. Gradenigo concede importancia a los canalículos del segmento intravélico que han sido concienzudamente estudiados por Angelés y Carrari. Kowler, fundándose sobre todo en que ha visto varios casos de recidiva del flemón después de amigdalectomías y de que el pus radica en el velo donde lo encuentra siempre al incidir en él, concluye que no existe el mal llamado flemón periamigdalino, denominación que a su juicio no sirve más que para desorientar al práctico, al tratar de incidirlo, pues es simplemente un flemón del velo que no se influye de la presencia o no de la amígdala. Es opinión de fácil refutación, ya que el hecho general es que practicando la amigdalectomía total el pasado patológico para, o peri amigdalí-

no desaparece y si alguna vez no es así, podría explicarse por que quedasen algunos trozos pequeños de tejido amigdalino, no nos atrevemos a decir que microscópicos, entre bridas cicatriciales antiguas, que por ser pequeños pueden haber pasado desapercibidos para el operador, el cual a su juicio cree haber practicado una amigdalectomía total. Cuando hay pus en el velo tambien se extrae en el punto de elección inferior puncionando, es decir en la calda, y ésta, yuxta-amigdalina, enferma, porque lo está a su vez la amígdala. Como contraprueba tenemos, que en aquellos sujetos con amígdalas inextirpables por adherencias, tanto superiores como inferiores, la reproducción de los flemones es la regla, contrariamente a los en que la amigdalectomia fué completa. Greenfield, dice categóricamente que no ha visto un absceso periamigdalino en enfermo a quien le haya sido practicada

una amigdalectomía. Toda exéresis para ser completa debe pasar fuera de la amígdala, cosa que es posible como la histología lo demuestra. Además, ¿porque en muchos casos está respetado el velo, coleccionandose en el pilar anterior?.

Navratil, sostiene que cuando se obstruyen las lagunas largas, viene el absceso peritonsilar y cuando son las cortas el intratonsilar. Schmidt, cree en la influencia de los tapones de la amigdalitis crónica y de las caries dentarias de las que emigrarían los estreptococos. Kirr cree que penetra el agente por lesiones de la mucosa cercana a la amígdala. ¿Y por que no penetra cuando se ha quitado ésta última?. Lo que pasa es que la causa está en la amígdala y solo en élla, por lo que además es una afección de recidivas mientras la amígdala infectada subsista. Lange, cita el caso de un médico que tuvo él mismo ésta afección mas de cin-

cuenta veces. Terracol, asistió a un médico de 40 años que había presentado 42 veces flemones periamigdalinos. Quault, concede importancia a los traumas operatorios y Henke cree que cuando ocurre después de una operación nasal es por los linfáticos de la cara posterior del velo. Köhler, dice que vienen de pus al lado o en la periferia de la tonsila, como por ejemplo una otitis media que luego origina tonsilitis y después peritonsilitis, pero es un argumento tan poco consistente, que no nos detendremos a comentarlo. Clarence-Rice, sostiene la teoría de que se encuentran en la peritonsilitis habitual, adherencias de los pilares con la superficie tonsilar, consecuencia de repetidas amigdalitis (por bridas de fibrina); detrás de estas adherencias se ocultan las bacterias. Rice, seccionándolas, logró evitar o distanciar las recidivas. La disposición individual influye en el sentido

de poder luchar mejor o peor con las infecciones, pero después de los primeros brotes puede influir también el estado anatómico en que quede la región. Dice Greenfield, que no es que sea la persona la predispuesta al desarrollo de una infección periamigdalina secundaria, sino que el tejido cicatricial tiene una tendencia a enterrar probables afecciones de la amígdala teniendo menos éxito el drenaje en potencia en un foco infeccioso. La causa primera es desde luego la infección, favorecida, aparte su virulencia o resistencia del organismo, por disposiciones anatómicas y ciertas circunstancias meteorológicas y epidemiológicas, pues es cosa bien observada que los flemones periamigdalinos se presentan en forma de verdaderas rachas, siendo según nuestros datos, los meses de noviembre, diciembre y febrero aquellos en que los hemos observado con más frecuencia, estando lue-

go grandes temporadas sin verlos. Eso no quiere decir que no se presenten tambien en otros meses, pero ya suelen ser casos aislados y no grupos de enfermos. Escrita la precedente impresión, tenemos en parte que rectificarla, en el sentido de que pueden presentarse en cualquier época o estación de inestabilidad metereológica, pues en Agosto de 1934, vimos en poco tiempo mas flemones que en el resto del año, habiéndose caracterizado ese mes por cambios bruscos de tiempo y lluvias. Henke escribe, que no se ha podido demostrar diferencia grande en todos los meses del año, ni en Königsberg, ni en Bordeaux ni en Copenhague. Barnes ha dicho que se presenta en todas las estaciones, pero que son muy comunes durante los últimos dias del invierno y primeros meses de la primavera. Nosotros los hemos observado tambien coincidiendo con pequeñas epidemias de gripe.

Barnes, Canuyt y la mayor parte, coinciden en que es el estreptococo el causante principal de la enfermedad, quizá porque, como Lexer ha demostrado, tiene mas facilidad que otros agentes para penetrar desde las mucosas al interior o fondo de los tejidos. Nosotros, es tambien el agente que hemos encontrado con mas frecuencia. Barbera, en 70 casos, concluye que los principales gérmenes son los pneumococos solos o asociados a bacilos, etc.; despues los estreptococos; menos frecuentes los estafilococos; en un caso el absceso fué debido a simbiosis fuso-espirilar. En los casos de Widal (cit. por R. Laurens) y de Hamdt, la angina flegmonosa fué debida al colébacilo. Se pueden encontrar ademas bacilos diftéricos, leptotrix y hasta sarcinas, etc. Bussan refiere un caso por bacilo de Friedlander que determinó la muerte.

La frecuencia es igual en los dos sexos aunque a Henke le parece predominar en el femenino, quizá por que sea mas sensible a los estreptococos. Es raro en ancianos y niños. Bergh señala el hecho de que hasta los quince años los síntomas subjetivos y objetivos de los abscesos periamigdalinos son mucho menores que en los adultos. Barnes dice haber visto dos casos en niños de diez meses. Lagarriane ha observado tres casos en niños. Greenfield, manifiesta que aunque en general es cierto que los niños son inmunes al absceso periamigdalino, ha visto gran número de casos en niños pequeños. Henke cree que son raros en los niños porque estos no han tenido tiempo de presentar las adherencias de Rice. El cuadro corriente del flemón periamigdalino, es este: un enfermo de 15 a 40 años que ya venía estando con anginas o cuando ya salía a la calle despues de pasadas estas (hecho

muy corriente) tiene escalofríos y aquella disfagia que era tolerable o que había desaparecido, aumenta o se instala de nuevo con fuerte intensidad, siendo este el síntoma que no falta nunca. Síntomas casi constantes son también, el trismus y los cambios en la voz que es confusa, gruesa y toma resonancia nasal por parálisis del velo del paladar y por modificación inflamatoria de la permeabilidad de las fauces, pues el edema de la úvula suele ser muy acusado, así como la inflamación de toda la región amigdalina, pero más especialmente de sus alrededores. Y hemos puesto casi, porque como veremos luego en algunas de las historias que presentamos, hay casos en los que pueden estar ausentes alguno o varios de estos síntomas considerados como clásicos y fundándose principalmente en los cuales se hace el diagnóstico del flemón, por lo cual, al faltar, se está en duda

sobre su existencia y es cuando tiene gran valor la punción exploradora de la que hablaremos en el tratamiento. La lengua es saburral; a veces hay fetidez bucal; la saliva, viscosa, suele estar remansada, tanto por el dolor que se produce al deglutirla, como por la deficiente corriente aérea para expulsarla, dada la estrechez de las fauces y el aumento de las molestias del enfermo al hacer esfuerzos para ello. Por eso hay casos en los que los pacientes para no tragar la saliva bajan la cabeza en la cama para que fluya. De la misma manera hay dolor muy acusado en región subángulo maxilar y en ocasiones hasta relieve por reacción de los ganglios. Y todo el aspecto del enfermo es del que sufre mucho y por ello inmoviliza el cuello por el dolor, teniendo la cabeza inclinada hacia el lado enfermo, para disminuir la tensión. La cefalalgia, que muchas veces se añade a los

síntomas dichos, hace que junto al insomnio, a la dificultad de alimentarse, y a cierto grado de intoxicación, presente el paciente un aspecto acusado de enfermedad, cuando con ésta lleva ya varios días. El deprimir la lengua es doloroso. La exploración suele estar dificultada por el trásmus, y éste no hemos podido verlo desaparecer o atenuarse por el procedimiento de Halphen (dar toque de Bonain en la cola del cornete medio.). Si apesar de las dificultades se logra ver la faringe, nos encontraremos con un velo y pilar anterior enrojecidos y abombados, por lo que si el flemón es unilateral, se aprecia una gran asimetría de las fauces estando la úvula muy edematosa, siendo por ello su tamaño cuatro o seis veces mayor que el normal y hallándose rechazada hacia el lado sano. La amígdala (su aspecto puede ser desde casi normal, hasta con exudados pultáceos según el

momento de la amigdalitis en que el flemón empezó a constituirse, y la naturaleza de la infección.) está casi oculto por la inflamación del velo y como desviada hacia adentro y abajo; al no poder el pus dirigirse hacia la parte inferior, por detenerle el hilo de la amígdala, lo hace hacia arriba y adentro, formándose el abombamiento supra amigdalino o vélico; cuando este es muy acusado se aprecia encima de él el límite con el borde posterior del paladar óseo. Se admite generalmente que al cabo de siete u ocho días, la colección se abre de manera espontánea con alivio inmediato, que puede ser pasajero por insuficiencia del drenaje, o por haber varias cavidades. (En los recidivantes hay periamigdalitis flegmonosa de recaídas.) La colección no llega a tener siempre un tamaño suficiente para que los síntomas clínicos denuncien su existencia o localización,

y ese hallazgo precoz lo hace la punción desde que se emplea casi de manera sistemática. Gran importancia tiene para la variedad del cuadro clínico, el que se trate o no de brotes recidivantes y mucho más, que se haya intervenido en ellos quirúrgicamente. Para Leroux la clasificación más importante que se puede hacer, es la de dividirlos en primitivos o bien formados y recidivantes o irregulares, siendo estos los más difíciles de diagnosticar.

Las características de las recidivas las resume así: atípica en el punto donde radican; sintomatología incompleta; evolución difícil; más facilidad para complicaciones. Por ello creemos merecen un pronóstico más reservado que los abscesos primitivos típicos. Por su parte Barnes dice: que la dislocación de la amígdala varía según la situación y medida del absceso, el cual puede ocupar un pequeño espacio, siendo con-

finado por las adherencias inflamatorias hacia la parte en la que se origine. Tambien Greenfield insiste sobre este punto, puesto que las adherencias pueden hacer variar el número de cavidades, (ante la persistencia de los fenómenos hay que acordarse de que puede haber formas multiloculares) su asiento, la emigración del pus y hasta la terapéutica. Recordamos entre otros, un caso nuestro muy demostrativo en el que cuando ya la punción inferior no acusaba pus, tuvimos que desbridar en velo. Puede haber abscesos latentes, como en un enfermo nuestro que solía tener anginas de Vincent de repetición. Erdelyi, cuando operaba en caliente, acostumbra a hacer la extirpación de las dos amígdalas aunque una no esté inflamada, y dos veces le ha sucedido caer sobre un absceso profundo, como una nuez, que nunca se había manifestado. Las formas bilaterales no son

raras y pueden ser simultáneas o con una breve separación de tiempo. Nuestro enfermo P. siempre las tiene bilaterales y en un caso relatado por Hutter, las diez veces fué bilateral. Como caso curioso diremos que una enferma nuestra tuvo 4 flemones, dos en cada lado, anteriores y posteriores, que hubo que ir abriéndolos ante la persistencia del cuadro clínico. Es pues una historia muy distinta a la descrita por Govy, en cuyo caso hubo abscesos múltiples, pero no todos fueron periamigdalinos, sino algunos laríngeos, aunque el principal foco séptico, y probable origen de los demás fuese el periamigdalino que se inició el primero. Entre los fenómenos generales está la fiebre que precisamente no es siempre mas elevada cuando el flemón está ya constituido, sino que muchas veces llega a alturas grandes con escalofríos, cuando la colección purulenta aún no se

ha formado, y puede ser pequeña la elevación cuando el absceso es ya un hecho, lo cual le quita valor para el diagnóstico. También Barnes dice que la temperatura es corrientemente de 37°. Síntoma bastante importante es un dolor irradiado hacia el oído que algunas veces existe también en simples procesos de amigdalitis. En ciertos casos se ha observado albuminuria.

Horning Wenger establecen la relación que existe entre el absceso periamigdalino y la midriasis. Consideran ésta última como un fenómeno de repercusión simpática homolateral, de origen bulbar.

En ocasiones el diagnóstico no es tan fácil como parece y la dificultad está dada por el conocimiento exacto del

momento en que la colección purulenta se ha constituido, pues es muy desagradable adelantarse a practicar tratamientos abortivos ineficaces si la colección se constituyera, por que siempre acarrearán alguna molestia; y mucho más, el lanzarse a desbridamientos e intervenciones cruentas sin probabilidades de éxito, aumentando al enfermo sus naturales sufrimientos. Cuando el flemón es grande no hay problema, pues es difícil equivocarse y mucho menos cuando los síntomas están completos. Pero puede ocurrir que el caso aparente ser simplemente, el de una angina de curso prolongado y en la que fuera de esto no veamos síntomas claros, ni grandes relieves, etc. (Véase nuestro caso nº 8.). Entonces el diagnóstico es difícil y la punción aspiradora es de un grandísimo valor para la conducta quirúrgica ulterior o para efectuar el tratamiento médico de aquella

angina de curso atípico que parece querer desembocar en el flemon. Por el contrario, pueden existir los síntomas considerados como mas característicos de la presencia de pus, (trismus, edema de la úvula, etc) sin que se encuentre este. Demaitre describe un signo que consiste en que la inflamación es sustituida por una sensación de fluctuación reconocida con el índice al nivel de una especie de ojal formado en el velo por la separación de las fibras musculares y apreciado a traves de la mucosa, en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores del pilar, y hay hasta quien cree que llega un momento, cuando la colección está formada, en que se diferencia una superficie de aspecto mas pálido y finalmente fluctuante, en cuyo periodo el trismus por lo general se atenúa. Basavilbaso, dice hallar fluctuación en el 99 por ciento de los casos. Nos parecen mucho

mas casi los casos con pocas modificaciones de velo que con ellos y por tanto sin fluctuación. Moritz Schmidt recomienda tocar con una sonda para descubrir el punto mas doloroso que sería el del absceso.

Richter decía en 1911 que la palpación era difícil. Que el 90 por ciento de los enfermos mordían al explorador, cosa que Menzel dice no haberle ocurrido nunca en muchos casos atípicos de localización en los que hay que recurrir al tacto.

Chiari y Kummel, recomiendan la palpación bi-manual por lo que se aprecia un infiltrado duro o una fluctuación. Pero todo esto es doloroso molesto y sucio, no sacando de dudas muchas veces, y para ello se ha propuesto la punción en el sitio que luego describiremos y que difiere del proceder de Henke, en que este punciona en distintos puntos y

profundidades. Cuando se aspira para hacer el diagnóstico a que se abombe el paladar, puede aun suceder que además de tarde no se encuentre pus en él, sino mas abajo, y como se ha dicho, suele formarse mucho antes de lo que hasta aquí se había supuesto. Para Escat, la colección purulenta se revela por el edema transparente de la úvula y por el signo de Lemaître. Le Néé H. Guillon y J. Dalsace, dicen que en un caso apesar de la ausencia de signos clásicos, les hizo pensar en una colección purulenta profunda, de la celda amigdalina, el síntoma de haber perdido su *movilidad* la amígdala sobre los planos profundos, cosa que se observaba sobre todo, cuando el depresor producía el reflejo nauseoso. Hofer, concede valor a la paresia unilateral de los músculos del velo, la cual a su juicio no solamente permite reconocer los abscesos periamigdalinos y juzgar de la oportunidad de la

incisión sino también distinguir el absceso periamigdalino de un absceso intra-tonsilar, donde esa parestesia no existe.

Barnes da importancia a la existencia de inclinación del rafe medio del paladar, pues dice es fenómeno que no se presenta en la simple amígdala inflamada.

Linck, ha insistido mucho en lo que llama abscesos residuales que pueden no dar lugar más que a una sintomatología frustrada: un estrecho ribete rojo, una poca tumefacción a nivel de la línea de reflexión de la mucosa, un simple rechazamiento de la amígdala sin ningún signo de vecindad. Algunas veces no hay signo local alguno, existiendo una elevación irregular de la temperatura y manifestaciones articulares o renales; solo la enucleación de la amígdala puede descubrir estos abscesos que en algún caso han

alcanzado el tamaño de una nuez. Greenfield, ha tenido tres casos de este género.

Blondiau hace sistemáticamente la fórmula leucocitaria y dice que cuando el pus está colectado, acusa de 18 a 30000 leucocitos y cuando el proceso es difuso, de 12 a 16000. Añade que la polinucleosis es el barómetro fiel del estado infeccioso del sujeto.

Nos hemos limitado a describir el tipo de flemón mas frecuente y el que interesa casi exclusivamente a nuestro propósito, aunque el de tipo posterior no sea raro, estando caracterizado por que el pilar posterior aumenta hasta alcanzar a veces el tamaño de un dedo meñique, rechazando la amígdala hacia adentro y adelante. Para Labernadie, dos

síntomas muy importantes de este flemón serían la falta de trismus y la frecuencia de la bilateralidad.

Moure, ha descrito el absceso periamigdalino inferior en el que apenas hay modificación de la voz pero siendo muy intensa la disfagia.

Arifev, llamó la atención en Copenhague sobre una enfermedad de la amígdala que parece un flemón supurativo pero el pus falta en su evolución, que es muy rápida y puede determinar una muerte inesperada si no se toman las precauciones necesarias para conjurar la inflamación que estenosa el estrecho paso por donde el aire circula.

Tiesen, describe una forma de flemón periamigdalino que es atípico por su curación espontánea y breve duración.

El de los pseudo flemones es uno de los aspectos mas interesantes y al parecer complicado de lo que se refiere

el estudio de la enfermedad que nos ocupa, Y decimos complicado, porque aparenta serlo, a partir de una nomenclatura variada que muchas veces quiere presentar como distinto, lo que quizá no sea mas que una sola cosa o aspectos diferentes de una misma, aunque de etiología microbiana, variando el agente, su virulencia, o el terreno en que asienta. La identidad de los agentes no presagia igual actividad. Los laringólogos no están de acuerdo sobre la frecuencia de estas afecciones; algunos creen que habría un pequeño absceso profundo ~~no~~ diagnosticado o en vias de reabsorción por el tratamiento.

En todos ellos al final, lo que mas diferencia al pseudo flemón del flemón verdadero, es que al incidir, en aquél no sale pus y en éste sí. (Dice Leroux que la realidad de la existencia de estos pseudo flemones está demostrada por la

frecuencia de las punciones blancas, acostumbrándose entonces a decir que el absceso no está maduro). A esas ~~se~~ quedan reducidas todas las variedades y quizá a veces tenga valor para desentrañar esta evolución abreviada, o no supurada, el camino seguido o señalado por Miegerville en Copenhague, a propósito de cuatro casos de flegmasia periamigdalina de pneumococos, pues el estudio de sus observaciones demuestra, como él dice, que las nociones dadas por el examen bacteriológico sistemático de las secreciones amigdalinas, nos permiten establecer mas rigurosamente un diagnóstico, emitir un pronóstico evolutivo e instituir un tratamiento. Si la respuesta bacteriológica es que se trata de pneumococos, dice que se podrá corrientemente hacer el diagnóstico de pseudo flemón y preveer que no se coleará pus.

La angina gotosa descrita por Canuyt, está caracterizada "por una fluxión enorme, impresionante, que recuerda mucho mas el edema que la colección purulenta", con subida rápida y alta de la temperatura sin remisión. Aunque no creemos que la temperatura nos haya servido gran cosa para el diagnóstico periamigdalino, hemos de hacer resaltar cómo en éstas anginas, la temperatura no remitente, coincide con la falta de colección purulenta. Si la ausencia de pus es la casi sola característica de éstas anginas, nosotros hemos encontrado algunos flemones en los que no se llegó a constituir pus en ningún momento y a los que no nos hubiésemos atrevido a calificarlos de otra manera que como inflamaciones periamigdalinas, en su primer periodo congestivo, del cual no pasan, ya por que lo impidan ~~la~~ ^{la} escasa virulencia del germen, las defensas del organismo en

que radican, o los procedimientos abortivos que hayamos llegado a tiempo de emplear, de la misma manera que una otitis no siempre llega a ser supurada. No recordamos haber visto una angina a la que pudieramos llamar gotosa, pero sí flemones que no llegaron a supurar. Nuestra práctica si embargo no nos autoriza a negar la existencia de aquellas anginas que otros con mas años, conocimientos y experiencia han llegado a señalar, aunque recientemente, sirviendose de procederes de diagnóstico mas completos lleguen a restringir su número. A las formas que no llegan a supurar, las llamé Citelli, congestivas. Escat: flemón periamigdalino abortivo propiamente dicho. Bonnet-Roy, periamigdalitis pseudo-flegmonosa. Fradkine, describe una faringitis pseudo-flegmonosa o "Capsulitis" de la amígdala, que compare a la tenonitis gripal. Moulonguet, las titula, formas abortivas del

flemon periamigdalino que son poco frecuentes cuando es abandonado a su evolución natural. Llerena, ha publicado tres casos y cree que la evolución puede explicarse por linfangitis reticular atípica del velo. Vialle, prefiere llamarlas flemones periamigdalinos abortivos o resolutivos. Calderin ha escrito sobre la periamigdalitis flegmosa sin supuración. Despons, las llama periamigdalitis congestivas. El primer enfermo de los que refiere, tenía albuminuria y urea en sangre, que le hicieron pensar en los primeros momentos pudiera tratarse de una manifestación edematosa en un brightico.

Nuestro amigo el Dr. Pagadigorria recuerda de un caso de pseudo flemón del que no salió mas que sangre y en el que al inyectar neosalvarsan se resolvió, haciéndole pensar si sería sifilitico como algunos casos de los que describe Caboche. Pero pensamos si habrá sido un pseudo-

flemón fuso espirilar del cual se encuentra algun caso en la literatura.

Rateau describe el pseudo absceso fluxionario del velo del paladar debido a la inflamación de una amigdala mas infravélica que intravélica, alojada bajo el pilar anterior que está muy procidente.

El flemón periamigdalino puede confundirse con una erisipela faríngea primaria en su comienzo, aspecto que ha sido considerado por Casseberry y Greenfield Sluder, durante la discusión del caso de Richards.

Puede igualmente ser tomada por flemón, una lues primaria cuando existe induración específica y está oculta la lesión tras un pilar. Hautant y Sergent han referido

el caso de un goma intravélico que presentaba un pequeño canal por el que la sonda entraba en el velo, lo que unido al resto de los síntomas hacía pensar en un flemón periamigdalino.

Igualmente puede confundirse con inflamaciones extra tonsilares edematosas. Con tumores malignos, con inflamaciones sobreañadidas. Hautant y Sergent refieren un caso de sarcoma amigdalino con tumefacción del velo del paladar que avanzaba hacia el lado opuesto, que fué incindido dos veces al ser tomado por un flemón. Greenfield, cree que como la ulceración de la superficie del sarcoma no es un síntoma precoz, antes de ella puede errarse el diagnóstico y relata un caso de un niño de 13 años en el que incindió sin hallar pus; la adenitis aumentó; un corte de la amígdala demostró una celdilla de sarcoma perdida. R. Laurens, re-

fiere que Gandier tuvo un caso de sarcoma que simulaba flemón periamigdalino.

En el absceso latero faríngeo la pared faríngea es la que está abultada y aproximada a la línea media por detrás del pilar posterior, estando la amígdala solamente levantada. Bouchet refiere un caso de hemorragia después de incisión de un supuesto flemón periamigdalino con el cual se confundió uno latero-faríngeo, que fué abierto por vía interna.

El absceso intra-tonsilar es muy lento y sin grandes molestias, por lo que puede ocurrir que rara vez acudan donde el médico y por ello algunos dudan hasta de que exista este absceso amigdalino propiamente dicho. Es raro, por que, como dice Certain, el tejido adenoide tiene poca tendencia a la supuración. La máxima hinchazón reside en la

propia amígdala estando los pilares casi indemnes y el tráficus ausente o poco acentuado. Cuando la amígdala es intravélica es mas facil confundir a este absceso con el periamigdalino.

No se hace referencia en los tratados, ni aún en publicaciones recientes dedicadas al flemón periamigdalino, de su diagnóstico con ciertas formas de leucemia faríngea que pueden simularlo y de las que se han ocupado Blondiau, Bremond, Hicquet y nosotros mismos. Se caracteriza, aparte de por ser mas prolongada, por haber astenia, adenopatias, palidez, gingivorragias, y mas tarde equimosis, petequias, etc. todos los casos citados fueron desbridados por error diagnóstico.

Greenfield, menciona el diagnóstico diferencial con la angina de Vincent, pues aunque lo cree facil, ha visto algu-

nos enfermos que sufrían esta angina y que le fueron remitidos con diagnóstico de flemón periamigdalino, pero un examen detenido basta.

El absceso periostico yuxta-amigdalino se confunde corrientemente con la periamigdalitis flegmonosa. Resulta de la evolución o caries de la muela del juicio que da lugar a una periostitis localizada en la cara interna de la rama ascendente del maxilar y ha sido estudiada por Escat. Llerena Benito hizo el diagnóstico de un caso basándose principalmente en que apesar de la amigdalectomia repetían los abscesos. Nosotros recordamos algun caso en que tuvimos que hacer tambien este diagnóstico diferencial. Retrouvey, dice, que el flemón periamigdalino tiene un prodromo anginoso; el trismus es en él menos marcado que en el absceso periostico; la disfagia mas intensa; la inflama-

ción puede afectar el velo, mientras que en el proceso odontógeno, la inflamación es mas inferior y la marcha mas lenta. Ugo Virgili ha referido un caso de absceso de esta clase, de tipo congestivo, pues la incisión no acusa pus y señala entre los pocos casos descritos, los de Reclus Canuyt, Crosby, Greeve, Moure y Wielage.

Los actinomicos pueden estar latentes sin producir otro trastorno que la tonsilitis crónica, como en el segundo caso de los publicados por Johann Hofhauser, pero otras veces como en el primero, se infiltran en el tejido celular periamigdalino originando flemones y abscesos.

Gordon y Young señalan que es un error grave el tomar una difteria por un flemón periamigdalino, pues es evidente que el trauma favorece la absorción de la toxina, porque una lesión abierta ofrece mas ventajas para ello que

una membrana mucosa relativamente intacta. Los casos que conocen dichos autores, llegaron ya desbridados al Hospital por error y aportan los siguientes datos, para orientar el diagnóstico: los pacientes de flemón suelen ser adultos; los de difteria niños. En la difteria hay temperaturas bajas; en el "quinsy" o flemón, altas (Exceptuando la difteria grave). En el flemón se quejan mucho de aspereza (?) mientras que en la difteria es síntoma secundario. El flemón es mas unilateral y la difteria es mas bilateral. Cuando el "quinsy" es bilateral predomina en un lado y no son sincrónicos. Aunque el flemón tiene a veces un exudado delgado, blanco y extenso, le acompaña hiperemia, lo cual es raro en la difteria. Aunque las formas que mas pueden confundirse con el flemón, no son las tonsilares simples sino las que se extienden a nazo-farinx, úvula y paladar con edema e

hinchazón. Del 1927-29 inclusive, en 3260 casos de difteria admitidos en el Hospital, dicen que se había incidido la peritonsila en 43, o sea en uno por 75. Añaden que la mortalidad en estos casos alcanza niveles sin precedentes: 25 muertes de 43 enfermos, o sea el 58 por ciento Hautant y Sargent refieren un caso de difteria traqueo-bronquica en una niña de 7 años que al principio simulaba un flemón periamigdalino al que hicieron desbridamientos internos y hasta externos así como traqueotomía y que falleció. Greenfield, también ha visto dos casos de pseudo flemón diftérico en uno de los cuales desbridó no teniendo consecuencias por que se apresuró a dar antitoxina. Escat, también se ha ocupado de esta importante cuestión de la difteria frustrada pseudo-flegmonosa, así como Nublard (Cit. por R. Laurens). Esta angina diftérica pseudo flegmonosa,

sa ha sido descrita por Martín y Darré los cuales dicen no ser muy excepcional; ser mas bien unilateral; las falsas membranas pueden faltar sobre la parte visible de la amígdala; el simple frotis no revela siempre el bacilo de Loeffler, pues el estreptococo lo enmascara a veces.

Kümmel dice: " El pronóstico de una peritonitis, ha de reservarse siempre algo, pero las complicaciones peligrosas son tan raras, que no hay que hacerlo desfavorable". Nosotros podíamos decir lo mismo, pues nuestros casos se han deslizado sin contratiempos, pero sin pretender haber agotado la bibliografía, hemos recopilado gran número de complicaciones dispersas en ella, cuyo estudio conjunto nos hace mirar al flemón con algo mas respeto de lo

que se acostumbra, y aunque Trousseau nunca había visto una muerte por amigdalitis, el caso es que las hay, como consecuencia de complicaciones de tipo variado y Hussein señala como causa de ellas: la ausencia o insuficiencia de drenaje; causas anatómicas inherentes a la constitución misma de la región interesada; el pasado amigdalino del sujeto; la virulencia del germen y la resistencia del terreno.

Las hemorragias pueden ser al incidir, pero por lo general son secundarias, verosimilmente por ulceración de los vasos debido a la infección. Los vasos interesados pueden variar pero con desgraciada frecuencia lo son las carótidas.

Sadowski refiere dos casos de hemorragia en abscesos periamigdalinos: la primera, fué una tonsilectomía natural,

espontánea, como consecuencia del absceso abandonado que puso en peligro la vida. En el segundo, apesar del vaciamiento/concienzudo, la destrucción de la pared, llegó a la erosión de la arteria al sexto día.

Panzer recuerda un caso de perforación de la faringe ascendente por absceso periamigdalár.

Schmiegelow cita un caso mortal por hemorragia al quinto día de enfermedad y describe otro con fuertes hemorragias que parecían proceder de la cara posterior del velo debiendo tratarse de erosión de una rama de la tonsilar o faríngea que al llenar la cavidad del absceso de sangre produjo dolor y tensión de las fauces.

Stoupy cuenta un caso de hemorragia recidivante, probablemente de la carótida interna, que costó la vida al enfermo. Laurens (R), cita un caso de Stoupy de flemón periamig-

dalino con hemorragias arteriales y venosas y fístula traqueal que terminó por curación tras ligadura de la carótida externa.

Vergely, refiere un caso de perforación post-angina flegmonosa de la carótida interna, que se vió en Bourdeaux .

Aubriot, relata dos casos de hemorragias pequeñas pero repetidas, consecutivas a flemón periamigdalino. Explica el mecanismo de estas hemorragias, pequeñas e intermitentes, por que sin duda se trata de un ramúsculo arterial o venoso, englobado en un tejido escleroso de origen inflamatorio, crónico o agudo de repetición, no puede, si llega a ulcerarse o a romperse, concurrir a la hemostasia espontánea por retracción de sus paredes que mantiene permeables la ganga por él atravesada. Un pequeño coágulo obturador llega a formarse; la salida de sangre se detiene algun tiempo; pero sin

la colaboración de la pared vascular la existencia de este tapón es precaria y a merced de cualquier aumento brusco de presión ^(tor. nauseas, etc) y deduce que la supresión del tejido escleroso por la amigdalectomía es el mejor proceder, sin excluir una vigilancia armada y discrepando de Vergely, que cree la ligadura arterial indicada desde la segunda hemorragia, cosa que le parece precozmente radical. Erdelyi, también es partidario de extirpar la amígdala en caso de hemorragia después de la incisión.

Bell Tawse, refiere el caso de un hombre de 49 años sífilítico en el que atribuye la hemorragia a una úlceración de uno o varios ramos tonsilares de la carótida externa, bajo la dependencia posible de un goma profundo, apesar del Wassermann negativo. Ligó la carótida externa y no tuvo

necesidad de anudar un hilo que por precaución colocó atrazando la primitiva.

Casadesus, publicó el caso de un sujeto en el que a los dos días de haber incidido hubo hemorragia que al repetirse y no ceder con la sutura de pilares hizo necesaria ligar la carótida externa.

Bertein, cita un caso de hemorragia por flemón periamigdalino que no fué del lado derecho en el que tenía un flemón en evolución, sino del izquierdo donde estaba ya casi extinguido.

Leroux, refiere un caso que fué desbridado sin hallar pus, estableciéndose hemorragias, que hicieron necesaria la ligadura encontrándose pus que impedía alcanzar la carótida. La autopsia reveló se trataba de un flemón escéfágico con gran ulceración del mismo lado que la amígdala, interpretan-

do el caso como que la abertura inoportuna de una amígdala que no tenía pus, produjo una gangrena descendente con ulceración gangrenosa del esófago.

Sercer, publica una estadística de 28 enfermos con hemorragias por abscesos periamigdalinos, tratados por medios médicos, de los que murieron 22. Por el contrario, en otros 25, a quienes se practicó la ligadura, no hubo más que 6 muertos. Añade que por lo general se trata de abscesos periamigdalinos que datan ya de un cierto tiempo y en los cuales no se ha dado una salida quirúrgica al pus. Dice que puede seguir habiendo hemorragia aun después de ligar la carótida, ya porque se establezca rápidamente una circulación colateral en la base del cerebro o lateral por anastómosis de los vasos pequeños desgarrados, con los del lado opuesto; y puede haber hemorragia por el cabo no liga-

do. Por todo ello insiste en que no hay que olvidarse de hacer apesar de la ligadura un taponamiento apretado de la cavidad, pues la hemorrágia secundaria puede establecerse horas y hasta dias despues de la ligadura. Créé, que la amigdalectomia merece ser ensayada hasta en casos mas graves que en los que la preconizó Aubriot, pues permite un acceso mas facil al vaso, que la incisión de la colección.

Laurens(R), cita el caso de Chappell, de hemorragia por absceso periamigdalino. El de Dunn, en un niño de 3 y medio años que hizo precisa la ligadura de la carótida primitiva. El de Ehrmann, de un flemón abierto espontáneamente en el que tambien hubo que ligar la carótida primitiva. El de Hall que fué seguido de muerte. El de Klug, que erosionó la carótida. El de Moizard. El de Muller. El de Pitts, en el que se interesó la carótida interna. El de Veillard, y el de Moty, que

terminó curando mediante ligadura de la carótida primitiva.

En el caso de Bloch, hubo que hacer ligadura de la carótida primitiva, curando el enfermo. La lesión vascular fué en parte causada por maniobras intempestivas.

Bouchet, cuenta de un colega que murió de hemorragia de la carótida por un flemón periamigdalino.

Fournioux, tuvo un caso de hemorragia grave con dolores vivos, con voluminoso hematoma, y extirpó la amígdala con diatermo-coagulación.

Carlings, describe 3 casos de hemorragia abundante después de absceso periamigdalino, todos los cuales mostraban síntomas simpáticos (2 miosis, y 1 miosis y ptosis) y de los que murieron dos. Añade que en 70 casos de hemorragias, recogidos en la literatura, la carótida ha sido ligada 30 veces. (18 veces la primitiva; 11 la externa y 1 la interna). 20 ve

ces la ligadura ha permitido salvar al enfermo, mientras que en los casos en que no se ha intervenido, la mortalidad alcanza al 80 por ciento.

Lapouge, a propósito de una hemorragia espontánea grave en el curso de un flemon periamigdalino, dice, que le parece peligroso quitar la amígdala, ignorando como se ignora, el asiento y la importancia del vaso que sangra.

Caboche, presentó en el Congreso de 1924, tres casos de hemorragia en el curso de flemones periamigdalinos, de los que fallecieron dos y duda sobre el valor de la amigdalectomía, preguntándose si no nos llevará a acentuar lo que queremos evitar y si será mejor recurrir a una ligadura por vía cervical. Según Newcomb, casi siempre es la carótida interna (de 16 casos, 11 curaciones y 5 muertes). Caboche, cree que a menos de lesión comprobada de la carótida interna,

será la externa la que habrá que ligar. Por su parte Henke, cita otra estadística de Newcomb que tiene 41 casos de hemorragia, tras peritonsilitis, con 21 mortales; hubo de ligar alguna vez la carótida primitiva así como Messiter.

Wolmat, refiere el caso de una mujer joven en el que apesar de abrir el absceso siguieron los fenómenos generales graves, presentándose a los 10 días hemorragia que obligó a ligar la carótida externa, pero la enferma murió a las 48 horas de septicemia estreptocócica. A este proposito recuerda los casos de Caboche y Borst donde tuvo lugar la hemorragia cataclísmica en la amígdala que no se había intervenido, y el caso de Broudel, de hemorragia tardía por desenvolverse el absceso en la vaina de los gruesos vasos.

Miegeville ha publicado un caso de hemorragia prolonga-

da que hizo necesaria la ligadura de la carótida externa. El flemón se había abierto espontáneamente y a los dos días tuvo lugar la hemorragia que procedía de la parte media de la cara posterior de la amígdala en los confines del pilar posterior. Cita el caso de un enfermo visto por colega suyo con hemorragia fulminante a las 12 horas de abrir un flemón que hizo precisa la traqueotomía y la ligadura de la carótida primitiva.

Barnes, dice haber presenciado dos casos de hemorragia: uno en el que se repuso el enfermo y otro en que falleció por haber rechazado la intervención.

Skoog, ha reunido 85 casos publicados, contando los de Lebran, Lubbers, Stumpf, Sercer, otros 13 dispersos en la literatura médica y 3 personales, de los que 1 curó espontáneamente. Otro de siete años y medio, tuvo hemorragia por

el conducto auditivo y despues de la intervención, otra mortal, revelando la autopsia aneurisma como una nuez que había destruido la pared inferior del conducto auditivo externo. El tercer caso, curó con ligadura de la carótida externa. En la mayor parte de los casos, dice que se trataba de abscesos a los que se había dejado evolucionar mas o menos tiempo sin abrirlos.

Ruttin, considera a la hinchazón retro-mandibular como patognomónica de hematoma supurado por erosión carotídea, mientras que Stumpf la considera simplemente como peligro de esa erosión.

Horgan encontró una cavidad ocupada por abundantes coagulos en un caso de hemorragia que había durado 2 días, y en el que se decidió por desbridar ampliamente.

Alain Gaston e Ives Lemaitre refieren un caso de hemo-

rragia despues de incindir un flemón gangrenoso, que hizo necesaria la ligadura de la carótida externa y la extirpación de la amígdala.

En un caso de Menzel, la autopsia reveló un absceso que usuraba la pared ósea de la parte posterior y lateral del rino-farinx; se trataba de una erosión de la pterigo palatina; la destrucción de la parte superior de la columna cervical produjo en vida tortícolis.

Simeoni, ha referido un caso de hemorragia que empezó a las 6 horas de la incisión; se detuvo por colapso, pero una nueva hemorragia terminó con el enfermo.

Greenfield, tuvo tres casos de hemorragia y en todos fué preciso la transfusión.

Hussein, señala el caso visto por Terracol, de un cirujano célebre que murió fulminantemente por erosión de la

arteria carótida.

Thornval, ha publicado un caso de aneurisma falso de la carótida por flemon periamigdalino y Tollet otros 2, debidos a la erosión de la carótida interna, citando además en su trabajo los casos de Lebran, Lyon, och Petit, Wulff, Klarfeld, Ranschoff y Neuffer.

La dificultad respiratoria por edema de la glotis etc. puede ocurrir, y hasta hacer falta una traqueotomía, como en el caso de Masuda Schinichiro (cit. por Canuyt.),

El caso necrótico referido por Terracel es un ejemplo típico de lo que se refiere a esta complicación.

Salvadori, ha publicado un caso de absceso peritráqueo laríngeo y picartrósis crítico-aritenoides consecutivos a

flemón periamigdalino, en el que hubo de hacer traqueotomía durante la cual al abrir el absceso, un rumor sibilante hizo fijar la atención en una pequeña fístula de la pared lateral de la tráquea por la que salía aire; asimismo se había fistulizado en la región aritenoidea izquierda. Curó, quedando inmóvilidad del aritenoides y de la cuerda del lado izquierdo, en la línea media.

Richards, ha publicado un caso de flemón periamigdalino al abrir el cual y salir pus, se presentó parálisis respiratoria, encontrándose al hacer la traqueotomía con un absceso a nivel del segundo anillo que rechazaba la tráquea; los dos flemones comunicaban. Winslow, refiere un caso análogo al de Richards, que curó, pero sin poder abandonar la cánula el enfermo, pues hubo destrucción de cartílagos y la laringe quedó convertida en una bolsa.

Jakiontoff comenta un caso de edema agudo mortal de la laringe que evolucionó sobre el terreno de un absceso de la amígdala; la traqueotomía no evitó el desenlace y la autopsia reveló abscesos en las dos balsas amigdalinas.

Martuscelli refiere un caso de absceso periamigdalino que se complicó con edema de los aritenoides y de los ligamentos ariepiglóticos, que llegó a comprometer seriamente la respiración, pero curó con escarificaciones y vacuna.

Lualdi, refirió en el Congreso de Roma de 1911, dos casos de flemón perilaríngeo de origen tonsilar.

Greenfield, refiere el caso de un enfermo con gran edema glótico que cedió al extraer la gasa introducida en la cavidad del absceso periamigdalino que había sido incindido.

Stein (cit. por Canuyt), ha tenido un caso de absceso periamigdalino complicado con edema de glotis.

La propagación al suelo de la boca obligó en un caso a Henke a practicar la traqueotomía.

Despons, ha escrito sobre dos casos de abscesos periamigdalinos que emigraron a la fosa submaxilar, y dice, que esta evolución es de temer cuando el flemón es de tipo postero-superior y su abertura se hace tardíamente. Escat, refiere un caso análogo, y sus estudios con Viela, le llevan a parecidas conclusiones que a Truffert y Rouviere, encontrando que la fosa pre-estílea comunica con la célula submaxilar, por un pequeño orificio virtual situado entre el pterigoideo y el estilo glosa, que puede fácilmente ser forzado y por el que hasta suele verse un pedículo vascular. Gilis y Arsimoles negaron la existencia de comunicación alguna. También Tzetzú y Popesco han presentado un caso de propagación extra faríngea cervical.

Alguna vez la adenitis externa puede llegar a supuración independientemente de la marcha favorable o no del flemón periamigdalino.

Escat y Viela, publicaron un caso de flemón periamigdalino en el que la colección formaba detras del pilar posterior un relieve fluctuante desprovisto de pulsación, mientras que la carótida fuertemente rechazada hacia afuera, batía violentamente bajo los tegumentos, y en el que la punción pudo ser hecha por vía faríngea. En un segundo caso, de estos mismos autores, como complicación de un absceso periamigdalino evacuado espontáneamente, se produce al mismo tiempo que un abombamiento latero-faríngeo, simulando un absceso flemón retro-estíleo secundario, una vasta difusión purulenta por la celda parotídea, dando lugar a una colección retro-ángulo-maxilar que fué desbridada por via externa.

La supuración propagándose a distancia puede determinar pericarditis y pleuresia purulenta, como en los casos de Hanot, Reid y Loubé (Cit. por Martuscelli). En un caso de Greenfield, produjo una endocarditis, y Henke, observó en la mujer de un colega que había padecido 10 veces de flemon periamigdalino, irregularidad del pulso el cuarto día de enfermedad.

Aparte de las complicaciones expuestas, todos hemos podido observar ataques de artritis durante este proceso.

Otra complicación que puede ocurrir, es el abrirse el flemon en el conducto auditivo, y aunque Hussein solo conocía el caso de Bertoin, en la literatura hemos encontrado varios mas: Roch, vió uno en un niño de 7 años, en el que teniendo angina y dolores óticos con otoscopia y audición normales, se establece supuración por el conducto, habiendo fís-

tula en el suelo de su parte ósea estando la amígdala proyectada hacia adelante; la otorrea cesó al incidir el absceso. Frey, ha observado otro caso análogo en un niño, el cual hay que unirlo a los 17 que ha podido recoger Rendú. Este presentó un caso de absceso periamigdalino abierto en conducto, consecutivo a una adenoiditis grippal con otitis media y en el que la comunicación de la amígdala con el absceso del conducto quedó probada porque al inyectar plata coloidal en el velo salió por el oído. Dice Rendú, que en los casos reunidos por él, hay dos formas: la de los que parten del absceso retro-estíleo, que puede ir acompañada de hemorragia carotídea de pronóstico fatal, que abriéndose en caja se vacían a través del tímpano, y la de los que se inician en la celda amigdalina, que pasan al espacio pre-estíleo abriéndose en el conducto membranoso, que son de

caracter menos grave. Canuyt cita el caso de Lange, de una hemorragia que se manifestó por otorragia.

Hofmann ha publicado un caso en un hombre de 40 años que presentaba: parálisis facial, perforación del conducto auditivo por el pus; toda la parótida estaba abscedada; mas tarde en región submaxilar se encontró con una gran cavidad que se extendía a pared lateral de faringe y que probablemente comunicaba con el absceso periamigdalino. Echó un sequestro cartilaginoso del oído. El oído medio siempre estuvo normal.

Edel, (Cit. por Murtuscelli) refiere un caso de flemón periamigdalino que se difunde al espacio retro mandibular, a la glándula parótida y al conducto auditivo externo.

Gerlings, ha publicado un caso referente a un niño de 8 años con absceso periamigdalino y latero laríngeo que se

perforó en el conducto auditivo externo, erosionando además un gran vaso.

Bertoin, ha referido otro en un niño de 10 años en el que al ir a explorar en el pilar anterior con el dedo para buscar una zona depresible, un chorro de pus sale por el meato auditivo procedente de un orificio que había en la parte media de la pared inferior del conducto; aunque no tiene comprobación anatómica, cree que el camino seguido ha sido: espacio pre-estíleo, loge parotídea, conducto auditivo externo, y se extiende en consideraciones patogénicas de las que también se ha ocupado Goufas. Añade que el punto delicado a dilucidar es el de comprender, cómo la colección ha pasado del espacio pre-estíleo a la celda parotídea; pero Viela ha comprobado en el curso de ciertas disecciones, el prolongamiento faríngeo de la parótida en re-

lación con la cara externa del espacio pre-estíleo, que parece reducido a un muñón y reemplazado por tejido celulograsoso, laxo, excelente "alimento" para la emigración de un flemón.

En el caso de Szmurlo, (cit. por R. Laurens) se abrió un absceso perifaríngeo post-escarlatinoso a nivel del cuarto infero-anterior del tímpano estando intactas las paredes del conducto.

La septicemia es complicación que puede sobrevenir en el curso de un flemón periamigdalino, aunque mas veces se ha presentado en simples anginas y aun en la convalecencia de ellas, cuando hasta el propio enfermo se había olvidado de que las tuvo. El mecanismo de estas septicemias es siempre muy discutido. Fraenkel ha publicado 15 casos

sosteniendo que es una infección directa de la sangre por propagación del proceso inflamatorio de las tonsilas a las venas de su territorio aunque la afección venosa puede dar saltos y aparecer en venas que no sean la yugular. Solo por excepción admite la infección por medio de un ganglio. Esta patogenia venosa sostenida por Fruenkel, la comparten entre otros Crabbe, el cual en todos los casos estudiados ha descubierto un foco tromboflebítico en un punto cualquiera de la red venosa uniendo la amígdala a la circulación general. El caso de Bustin, es también a favor de esta teoría porque la autopsia reveló que el proceso tonsilar se extendió a lo largo de la vena y no en sentido perivascular, pues la perifería de la yugular estaba libre del todo apesar de la trombosis de ésta. Se trataba pues de una trombosis interna pura, no habiéndose encontra-

do ganglio alguno adherente. En ninguno de los dos casos en que Meltzior ligó la yugular, se habla de la vía linfógena. Sani Yaver en el estudio anatómico-patológico de las amígdalas quitadas en caliente, encuentra siempre trombosis de los vasos. Zange, piensa también como Fraenkel.

En cambio para Uffenorde la infección es primariamente linfática y más tarde se afectan las venas al atravesar las colecciones purulentas o por ganglios infectados yuxtapuestos a aquellas. Claus, que ha presentado una estadística de 98 casos de pichemia post-anginosa, cree también que la infección pasa habitualmente de las vías linfáticas a las venas. Anders ha observado que no hay tromboflebitis primitiva; los procesos flegmonosos circunscritos están siempre presentes. Hirsch dice, en cuanto a la patogenia, que ha visto de los dos tipos, pero en sus observaciones los ca-

sos de génesis linfática, son mas numerosos que los de naturaleza tromboflebítica. Hybasek, que ha hecho estudios experimentales en perros, tratando de esclarecer la patogenia de la septicemia post-anginosa, dice: que debemos con Uffenorde considerar al espacio parafaríngeo como mas importante que la región periamigdalina en lo que concierne al origen de dicha septicemia. Wessely, es partidario de Uffenorde. Waldapfer, aporta dos casos en apoyo de la teoria linfática que por otra parte le parece mas anatómica. El segundo caso de Taptas, es netamente a favor de la teoria de Uffenorde, pues solo estaba interesada la vena, en el punto que contactaba con un pequeño ganglio supurado, estando libre la luz venosa en todas direcciones aunque infiltrada su pared interna y con estreptococos.

Dice Claus que una fiebre continua de alta temperatura

hasta sin escalofríos, denota una angina septicémica, y también que un escalofrío que se instala al mismo tiempo que la angina, no es un signo cierto, y que por el contrario, los que aparecen al tercer día de la angina deben despertar la atención del médico. A este respecto, podemos describir una historia nuestra de lo más engañosa: se trataba de un hombre fuerte, con flemón periamigdalino iniciado el día anterior pero en el que rápidamente se habían constituido todos sus síntomas, pues el edema periamigdalino en todos los alrededores era muy acusado, apesar de que el enfermo aseguraba, no haber sentido molestias faríngeas hasta el día anterior. La punción no acusó pus, por lo que prescribimos una inyección de vacuna polivalente. Nuestra sorpresa fué grande, cuando al día siguiente encontramos fistulizado el flemón en la parte inferior del velo; el absceso era pequeño

y lo dilatamos. El enfermo continuó peor, presentándose intensos escalofríos, en el curso de alguno de los cuales llegó a tener una temperatura que alcanzaba 41,°. Los escalofríos, siempre muy intensos, se repitieron al día siguiente, seguidos de profusos sudores, y el enfermo quedaba tan quebrantado que llegó a temerlos sobremanera. El flemón estaba ya curado y los fenómenos periamigdalinos tan en regresión que podían decirse desaparecidos. La idea de una septicemia se apoderaba de nosotros y prescribimos Cylotropina intravenosa a reserva de hacer una toma de sangre en pleno escalofrío (para practicar hemocultivos) si éste se reproducía. Pero no fué así, y en cambio volvieron a presentarse fenómenos faríngeos que esta vez eran de un flemón del mismo lado, pero de tipo posterior. Todo hacía pensar en ese caso en una complicación septicémica al parecer grave, cuando no pa-

saron de ser los escalofríos precursores muchas veces de los flemones periamigdalinos, pero que en este caso, por estar la faringe casi en regresión, nos hizo sospechar peores episodios. Con razón dice Crabbe, que el diagnóstico es muy delicado, pues muchas veces hay que fundarse en pequeños síntomas para adoptar determinaciones quirúrgicas de la más alta importancia. Para Voss, los escalofríos son de pronóstico grave cuando aparecen tardíamente, y ha observado varias veces los abscesos periamigdalinos como puerta de entrada. Refiriéndose Schlittler a las septicemias, dice que los abscesos peritonsilares deben ser abiertos ampliamente.

Zange, refiere el caso de un hombre de 29 años con absceso periamigdalino que se abre al cuarto día, apareciendo más tarde tumefacción de la rodilla, luego del ojo, cianosis, subictericia, parálisis recurrencial, exorbitis, inmovilidad del

globo ocular, papilitis; la operación que fué tardía, reveló trombosis de la yugular.

Schmiegelow refiere un caso de angina doble flegmonosa que había sido incindida y que terminó por séptico-piohemia generalizada.

Hussein dice que entre varias historias de diverso aspecto que recuerda Terracol, está la de un estudiante que dejó evolucionar su flemón para poder asegurar su reemplazo y que murió en Montpellier de una septicemia agudísima. Además señala los casos de Cohn, de foco neumónico supurado metastásico a consecuencia de un absceso de la amígdala; y el de Royet, de flemón periamigdalino complicado de septicemia gangrenosa, y el de Moure, también de septicemia.

En el tercer caso de los referidos por Taptas, el enfermo murió por séptico-piohemia apesar de la amigdalectomía

y de haber desbridado los abscesos metastásicos; por excepción no hubo ni lesión venosa ni flemón del cuello.

Haardt, ha publicado un caso de absceso peritonsilar bilateral seguido de séptico-piohémia con abscesos gluteos simétricos por bacterium coli, que terminó por curación

Laurens (R), señala que Ward ha publicado dos casos de flebitis séptica con trombosis a consecuencia de un absceso periamigdalino. Rode, otro de séptico-piohémia en la declinación de un absceso y que Vialard se ha ocupado sobre amigdalitis flegmonosa e ictericia infecciosa.

Canuyt, apunta los casos de Kirby, Goodyear y Errecart, en los que hubo flebitis de la yugular interna, por flemón periamigdalino, el de Martín con septicemia generalizada, y el de Chavanne de séptico-piohémia.

Linck, refiere el caso de un hombre que a las seis se-

manas de un absceso periamigdalino y ya sin síntomas faríngeos, tuvo un cuadro de neumonía grave, encontrándose en la autopsia múltiples abscesos metastásicos de pulmón y pequeño trombus de una vena amigdalina al lado de un pequeño absceso fétido del tamaño de un guisante. También cita dos casos en los que a continuación de incisiones repetidas pero ineficaces, el estado se agravó progresivamente, abocando en uno de ellos a un cuadro de abscesos múltiples perifaríngeos, con flebitis de la yugular, acarreado la muerte apesar de una amigdalectomía.

Hofer, ha presentado dos casos de abscesos periamigdalinos en los que por haber despues de la incisión escalofríos con pulso frecuente y filiforme, ligó la yugular y extirpó la amígdala, volviendo la temperatura a la normalidad a los diez días. Caboche y Borst han referido un caso de

flemón amigdalino de estreptococos con flemón purulento cervical que curó con la intervención.

Carneyale-Ricci, refiere dos casos de abscesos periamigdalinos causantes de flemón del cuello y de lesiones mediastínicas que determinaron la muerte de los pacientes.

Feuchtinger, publicó un caso de absceso que se extendía al mediastino; no tenía dolores cervicales ni al de deglutir, como tampoco tumefacción en el cuello, estando la yugular sana, pero había abscesos en pulmón.

Plandé, tuvo un caso de peritonsilitis complicado con flemón gangrenoso del cuello que produjo la muerte.

Hays, refiere que una mujer de 25 años con absceso periamigdalino en el que no se halló pus, tuvo mas tarde escalofrios, signos broncopneumónicos, así como disfonía y dis-

fagia que hacían pensar en mediastinitis, que fué confirmada y operada, pero la enferma murió.

Meyer (Wilhelm), publica el caso de un muchacho de 10 años con absceso periamigdalino que apesar de la incisión continuó su curso, presentándose vómito purulento que por medio de la Yodipina, se demostró proceder de absceso bilobulado inferior descendiendo al mediastino posterior hasta la cuarta vértebra torácica.

Glogau (Otto), muestra la posibilidad de extensión de los abscesos de vías aéreas superiores a través del tejido celular laxo del cuello y del mediastino, exponiendo su técnica operatoria tanto curativa, como profiláctica a lo Marchik.

Treitel, observó el descenso del pus a lo largo de los vasos cervicales del espacio retro-estiloideo, cosa que

tambien puede ocurrir por supuración de un ganglio o de una flebitis yugular.

Le Mee, Guillón y Dalsace, presentaron un caso en niño de 12 años, de colección purulenta en la celda amigdalina, con repercusión articular, que curó con amigdalectomia en caliente además de inmu-no-transfusión anti-estreptocócica.

Vogel Claus, refiere tres casos de infección ascendente en el endocráneo, en los que no había propagación flegmonosa al espacio parafaríngeo, siendo la causa una tromboflebitis.

Kandler, cuenta un caso de una angina flegmonosa que se propagó directamente a través de la cápsula craneal al cerebro originando un absceso.

Wylie, comunicó un caso en el que la autopsia mostró el curso del pus por el tejido periamigdalino hacia la fosa

faringo maxilar y de aquí se extendió por los músculos pre-vertebrales hacia la base de la fosa craneana.

Pollak, tuvo un caso de absceso en el que se presentó excitación violenta muriendo el enfermo estuporizado en 24 horas, encontrándose lesiones meningo-encefálicas y el seno cavernoso derecho supurado, así como infarto pulmonar, etc.

Beck, tuvo un caso parecido que originó absceso extra-dural de la fosa posterior craneal con parálisis del facial, del motor ocular, y signos cocleares y vestibulares.

Wessely, además de los 8 casos que ha encontrado en la literatura de los últimos 50 años, de complicación endocraneana de flemón periamigdalino, refiere dos suyos, en el primero de los cuales hubo, entre otros hallazgos clínicos y necrópsicos, tromboflebitis de los dos senos cavernosos.

En el segundo, además de trombosis de la yugular, sepsis y mediastinitis, se halló en la autopsia meningitis purulenta del suelo de la fosa izquierda media craneal; durante la vida, en éste último, no hubo ningún síntoma que hiciera pensar en una complicación endo craneana. Inyectando tinta china a los cadáveres, ha llegado a estas conclusiones: el pus atraviesa el constrictor que ofrece menos resistencia que las cicatrices; afecta el tejido celular laxo parafaríngeo que hay hasta el foramen oval donde existe una extraordinaria comunicación directa con la fosa craneal media por las vías venosas. Admite por eso tres posibilidades de propagación; por el tejido conjuntivo laxo parafaríngeo (caso primero). Por las redes venosas, aunque sea en forma retrógrada. Por combinación de ambas vías (absceso parafaríngeo anterior que infecta las venas del plexo pterigoideo y luego afecta el

seno cavernoso). Encuentra dos grupos clínicos: uno, muy septicos rápidos, en donde domina la somnolencia; otros mas lentos con una fase de mejoría aparente durante la cual remite algo los síntomas locales y que corresponde al momento en que el proceso atraviesa la pared faríngea.

Tambien Lhartz, ha estudiado este aspecto de las complicaciones intracraneanas.

Greenfield tuvo un caso de absceso periamigdalino con celulitis del cuello, septicemia, meningitis y muerte en un enfermo al que se había desbridado varias veces. Cree que el pus emigró hacia el espacio faringo maxilar y que parece coincidir con el de Wessely.

Ramadier y Ombredanne presentaron un caso de periamigdalitis flegmonosa y trastornos psíquicos, en el que salió poco pus al abrir, preséntándose mas tarde fenómenos cerebra-

les y coma. La operación reveló pus fétido en la zona rolán-
dica y murió. Laurens(R) cita el caso de Perigord, de un caso
de meningitis supurada consecutiva a un absceso peria-
migdalino.

Ferreti, refiere un caso de complicación de angina fleg-
monosa a la que en principio habían tratado intensa e irra-
cionalmente con pincelaciones de iodo y glicerina (hasta 12
diarias) que produjo verdadera quemadura faríngea. Salió cu-
rado, pero hubo de retornar a la clínica con flemón periamig-
dalino que mas tarde dió lugar a fenómenos cerebrales en-
contrándose en la operación un absceso fétido del tamaño de
una nuez en lugar que correspondía exactamente a la porción
inferior de las dos circunvoluciones pre y post rolándicas.
El enfermo falleció. Créa poder mantener como mas lógica y

simple, la propagación por vía linfática, de este modo: del foco infeccioso causal a los linfáticos laterales de la farínge; desde estos a su vez por vía ascendente, a los linfáticos intracraneales y a las vainas perivasculares del territorio de la Silvana, desde donde va la propagación al tejido cerebral de la región rolándica.

Alain Gaston e Ives Lemaitre, refieren un caso en el que aparte un episodio hemorrágico del que nos hemos ocupado, la enferma presentaba anteriormente a este incidente, un síndrome incompleto de Claude Bernard-Horner y de los cuatro últimos nervios craneales del lado derecho que lo interpretaron como una repercusión ganglionar anormal en el espacio retro estíleo, por compresión de los troncos nerviosos.

Palumbo, ha publicado un caso de parálisis asociada de ~~ix~~

los cuatro últimos nervios craneales, consecutivo a neuritis por flemón periamigdalino, que curó completamente con un tratamiento de estrignina y reconstituyente general. Dichos troncos, dice, han sido atacados en un punto de su trayecto y no en su emergencia por la base de ~~lo~~ craneo, lo cual está confirmado por el hecho de que lo han sido en diversa medida, según se encuentren más o menos interesados por el proceso flegmonoso.

Eman, tuvo un caso de tromboflebitis del seno cavernoso bilateral a los tres días de haber incidido un flemón periamigdalino, muriendo con delirio tranquilo en hipertermia.

Mayer, presentó un absceso peritonsilar en el que la autopsia reveló supuración de ambos senos cavernosos, habiendo se producido por vía linfática sinusitis esfenoidal que más

tarde se propagó a los senos cavernosos y a la meninge. Añade Mayer, que el enfermo no presentó síntomas de sinusitis esfenoidal antes del flemón, contestando a Menzel, que creía en la coexistencia de ambos procesos.

Hernan, publicó un caso de flemón periamigdalino en el que la autopsia descubrió se extendía a la fosa faringo maxilar. Había trombosis de la yugular que llegaba al seno lateral así como a los petrosos y cavernosos, que contenían coágulos, extendiéndose a las venas oftálmicas. Absceso del lóbulo temporal izquierdo. Mastoides normales.

Jacques y Lucien presentaron un caso de trombosis del seno cavernoso por absceso periamigdalino, revelando la autopsia osteo-mielitis de la silla y del vértice del peñasco.

Malan, ha publicado un caso de trombo flebitis del seno cavernoso consecutiva a flemón periamigdalino; apesar de desbridar alcanza la región parotídea, donde se forma colección fétida, persistiendo el estado séptico general, se afectan los senos cavernosos y muere por septicemia y leptomeningitis. Añade, que la trombo-flebitis del seno cavernoso consecutiva a un proceso tonsilar, es eventualidad bastante rara; en la literatura ha podido recoger 23 casos, entre ellos los de Ogle, Jessop, Got, Mosher, Hosten, Meslin y Le Barazer, Mayer, Claus, Podestá, etc. En la mayoría de las observaciones, el foco primitivo consistía en una colección peritonsilar.

Campbell, dice que la trombo-flebitis del seno cavernoso es rara, siendo el 13 por ciento de los casos de causa buco cervical, que casi siempre es un absceso peritonsilar o fa-

ríngeo.

Hussein recuerda un caso referido por Canuyt, que aconteció durante la Guerra, de un estudiante de medicina muerto de una trombo-flabitis del seno cavernoso consecutiva a un flemón periamigdalino. Habiendo observado en 1921, un caso análogo en una joven. Añade que los casos de tromboflebitis del seno cavernoso consecutivos a un flemón periamigdalino, son bastante numerosos, habiendo referido Debsins, en su Tesis varios recogidos por él, y siendo preciso citar también las publicaciones de Fauvel, Panas, De Lapersonne, Tollens y el trabajo de Cot, en la Revue, 1917, a propósito de un caso mortal.

Meslin y Le Barazer han publicado un caso de tromboflebitis de los senos cavernosos, transversal, lateral y de la yugular interna, de forma pihémica, de origen amigdalino (cit.

por Hussein).

Calamida ha expuesto un caso de trombo-flebitis del seno cavernoso consecutivo a un absceso peritonsilar.

El segundo caso de los referidos por Jason Dixon, de trombosis del seno cavernoso se inició a las 12 horas de haber incidido un absceso periamigdalino.

Aciego de Mendoza, refiere el caso de un hombre con doble absceso periamigdalino, que incide, apareciendo flebitis en el miembro superior derecho sin alcanzar previamente la yugular. La curación se estableció lentamente con inmovilización prolongada.

Baratoux(J), ha referido un caso de enfermedad de Grisel aparecida en el curso de un flemón periamigdalino.

Tambien es peligrosa la rotura de los abscesos durante el sueño. Gann publicó un caso de sofocación por ruptura de un absceso periamigdalino en laringe y otro caso de Howel (Citados por R. Laurens).

De casos mortales por causas distintas, tenemos el de Fallas e Hicquet y el de Coulet (Cit. por Hussein), y los de Jacobi y Cole (Citados por R. Laurens). Escat tuvo un caso de muerte por espasmo glótico en el momento de practicar una incisión.

Un caso de Jamsi (citado por R. Laurens) terminó por gangrena de faringe.

El estudio del tratamiento puede estar limitado entre aquellos empíricos procederes de la antigüedad y el de la extirpación de la amígdala en caliente. Recorriendo la historia del tratamiento se ve primero una polémica-farmacología, a la que se referían los éxitos diversamente, pues todos ellos habían llegado a tiempo alguna vez, y de ahí la frase de Troussseau que figura en el preámbulo: y vemos también el empleo de unos desbridamientos sistemáticos por aquí y por allá obstinándose en pretender hallar un pus que no tenía muchas veces por qué estar coleccionado y que por lo tanto eran casos en los que se puede decir que la verdadera enfermedad fué el tratamiento que prolongaba la reacción inflamatoria. Las divisiones de los médicos y especialistas, estaban pues justificadas en la comparación de casos en sí distintos y en

los diferentes resultados obtenidos, variables, como los procesos en que se intervenían, y sobre todo, los momentos que se elegían o en que había ocasión de intervenir. Unos eran por llamarlos de alguna manera, contemplativos, ya que no fatalistas, y otros audaces, que no se detenían ni ante las razones que les daban sus propios primeros resultados. Creemos que, quien mas o quien menos, todos hemos caído en este último error, mas que en el primero. La primera de las actitudes, era la que mas veces acertaba, pero este proceso no está libre de complicaciones como hemos podido ver, no faltando sin embargo quien las atribuye precisamente, a los intentos, frustrados o no, de desbridamiento. En el otro proceder, en el muy intervencionista, caímos en el dicho popular de que es peor el remedio que la enfermedad, y de hecho así ocurría muchas veces, pues en cuanto dejábamos en paz al enfermo con

su enfermedad, esta curaba sin que saliera un pus que nunca había existido. En esto como en todas las cosas en el justo término medio debe estar la razón.

Luego para evitar la penosa afección, sus complicaciones y la eventualidad de una intervención quirúrgica, nacieron otros procederes llamados abortivos, ante los cuales se levantan nuevas discusiones que creémos pueden ~~quedar~~ zanjadas al aparecer la punción exploradora, que al indicarnos la existencia o nó del pus, nos hace emplearlos con fundamento, y por tanto, poder juzgar de su verdadero valor. Se puede discutir si las molestias que producen, empleados sobre todo localmente, se compensan o no con las ventajas de su utilidad, pero ya las dudas sobre su valor abortivo quedan aclaradas por las indicaciones de la punción, aunque la inflamación séptica del tejido celular no aboca fatalmente al absceso.

Mas tarde llegamos a la sistematización del empleo de la amigdalectomia en caliente que al suprimir la amígdala hace desaparecer una de las paredes de la celda en la que el pus está coleccionado y por lo tanto crea el drenage de mas eficacia, extirpando la causa de muy probables recidivas. De la misma manera la enucleación de la amígdala en t^{ípico} lleva, aunque un poco mas tardíamente, a este mismo resultado.

Nosotros creemos que la punción aspiradora que se utiliza para el diagnóstico, puede en muchos casos curar el proceso sin mas, y que por tal, debe reservársele algun lugar en el tratamiento, pues empleada sistemáticamente nos deparará los mas felices resultados.

En el tratamiento médico, omitiremos la historia de sus primeros tiempos, ya muy documentadamente hecha por Moulon-

gust, y que no tendría mas valor que la curiosidad histórica por que era de un empirismo llevado al extremo, pues empleaban mezclas inverosímiles y hasta repugnantes, además de sangrias brutales, lo que hace que en la actualidad no sea nada de ello aprovechable.

Tampoco hablaremos del tratamiento, tanto quirúrgico como médico, de las complicaciones.

Marfan, cree que basta la quinina y antipirina sin operar nunca, porque tienden a la ruptura y vaciamiento, contrariamente a lo que ocurre en los abscesos retro-faríngeos.

Mackenzie y Home, dicen cortan el proceso al comienzo dando veinte gotas de tintura de guayaco cada tres horas.

Ringer, recomienda unas IV gotas de tintura de acónito.

Halbing, aconseja la embrocación con unas III gotas de aceite de croton bajo el ángulo maxilar.

Netter y Raillet han recomendado las fricciones de colargol previa limpieza de la piel con jabon y alcohol.

Se ve pues, cuan distintos son estos abortivos de los que se recomiendan en la actualidad y de los que luego nos ocuparemos.

Kodell y Hamilton basados en que el factor mas importante de la enfermedad es la diatésis reumática, prescriben salicilato y pilocarpina.

Konig, dá ácido fénico al 2 por ciento en la amígdala y proximidades.

Meyer, emplea la limpieza de las criptas inyectando en ella con una jeringa de laringe, solución templada de bicloruro de mercurio al 1 por mil. Lo ha empleado en siete casos, estando satisfecho de sus resultados.

Mayhen y Somers aconsejan el extracto supra renal.

Gross y Burluresaux, pincelan con tintura de iodo, pero este tratamiento no ha resistido a la crítica y entre otros casos donde fué funesto, o donde por lo menos influyó muchísimo en el mal curso que tomó el proceso, está el de Corrado Ferreti; y nosotros hemos visto ulceraciones faríngeas producidas por el empleo del iodo en estos casos agudos.

Polyak, Van Sterson y Gaudin han empleado la hemostasia pasiva de Bier, que dicen calmaba el dolor, permitiendo tragar, sobre todo combinada con la terapia aspirante empleada por Prym con un aparato ideado por Platau.

No tenemos apenas experiencia sobre los llamados métodos abortivos, pues su empleo ha de ser precoz y es raro el caso que nos llega antes de estas el pus formado y mucho menos ahora en que con la punción ha desaparecido el problema que se nos presentaba sobre si el pus estaría ya o no coleccio-

nado. De las inyecciones abortivas "in situ" diremos, aunque sea teóricamente, que nos dá la impresión de que al aumentar la tensión en un lugar ya tenso por la inflamación, tienen que producir grandes dolores; cualquier líquido inerte los produciría y mucho mas la plata coloidal con la que hemos visto producirse dolor fuerte hasta inyectada en una cavidad extensible como la celda amigdalina despues de vaciado el pus que contenía, obligándonos a desbridar rápidamente. Por lo demas, parecen dar maravillosos resultados en los casos en que se han empleado.

Banké, por las dificultades que se le presentaron en algunos casos, entre ellos en un médico hemofílico, pensó en evitar todo medio quirúrgico y sabiendo que la enfermedad procede de determinados estreptococos, se le ocurrió emplear un suero para esas variedades, recomendando la administración

intravenosa y local. Trató 35 casos, y dice que desaparecían los dolores rápidamente, dando la impresión de una especie de anestesia por infiltración, mientras que con el suero equino normal o la solución fisiológica, no ocurría eso por lo que creyeron posible hubiese un embotamiento de la toxina estreptocócica.

Halphen y Djiropoulos, preconizan el tratamiento abortivo de los flemones periamigdalinos por el bacteriófago inyectado en el foco en cantidad de 2 c.c. practicando al mismo tiempo una auto-hemoterapia para evitar la acción inhibitoria del antifago. Lo han empleado en mas de 300 casos con 90 por ciento de éxitos inmediatos y con 80 por ciento sin recidivas precoces. Contestando a Helmoortel, dicen que el lugar de inyección importa poco, pues si las practican intravélicas es por comodidad y por razones psíquicas, pues el enfermo acepta me-

por un tratamiento de apariencia local. Esta aclaración desvanece el mayor inconveniente que encontramos en el proceder, porque toda inyección "in situ" aumenta los dolores espontáneos al inyectar en una superficie distendida por la inflamación, pues precisamente atribuimos el alivio de la punción aspiradora a que produce un efecto descompresivo. La auto-hemoterapia sola, no les ha dado un caso de curación. Liebault y Moinson han demostrado la utilidad de esta última al tratar un caso con ella, además de con el bacteriófago y otro solo con éste. Combiesco, Tzetzta y Popesco, dicen que el tratamiento por el bacteriófago no puede ser cuestión de una acción específica del principio lítico (ni hasta de su acción exclusiva) pues con los filtrados anti-estafilocócicos, ^{etc} así como con caldo peptonado, los resultados son idénticos a los obtenidos con el bacteriófago, como han podido demostrarlo.

Bourgeois, en 1917, empezó a utilizar desde el comienzo del edema de la úvula y del trismus, el electrargol "in loco" como tratamiento abortivo. Inyecta de medio a un c.c. a una profundidad de 1 centímetro en pleno velo o donde la tumefacción es mas acusada; no produce shock. Bertran, R. Bravo y otros dicen dar maravillosos resultados. Tambien Giorgi ha abortado flemones por la inyección local de plata coloidal. Lernoud, en un enfermo con absceso doble, inyecta con electrargol solo en un lado, observando notable diferencia en la evolución de ambos, y dice que este método ha producido en algunos casos un estado como de esterilización prolongada. Feldstein se inclina a creer que tanto el bacteriófago como el electrargol, no actúan por su poder específico o antiséptico respectivamente, sino porque producen un choque proteico de manifestaciones locales, análogamente a la pepto ó protei-

noterapia local, y tiene buena impresión de esta terapéutica general abortiva cuando se practica al primero o segundo día del edema faríngeo.

Las inyecciones "in situ" de vacuna, sales de plata, etc. parecen ser eficaces en un período más adelantado que la vacunación general y hay quien cree, que hasta en los primeros días de la colección.

Peregrina ha asociado el tratamiento local con el electrolito a las inyecciones intravenosas de la misma sustancia, con resultados satisfactorios.

Triboulet aconseja la inyección intravenosa de colargol al 0,25 por mil, recientemente preparada y aun caliente, que se repetirá a las 24 horas. Las inyecciones intravélicas de colargol, no le han dado a Halphen resultados apreciables.

Raillet, obtuvo buenos resultados con la inyección precoz

intravenosa de 5 c.c. de electrargol. Esta terapia de choc tiene el inconveniente de producir reacciones generales violentas. Alvarez, en personas ancianas o delicadas, para evitar el choc brusco, aconseja las inyecciones intramusculares repetidas de 10 c.c. de electrargol, pero los resultados no parecen tan satisfactorios.

Por Chatelier, Jacob, etc. se ha aconsejado inyectar profundamente de 2 a 4 c.c. de Propidon, que tiene, ~~que tiene~~ el inconveniente de las fuertes reacciones que produce, aunque es bastante eficaz. Nosotros por temor a aquellas, hemos preferido algunas veces la vacuna polivalente.

Halphen juzga tambien util el choc por una inyección de Septicemine.

Rebattu, (cit. por Canuyt) emplea el oro coloidal con exce-

lentes resultados.

Descarpentries, ha preconizado la auto-hemolisoterapia que consiste en mezclar 5 c.c. de agua destilada esteril con 5 c.c. de sangre del enfermo, para reinyectarla, despues de agitada la mezcla, en el tejido celular, repitiendo la maniobra a las 48 horas.

Sonnenschein ha empleado la Omnadina intramuscular en 12 casos, en 9 de los cuales el proceso duró de 4 a 6 dias.

Los procederes quirúrgicos abortivos de que se han ocupado Perier y Moulonguet, Hutter, Ruault, etc. estan en desuso así como los métodos de incisiones llamadas descongestivas que algunos dicen verse obligados a practicar, y con las que aunque no se obtenga pus, pretenden alivian a los enfermos; a la hora actual son juzgadas como inútiles sinó perjudiciales.

Moulonguet, duda de la aplicación de las teorías quirúrgicas corrientes en abscesos de otras regiones, al flemón periamigdalino por no ser iguales las circunstancias ni el obstáculo que se opone a la abertura espontánea. En todo caso solo opera los bien coleccionados pues cree tiene mas inconvenientes la dilatación prematura que dejar abrir espontáneamente en cavidad faríngea, aparte de los errores de diagnóstico. Dice que el dogma de la necesidad de dilatar estos flemones no se apoya en ninguna estadística seria que demuestre mayor mortalidad en los abandonados que en los incindidos, pero durante la descripción de las complicaciones hemos visto que hay autores que las atribuyen a la contemporización excesiva, aunque Moulonguet se inclina por lo contrario. Para Greenfield, la tendencia de esperar hasta que el pus sea visible bajo la membrana mucosa, no es ni humano ni

~~humano~~ ni medida de seguridad, por lo que aconseja incidirlo al tercer día sin dudar.

Nombres muy autorizados de la especialidad permanecen fieles a la intervención quirúrgica precoz, considerando las vacunas como agentes complementarios.

Aunque creemos con Moulonguet que lo peor es tropezar con un médico sistemático, pues tan malo es puncionar o desbridar a diestra y siniestra, como los procedimientos empíricos primitivos, dejaremos sentado que la abstención prolongada puede ser imprudente, y para ello no hay más que ver el capítulo de las complicaciones, que aunque son casos que aisladamente dan sensación de ser muy raros en la práctica, sin embargo su estudio conjunto hace meditar un poco respecto al tratamiento.

Los procedimientos de incisión más conocidos son los de Lemaitre que incide en el punto de su nombre. El de Chiari

en medio de una línea que une la base de la úvula al último molar, y el de Moure en el cruzamiento de una horizontal que pasa por la base de la úvula y de una vertical tirada hacia la base del pilar anterior. Este último autor aconseja el galvanocauterio por menos doloroso, por hemostático, por la antisepsia y por la persistencia del drenaje, pero se le ha achacado como inconvenientes: la reacción, la caída de la escara y el curso mas largo.

Ballenger, Rosenberg, etc. han empleado procedimientos para alcanzar el fondo de la fosa amigdalina atravesando la plica, el pilar anterior o retirando este.

Worms y Rateau aconsejan la aspiración en el tratamiento de los flemones periamigdalinos porque vacía la cavidad y evita las recidivas.

Killian, observando que algunas aberturas espontáneas se

hacían por la fosa supra-tonsilar que drenaba mal, abandonó la incisión anterior adoptando el de forzar con una pinza dicha fosa separando las ramas al tiempo de sacarlas. Hedderich dice haber tratado con éxito 10 casos por este proceder, habiendo tenido que incidir una sola vez por la profundidad del absceso. Laurens(G) y Masip(este con una espátula especial) practican este método, así como Baratoux.

Menzel, ha preconizado el empleo de un drenaje que mantiene separados los labios de la incisión, para evitar las dilataciones sucesivas por cierre prematuro. Consiste en un tubo de goma dura y metal, cuyo conducto mide de 2 a 5 milímetros de diámetro, teniendo 5 calibres, y queda fijo merced a la placa y al cuello que tiene; sirviéndose de unas ranuras lo introduce con una pinza nasal. Lo ha empleado en mas de 300 casos. La incisión no debe de ser ni mayor ni menor de un centímetro

pues de lo contrario no se sujetaria o no cabría el tubo.

Levinger en 235 enfermos ha empleado un proceder en el que el éxito está proporcionado por la liberación anatómica del foco inflamatorio peritonsilar, por la luxación extracapsular y resección del tercio superior de la amígdala, (Mira al polo inferior de la amígdala como un "noli me tangere") pareciéndole que el proceder de Henrichi, el cual despues de incindir el absceso separa con el conchotomo lo que puede de la parte superior de la amígdala, evitará la retención pero no las recidivas que solo se evitan por el método extracapsular; contrariedades que tambien las ha experimentado Barstow. Añade Levinger que no se puede hacer un parangon con lo que ocurre en la otitis, pues ademas de haber en ella prodromos que avisan, la operación de mastoides es grande, necesita narcosis y cuatro semanas de tratamiento.

Bilancioni y Berghesan extirpan solo el polo superior, despues de liberar las adherencias del cuerpo tonsilar con el pilar anterior.

Hautant hace una liberación parcial de la amígdala. A todo estos procederes parciales se les puede oponer el caso de Moulonguet (citado en el capítulo de la etiología) donde volvió a haber flemones tan solo por haber quedado una celda inferior.

Aunque Henke juzga la incisión como el mejor proceder, son ya muchos los que la consideran como insuficiente o impotente para evitar complicaciones y desde luego las recidivas. El proceder mas lógico aquí como en toda colección purulenta es abrir en el punto mas declive, para favorecer el drenaje y este punto es, en el flemón periamigdalino a través del pilar anterior en el sitio que correspondería a la proyección

de la cápsula. Pero aun así resulta un proceder incompleto, porque deja persistir la causa que es, como queda dicho, la amígdala infectada crónica o agudamente. Debido a esta consideración ha nacido o resurgido el extirpar la amígdala en pleno flemón que es la prueba anatómica en vivo del verdadero asiento del absceso y que fue ^{ya} ejecutada el Siglo pasado por Chassaignac (1859) pero que es probablemente Winckler el que la ha propuesto el primero (1911) con el objeto apuntado, pues es desde esa fecha, cuando se encuentran numerosas publicaciones preconizando la amigdalectomia como proceder corriente en los casos de absceso periamigdalinos. Y aunque es cuestión admitida sin reservas ~~y~~ por autores prestigiosos, la discusión sobre su ejecución y la limitación de sus indicaciones, sigue abierta, estando muy lejos de ser aceptado este proceder como norma sistemática por todos los especialistas,

ya que la opinión clásica ha sido la de que no hay que operar en el estado agudo sino después de pasada la tonsilitis, para evitar sepsis, pues como dice Kömmerer hay quien a pesar de todas las precauciones ha tenido accidentes, a su juicio por haber operado demasiado pronto después del brote agudo, movilizand^o una bacteria virulenta en un organismo debilitado en su inmunidad. Hermann, habiendo tenido complicación por operar a las 4 semanas de un absceso aconseja esperar hasta que pasen seis, siendo de la misma opinión Görke. Reiter, atribuye ~~una~~ angina de Ludwig con sepsis fulminante a que operó a las 3 semanas de la enfermedad.

Para Cambrelin, no está justificada la amigdalectomía en caliente ni en templado, aparte de por los inconvenientes de la anestesia, por considerarla peligrosa en una región séptica y en organismo debilitado, pudiendo generalizar la sepsis.

y haber mas peligros de abscesos de pulmón, etc. Solo la créé justificada para suprimir el foco en caso de septicemias o por amenaza de hemorragia grave. Refiere un caso de vómica fecaloidea por absceso de pulmón a los diez dias de haber operado en caliente, y dice, que la mayor facilidad para operar en periodo agudo no es bastante razón para hacer correr al enfermo el riesgo de una operación temprana.

Canuyt, considera la operación en caliente como poco satisfactoria por incompleta, no exenta de peligros y hasta dolorosa.

A Escat, no le convenceen tampoco las intervenciones amplias en periodo agudo, pues las condiciones locales en que se presenta el paciente son poco favorables a una verdadera acción quirúrgica; y se refiere lo mismo a la amigdalectomia en caliente, que a la abertura amplia de Canuyt.

Baldenveck, juzga que el proceder en caliente, no debe generalizarse pues se corre el riesgo de sacar al médico general de las prudentes reglas que ahora sigue en estos casos, por lo que una innovación de esta naturaleza puede hacerse peligrosa por el trismus, los movimientos del enfermo y la defectuosa anestesia en ambiente poco preparado.

Mayer refiere el caso de una mujer a la que se abrió un flemón periamigdalino izquierdo y a la que hubo que hacer una tonsilectomía en el lado derecho por flemón lento en formarse; la tarde misma escalofríos, apareciendo al día siguiente tumefacción parotídea que desciende hasta el hioides, habiendo necesidad de realizar faringotomía lateral, que descubrió un absceso profundo submucoso, drenado, el cual se obtuvo la curación.

Wirth dice que no es peligrosa la amigdalectomía en la

amigdalitis aguda. No la recomienda practicar en casos de abscesos profundos o una complicación septicémica.

Hagel dice que la incisión suele bastar y relega la tonsillectomía a los casos recidivantes y a los que han pasado más allá del estadio de inflamación aguda.

Lautmann, dice que el operar durante el ataque no solamente aumenta la duración de la enfermedad, sino los riesgos, y comparándola con la otitis, añade: ¿es mejor hacer la paracentesis, o recurrir seguidamente a la antrotomía?

Bloch se pregunta si el operar en caliente no será un arma de dos filos, sobre todo cuando no hay un flemón bien coleccionado, aparte de parecerle peligrosas las inyecciones hechas a través de un tejido infectado.

Bourgeois, cree que la operación en caliente es peligrosa, pues aunque quitando una amígdala infectante, puede detenerse

una infección en vías de evolución, si esta es muy ligera, se la puede diseminar, fundándose para ello por analogía en el caso presentado por Vandenbossche en el cual la extirpación de una amígdala exacerbó el reumatismo, y aunque fué una exacerbación mínima, pudo serla mas grave. De la misma manera ha observado brotes de nefritis hematúrica y pequeños accidentes de septicemia consecutivos a amigdalectomias, por lo que aconseja prudencia, pues si la infección en que se emplee es de extrema gravedad y el resultado fatal, se nos puede considerar como autores responsables y cuando la afección no es peligrosa se ofrece un riesgo inútil al quitar la amígdala en ese momento.

Mc. Clintock y Tribble refieren un caso de complicación grave (hubo que hacer traqueotomía y abrir un flemón cervical) en enfermo al que se hizo amigdalectomía a los 9 días de abier-

to un absceso periamigdalino.

Para Dutheillet de Lamothe es exagerado extirparlas sistemáticamente en caliente como lo hacen algunos aunque cree útil el proceder, cuando el flemón es profundo y se prevé un mal drenaje, pues reconoce que es facil y nunca le ha dado sorpresas enojosas.

Greenfield, no es partidario de recurrir a la extirpación en caliente, en los casos habituales y sí tan solo como última alternativa y parcialmente. Cree que se han practicado pocas para sentar doctrina. Le parece que la medida es muy heroica y que es mas sabio no adaptar esos procedimientos que pueden exponerse la vida de los enfermos y ~~con~~ aumentarlos los sufrimientos.

Tambien Glas la reserva para casos muy agudos y ligando la yugular.

Siecher ha tenido que deplorar dos casos de muerte aunque se les podía considerar ya como perdidos por estar complicados de septicemia.

Klotz dice que apesar de las conclusiones optimistas respecto a la amigdalectomia en caliente, la lectura de los trabajos le ha permitido descubrir cierto número de incidentes mas o menos serios que resume así: Osogoe en 49 casos tuvo 4 hemorragias post-operatorias, que aunque moderadas hicieron necesarias inyecciones de gelatina. Hasada, observó despues de operar un absceso periamigdalino, fiebre intermitente, una erisipela, una oto-mastoiditis. Soderberg en 50 casos un absceso de pulmón y una bronco pneumonia que curaron. Canuyt y Horning en 27 casos dos accidentes sépticos. De ahí han nacido modificaciones de técnica consistentes en respetar el hilo de la amígdala, o la anestesia regional a distancia del foco de

infección. Klotz, sienta como conclusión que la amigdalectomía en caliente o intervención equivalente, debe de contraindicarse en todos aquellos casos en que no amenace una complicación o en los que no sea muy necesario un mejor drenaje, pues la aparición de una complicación septicémica o de una hemorragia no tiene nada de improbable en un medio eminentemente séptico y vascularizado.

Krüger, dice que fuera de las graves complicaciones no hay indicación alguna para operar en estado agudo, pues el riesgo es tan importante que solo se compensa con la gravedad de aquellas.

Resumiendo: los no partidarios de operar en caliente, se apoyan en el peligro de las hemorragias y de las infecciones graves que podrían estar ligadas a la ruptura de los límites de defensa del organismo a consecuencia del deterioro de los

tejidos vecinos y además porque la anestesia puede ser insuficiente o portadora de la infección a distancia.

Aparte de que algunos condicionen mas o menos sus indicaciones o determinados casos, en general son partidarios de la amigdalectomia en caliente: Winckler, Barnes, Baum, L. Harry, Krauss, Leroux, (aunque no la hace total), Taptas (que la practica desde hace mas de 20 años) Tato, Erdelyi, Linck, (que ha operado 163 enfermos) Guillemin y Camoreyt, Sani Yaver, etc.

Encuentran en ella las siguientes ventajas: La operación es mas facil por estar ya separada la amígdala. Créa el drenaje de mas garantía pues la incisión puede ser infiel o peligrosa. Extirpa la causa evitando las recidivas y aleja el foco séptico. La membrana piógena protege contra hemorragias (mas difíciles cuando hay un cierto grado de trombosis) y difusiones sépticas. El dolor cede con éste método, pronto.

Al no formarse membrana fibrinosa como en frío no hay desprendimiento de la escara ni por tanto temor de hemorragia secundaria. La superficie cruenta nueva es mínima.

? Se debe de quitar la amígdala sana también?.

Linck, aunque la cree sin inconveniente reserva su opinión.

Erdelyi, preconiza también la extirpación del lado sano.

Leroux, no es partidario de operar el lado no afecto.

Halphen, no se inclina a quitar la amígdala sana en la misma sesión sino después o cuando tenga un flemón en ella. En uno de sus casos por haber quitado la amígdala sana se presentó edema del pilar posterior que hizo temer una supuración retro-latero-faríngea.

Respecto a anestésicos hay también diversidad de procedimientos: Desde los que como Baum L. Harry la practican general, pasando por Mathe que la hace troncular, Linck que la realiza

hiliar por via externa, hasta quien se limita a un simple embadurnamiento con cocaína al 10 por ciento o con mezcla de Bonain.

Poras desaconseja la adrenalina para poder controlar la hemorragia e insufla Clauden como preventivo de ésta.

Canuyt preconiza la amigdalectomía que llama en tibio por practicarla a los pocos días de una incisión evacuadora hecha sobre la misma celda reclinando el pilar anterior; incisión que mantiene abierta con un drenaje hasta el momento de hacer la amigdalectomía, para evitar se establezcan adherencias entre la cápsula y la pared. De ese modo cree evitar las complicaciones, temibles al operar en caliente, y mas eficaz la anestesia, pues opina que la intervención en caliente es menos facil, completa y clara que en frio, aparte de mas dolorosa y peligrosa, aunque la ha practicado varias veces sin in-

oidentes. Giussani cree que las condiciones mas favorables, se alcanzan operando dos o tres dias despues de la incision.

Terracol dice que la amigdalectomia inmediata debe de ser reservada a los casos complicados, aconsejando en los demas la retardada, que practica a los 8 dias, observando la temperatura, los gérmenes y la sangre como criterio de seguridad e inyectando previamente Septicemine.

Leroux cree que en los recidivantes sera mejor obrar en varios tiempos.

Nuestros primeros casos de flemón periamigdalino operados en caliente no han podido ser de resultados mas falices y ello nos anima a utilizar el proceder en todas aquellas circunstancias en las que una vez fracasa^{da} la punción como tratamiento inicial, podamos emplearlo. Todo lo que nosotros digamos en alabanza de esta conducta, está ya dicho, pues ade-

mas de dar libre salida al pus, cualquiera que sea su situación y espesor, suprimiendo una de las paredes de la celda en la que está contenido, extirpa la causa y por tanto evita la recidiva del flemón, cosa que antes era difícil hacer por que aun los recidivantes, muchos de ellos no volvian à la consulta a operarse, apareciendo tan solo en élla cuando tenían un nuevo flemón. De todas formas era raro poder operar una amigdalectomia post-flegmonosa sin haber tenido menos de dos ó tres flemones, pues antes de ello ni el enfermo ni aún el mismo médico apremiaba para la operación. Todo ello se traducía en una gran cantidad de cicatrices que hacían la operación difícil y a veces dolorosa aun en frio. Con este proceder se puede hacer muchas veces la extirpación durante el primer episodio y queda bastante simplificada la técnica por evitarse lo anteriormente señalado. Confesamos que lo que mas nos

retrajo para el empléu del proceder en caliente, fué el pensar que precisamente cuando mas podía doler era cuando la anestesia sería mas deficiente, pues nos preocupaba en caer con el anestésico en pléna colección purulenta o el transportar la infección con ~~la~~ aguja a zonas de alrededor no infectadas. Pero hemos logrado anestesiar lo suficiente para que sin pretender que en todos los casos séa una anestesia perfecta, poder enuclear la amígdala con bastante menos dificultades y "aparato" que el que hasta ahora producíamos al hacer un desbridamiento. Sí insistimos en que con la Novocaina se emplée la adrenalina, pues en pruebas comparativas con y sin ella, hemos podido observar que se anestesia mucho mejor cuando se la empléa, sin duda por que disminuyendo la vaso dilatación inflamatoria, hace que se reabsorba mas lentamente el anestésico. No hemos tenido que lamentar hemorra-

gias por vaso dilatación posterior.

En cuanto a accidentes, en realidad, aparte de la anestesia no nos había preocupado nada antes de emplear la amigdalectomía en caliente, pues por el contrario, alguna vez ya nos habíamos preguntado el porqué de no hacerla cuando al desbridar los flemones ampliamente, dejábamos la amígdala "casi al aire" sin mas uniones que en el polo superior y en el inferior, todo lo cual era una amigdalectomia aunque incompleta, no en el sentido de que no quedara despegada la amígdala, es decir, de que fuese una amigdalectomia, sino en el de que quedaba unida por "pedículos", uno de los cuales, el superior no era esencial bajo el punto de vista de peligro, quedando casi separada de su verdadero pedículo o hilo sin que por ello tuvieramos que lamentar hemorragias. Despues la amígdala volvía a contraer adherencias con la celda o pared exter-

na faríngea y no solamente constituía la persistencia de la causa con dificultades incrementadas para el porvenir, sino que el día siguiente, y aún dos o tres días mas, había que dilatar con la pinza por que al adherirse los labios de la incisión practicada, se retenía el pus y por si hubiera sido poco el primer desbridamiento, aún había que causar al enfermo las molestias de estas maniobras consecutivas, casi tan dolorosas como la primera. Y al considerar esto, fué cuando empezamos a admitir la ventaja indudable del proceder aun con una anestesia a veces incompleta.

Todavía recordamos la extrañeza con que nos hablaba el anatomo-patólogo cuando le enviamos las primeras amígdalas quitadas en caliente, para su examen. Se quedaba con ganas de llamarnos imprudentes o algo peor cuando vió aquél grado de

inflamación de las piezas examinadas, pero al exponerle con un croquis la facilidad del drenaje, etc. quedó convencido al instante de lo racional del proceder. No solamente ya no se titubea en aplicarlo cuando se trata de un flemón periamigdalino corriente, sino que aparte de la conducta de Basavilbaso que las empleaba, para combatir la obstrucción mecánica en casos no flegmonosos, y de Mitchel que lo ha empleado en la angina ulcerosa de Vincent, tenemos el caso relatado por Roldan Verges de flemón periamigdalino séptico doble con gangrena de las amígdalas que extirpan, escribiendo como conclusiones: "La forma hipertóxica de flemones de origen amigdalino, debe tratarse quirúrgicamente y esta intervención debe llegar hasta la amigdalectomía total de urgencia con el mismo criterio clínico que se sigue frente a un cuadro de análoga toxicidad en otra región del organismo; extirpación del foco

séptico, amplio drenaje e irrigación antiséptica." Pero el caso de Roldan Verges nos sugiere mas comentarios, pues es de los que proporcionan mas enseñanzas entre tantos que hay publicados, porque apesar de los desbridamientos y las dilataciones sucesivas, el enfermo empeoraba de tal modo que se hubiera perdido si la amigdalectomia no se hubiese practicado. Despues de lo expuesto y de leída la numerosa casuística mundial sobre el particular, quedamos convencidos de que la amigdalectomia en caliente debe ocupar con razón uno de los primeros lugares en los empleados para el tratamiento del flemón periamigdalino.

Nuestra impresión personal respecto a la amigdalectomia en caliente es que se trata de una operación cuyas indicaciones deben de ser todos aquellos casos en que la punción aspiradora ha resultado inutil, pues nos parece que debe de

desterrar casi en absoluto a las incisiones de toda clase por incompletas y tan peligrosas. En los recidivantes hemos encontrado las mismas dificultades que en frío y pensamos si en estos casos sería mas conveniente operar en templado o retardadamente a la manera de Canuyt y Terracol que aún no hemos ensayado.

No hemos tenido que lamentar ninguna complicación ni infectante ni hemorrágica, (muchos autores encuentran trombosis de los vasos y por tanto se inclinan a creer que el temor de las hemorragias es más infundado que en la extirpación en frío. Pero esta explicación no puede aplicarse a las arterias,) y la anestesia, aunque confesamos que muchas veces, sobre todo los primeros casos, ha estado lejos de ser completa, sin embargo otras la hemos podido obtener para hacer la operación en condiciones bastante satisfactorias. La hacemos

preceder de un centígramo de morfina. Embadurnamos con Bonain toda la región tonsilar y periamigdalina. Infiltramos después con novocaina al dos por ciento la mucosa de velo y pilar anterior, así como algo del posterior; esta infiltración deberá ser muy superficial para no caer en la cavidad del absceso. Una infiltración a través del pilar anterior en la parte correspondiente al tercio inferior de la amígdala, es hecha profundamente, pues ya a este nivel no puede caerse en la colección purulenta por estar las adherencias anatómicas normales. Una espera de ocho o diez minutos suele ser necesaria para conseguir la anestesia.

Respecto a la técnica operatoria seccionamos el ángulo de los dos pilares con tijera y por esa sección introducimos un despegador que "carga", por decirlo así, el polo superior de la amígdala, rechazándola hacia abajo (es el tiempo más difi-

cil); en cuanto se consigue hacerlo , aparece el pus, y la amígdala tan solo queda entonces unida por el pedículo, pues el despegamiento de la amígdala entre los dos polos lo ha hecho el pus a no ser que sean colecciones pequeñas postero-superiores. Se coge la amígdala colgante con la pinza de Rueult con la cual no se corta sino que se torsiona extrángulando al pedículo. Nosotros, que salvo raras excepciones, empleamos siempre el Siedler cuando operamos en frío (lejos de todo proceso inflamatorio) creémos que la mayor contra-indicación para su empleo está en la amigdalectomia por flemón, porque la amígdala carece de movilidad por la inflamación, y las presiones para introducirla en el anillo, tendrían que ser aun mas laboriosas que en los casos corrientes y el dolor sería insoportable debido a la falta de flexibilidad de la región amigdalina como consecuencia de la inflamación.

LA PUNCIÓN ASPIRADORA COMO TRATAMIENTO.

La punción exploradora que había sido ya utilizada en épocas anteriores, aunque en diferentes alturas de la zona inflamatoria, ha sido últimamente preconizada por Canuyt, el cual busca puncionar la celda amigdalina en el punto mas declive y por tanto con la seguridad absoluta de hallar el pus por escasa cantidad en que se encuentre. Emplea una aguja larga y gruesa para que el pus, corrientemente espeso, pueda ser aspirado con facilidad. Previo toque de Bonain se introduce a traves del pilar anterior ligeramente por encima y dentro del último molar inferior, dirigiendo la aguja de delante atras y un poco de fuera adentro. Al entrar en la cavidad del absceso se nota una falta de resistencia, y esto puede ocurrir

a mas o menos profundidad. El diagnóstico es con ella seguro y precoz aunque los síntomas sean poco ostensibles y sin que pueda ocurrir pasar al lado de la colección sin encontrarla, pues el sitio de elección es matemático. Recordamos de un caso en el que no había mas de dos gotas de pus con síntomas incompletos de flemón, pareciendo mas bien una angina simple de forma prolongada y hallamos el pus a la primera punción, cuando aún no teníamos experiencia de ella. Empleándola, ya no hacemos incisiones en blanco como antes, ni sometemos al enfermo a grandes esperas por creer que el pus no está aún coleccionado. Alguna vez nos ha sucedido que en grandes colecciones purulentas, y por tanto de diagnóstico claro, la jeringa no aspiraba mas que gases apesar de creérle bien ajustada, pero ésto es muy excepcional.

Dutheillet de Lamothe dice, que algunas veces la punción es

difícil y duda de su éxito. Pregunta si la punta de la aguja no correrá el riesgo de atravesar la aponeurosis perifaríngea. En cambio para Moulonguet habría mas peligro al manejar una pinza que una sencilla aguja, añadiendo que nunca ha visto morir un enfermo de absceso periamigdalino tratado por medios médicos, y en cambio vió un caso de muerte por haber sido tratado por especialistas de tendencia ^{mu}quirúrgica.

Creemos que la punción es siempre inofensiva y eficaz cuando para practicarla se ajusta a las sencillas reglas señaladas. Nosotros la empleamos sistemáticamente, no solo por el diagnóstico precoz, sino aun cuando los síntomas sean ostensibles, aparte de ~~que~~ porque estos pueden engañar, porque la punción aspiradora, en muchas ocasiones nos ha resuelto, además del problema del diagnóstico, el del tratamiento. Al practicar nuestras primeras punciones, aspiramos el pus has-

ta vaciar el absceso sin precipitarnos a desbridar, y el resultado fué que algunos casos, lo bastante numerosos para poder adaptarla como sistema, curaban con la simple punción aspiradora. Los enfermos que han podido comparar los dos procedimientos: el del desbridamiento y este de la punción, no dudan al decir que el último es el mejor.

El procedimiento de punción que empleamos es el mismo descrito por Canuyt, solamente que como no nos limitamos a ~~emplearla~~ emplearla con fin diagnóstico, sino además como tratamiento, la practicamos siempre y aspiramos el pus hasta agotarlo, siguiendo aspirando según retiramos la aguja una vez terminada la extracción de pus.

En algunos casos el alivio fué inmediato a la aspiración. Hubo alguno en el que los síntomas poco acentuados o las condiciones del enfermo y circunstancias de ambiente, no nos

permitían ~~en~~ decidírnos a desbridar, mientras que la punción aspiradora iba haciendo llegar la resolución, pues al disminuir la tensión de la colección purulenta, hace mas llevar el proceso inflamatorio. Aunque no defendemos su empleo prolongado, juzgaríamos aún beneficiosa la punción, en todos aquellos casos en que rechazado el proceder quirúrgico por el enfermo, permitiera éste las punciones, que aliviarían, en tanto llega la resolución del proceso. Existen flemones en los que aparte las complicaciones que pudieran ocurrir, tardarían mucho en abrirse espontáneamente, con la prolongación de las molestias e inactividad consiguiente del enfermo. La punción aspiradora es proceder intermedio entre el tratamiento médico y el quirúrgico y en último término preparador de éste.

Hemos empleado exclusivamente este proceder, no inyectan-

do medicamentos en la cavidad del absceso, despues de evacuado, aparte de no creérlo necesario y de ser doloroso, para no dudar, de si el éxito o el fracaso correspondía a la punción o ²medicamentos empleados simultáneamente.

En nuestras primeras historias clínicas practicábamos mas de una y a veces mas de dos punciones, y ello era por que no agotábamos bien el pus en la primera, por ser nuestros primeros tanteos, o por que nos preocupaba la persistencia de algun síntoma (por ejemplo el del edema, que luego hemos visto puede persistir algunos dias sin que ello implique haber dejado pus ó renovación de la colección purulenta) ~~ya que~~ hay que saber abstenerse a tiempo antes de practicar nuevas punciones que resultarían blancas. O por que habiendo fracasado la punción como tratamiento, nos resistíamos por demasiada ilusión a no hacer al caso tribu-

tario de ^{la} cirugía, prolongando un estado de cosas que ya no podía apenas compensarse con las ventajas que pudiera proporcionar aunque llegara a tener un éxito tardío. Por todo ello algunas de nuestras primeras historias clínicas no son tan demostrativas y ahora nos hemos trazado la línea de conducta, que consiste en tratar quirúrgicamente todos aquellos casos en los que la primera punción no resuelva el problema, dilatando como máximo la intervención hasta ver el resultado de una segunda punción si nos decidiéramos a practicarla por circunstancias especiales (resistencia del enfermo, etc.)

?Por que cura la punción?.

Hemos pensado si el resultado positivo o negativo de este proceder será debido al momento de la evolución del flemon en que se punciona. Pero examinando las historias clínicas se vé que las punciones se han practicado en tiempos

distintos con resultados idénticos, como otras veces nos han dado resultados diferentes empleándolas en iguales momentos. El pus puede estar formado muy precozmente, como puede no existir después de bien pasada una semana con fenómenos inflamatorios.

? Dependerá del volumen?.

Parece natural que los mas pequeños aunque no fuere mas que por que haya mas probabilidades de vaciarlos completamente, séan los mas favorables para el resultado positivo del proceder, pero el tamaño del absceso no influyó para que resultara positivo, pues hubé casos de absceso grande que curaron con la punción y pequeños en los que esta fracasó.

? Dejará de formarse pus en aquellos casos en los que cura después de aspirado.? ? O Curarán realmente por que sabiéndolo o no, drenen después por el agujero de la pun-

ción.?

Nosotros hemos rechazado como de resultados poco claros todas aquellas historias clínicas en las que vimos después rezumar pus por el orificio de la punción, que no fué siempre en aquellos casos en los que el absceso se encontró a menos profundidad. Como hemos dicho, estas historias clínicas las hemos excluido, aunque así y todo, no dejaría de ser en ellos útil el proceder en cuanto ^{que} creaba un drenaje suficiente con el mínimo de molestias y de cicatrices.

? Curan o no porque el pus sea verdoso en unos casos y amarillo en otros; inodoro o fétido, es decir por la bacteriología?. Tampoco los caracteres físicos del pus, etc. parecen haber influido en el resultado, aun cuando nos parece tener mas confianza en el éxito, cuando el pus vemos que es verdoso, y como esto sucede muy pocas veces, porque las mas es de color

amarillento y curan tambien en muchos casos, quisiéramos poder ver un gran número de flemones para observar si nos fracasan tambien algunos con pus verdoso, pues no podemos concretar nada sobre este aspecto que por otra parte, dada la conducta a seguir, no tiene transcendencia alguna, puesto que hasta ahora hemos obtenido resultados positivos en casos muy dispares en cuanto a los caracteres físicos del pus, y si a la primera punción no se logra resultado, se interviene.

Las adherencias que se creán con vistas a ulteriores intervenciones, son mínimas.

En ocasiones nos reveló la independendencia existente entre distintas cavidades.

No puede achacarse a coincidencias el resultado positivo, pues en algun caso, punciones sucesivas por resultar blancas las primeras, hicieron sorprender el momento justo de la fór-

mación del pus, evacuándolo.

En los flemones de aspecto posterior ha dado algun resultado positivo. Por cierto que no está muy claramente limitado el asiento anatómico de este tipo de flemones. (¿En pilar posterior?.-? Entre amígdala y pilar ?.)

Aun cuando alguna vez la punción no sirvió para curar, fué útil, pues hizo o afianzó el diagnóstico.

En resumen, que lo que sabemos, es que la simple punción aspiradora, en muchos casos, es proceder suficiente por sí sola para curar el flemón periamigdalino de tipo antero-superior, y aportamos treinta y tantas historias clínicas en las que se puede apreciar, cómo mientras en algunas de las primeras prodigábamos demasiado las punciones, que en ciertos casos no eran ya necesarias por estar curados (apesar de la persistencia de algun síntoma), últimamente nos limitamos a

C A S O S C L Í N I C O S .

Nº 1.- M.F. 27 años.- Le vimos el 24 de Octubre por la noche, con un gran flemón peri amigdalino izquierdo; fuerte edema de la úvula y trismus. Le fueron desbridados varias veces flemones peri amigdelinos y le operaron hacía tres años en las amígdalas. Pulso muy frecuente. Había hecho el viaje desde Zaragoza con fiebre elevada. Puncionamos en el punto clásico a través del pilar anterior, extrayendo unos 8 c.c. de pus que no olía. Notó la mejoría inmediatamente. A las 24 horas, aunque seguía con mucho menos edema y no tenía molestias, hicimos nueva punción no extra-

yendo nada. A las 48 horas purgante, porque aún había edema (aunque casi desaparecido) pero no volvimos a puncionar. A los tres días vino al consultorio; ya no había trismus; persistía un ligero edema del muñón amigdalino y de la úvula pero el enfermo se encontraba muy bien por lo que le dimos de alta.

Este enfermo recordaba con horror el desbridamiento y aceptaba sin titubec la punción diciéndonos que había una diferencia notable entre los dos procedimientos, favorable a ésta última. Obsérvese también que la operación no fué suficiente para evitar la recidiva de los flemones, quizá porque, por adherencias, no pudo ser completa, pues nos consta la pericia del Especialista que se la hizo. Por nuestra parte podemos decir que después de las punciones, aunque hemos encontrado adherencias, nunca han sido como

las que se producen con el desbridamiento, y siempre hemos podido hacer luego la amigdalectomía total.

A continuación de cada caso clínico que presentamos, haremos unas consideraciones, analizándolos uno por uno, del mismo modo que podríamos hacerlo de los de resultado dudoso y aun de aquellos en los que el procedimiento no fué eficaz, aunque desde luego, nunca produjo consecuencias adversas sino que por el contrario, en el peor de los casos, siempre sirvió de proceder diagnóstico o de confirmador de éste.

En este primer caso el flemón era grande y de diagnóstico muy fácil por consiguiente. El tamaño del absceso no fué obstáculo para el éxito del proceder que sostenemos. El pus no olía; pensemos entonces si el curarse o no los flemones con la punción aspiradora estaría en rela-

ción con los caracteres físicos del pus o con la bacteriología, pero hemos llegado a la conclusión de que estos factores no parecen jugar papel alguno. Notó la mejoría inmediatamente, cosa que no suele ser frecuente; quizá aquí pesara la veteranía del enfermo para conocer hasta las pequeñas mejorías en caso de los flemones, pues como decimos los tuvo varias veces y hasta fué operado sin éxito.

De paso haremos el comentario de ^{que} las operaciones no totales son, como se sabe, ineficaces para evitar la recidiva de éstos procesos flegmonosos y el mejor modo de salvar las dificultades de la operación, es huir en lo posible del desbridamiento de los flemones que al crear cicatrices fibrosas, dificultan extraordinariamente la busca del plano de despegamiento, punto esencial para el éxito en la amigdalectomía total. Ya veremos luego que el mejor modo de ha-

cer el mínimo de cicatrices y adherencias es la punción aspiradora cuando resulta, aunque aquelles en un grado mínimo son siempre inevitables con todos los procedimientos y aún en los brotes simples de amigdalitis de repetición, pues todos recordamos de personas en las que al operar encontramos adherencias sin que hubieran padecido flemones nunca, o de niños que por su corta edad no pudieron tener muchas amigdalitis. Aunque hicimos segunda punción, esta fué blanca y quizá pudo ser evitada. Una sola bastó pues para la curación. Apesar del edema discreto, el tercer día no puncionamos. Vemos también que el edema fué el síntoma mas persistente sin embargo de no haber ya pus. El trismus y la disfagia cedieron con rapidez. Como decíamos, este enfermo que por desgracia para él, estaba en condiciones de poder comperar, hacia grandes elogios de la punción aspira-

dora y no quería oír hablar del desbridamiento.

Nº 2.- R.C.- Flemón peri amigdalino derecho muy grande que casi obturaba las fauces. Fuerte trismus que hizo preciso el abre bocas. Curación con dos punciones aspiradoras que extrajeron gran cantidad de un pus muy fétido. En este caso hicimos la punción con el mayor escepticismo, dada la intensidad de los fenómenos y aquél aumento si era posible, cuando vimos la abundancia del pus que aspirábamos y su olor. Sin embargo, empleamos punción porque nos propuimos hacerla sistemáticamente aún en los casos mas claros en los que por tan no había necesidad de emplearla con fin diagnóstico. No admite tampoco reservas en este caso el éxito del proceder.

N. 3.- B.U., 44 años. - Desde hacía 15 días, dolor de garganta en el lado derecho que fué disminuyendo, pero pasados 8 días aumentó de nuevo, doliéndole también, tocando externamente. Flenón peri amigdalino derecho con abombamiento del velo y gran edema de la úvula que estaba rechazada hacia el lado sano. La mas afectada era la fonación; abría la boca bastante bien. El día anterior al verle nosotros tuvo algún escalofrío. Brevio toque de Bonain hacemos punción extrayendo unos 5 c.c. de pus espeso. Repetimos la punción al día siguiente, aspirando parecida cantidad de pus; este vez mas sanguinolento. Carabafia, gargarismos y al día siguiente aún tiene el velo aspecto de abombado, pero el edema de la úvula es ya muy bajo. La tercera punción no acusa pus. No tuvo que volver mas.

En este caso tambien era claro el diagn^ostico, pero

firmes en nuestra idea, puncionamos con el resultado dicho. Era un flemón con 8 días de existencia por lo menos, y no tenía ni trazas de abrirse a juzgar por su profundidad y la resistencia de los tejidos. Este comentario lo hacemos por los que esperan a la evolución espontánea del flemón; hay que tener en cuenta que los enfermos tienen muchas veces ocupaciones y siempre urgencia de curarse. El salir el pus sanguinolento suele ser signo de haber va-ciado el flemón y así adoptamos la idea de aspirar siempre hasta extraer sangre, pues aunque un amigo simpatizante con nuestros trabajos, nos hizo la observación de que eso podría crear un hematoma que se infectaría, sin embargo sus temores no se confirmaron y el aspirar hasta salir sangre creemos es la mejor prueba de haber vaciado el flemón. El pus era espeso, sin embargo de lo cual, el caso hubo de apuntarse en el "haber" de la punción aspira-

dora. Curó a la segunda punción pues aunque hicimos una tercera, por no haber cedido completamente los síntomas, no acusó pus. Dejada a su evolución hubiera con certeza tardado mas aún y con mas molestias, pues el enfermo soportaba perfectamente las punciones.

Con toda idea, apenas hemos empleado en nuestros casos, vacunas, platas coloidales etc. para poder referir con seguridad a la punción aspiradora, el fracaso o el éxito.

Nº 4.- S. de J. 55 años. - Flemón peri amigdalino izquierdo. La punción extrajo 5 c.c. de pus fluido sin olor. Una punción bastó para la curación, pues aunque le hicimos una segunda, no salió nada.

En este caso las circunstancias hacían creer desde el primer momento, en el favorable resultado del proceder

(pus fluido, sin olor) como así fué, pues curó con una sola punción.

Nº 5.- M.P., de 28 años.- Desde hacía 8 días malestar; escalofrío; primero dolor en el lado izquierdo de la nuca y luego en el lado derecho de la amígdala con cierto cambio en la voz. Se notaba una dificultad poco acentuada para abrir la boca, especialmente en el lado derecho; un empastamiento doloroso sub engulo maxilar derecho bastante pronunciado que se apreciaba a simple vista; dolor irradiado hacia el oído, estando este sano. Inflamación peri amigdalina especialmente pronunciada en el pilar posterior. Hacemos punción en el sitio clásico, aspirando unos 2 c.c. de pus muy espeso. Fomentos calientes. Bebidas y gargarismos helados. Compral. Al día siguiente puncionamos en la tumoración

del pilar posterior, obteniendo 3 c.c. de pus espeso. A los dos días, de la tumoración no extraemos nada, pero puncionando a través del pilar anterior, se extraen 3 c.c. de un pus fluido y sanguinolento. Parece ser pues que había independencia entre las dos colecciones purulentas.

Este es un caso raro de curación pues no la esperábamos, porque como veremos en el curso de estos comentarios, parece ser que donde da menos resultados "el procedimiento" es, como lógicamente debe ser, en los flemones de aspecto posterior, pero si eso llegara a constituir una regla, esta sería su excepción, aunque en este caso no nos hemos limitado a la punción en el sitio clásico. Aprovechamos el caso para advertir la necesidad de desinfectar de nuevo la aguja, antes de hacer la segunda punción en una misma sesión, pues ocurra que inadvertidamente puede uno inocular infección

donde no la hay; parece impertinente esta observación, pero muchas veces al querer hacer las cosas rápidamente se puede omitir lo mas esencial, aunque no por ignorancia. A nuestros enfermos les ha resultado siempre muy bien el hielo al interior, combinado con fomentos calientes al exterior; alguna vez, como en ésta, damos calmantes para la otalgia, pues los enfermos dan mas importancia, como es natural, a que se les calme el dolor que a los demás síntomas. Tambien esta enferma llevaba ya ocho dias con un proceso faríngeo; aún suponiendo que sin nuestra intervención, hubiera tardado poco mas en curarse espontáneamente, sin embargo, ese poco mas es mucho para los enfermos y por evitarlo aceptan facilmente la punción, que por lo menos, en el peor de los casos les alivia, mientras que nadie sabe exactamente, cuando puede curar de manera espontáneamente esta enfermedad, que en ocasiones puede prolongarse con todas sus molestias mucho mas de lo

que conviene al enfermo y a sus ocupaciones. Esto sin hablar de las complicaciones que apesar de su afortunada rareza, hay que pensar en ellas y ya las hemos comentado. Por otro lado exponemos nuestro criterio de suprimir o retardar en lo posible el cruento, y sobre todo doloroso desbridamiento. Este de la punción aspiradora es proceder colectivo con el que si no curara, se tiene siempre facilitado el camino para desbridar en las mejores condiciones de seguridad y eficacia. Obsérvese tambien en éste caso que hasta que el pus salió sanguinolento en la última punción no se obtuvo la curación.

Nº 6.- M.C. de 48 años.- Desde hacía 6 días anginas y llevaba 2 con síntomas de flemón peri amigdalino derecho; intenso edema de la úvula que obtura por completo las fauces.

Úvula bífida. La punción extrae 3 c.c. de pus espeso. Gargarismos. Fomentos calientes. Hielo. El día siguiente está mucho mejor; ha dormido; menos empastamiento y dolor externo; meros trismus; úvula mucho menos edematosa. Por punción extraemos unos 4 c.c. de pus ligeramente sanguinolento. Purgante de Barabafia. A los 3 días está curado.

En este enfermo salió el pus sanguinolento en la segunda punción y fué entonces cuando se curó. Nos adelantamos a la objeción que se puede hacer de que la punción le cura cuando llevan enfermos un buen número de días y que por lo tanto puede ser una casualidad o pura coincidencia. Contestemos que los casos que exponemos son lo suficientemente numerosos para desechar esa observación, pues serían demasiadas casualidades. Además que podemos exponer también con detalles los casos en que el proceder fracasó y hubo

que desbridar, sin embargo de lo cual nos aferramos a la idea de que debiera de hacerse sistemáticamente la punción, pues al disminuir la tensión de la colección purulenta hace mas llevadera la evolución del flemón.

Nº 7.- X. de N. de 12 años.- Desde hace 4 días dolor de garganta; algún escalofrío parece que ya ha tenido, pero poco acusado. Fue operada ya de amígdalas por un Sr. no especialista y ha tenido flemones peri amigdalinos en dos o tres ocasiones. 39º. No hay trismus; ligero cambio en la voz; un poco abombado el polo superior de la amígdala derecha; una pequeña placa o exudado blanco en el polo superior de la amígdala izquierda también inflamada; apenas adenitis. Cuarta plasma; todo helado por la boca; gargarismos de Resorborina; inyección intravenosa de Colargol al 0,25 por mil. Al día

siguiente ha aumentado el cambio de la voz y sigue con temperatura; la punción aspire unos 5 c.c. de pus amarillo sin olor. No tenemos que repetirla, pues tanto los síntomas locales como la fiebre remiten rápidamente. Al tercer día vemos que sale pus espontáneamente por el polo superior de la amígdala izquierda en el lugar donde estaba y está la placa o ulceración blanca.

Operada de amígdalas por un Sr. no especialista que además por su edad no alcanzó los tiempos de la amigdalectomía total sistemática, tenía amígdalas bastante grandes y además con alguna pseudo membrana. Inyectamos el Colargol antes de hacer la punción, proceder que ahora nos parece malo, pues se debe de hacer al revés para de ese modo saber si se dá o no el inyectable abortivo antes o después de coleccionarse el pus y por lo tanto poder juzgar su verdadero valor. He aquí también una aplicación muy con-

veniente de la punción. - En este caso el colarjol no tenia nada que hacer, pues el pus estaba ya formado como lo demuestra la punción hecha al dia siguiente. Si los casos anteriores fueran claros en favor de la tesis que sostenemos, este habria que calificarlo de clarísimo, pues curó netamente con una sola punción. Solo este caso bastaba para demostrar la eficacia de este proceder, pero además hay en esta historia un detalle que queremos señalar y es el de que existía una pseudo membrana, en una de las amígdalas, que nos hace recordar esos falsos flemones diftéricos con cataclismos despues de los desbridamientos y en los que practicando la punción creemos casi imposible pueda suceder.

Nº 8.- Señorita de U.- El dia 9 disfagia por la noche y amaneció el dia 10 con fiebre y fuerte amigdalitis. Siguió así

con 38,5° el día 11. La vemos el 12 con intensa amigdalitis de ambos lados; abría bien la boca y no se apreciaban cambios en la voz. Mandamos azul de metileno. El día 14 seguía con fuerte amigdalitis y fiebre. Resorborina; hielo al interior y fomentos calientes externamente. El día 17 vacuna y ese día puncionamos apesar de no haber trismus ni edema de la úvula ni inflamación pari amigdalina y escasa voz nasal. La punción en lado izquierdo extrajo 10 c.c. de pus. El día 18 segunda inyección de vacuna y aspiramos 8 c.c. de pus en el lado izquierdo y 3 c.c. de pus en el lado derecho. El día 19 la tercera punción en el lado izquierdo apenas acusa un poco de pus sanguinolento. El día 20 no vemos a la enferma. El día 21 fuimos a verla pero no la hicimos nada. El día 22 tercera punción en el lado derecho que fué negativa. Curación.

Este tambien es un caso claro aunque prolongado pero

en parte fué porque apenas hacía fenómenos periamigdalinos y si tan solo en amígdalas, lo cual dá verdadero valor a la punción como diagnóstica, si no lo tuviera como curativa, co-
es esta última que no creemos, pues la enferma dudamos nos
hubiera dejado desbridar, por todo lo cual incluimos este
caso sin titubeos, entre los favorables a la punción aspi-
radora. ¿Quién sin síntomas claros, es decir, con ausencia de
trismus, edema y netos cambios en la voz no dudaría en ha-
cer un desbridamiento y mucho mas en los dos lados.? La
punción en cambio, por su facilidad y escasas molestias se
puede prodigar mas. La vacuna no pudo evitar los flemones
porque aunque no lo parecía, estaban ya constituidos; quizá
contribuiría a que en ningun momento se hicieran patentes
los síntomas de inflamación peri amigdalina. Pero volviendo
a que hicieron falta tres punciones (con pus) en un lado y

dos en el otro, no creemos se pueda a pesar de ello, objetar nada al procedimiento por cuanto despues de los desbridamientos, es frecuente haya que dilatar los labios de la incisión, no una sino hasta dos o mas veces, molestando todo ello bastante mas que la punción. Si la curación puede algunas veces ser mas rápida con la incisión, es de peor calidad.

Nº 9.- I.M. = Nos llaman el 24 de Octubre. Llevaba unos dias con anginas y tenian miedo de que fuera difteria. Amigdalitis izquierda con apenas peri amigdalitis. Muy poco aumento de tamaño de la úvula, que era bífida. Hacemos punción y no aspiramos pus. No había trismus ni apenas cambios en la voz. Gargarismos con hojas de coca. Hielo al interior y externamente fomentos calientes. Volvemos el 26. Había empeo

rudo; periamigdalamente estaba mas inflamado. La punción extrajo unos 5 c.c. de pus poco espeso que no olía. El día 27 puncionamos por tercera vez y no obtuvimos pus. Curación. De pequeña tuvo alguna angina y hasta orca que la operaron.

En este caso nos reprochamos el no haber empleado un abortivo del flemón despues de la punción blanca, mucho mas el haber casi ausencia de inflamación peri amigdalina. Los gargarismos de coca suelen ser muy útiles en aquellos enferos con disfagia acentuada. Fué un caso claro de éxito de la punción y como decimos, pudo serlo tambien de indicador para emplear un abortivo del flemón. Con respecto al reproche, antes apuntado de que podia ser una casualidad e coincidencia lo del éxito de las punciones, tenemos en contra de ello este y otros casos en los que el pus se fué formando durante nuestra asistencia al enfermo y por tanto

podimos sorprender el momento en que se coleccionó sin perder tiempo para extraerlo.

Nº 10.- G.F.5 Empezó un Miércoles con malestar y otalgia. Escalofrío breve el Jueves. Cambio de voz, trismus y disfagia. La vemos el Sábado. Anginas frecuentes había tenido siempre. Tuvo flemón peri amigdalino hacía 3 años. Le operamos de amígdalas, pero por las cicatrices no a nuestra satisfacción. Es también una hipertiroidea con fuerte excitación nerviosa. Cuando la vemos en esta última ocasión tenía gran trismus y abombamiento de la región supra amigdalina con rechazamiento de la úvula y gran estrechez del istmo de las fauces. Adenitis externa dolorosa y fiebre. Damos toque de Bonain y hacemos punción aspirando unos 10 c. c. de pus hasta que sale sangre. No hay necesidad de hacer

segunda punción pues cura rápidamente.

Aquí se vuelve a repetir el caso de que la amigdalectomía por no estar bien hecha es insuficiente para impedir la recidiva del flemon. Los síntomas eran acentuados todos ellos, sin embargo de lo cual una sola punción que extrae 10 c.c. de pus hasta que sale sangre es suficiente para curar rápidamente el proceso. Es uno de los casos en que el valor del procedimiento queda mas patente.

Nº 11. - M. S. F. - Ha venos por primera vez el día 4 de Marzo. Ha tenido desde muy niña amigdalitis todos los años, apareciendo unas veces antes y otras despues de la angina brotes de reumatismo que se localizaba sobre todo en las rodillas y codo, con mucha tumefacción. En ocasiones la ha durado hasta un mes y con fiebre no muy alta. Ahora cuenta

lo siguiente: Estuvo hace mas de 15 dias con un estado gripal y hasta se llegó a acostar un dia, pero no tomó la temperatura. Seis dias antes de verla nosotros tenía un pequeño dolor en el lado derecho de la faringe sin escalofrío (este no tuvo nunca). Se fué acentuando hasta que se metió en cama el dia 26 de Febrero y estuvo haciendo gargarismos de perborato, de agua oxigenada y aplicandose fomentos ca-lientes, pero aumentó la disfagia presentándose trismus y cambio en la voz por lo que nos llamaron el dia 4. La dis-fonia y el trismus eran discretas. Adenitis grande acusada al tacto. Uvula pequeña sin edema. Pilar anterior bien, pa-ro el posterior estaba abombado y no muy inflamada la amig-dala. Breve toque de Bonain en pilar anterior, introducimos la aguja en el sitio de eleccion pero muy al fondo, extra-yendo unos 15 c.c. de pus que no huele, hasta que sale san-

gre.Hielo,fomentos y seguir con los gargarismos que había venido haciendo.Pasó el día muy bien y al puncionar de nuevo a las 24 horas,no salió pus,aunque seguía el abombamiento posterior. Curó a la primera punción.

Este es un caso en el que tampoco creimos en el éxito de la punción por tratarse de un flemon,por lo menos de apariencia,posterior,pues^{es} en estos posteriores,donde hemos fracasado mas veces y hasta no podríamos justificar el por qué nos dió por puncionar estos flemones,ya que la punción solo tiene su indicación en los de tipo anterior. Pero el caso es que a veces tambien tiene éxito el proceder en flemones al parecer de tipo posterior. ¿Habrá verdaderos flemones posteriores radicando en el espesor del pilar posterior y aparentes flemones posteriores como consecuencia de procesos inflamatorios recidivantes que han

creado adherencias. ? Porque tambien hemos visto flemones de tipo posterior con trismus acentuado y por el contrario de tipo anterior sin grandes dificultades para abrir la boca y aunque este pudiera tener relación con la intensidad de los fenómenos inflamatorios, sin embargo hasta ahora lo que se admite es que está en relación con la localización. Tambien aquí se extrajo el pus hasta que salió san gre y curó con una sola punción.

De pasada heremos notar que esta enferma tuvo reumatismo en alguna ocasión, cosa que encontramos en muchos casos de amigdalitis como los demás especialistas, así como algunas nefritis. Proponemos operar a la enferma dada la historia clínica.

Nº 12.- M.A. - Operada tres o cuatro veces de anginas. Reumatismo hace tres años (antes de la operación). Algun

trastorno urinario. Hace 8 días, dolor de garganta primero; eucalofrios y disfagia después. Flemón tipo posterior. La punción extrae 3 c.c. de pus. Curación.

Es un caso que por todos los conceptos pueda superponerse al anterior, pues también tuvo reumatismo; también en el flemón posterior, y de la misma manera, curó con una sola punción. Apesar de lo cual seguimos siendo pesimistas respecto al resultado del proceder, en los flemones posteriores. Lo lógico, es que dado el asiento anatómico del verdadero flemón de tipo posterior, no se emplee la punción, porque lo natural es que fracase, pero el caso es que a veces se emplea, y con éxito. Nos referimos a la punción en el sitio clásico y no en el pilar posterior, apesar de que en alguna historia clínica de las que presentamos se punccionó en los dos sitios.

Nº 13.- R.I. = Gripe hace tres semanas, y hace diez días cuando ya salía sintió como malestar y se inició dolor en el lado derecho de la garganta. Se le cambió la voz y ebría la boca con cierta dificultad, pero no tuvo escalofríos. La vemos el día 16. Tiene discretísimo trismus y disfonía; úvula normal así como el pilar anterior, si se exceptúa una gran ulceración como un céntimo que parece producida por toques iodados. La amígdala poco inflamada en las proximidades del pilar posterior. Adenitis sub ángulo maxilar acusada y dolorosa. Toque de Bonain, y de poca profundidad extraemos unos 2 c.c. de pus hasta que sale sangre. Hielo, fomentos calientes, gargarismos de agua oxigenada. El día 17 se encuentra ya bien y no hay necesidad de practicar nueva punción.

Aquí, como ocurre casi siempre en este proceso, el en-

fermo empieza con síntomas de flemón ,cuando ya salía y al parecer había pasado la angina. También es muy frecuente que sobre todo, los profanos, hagan toques iodados en casos agudos de faringe que no es raro produzcan ulceraciones como en esta ocasión y que siempre aumentan el estado congestivo, porque ese medicamento que en otras ^{afecciones} ~~ocasiones~~ faríngeas puede ser útil, en esta nos parece contra indicada. Los síntomas eran discretos y el flemón de radicar en algún sitio parecía deber estar en la región posterior pero el pus se extrajo de escasa profundidad hasta extraer sangre y curó netamente con una sola punción, realizando en un tiempo el diagnóstico y el tratamiento. Se emplearon los fomentos calientes, etc. como en los demás casos, pero ningún otro medicamento ni antes ni después de la punción, pudiendo por tanto referir a ésta el feliz resultado, sin duda ninguna.

Nº 14.- P.M., 25 años.- Amigdalitis de repetición, mas en el lado derecho; flemones nó. El día 4 de Mayo estaba febril y no podía tragar. Se le vé a los cuatro días; tiene una amigdalitis bastante intensa, con dos zonas limitadas detras del pilar anterior de aspecto pseudo membranoso, pero por no parecer sospechoso no se hace frojia y se dá azul de metileno con el que desaparecen las placas, pero se acentúan las molestias presentándose cambio en la voz y poco trismus, además de un edema discreto de la úvula. Se hace punción el día 12 y se extraen 2 c.c. de pus espeso. Curación.

En esta historia se ve amigdalitis de repetición aunque no flemones. Había pseudo membranas que si no fueron sospechosas, nadie desconoce los casos en que lo sospechoso no es diftérico y al revés, es decir, que surge la difteria

donde menos se había pensado en ella. ~~XXXX~~

Los síntomas de flemón no fueron nunca muy acusados en este enfermo y la punción una vez mas realizó el doble papel de diagnosticar y de curar.

Nº 15.- J.R.- El Miércoles 24 por la noche escalofríos y se acostó. El día 25 se levantó con poco dolor de garganta en el lado derecho; el medio día escalofríos de nuevo acostándose otra vez. El 26 ya no notaba nada en el lado derecho y empezó a sentir molestias en el izquierdo. Se presentaron los tres síntomas de trismus, disfagia y cambio en la voz. Fomentos etc. Siguió peor y le vemos el 29 lunes, con gran tumefacción uniforme izquierda y una amígdala muy voluminosa. Punción que extrae 8 c.c. de pus amarillo. El día 3 está muy molesto; nueva punción y se obtienen 5 c.c.

de pus achocolatado. Inyectamos argirol y lo extraemos.
El día 31 está curado. Había tenido anginas simples y una
vez proceso amigdalino que hubo que abrir, y decía que con
aquel proceder le dolía mucho más.

La primera punción quizá no le curó por no haber ex-
traído hasta obtener sangre como ocurrió en la segunda en
que el pus salió achocolatado. Inyectamos argirol después
de aspirar el pus, porque creíamos en el fracaso del proce-
dimiento y en que habría que terminar por desbridar por
lo que nos propusimos ver, si tal cosa sucedía, si el pus
saldría por arriba teñido de argirol al desbridar y si
los fracasos eran o no por tabicamientos; pero aspiramos
enseguida el argirol porque el enfermo se quejaba y no era
cosa en lugar de aliviarle aumentarle el dolor, por lo que
nos propusimos no repetir la experiencia que por otra par.

te no fué la única, pues tenemos idea de haber inyectado una vez argirol y luego cuando se presentaron los dolores no poder extraerlo y tener que desbridar para que se calmasen. Basándonos en estos hechos es por lo que apesar de no haber tenido ocasión de ver muchos enfermos en periodos pre-flegmonosos (y ^{no} de haberse nos ocurrido emplearles en los dos o tres que hayamos podido ver en ese periodo) creemos ha de ser muy doloroso el empleo local de las sales de plata como abortivas del proceso.

En este caso no hubo que desbridar y bastó tambien la punción. Teníamos interes en conocer los tabicamientos porque este enfermo, como se vé en la historia, había tenido anginas frecuentes y hasta un flemón que hubo que abrir. Por esto último estabamos tambien en condiciones de poder comparar la punción con el desbridamiento y se inclinaba deci

didamente por aquella apesar de que suele ser lo último que pasamos o padecemos lo que mas nos duele. El análisis bacteriológico del pus acusaba la presencia de diplococos cortos y alargados Gram positivo, frecuentes.

Nº 16.- Sor M.H.- Desde hacía tres días anginas en el lado derecho que pronto le produjo cambios en la voz y algo de trismus regularmente acusado. Poco edema de úvula. Abombamiento supero anterior. Hacemos punción aspirando unos 15 c.c. de pus espeso verdoso que olía fétidamente. Al día siguiente estaba en franca curación. Tuvo escalofríos y una historia de amigdalitis de repetición. La operamos de amigdalectomia al mes y medio con Fusult. La izquierda se quitó con facilidad. En la derecha fué facil iniciar el despegamiento por el polo superior(sitio que suele estar

difícil cuando se ha desbridado, por radicarse ahí las máximas cicatrices y que es el punto indispensable para hacer bien la amigdalectomía); hacia la mitad de la amígdala encontramos alguna adherencia.

Este caso es también clarísimo de la eficacia de la función aspiradora hasta extraer sangre apesar de haber existido historia de amigdalitis de repetición. En la operación no encontramos ni con mucho las dificultades que se encuentran después después de un desbridamiento y eso que éste, fué el peor de todos aquellos casos en que los enfermos se decidieron a operar.

Nº 17.- S.F.A. - La vemos el 7 de Diciembre. E estaba con dolor de garganta desde el día anterior y al principio tuvo algun escalofrío. Solo se veía una ligera tumefacción

en la parte alta del lado derecho donde confluyen el pilar posterior y la amígdala. La úvula estaba normal. El trismus discreto y la voz algo nasal, pero ligeramente. Le mandamos unos gargarismos y la seguimos observando sin atrevernos a hacer punción por parecer se estaba formando un flemón de tipo posterior; pero el día 10 ante la persistencia de los fenómenos y empezar la úvula a tomar un aspecto edematoso por el lado derecho, nos decidimos a puncionar ex-
yendo mas de 10 c.c. de pus espeso hasta que sale luego achocolatado y al final sanguinolento. La región antero superior no había llegado a modificarse. El día 12 se encontraba muy bien y dijo echaba pus y algo de sangre, que parecían rezumar por el agujero de la punción. Nos llama el día 15 porque desde el día anterior sentía dolor en el otro lado. Tenía un poco de edema (como empezó en el lado derecho) en la confluencia de la úvula con el pilar

Con la punción en el sitio clásico extraemos cantidad escasa de pus espeso con mas sangre que pus. La operamos de amigdalectomia el 2 de Enero inmediato. Result. Salen muy bien y enteras. Las amigdalas aunque adheridas no tenian tantas adherencias y tan dificiles de vencer al diseccionar como suele haber cuando se desbrida.

Es la misma enferma del caso número 11 y si la presentamos por separado es porque, aparte los antecedentes, las circunstancias son distintas. En el primer caso nos llamaron a los seis dias de empezar el dolor de garganta, apesar de lo cual la disfonia, el trismus y el edema eran discretos. La adenitis muy acusada. El flemón de tipo posterior. La segunda vez nos llamaron al dia siguiente de empezar las molestias que esta vez tambien fueron en el lado derecho y tambien de tipo posterior. Como nos avisaron muy pronto en relación

con la ^{vez} primera y los síntomas eran también discretos no nos pareció prudente precipitarnos ni para hacer una punción; pero al persistir y aún aumentar los fenómenos inflamatorios, la hicimos, dando por resultado extraer 10 c.c. de pus espeso hasta que salió achocolatado. Sin embargo este caso por lo sucedido en este lado derecho, es para colocarlo sinó entre los dudosos, sí como intermedio, entre los de franco éxito de la punción y aquellos en que fracasó o hubo que recurrir al desbridamiento. Decimos esto porque la punción no obró al parecer solo como aspiradora sino también en cuanto ^{que} abrió una vía de drenaje por la que siguió rezumando pus. Esto que no deja de ser ^{también} una cosa favorable para el haber del proceder que sostenemos, sin embargo no es un hecho firme como defensa de la punción exclusivamente como aspiradora y en nuestro afán de ser vera

ces hasta el límite mas delicado, no lo pondríamos aquí, sino entre los intermedios o dudosos a no ser porque en el otro lado, la punción curó el flemón a la primera y sin duda ninguna. Véase una vez mas que tambien se obtienen resultados favorables en flemones de tipo posterior. Aunque la punción puede emplearse para estos tambien y desde luego puncionando en el sitio clásico, es, (lo decimos una vez mas) donde menos resultados positivos hemos obtenido y mas discordantes; y los que presentamos aquí no dudamos en calificarlos de excepciones a la regla general, lo contrario que ocurre en los de tipo anterior como creemos viene siendo suficientemente demostrado en este tesis. Aún pecando de "pesados" señalamos tambien aquí la facilidad conque se pudieron quitar las amígdalas y si se compara con los casos en los que hubo que recurrir al desbridamiento.

Nº 18.- P. Estudiante de Medicina.- No conservamos detalles escritos de este enfermo, pero si recordamos que tenía una fuerte angina pultácea para la que le dimos azul de metileno con el que desapareció pronto el exudado pultáceo, pero no así las molestias, por lo que a las 24 o 48 horas, sin estar aún muy completamente constituidos todos los síntomas de flemón, pero sospechando que ya lo había, pues tenía mucho triema, puncionamos extrayendo unos 10 c. c. de pus, estando el enfermo curado al día siguiente. El electrargol en cuya dosis hubo error, y el cual le dieron en lugar del colargol que recetamos, le produjo una gran reacción con escalofrío y no evitó el flemón si es que no estaba ya formado.

Nº 19.- Señorita de P.- Tampoco de ésta conservamos his-

toria clínica pero recordamos que era una niña de unos catorce años a la que seguíamos viendo nosotros, por que su especialista, el Sr. Mariscal, hubo de ausentarse. Este seguía con interés nuestros estudios sobre la punción y le había ya practicado una con salida de pus abundante. Le hicimos la segunda y no hubo que repetirla. Por cierto que estaba poseída de un terror grande a la operación y afortunadamente la punción nos resolvió el problema.

Nº 20.- P.U. 32 años.- El día 7 dolor en el lado izquierdo de garganta, irradiado hacia el oído. Ronquera. Fué aumentando todo. El día 8 escalofríos y el día 12 disfonía, trismus y abombamiento anterior de región supra amigdalina. Punción 8 c.c. de pus. Curación.

Es un nuevo resultado franco de la punción. Observense

las historias clínicas que presentamos y se nota que así como en los primeros casos después de la primera o segunda punción llegados a la duda de si seguiría habiendo o no pus, puncionábamos sin obtenerlo, aleccionados por aquellos, ahora no lo hacemos y de ese modo solo puncionamos lo estrictamente necesario (casi siempre una vez) y no hacemos el final punciones en blanco por agotamiento de la colección.

Nº 21.AA.— El día 14 se encontró mal, pero no dijo nada hasta el día 15 en que se quejaba de la garganta y tenía fiebre alta por lo que se acostó. Le hicieron algún remedio casero pero ante la temperatura elevada y prolongación de las molestias llama al médico el día 18 y este pareciéndole pudiera haber un flemón peri amigdalino, nos encarga la visitemos y así lo hacemos ese mismo día 18, encontrándonos con una amig-

dalitis pultúcea casi desaparecida sin edema de la úvula, sin trismus, aunque con unas amígdalas algo grandes apesar de haber sido operada cuando tenía cinco años. Ligero cambio en la voz. Fiebre. Le mandamos Seroformol y que nos avisen de nuevo si no vá mejor, cosa que hacen el día 20 por la noche encontrándonos con relieve sub-angulo maxilar izquierdo bastante acusado. 38,9. No hay nada de trismus ni edema de úvula. Hay cambio en la voz. La amígdala izquierda muy grande se abomba posteriormente. Hacemos punción y aspiramos unos 3 c.c. de pus hasta que sale sangre. El día 21 no tiene fiebre; la tumefacción externa e interna es mucho menor. Curación.

Aquí el proceder que sostenemos nos ahorró tener que hacer una anestesia general en caso de desbridamiento, pues era una niña mayorcita de gran rebeldía y a duras penas nos

dejó hacer la punción con la que curó rápidamente.

Nº 22.- C.C., 30 años.- El día 19 se sintió enfermo. Disfagia y escalofríos. El dolor fué primero en el lado izquierdo, luego en el derecho y por fin se estaciona en el izquierdo presentándose trismus y disfonía por lo que acude al Cuarto de Socorro el día 21 donde al parecer le hicieron un desbridamiento insuficiente pues no mejora. Le vemos el día 23. Dice que por la noche ha notado como que se alivia algo sintiéndose aliviado, pero la amígdala izquierda está fuertemente abombada anteriormente y las fauces muy estrechadas. La úvula poco edematosa. Funcionamos, extrayendo unos 10 c.c. de pus amarillo y al final sangre. La punción no le molesta y el alivio es inmediato, tanto subjetivamente como en la fonación. No creemos en que se

43.
hubiera abierto el flemón la noche precedente, dada la persistencia de sus fenómenos locales y la cantidad de pus extraída. En el peor de los casos la punción sin molestias le alivió inmediatamente. El día 24 está curado y no tenemos necesidad de hacerle nueva punción. Este día vuelve a hablar de que por la noche sintió algo y echó sangre notando mejoría....

Es un caso muy interesante por varios conceptos. En primer lugar tenía una incisión en región supra amigdalina por un intento de desbridamiento tímido que le había hecho un médico no especialista y que no le alivió nada. En segundo lugar el enfermo decía que la noche anterior había sentido "como que se abría el flemón". Esto, que los enfermos dicen mucho, hay que ponerlo un poco en duda, pues como en este caso, resulta algo difícil comprender lo dispar de esa sensación del enfermo con la falta de remisión de los fenómenos

locales y sobre todo con que pudieramos extraer nada menos que unos 10 c.c. de pus que no se comprande pudieran estar allí aún, por la presión que suponen y cualquiera que fuese el tamaño de la abertura espontánea que por otra parte no la vimos, y resulta difícil creer se hubiera ya cerrado por que lo que contaba al enfermo fué por la noche y nosotros lo veíamos a la mañana siguiente. En cambio el alivio después de nuestra punción fué inmediato, con una claridad objetiva y subjetivamente, como pocas veces hemos podido apreciarle.

Nº 23. - J. C. - Hemición anterior izquierdo con fuerte trismus y disfonía. Había sido operado hacía 14 años por procesos angilínicos repetidos. Hacemos punción y cura fápidamente sin necesidad de desbridamiento.

Lo vemos a los tres años con un flemón ya abierto espontáneamente.

Es un caso también muy evidente de la utilidad de la punción. Respecto a su recidiva hemos de hacer notar que con la punción no solamente no son más numerosas por lo que pueda pensarse de dejar focos sin haber comunicado con el exterior, sino que por el contrario tenemos la impresión de que son mucho más raras que las que veíamos antes al desbridar sin que por eso nos atrevamos a poner este hecho entre los méritos claros de la punción, pues haría falta vigilar un gran lote de enfermos y que tuviéramos la suerte de seguirlos durante tiempo.

Nº 24.- C. J.- Trismus acusado. Dificilmente se puede ver la faringe. Dice que cayó enfermo el lunes pasado hace ocho

días (Hoy Jueves 1 de Marzo de 1934) que empezó por el lado derecho y a los pocos días se inició en el izquierdo resolviéndose pronto, pero siguió lo del lado derecho hasta ahora, y es lo que le hace venir a la Consulta. Esto del lado derecho ha sido sin pausa o interrupción alguna desde el día en que se inició. Voz nasal rousada. Con dificultad se vence el trismus y se aprecia una úvula edematosa y abombamiento del pilar anterior y velo, pero mucho más del pilar posterior. Por punción extraemos unos 5 c.c. de pus amarillo hasta que sale sanguinolento. Hielo. Fomentos. El día 2, él dice estar mejor pero le apreciamos trismus y disfonía de la misma intensidad aunque nos parece que las fauces están más permeables. Aún hay mucho abombamiento de pared anterior de región amigdalina, bastante de pilar posterior y la úvula algo edematosa. Hacemos punción aspirando unos 10 c.c. de pus achocolatado hasta que sale franca-

mente sangre y apreciamos en el momento ,la desaparición del relieve del valo y pared anterior. El día 3 los síntomas han remitido bastante y extraemos un líquido sangui-nolento que mas parece sangre, en cantidad de 2 c.c.. El día 5 el enfermo dice encontrarse muy bien; no puncionamos. Sin embargo un discreto trismus y disfonía pequeña persisten, así como restos de relieves anormales en la región peri-amigdalina afecta. Curación.

Ultimamente somos partidarios de limitarnos a una pun-ción o a lo sumo dos, y si no bastára, decidiarnos por in-tervenir. Sin embargo por circunstancias especiales puede uno estar obligado a contemporizar dilatando la ejecución de estas últimas y entonces se puede continuar haciendo punciones aspiradoras que al vaciar el flemón hacen disminu-uir la tensión inflamatoria y mas llevadera la espera has

ta la resolución del proceso. Pero repetimos que por lo general si a la segunda punción no se ha resuelto el caso, somos partidarios de no proseguirla y hacerlo tributario de procedimientos aunque mas cruentes mas eficaces.

Nº 25.- N.S. 26 años.- A los diez años un brote de amigdalitis aguda; luego nada. El día 9 de Junio comienza con dolor a la deglución que va en aumento; le asiste su médico que los días 12 y 13 intenta desbridar el flemón que se ha constituido sin conseguir nada mas que sangre y el día 14 le vé el especialista (Dr. Lariscal) que seguia con interés el tratamiento por la punción. Se encuentra 38,5º de temperatura, aumento de tamaño de la amígdala izquierda que impide la deglución por obstáculo mecánico mas que por dolor; modificación de la voz, se le entiende mal lo que habla; color rojo de

la faringe en general, siendo mas acentuado en el pilar anterior izquierdo; punción en el sitio de elección sacando 2 c.c. de pus, experimentando alivio, pero al día siguiente siguen las molestias como antes; una segunda punción extrae 15 c.c. de pus y ya al tercer día que la vé está bien; la punción no saliendo pus, por lo que la dá de alta.

Nº 26. - F.V. - Hacía 8 días que empezó con anginas en el lado izquierdo constituyéndose al fin, todos los síntomas de un inflamón peri amigdalino que ya tuvo antes por primera vez. Cuando la vena tiene un trismus regular y mas que edema de úvula y alrededores, un propulsamiento de la amigdale hacia la línea media. Hacemos punción obteniendo unos 10 c.c. de pus amarillo ligeramente verdoso y espeso que

no huele, hasta extraer sangre. Hielo y todo helado. Fomentos calientes. Cuando vuelve al día siguiente está curada.

El análisis bacteriológico acusa estreptococos numerosos Gram positivos. Diplococos cortos escasos.

Nº 27. - J.M.A. - Dolor lado derecho desde hacía 7 días. Ya estaba bastante bien pero la noche víspera al día en que nos consulta, empezó a encontrarse peor. No había edema de úvula. La inflamación por el somento no parecía radicar más que en la amígdala. No había trismus. No tenía fiebre desde hacía 3 días, aunque al principio tuvo más de 38,4. sin cambios marcados en la voz. Mandamos hielo. Fomentos calientes. Gargarismos de hoja de coca y hacemos un toque de

argirol. Al día siguiente vuelve con bastante trismus y ligero edema de úvula y pilar posterior. Inflammation atenuada de la región antero superior. La voz estaba alterada y tenía fiebre. Hacemos punción extrayendo unas cuatro gotas de pus, saliendo después sangre en cantidad como si la aguja hubiera perforado un vaso. El día 16 está curado.

Nº 25.- L.U.= Anginas muy frecuentes y también flemones que tuvieron que abrirselos en dos ocasiones y del mismo lado de que se queja ahora. El último hace cuatro años. Actualmente dice que hace cuatro días sintió dolor de nuca y luego de ambos lados de la garganta. En el izquierdo pasó pero no así en el derecho donde tomó caracteres de flemón. Esclofrios no. Apreciamos gran edema de úvula y de región posterior de amígdalas, junto al pilar posterior que también

está edematoso. El abombamiento antero superior no es muy pronunciado. Trismus regular. Adenitis acusada. Previo toque de Bonain puncionamos, extrayendo 5 c.c. de pus amarillento sin poder extraer sangre pues la enferma sintió algun dolor al final de la aspiración. Cuando vuelve al dia siguiente habla bastante claro. La úvula está casi de tamaño normal. Aún persiste pero mas localizada la adenitis. Abre la boca bien. Curación.

Nº 29. - F. L. M. Ha tenido alguna vez anginas y recuerda de hace años en que tuvo una muy fuerte que cree fué flemón y se abrió espontaneamente, pero no sabe de que lado. Hace 15 dias que se resfrió y tuvo estorbo sintiendo despues estorbo en el lado derecho de la garganta, con fiebre, por lo que hizo gargarismos con agua hervida y oxigenada, además de apli

carse fomentos calientes. A los pocos días según desaparecía el estorbo del lado derecho, sintió molestias en el izquierdo, mas intensas que las primeras, con mucho malestar y fiebre, no pudiendo tragar nada por lo que avisaron al médico que a su vez aconsejó llamaran al especialista. Cuando la vemos apreciamos gran tumefacción que desde el ángulo del maxilar se extiende hasta muy cerca del menton. No mucho trismus. No hay edema de úvula, pero sí deformación antero superior. La punción aspiradora extrae 2 c.c. de pus amarillento. No tenemos necesidad de repetirla, pues la enferma cura rápidamente.

Nº 30.- Señora de G.- Ha tenido muchas anginas pero flemon cree que una sola vez. La vemos el 16 de Octubre y nos cuenta que siente dolor en el lado izquierdo de la garganta, des-

de el día 12, habiendo ido acentuándose hasta el estado actual en que no puede hablar bien, presentando dificultad para abrir la boca, pero el médico no la ha encontrado fiebre y ella no ha tenido escalofríos. Apreciamos edema muy discreto de la úvula así como de los alrededores de la amígdala y abombamiento antero superior. Se ha quejado de ligera otalgia. Hacemos punción. Al introducir la gr aguja produce sensación de dureza y al extraerla aspiramos 2 c.c. de pus verdoso. Al día siguiente, la voz clara y traga bien, y aunque persiste algo de trismus, apenas tenía ya dolor en la región ángulo-maxilar. Curó pues con una sola punción.

Ultimamente hemos recogido algunas historias mas, con resultados positivos, pero no las exponemos por parecernos suficientes las relatadas, así como tampoco otras de las que no guardamos notas, por lo que las recordamos imprecisamente. So-

lo diremos, para terminar, que nuestro Jefe, Dr. García Horma-
che le empleó con éxito entre otros casos, en el del Laringó-
logo Dr. Astorqui, el cual a su vez le ha utilizado en algún
enfermo, estando satisfecho del resultado.

AMIGDALECTOMIAS EN CALIENTE.

He aquí algunos de los 20 o 25 casos de amigdalectomias que hemos practicado en pleno flemón, algunas de ellas en colaboración con nuestro amigo el Dr. Mariscal.

H.E.- Tiene anginas desde hace 3 o 4 días y hace un año tuvo un episodio análogo que se resolvió espontáneamente. No hay trismus. Gran edema de úvula y de pilar posterior especialmente, aunque también en menor grado de pilar anterior y región velo tonsilar. Por punción extraemos unos 10 c.c. de pus espeso, previo toque de Bonain. Por tratarse de un hombre que vive fuera de Bilbao y ha de regresar a su

pueblo, no esperamos el resultado de la punción como único tratamiento y hacemos la amigdalectomía total. Al tratar de drenar el polo superior sale pus, porque hemos de advertir que el hacer la punción no tuviera especial interes en aspirarlo del todo pues ya pensábamos de antemano por las circunstancias señaladas en practicar la amigdalectomía. Quitamos la amígdala entera sin ver ya pus. La capsula y la pared externa de la celia son irregulares y si se nos admite la palabra, como con flecos, que contrasta con el aspecto limpio que presentan ambas superficies cuando la amigdalectomía es practicada durante el periodo inflamatorio. El dolor fué pequeño y la anestesia fué hecha infiltrando mas bien superficialmente la mucosa con novocaina y adrenalina, bien embordada previamente con éter. A este enfermo pertenece algunas de las micro-fotografías que presentamos y que hemos de agradecerles a la habilidad y buen gusto de nues-

tro amigo el Dr. Don Pedro Toledo. El examen bacteriológico revela como casi siempre estreptococos y diplococos Gram positivos.

Eugenia Sandoval. - Hace 15 días anginas y cuando ya casi habían pasado, se recrudece en el lado izquierdo formándose un flemón con escaso trismus, disfagia y cambio en la voz. Anestesia con Bonain. Pus que asoma por la aguja sin entrar bien en la jeringa. Anestesia local con novocaina y Bonain. Extirpación en caliente. Al despegar el polo superior sale el pus a presión y mancha hasta la mascarilla. Se hizo la anestesia sin adrenalina y se quejó de dolor a diferencia de los que se operaron aquellos días (también en caliente) a todos los cuales se puso novocaina y adrenalina. Examen bacteriológico: Diplococos intra y extra celulares Gram positivos, frecuentes. Estreptococos Gram positivos, escasos.

Cura rápidamente sin incidentes.

Amancio Lucariga Bascopani.— Alguna angina cuando era chico. El Martes 21 se levantó con disfagia y estado febril volviéndose a acostar. Todo se fue acentuando hasta que echaba el alimento por la nariz. Desbridamiento tímido en el Cuarto de Socorro. Se presenta con trismus bastante acusado y un fuerte edema de la úvula que es gigantesca. No se le entiende nada cuando habla. Por punción solo entra aire en la jeringa. Anestesia con Bonain y Novocaina y Adrenalina. Extirpación de la amígdala. Nada mas despegar el polo superior sale abundantísimo pus y queda la amígdala como colgante, haciendo un movimiento de inclinación. Toque de argirol. El día siguiente sigue con la úvula muy grande y todos los fenómenos regresivos han sido muy lentos. Gargarismos oxigenados.

Señorita de C.— El día 14 llegó de Madrid. Se encontraba
sorda de A.O. y empezó a sentir dolor en los dos lados de
la garganta por lo que la tarde de ese día se acostó. Los
días siguientes todo fué acentuándose, especialmente en el
lado izquierdo. Temperatura 39,9. La vimos el día 18 por
la noche. Apenas edema de la úvula. Muy pequeño abombamiento
en velo (lado izquierdo). Intensa amigdalitis derecha con
exudado purtáceo. El trismus y la disfonía no eran de lo
mas acusado. Se quejaba de otalgia. Ese día punción extra-
yendo unos 4 c.c. de pus amarillento. Hielo. Fomentos. Mejo-
ra. Al día siguiente la encontramos tan bien, que nos abs-
tuvimos de puncionar pero a la noche nos llaman por encon-
trarse peor y puncionamos extrayendo tambien bastante pus.
Pero al no curar con ella, el día 21 hacemos amigdalectomia
con anestesia clorotífica general, a las 5 de la mañana.

Abundantísimo pus. Hubimos de emplear esa anestesia por las circunstancias en que nos encontrábamos, pero era la primera vez que operamos una amigdalectomía en caliente con anestesia general. El curso aunque algo prolongado fué bueno.

Rafaela E.- Ha tenido amigdalitis de repetición. Hace 21 días, angina lado derecho que duró 8 días. Seguidamente empezó el lado izquierdo (hace 11 días) y fué aumentando. Se presenta con trismus discreto, inflamación post. sup; úvula apenas edematosa. Algo alargada. Punción negativa. Extirpación en caliente. En ningún momento se vé pus pero sí el lecho "deshilachado" como cuando hay flemon. Mucho dolor de oído. En estos flemones de tipo posterior es en los que la amigdalectomía inmediata o en caliente parece mas indicada. Véase en éste caso, cómo apesar de haber transcurrido mas

de 8 días, el pus no estaba formado, así como en otros casos lo hemos encontrado precozmente; lo cual viene a confirmar lo ya expuesto de que en ningún caso puede saberse con certeza cuándo el pus está ya formado. La punción aspiradora es la única que puede solucionarnos el problema diagnóstico casi siempre.

Juan José Sola. - Apenas alguna angina. Hace una semana empezó con dolor de garganta y oído que se fué acentuando. Se presenta con tumefacción post sup. Poco destacada la úvula. Triamus discreto. Punción negativa. Extirpación. Ni en un momento se ve pus pero sí el tejido como deshilachado de las cavidades flegmonosas. Argirol. Duele algo mas y es dificultoso el despegamiento en estos flemones, donde aquél no lo hizo el pus por no existir. Gargarismos oxigenados. Rápida curación. Apesar de estar enfermo desde hace una semana el pus no se

vió por parte alguna. La punción negativa era pues de mucho valor.

A.D.- Anginas desde hace unos días, se acentúan en el lado derecho. Ligera infiltración y edema de ambos pilares de ese lado. Edema de úvula. Color vinoso de pilar anterior. Ligero trismus. Bonain. Infiltración de la mucosa con novocaína adrenalina. Extirpación en caliente. Cura pronto.

José B. (de Basauri)- El Martes día 3 empezó por la mañana con dolor al tragar y ya por la tarde tuvo escalofríos. Acentuándose los fenómenos locales los días siguientes hasta que le vimos nosotros. Dice que un mes antes tuvo anginas o molestias pequeñas en ambos lados de la garganta y en general ha sido muy propenso a las amigdalitis aunque este de ahora es el primer flemón. Disfonía pronunciada. Poco trismus. No hay edema de úvula ni peri-amigdalino; tan solo

la amígdala está inflamada y avanza hacia la línea media. Mas bien por la historia que por los síntomas locales, hacemos punción extrayendo unos 2 c.c. de pus que no sale muy bien (salía con mucho aire y nos dió impresión de no haberlo agotado) Gargarismos de hojas de coca.Hielo.Fomentos calientes.El día 8 por la mañana nos telefona él mismo diciéndonos que está mejor,y efectivamente,la voz es mas clara.Vuelve el día 9 diciéndonos que la vispera por la tarde aumentaron las molestias.Apreciamos mas trismus.Los alrededores de la amígdala y aún ésta misma estan edematosos.Uvula alargada.Inyectamos sub-mucosamente 15 c.c. de novocaina al 1 por ciento con 15 gotas de adrenalina,previo toque de Bonzin y podemos hacer una amigdalectomia perfecta,saliendo pus abundantemente en cuanto despegamos el polo superior. La anestesia aunque no completa,la suficiente para soportar la intervención mejor que los desbridamientos simples que

hasta hace poco practicábamos. A algunos de nuestros enfermos hemos inyectado antes de la intervención, un centígramo de morfina.

Antonio N....- El sábado día 6 le vé su médico con una angine folicular sin importancia. Cuando ya empezaba a salir a la calle, se pone peor, con trismus etc. y le envía don de el especialista. Antes había tenido flemones en dos ocasiones, que le fueron desbridados. Presenta pequeña inflamación de la amígdala derecha con apenas transformación periamigdalina y de úvula, sin embargo de lo cual tiene bastante cambio en la voz, y aunque el trismus es muy moderado, su estado general es malo y el aspecto de mucho sufrimiento. Hacemos punción notando perfectamente la falta de resistencia que encuentra la aguja "al caer" en el absceso, a poca profundidad. Extraemos 1 c.c. de pus amarillento y espeso. Hacemos amigdalectomía obteniendo la amígdala en tres trozos

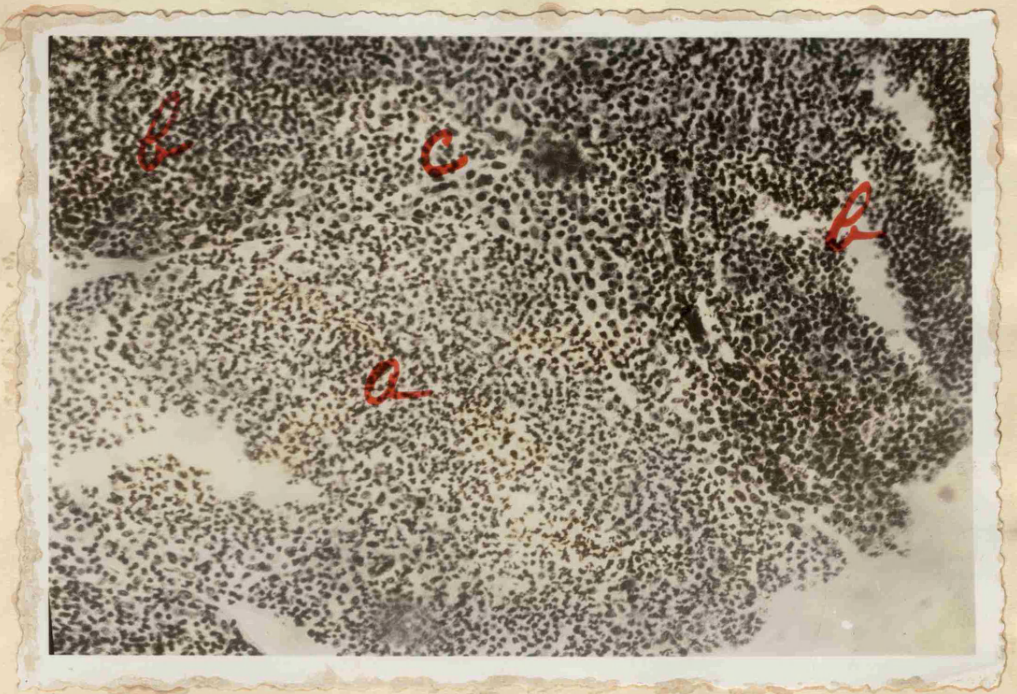
por las cicatrices debidas a los desbridamientos anteriores. Cuando íbamos a extirpar el trozo mas inferior, aparece pus (que hasta entonces no se habia visto, sin duda por que no habria en la loge mas que el que aspiramos con la jeringa) que sale de la parte inferior de la pared externa de la celda; parece un pus espeso como el que habia aspirado la jeringa, y solo un momento, pues luego no volvimos a verlo mas. Pero al quedar como abombada la pared externa de la loge, hicimos en ella una punción aspiradora, (Linck, cuando no aparece el absceso en el curso de la amigdalectomia y la pared externa de la celda aparece prominente, aconseja puncionar y si la punción es positiva, abrir ampliamente) en su parte inferior, obteniendo como un c.o. de un líquido sero-sanguino-purulento en el que se apreciaban inequívocos grumos de pus. Entonces un poco mas atras del sitio de esta punción, pero en lugar que estaba tambien

abombado, incidimos superficialmente con el bisturí y luego forzamos con un porta algodón argirolado, la pared, sin lograr ver salir mas pus. En este caso que curó sin mas incidentes, nos hizo acordarnos de la clasificación de los flemones que hace Leroux, en primitivos y recidivantes, estando en los últimos condicionada la evolución a la existencia de cicatrices por los procesos anteriores. En este enfermo los fenómenos periamigdalinos eran poco acusados. El despegamiento de la amígdala fué laborioso. Es indudable que el pus atravesaba ya la pared externa de la celda porque al no poder expansionarse por los caminos habituales (había velo) lo había por otro sitio que es poco corriente. Ello indica una vez mas, que el flemon peri amigdalino abandonado a su suerte o espontáneo desenvolvimiento, puede algunas veces dar lugar a serias complicaciones. Se explica pues que en este caso la úvula y la región del

velo, apenas presentáran alteración, porque la cincha cicatriciel les aislaba en cierto modo de la colección purulenta.

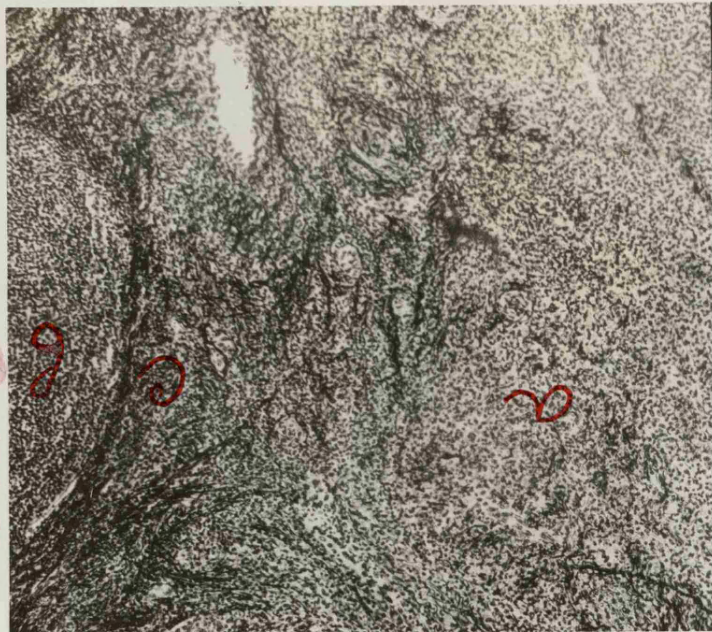
C. U. ~~42~~, 42 años. - Hace 20 días que empezó la enfermedad aunque anduvo levantada unos días (cinco), con escalofríos, dolores de cuello, de oído y de nuca. Hace 15 días que se acostó y por la noche tuvo 38,8° por lo que se purgó y al día siguiente por la tarde no tenía fiebre. Le dieron toques de iodo y glicerina y más tarde de eso mismo pero con ácido fénico, después de los cuales empiezan a instalarse los síntomas de flemón. Tiene adenitis marcada, dolorosa. Trismus bastante intenso, úvula algo edematosa. Edema y abombamiento más apreciable postero-superiormente. La punción atraviesa tejidos inflamados, duros, y no se siente la falta de resistencia a la aguja. No obtenemos pus. Bonain.

Novocaina-Adrenalina. Amigdalectomia en caliente. Dice dolerle. Al despegar el polo superior (fué dificultoso) aparece, como rezumando, pus espeso, amarillo, en la región postero superior. Cuando es en gran cantidad suele salir en charro o como proyectado. Toque de argirol al 20 por ciento. Curación sin incidentes.



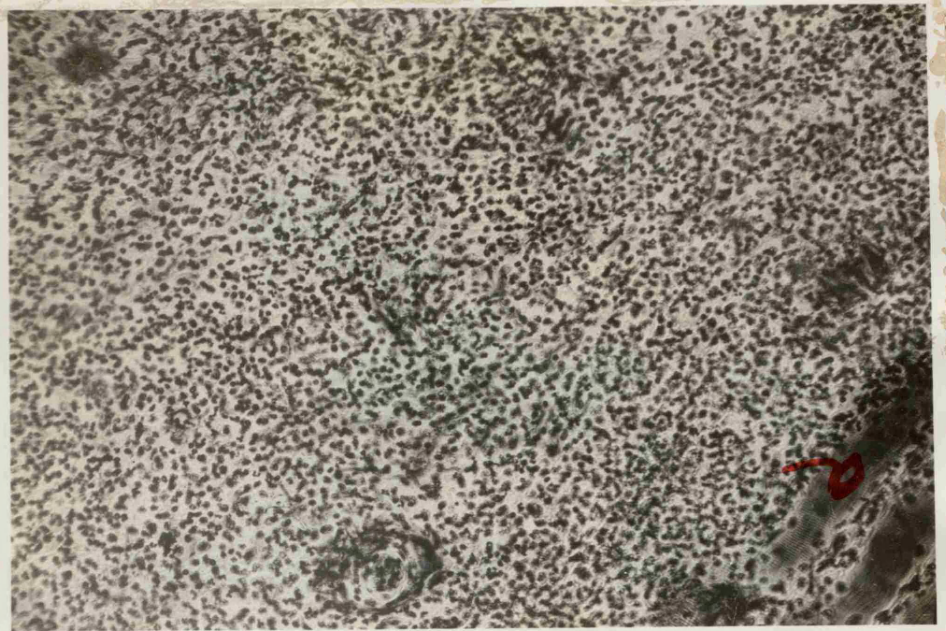
PEQUENO ABSCESO EN EL FONDO DE UNA CRIPTA
CON DESTRUCCION DEL EPITELIO.

- (a). Absceso.
- (b). Tejido linfoide.
- (c). Epitelio.

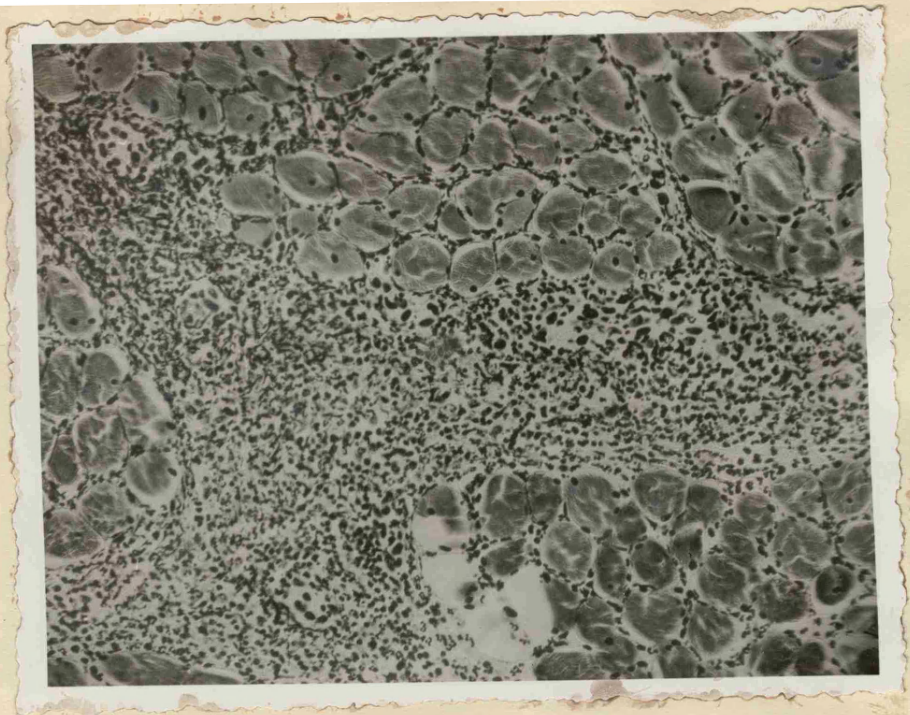


INFILTRACION FLEGMONOSA DIFUSA.

(a) entre la amígdala (b) y la
pared lateral de la faringe.
(c). Capsula fibrosa de la amig-
dala.



INFILTRACION FLEGMONOSA ENTRE LA AMIGDALA Y
PARED LATERAL DE LA FARINGE. (A). Fibras mus-
culares de la pared lateral de la faringe.



INFILTRACION FLEGMONOSA DIFUSA ENTRE LOS
HACES DE FIBRAS MUSCULARES, QUE APARECEN
CORTADOS DE TRAVES.



INFILTRACION FLEGMONOSA DIFUSA ENTRE LAS
FIBRAS MUSCULARES, QUE APARECEN CORTADAS
LONGITUDINALMENTE.

CONCLUSIONES

- PRIMERA.— El pus radica en el llamado flemón periamigdalino, en la celda que existe entre la cápsula y la pared faríngea. El diagnóstico de la existencia de ese pus puede no ser fácil sin la punción. Existen complicaciones, para evitar las cuales hay que perfilar bien la conducta terapéutica.
- SEGUNDA.— La punción debe emplearse sistemáticamente aún en los casos mas evidentes, aspirando hasta agotar la colección purulenta.

TERCERA. — Su empleo nos marca la conducta ulterior a seguir, que es: (A). Si la punción es negativa y el flemón de tipo antero-superior, es el momento propicio para emplear con fundamento los procedimientos abortivos de distinta clase, según la confianza que se tenga en cada uno de ellos por experiencia personal. (B). Si la punción es positiva, se aspirará el pus hasta agotarlo no introduciendo líquido alguno en la cavidad del absceso.

CUARTA. — Si la colección se renueva, se ensayará a lo sumo una segunda punción evacuadora, pero lo mejor es que prescindiendo de ella, se practique una

amigdalectomia en caliente, que además de extirpar la causa crea el drenaje de mas garantías.

QUINTA.— El proceder de la punción aspiradora cuando da resultado es el mejor de todos por incruento, sencillo, no exponer a mas recidivas que otros y crear un mínimo de cicatrices con vista a ulteriores intervenciones.

SEXTA.— En los flemones de tipo postero-superior aconsejamos sin mas la amigdalectomia en caliente desde el momento en que se sospeche pueda haber ya pus.



Bilbao/Febrero/1935.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA, POR ORDEN ALFABETICO

ACIEGO DE BENDOZA.— Flebitis del miembro superior consecutiva a un absceso amigdalino (Acad. Med. Quirúrg. Española.—20 Abril, 1931.— Medicina Ibera 30. Mayo, 1931. p. 849.)

ALVAREZ.— Citado por Moulouquet.

ANDERS. (Berlin.)— Sur la pathogenie de la septicemie post-angineuse. (Zeitschrift für Hals Nasen und Ohrenheilkunde. Vol. 29. nº 2-5) R. Revue de Laryngologie etc. 1933. p. 799.

ANGELIS Y CARRARI.— Citados por Martuscelli.

ARIFEV (Hatcho St. -Sofia)— Phlogmon edemateux de la gorge. (I. Congrès International d' Oto-Rhino-Laryngologie. Copenhague. 30 Juillet-Aout. 1928. p. 274.)

ARSINOLES.— Citado por Hussein, Laurens (R), etc.

ARGUEDO (José ^{de} López de)— Manifestaciones leucémicas en oídos, nariz y garganta. (Un caso simulaba un fle-

món periamigdalino) Publicado en "Revista Clínica de de Bilbao". Julio.1933.

AUBRIOT.— Hemorrhagies spontanees a repetition consecu-

tives au phlegmon periamygdalien. (Annales des Maladies Oeilles.1922. t. 41. p. 508.

BALDENWECK (L).— A propos de l'amygdalectomie á chaud.
(R. Les Annales d'Oto Laryngologie.1934.nº 7.p.747.)

BALLENGER.— Citado por Barnes.

BARNES (Harry. A.)— The Tonsils (St.Louis 1923.)

BARNES (Harry.A.)— M.D. Boston. The radical Treatment of Peritonsillar Abscess By Tonsillectomy During The acute Stage of The Disease. (Boston Medical and Surgical Journal. 1915. Vol.173.)

BARBERA (S)— Tableau bacterioscopique de 70 cas d'abcés periamygdaliens avec considerations (L'Oto-Rhino-Laringologia Italiana. Mars. 1932.— R. Revue de Laryngologie etc. 1933. nº 8. p. 1070.

BARATOUX. (I).— Complication rare au cours d'un phlegmon de l'amygdale. (Communication á la Societé Médicale de l'Opera) Journal de Medicine de Paris.nº1.En.1932.p.9.

BARATOUX (J)— Sobre el método de Killian para la abertura de los abscesos periamigdalinos (Revist.Española y Americana de Laringologia. 1929.p.422)

Lyon.- in Lyon Medical.24 Janvier.1932.p.113.)

BERNEA (M).- Complications graves des phlegmons periamygdaliens.(Congres Roumain.- R. Annales des Maladies de l'Oreille. 1931. n° 11. p.1208.)

BERTHAY CARRASCAL (César)- El electrargol en el tratamiento de los flemones peri-amigdalinos.(Revista Española y Americana.1933.n° 2. p.58.)

BIANCIONI, R. Borghesan.- Citados por Tato.

BLOCH.- Citado por Miegerville.

BLONDIAU (M) = Pseudo phlegmon periamygdalien, premiere manifestation d'une leucemie aigue (Soc.Bruxelloise O.R.L.- R. Revue de Laryngologie etc.1931.p.82.)

BELL TAYSE(H)- Serious Hemorrhage from and Acutely Inflamed Right Tonsil Arrested by Ligation of the Right External Carotid Artery.(The Journal of Laryngology and Otology-April 1929.Vol.XLIV n° 4. 257/259.)

BLONDIAU (Bruxelles)- La formule hemo-leucocytaire dans les abcès et les phlegmons peri-amigdalinos.(Congres Francais.- R. Annales etc. 1930.n° 10.p.1069.

BOUCHET.- Citado por Häggström

BONBELLI (U).- El tratamiento de los abscesos supraton-

silares con el método de Bilancioni y un apósito divulsor anatómico. (II. Valsalva, Mayo, 1932. -R. Revista Española y Americana de Laringología. 1932. nº 9. p. 624.)

BONNET-ROY. = Citado por Fradkine.

BORGHESAN (ETTORE) = El método Bilancioni para la cura radical de los abscesos peritonsilares. (II. Valsalva, Marzo 1931. -R. Revista Española y Americana de Laringología. 1931. nº 7. p. 334.)

BOTRY (Ricardo) = Tratado de Oto-Rino-Laringología. Barcelona. 1925. p. 477.

BOURGEOIS (H) = Nouveau traitement abortif local des phlegmons periamygdaliens. (R. Annales des Maladies de l'Oreille. 1929. p. 1040.)

BRAVO (Rosendo) = Un caso de periamigdalitis flemonosa. Su tratamiento. (R. Anales de los Laboratorios Clin. Octubre, 1934. p. 17.)

BREMOND. (Marseille) = Trois cas de leucémie ^{apoint} de départ amygdalienne. (III. Congrés de Societas O. R. L. Latina. - R. Annales nº 2. p. 201. Año 1934.)

BROUDEL. = Citado por Wolmat.

BRUGAIROLLE.— Absces de l'amygdale a fuso Spirilles. (Soc. des Sciences med. de Tunis, Mars, 1930. - R. in Tunisie Medicale, Avril, 1930. p. 148.)

BUSSON.— Le bacille de Friedlander comme cause de l'abces peritonsillaire. Preparation de vaccin avec des bacilles encapsules (Monatsschrift f. Ohrenh. t. LXI. n° 4. R. Annales 1928. p. 441.)

BUSTIN (R) — Peritonsillarabzesse, Jugularisthrombose, Exitus. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngorhinologie. 1929. (Mai) p. 599.)

CABOCHE ET BORST.— Phlegmon periamygdalien a streptococcus, hemorragique. Fusée purulente dans la région cervicale. (R. Annales des Maladies de l'Oreille. 1925)

CABOCHE.— Adenitis et abces peripharyngiens d'origine syphilitique. (R. Arch. inter. de O. R. L. t. IV. Janv. 1927.)

CAEDERIN.— La periamygdalitis flegmonosa sin supuración. (Revista Española y Americana de Laringología. 1926. p. 43.)

CALAMIDA.— Citado por Canuyt.

CAMBERLIN (G)— A propósito de la amigdalectomia en caliente. (Bol. de la Soc. Belge de O. R. L. - R. Revista Española y Americana de Laring. 1933. n° 6. p. 279.)

CAMPBELL (E.H.) = Thrombophlébite du sinus caverneux consécutive à une tonsillectomie. (R. Annales d'Oto-Laryngologie. 1933. p. 383.)

CANUYT (G) = Angines aiguës dites " D'origine arthritique" (R. Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie 30. Novembre. 1916. p. 505.)

CANUYT (G) = Etude expérimentale sur les phlegmons péri-amygdaliens. (Communication faite à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris. Novembre 1930, publiée dans les Annales n° 1. Janvier, 1931. p. 97.)

CANUYT (G) = Les abcès péri-amygdaliens. Etude expérimentale. Résultats. Déductions chirurgicales. (R. Les Annales d'Oto-Laryngologie. 1931. n° 1. Janvier. p. 61.)

CANUYT (G) = Les phlegmons de la loge amygdalienne. La ponction exploratrice. (R. Annales des Maladies des Oreilles. n° 6. 1931.)

CANUYT ET HORNING. = Les phlegmons de la loge amygdalienne. La ponction exploratrice. (R. Annales de Oto-Rhino-Laryngologie. Juin. 1931.)

CANUYT ET HORNING. = Le siège anatomique exact des abcès péri-amygdaliens. Etude anatomo-pathologique d'un cas mortel. (R. Annales des Maladies de l'Oreille. n° 7. Juillet, 1931.)

CANUYT ET GERY (G) = Les phlegmons de la loge amygdalienne.
Etude anatomo-pathologique. (R. Annales O.R.L. n° 8.
1932.)

CANUYT (G) = L'ouverture large des phlegmons de la loge
amygdalienne. (R. Annales oto. n° 2. Fevrier, 1933.
p. 16.)

CANUYT (G) et HORNING. = Les abcès de la loge amygdalienne
et l'amygdalectomie totale "à chaud". (R. Paris Me-
dical 5 Sepbre, 1931. p. 199.)

CANUYT (G) = L'amygdalectomie totale à tiède. Traitement
chirurgical des phlegmons de la loge amygdalienne.
Soc. de Laryng. des Hopiteux de Paris. Mai. 1933.

CANUYT (G) = Traitement chirurgical des phlegmons de la
loge amygdalienne. Technique opératoire en deux temps.
La amygdalectomie totale "à tiède". *Presse de 1933 p. 769*

CANUYT (G) et DAULL. = Les phlegmons de la loge amygdalie-
ne. Diagnostic et Traitement. Paris, 1934. Masson et Cie.

CANUYT (G) = Anesthésie locale et oto-rhino-laryngologie.
(R. Phonographies O.R.L. Internationales. n° 13. p. 45)

CERTAIN. = Citado por Henke.

CHATRENIER y JACOB. = Citados por Hussein.

CHASSAIGNAC.— Citado por Hussein, Laurens(R), etc.

CHIARI — Citado por Laurens(R), Henke, etc.

CITELLI.— Sur une forme congestive de phlegmons peri-amygdaux. (V. Revue de Laryngologie et d'Otologie. 15 Janvier 1923. p.18.)

Claus.— Les complications post-angineuses (Monatsch Chron heilk. t. LXIV. n° 9.— R. Les Annales d'Oto-Laryngologie. 1932. n° 4. p.479.)

CLAUS (H)— 28 cas de pyémie post angineuse. (Zeitsch. f. Hals, etc. etc. t. XXI.— R. Annales etc. 1929. p. 189.)

CLAUS.— A propos de la pyémie tonsillaire. (R. Annales des Maladies de l'Oreille etc. 1928. p.631.— Societe Allemande d'O.R.L. Vienne. Jun.1927.)

CLARENCE-RICE.— Citado por Henke.

COBB.— Citado por Laurens(R) etc.

COMBIESCO, TRETU ET POPESCO.— Considerations sur le mechanisme de l'action du bacteriophage dans le traitement des phlegmons de l'amygdale. (R. Presse Medicale le Septre. 1932. p.1386-1389. — ~~Annuaire de l'Association des Otorinolaryngologistes de France~~)

CLINTOCK ET TRIBLE.— Complications apres tonsillectomie. (The Laryngoscope, n° 10.1927.— R. Annales 1928. p.337)

CRABBE (M) = Septicémie d'origine amygdalienne. (R. Revue de Laryngologie, 1929.p.591.)

CARNEYALE-RICCI. = Due casi di flemonne del collo con diffusione al mediastino da ascesso peritonsillare. (R. Bollettino delle malattie de le Orecchio della gola e del naso, etc. Mayo. 1928.p.649.)

CASADESUS. = Un caso de ligadura de la carotida externa por hemorragia consecutiva a un proceso amigdalino agudo. (R. Medicina Ibera 11 Mayo, 1929. p.32.)

CITELLI. = Citado por Fradkine.

DESPOIS. = Des périamygdalites congestives. (R. Revue des Laryngologie et Rhinologie. 1926.p.682.)

DESPOIS. = Abces periamygdalien ayant migré dans la loge sous-maxillaire. (R. Revue de Laryngologie. Janvier, 1933)

DESCARPENTRIERES. = Citado por Moulonguet.

DE LAPERSONNE. = Citado por Hussein.

DUTHEILLET DE LAMOTHE. = Technique Chirurgicale de l'ouverture des abces peri-amygdaliens d'accès difficile. (R. Annales, 1929.p.237.)

BAGLETON (Wells P.) = Thrombo-phlébite infectieuse du sinus

caverneux et lésions associées séptiques et traumatiques des sinus veineux de la base. Paris, 1926. p. 68.

EDEL (Wilh).- Über die Verbreitung von Eiterungen im Spatium parapharyngeum nach Peritonsillitis, zugleich ein Beitrag zur Frage der sog. Wunddiphtherie. (R. Zeitschrift für Hals-Nasen-und Ohrenheilkunde. Berlin 1924. p. 494-502.)

HEMAN.- Thrombo-phlébite des sinus caverneux et intercaverneux, etc. Société Bruxelloise 1929. (R. Revue de Laryngologie. Septembre, 1930. p. 522.)

ERDELYI.- Sur le traitement opératoire de la péri tonsillite. (Monatsch f. Ohrenheilk. t. LXII. n° 5. - R. Annales 1930. n° 1. p. 101.)

ESCAT (R) - De l'abcès périostique juxta-amygdalien ou abcès périostique odontogène. Localisé à la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur. Archives de Laryngologie et Otologie, 1908. p. 58-72.)

ESCAT.- Chirurgie des angines phlegmoneuses. Technique Oto-Rhino-Laryngologique. Paris 1921. p. 538.

ESCAT.- De l'abcès périamygdalien inférieur. (R. Annales 1933. Octobre. p. 1137.)

ESCAT ET VIELA.- Deux cas intéressants d'angine phlegmoneuse. (R. Presse Médicale. Jun. 1930. p. 802).

FELDSTEIN (E).- Les traitements abortifs du phlegmon péri-amygdalien. (R. Le Courrier Medical. 17 Avril, 1922. n°16)

FERRI (Corrado).- Su una rara complicanza del flemone peritonsillare. (R. Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia. Agosto 1927. p.463.)

FEUCHTINGER (R).- Fall von Halsphlegmone nach Angina. (Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1929. Jänner. p.112.)

FOURNIOUX ALBERT.- Amygdale scléreuse hypertrophique avec abcès et hémorragie. Ablation par diathermo-coagulation. (R. Revue de Laryngologie. 1928. p.54.)

FRADKINE (Jacques).- Un cas de pharyngite pseudo-phlegmoneuse. (R. Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie 1930. p.291.)

FRANKEL.- Ueber Postanginoese. Pyaemie. (R. Deutsche Med. Woch. 1926. n° 3. p.93/96.)

FRÉY (Montreux).- Absceso peritonsillar abierto en conducto auditivo externo. (Sociedad Suiza de Oto-Rhino-Laryngologie. Julio 1927. - R. Annales des Maladies del Oreille. 1929. p.963.)

GASTON (A) ET IVES LEBLAÏRE.- Syndrôme de compression de l'espace retro-parotidien postérieur au cours d'un

phlegmogangréneux de l'amygdale. (R. Annales de Oto
Laryngologie. n° 7. p. 807. Año 1932.)

BERLINGS (P.O.) - Hemorragie et paralysie du nerf sympha-
tique en rapport avec un abcès péritonéellaire. (Acta
Oto-Laryngologica. Vol. XVII. fasc. 4. 1932. - R. R. revue de
Laryngologie. 1934. n° 1. p. 133.)

GEORGE GROSS Y BURLUREAUX. - Citados por Henke.

GIORGI. - Le traitement abortif des phlegmons par l'injec-
tion "in situ" d'argent colloïdal. (These Paris, 1930
et Ann. des Laborat. Clin. Janvier-Février, 1931. p. 344.)

GIUSSANI. - Amygdalectomies a chaud. (R. Annales de Oto-
Laryngologie, 1932. n° 9. p. 1049.)

GLOGAU (Otto - New York.) - Extensión cervical e mediastina-
l de los abscesos que toman origen en las vias aereas
etc. (R. Revue de Laryngologie. 1928. p. 700.)

GLAS. - Citado por Hofer.

GOODALE. - Citado por Henke.

GORDON (J.E.) and. YOUNG (D.O.) - Detroit. - The hazard of in-
cision for apparent quinsy in diphtheria. (Archives
of Internal Medicine. Vol. 46. Number 3. September 1930.
p. 402.)

GOT.— Citado por Hussein.

GOUPAS.— Citado por Bertoin.

GÖRKE.— Citado por Levinger.

GOVY (H)-De Brest.— Abscès multiples du pharynx. Phlegmon laryngé consécutif à une périamygdalite phlegmoneuse. (R. Annales. Mal. de l'Oreille. 1925. V. 44. p. 620-624.)

GRADENIGO.— Citado por Martuscelli.

GREENFIELD. (Samuel D.)-Brooklyn.— Peritonsillar infection. (R. Archives of Oto-Laryngology. Vol. 7. Number 3. March, 1928. p. 239-256.)

GUILLEMIN ET CAMORETT.— Phlegmons périamygdaliens traités par amygdalotomie à chaud. (R. Annales, 1933. Sep. p. 1084)

GUISEZ (J).— La practica Oto-rino-laringológica. Absceso amigdalar y peri amigdalar. 2ª edición. p. 104.

HAARDT (W).— Septicopymie nach beiderseitigem Peritonsillarabszess (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1925. Februar. p. 233.)

HALPHEN (M.E.).— A propos de l'amygdalotomie à chaud dans le traitement des absces périamygdaliens collectés (R. Les Ann. de Oto-Laryngologie. Avril, 1933. p. 480.)

HALPHEN ET DJIROPOULOS.—Traitement des phlegmons de l'amygdale par le bactériophage de Hérelle. (R. Annales 1929. p.1128 et 1931, n° 8. p.914. (Des Maladies de l'Oreille) La Presse Médicale 1931, p 100.

HASADA.— Citado por Klotz.

HAUTANT— Citado por Klotz.

HAUTANT Y SERGENT.— Répertoire ^{de} Clinique et Thérapeutique n° 3. (Annales d'Oto-Laryngologie)

HAYS (Harold)— Cellulite des tissus pharyngés. Médiastinite Mort. (R. Annales 1933. Obre. p.1249.)

HEDDERICH.— Münchener Medicinische Wochenschrift. 3. August. 1897. p.867. (Caso de Killian)

HENRICHI.— Citado por Levinger.

HENKE (Fritz)— Ueber die phlegmonösen Entzündungen der Gaumenmandeln, etc. (Arch. f. Laryng. XXVII. 1913. p.289-331)

HERMANN.— Citado por Levinger.

HICQUET (Bruxelles)— Phlegmons et abcès de l'amygdale. (R. Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx. 1929. p.374.)

HICQUET.— Les angines leucémiques aiguës. (R. Les Annales d'Oto-Laryngologie n° 5. 1931.)

HIRSCH (Caesar)— La septicemia post-anginosa (Klin-Wochenschrift. n°9. 1932) R. Actas Ciba. Junio 1933.

HOFER.— Contribution à la clinique de l'abcès péri-tonsillaire. (Zeitsch f. Hals Nasen, etc., t. XIV. n°1. et 7. - R. Annales. 1927. p. 314.)

HOFER.— Septicemias por absceso periamigdalino. (Société Viennoise. - R. Annales 1933. Junio. p. 760.)

HOFMANN (L)— Peritonsillarabszess, Phlegmone der Parotis und Submaxillargegend mit Durchbruch in den Gehörgang, Fazialparese. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1929. Jänner. p. 105.)

HOFHAUSER (Johann)— Tonsilläre und peritonsilläre Aktinomykose. (Archiv für Ohren-Nasen-und Kehlkopfheilkunde. November, 1929. p. 44.)

HOOPLE.— Nouvelle méthode d'anesthésie pour l'ouverture de l'abcès péri-tonsillaire. (The Laryngoscope. n°8, 1926. R. Annales des Maladies etc. 1927. p. 649.)

HORGAN (CORK) J.B.— Un caso de hemorragia espontánea en la fosa de una amígdala inflamada. (The Journal of Laryngology and Otology. Mayo, 1931. p. 335. - R. Rev. Españ. y Americana 1932. n° 6. p. 282.)

HORNIG-WENGER.— Abscess périamygdalien et mydriase. (Soc. O.N.O. de Strasbourg, 14 Février, 1931, in Presse Médicale, 11 Avril, 1931. p. 530.)

HUSSEIN. ABDEL HAMID.— Complications générales des cellulites suppurées péri-amygdaliennes. Montpellier. 1933. Thèse.

MUTTER.— Périlonsillite avortée par intervention précoce (Soc. Viennoise de Rhino-Laryngologie. Séances. 1926.— R. Annales des Maladies, etc. 1927. p. 1060.)

HUBBARD.— Citado por Canoyt.

MUTTER.— Tratamiento precoz de la periamigdalitis (Monatschrift f. Ohren. u. Laryngo-Rhin. 1930. n° 6. (R. Revista de Informacion Terapéutica. XII. 1930. p. 142.

HYBASEK.— Pathogénie de la septicémie post-angineuse. (R. Revue de Laryngologie. 1934. p. 361.)

HYBASEK (J.)— Contribution a la pathogénie et la thérapie de la septicémie après l'angine. (R. Les Annales d' Oto-Laryngologie. 1934. n° 7. p. 692.

HELBING.— Citado por Henke.

JACQUES ET LUCIEN.— Citado por Wells F. Engleton.

JANICHTOFF. = Cas grave d'edeme aiguë du larynx qui evolue sur le terrain d'un abces de l'amygdale. (Revue des travaux d'auteurs russes en O.R.L. en 1926. -R. Annales des Maladies de l'Oreille.)

JASON DIXON (O) = El examen patológico en la trombosis del seno cavernoso. (R. The Journal of the American Medical Association. Octubre, 15, 1926. p. 500. -Edic. en Español

YAVER
YAVER (San) = Amygdalectomie à chaud (Portmann. 1934. n°7. p. 907.

YAVER (S) = Trombosis del seno cavernoso consecutivo a un absceso periamigdalino. (Citado por Wells I. Sagleton).

YAVER. = Citado por Henke.

YAVER. = Citado por Henke.

YAVER (A) = Les indications des interventions sur les amygdales palatines au cours de leurs inflammations aiguës. (incidente en amygdalectomie en caliente). R. Presse Medicale 1933. n° 43. p. 884.

YAVER. = Mandelbucht und Gaumenmandel. (Münchener Medizinische. Wochenschrift. 3 August. 1897. n° 31. p. 866.

YAVER (J) = zur Behandlung der Angina phlegmonosa. s. Peri-

tonsillitis abscedens. (Munchener Medicinische Wochenschrift n° 30. 28. Juli. 1896. p. 696.)

ZNICK. = Traitement opératoire de la septicémie amygdaliennne. (R. Annales des Maladies de l'Oreille. 1928. p. 630.)

KODELL Y HAMILTON. = Citados por Henke.

LEWIS (Paris) = Muerte por septicemia post flemón peri-amigdalino. (R. Annales des Maladies de l'Oreille. - Monografía.)

ZOENIG (C. J. - Paris) = Abscés froid amygdalien se réveillant tous les mois à l'occasion des règles. (Congrès Française d'Oto-Rhino-Laryngologie. 17. Juillet, 1922. - R. Annales des Maladies etc. Juillet. 1922. Tome XII. pag. 739. n° 7.)

KOHLER. = Citado por Henke.

KONIG. = Citado por Henke.

KOMMERER. = Citado por Levinger.

KOHLER (Menton) = Congrès de la Société Française D'Oto-Rhino-Laryngologie. Paris. Octobre. 1927. - L'abcès ou phlegmon peri-amygdaalien ne serait il q'une simple collection purulente du voile du palais? (R. Revue

LEMAITRE.— Citado por Henke.

LE MER-GUILLOU(D'Alsace)— Phlegmon latéro amygdalien avec localisation articulaire, etc. (R. Annales d'Oto-Laryngologie. nº 12. p.1408.) 1932

BERNOUD(Pablo)— Anginas y electrolit. (Semana Médica nº 12 1933.—R. Annales Clin. Octubre.1933.p.15.)

BEROUX(Louis)— El flemón peri-amigdalino y su tratamiento según las ideas actuales. (Le Monde Medical, 1-15. Julio 1934.p.715.)

BEROUX(Louis)— L'amygdalectomie dans les phlegmons périamygdaliens. (R. Les Annales de Oto-Laryngologie.1933. Julio.p.855.)

BEROUX(Louis H.)— Le traitement des abcès periamygdaliens par l'amygdalectomie à chaud (R. Presse Médicale.31 Décembre.1932. p.1984)

LEVINGER (S)— Darf während oder bald nach Ablauf einer akuten entzündlichen Erkrankung der Tonsille tonsillektomiert werden?. (Munchener Medizinische Wochenschrift 26 September 1930.p.1666.)

LEVINGER.— Zur Behandlung des Peritonsillarabszesses. (R. Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Berlin 1921. p.155.)

LIEBAULT ET MOINSON.— Deux abcès péri-amygdales traités par le bacteriophage avec et sans auto-séromothérapie. (R. Les Annales d'Oto-Laryngologie. 1931. n° 7. p. 608.)

LINHARTZ.— Citado por Henke.

LINCK (A) — Incisión en amygdalectomie etc. (Arch. f. Ohren etc., Berlin, 1932. t. 141. f. 4. p. 310-343. — R. Les Annales d'Oto-Laryngologie. 1934. n° 4. p. 449.)

LOSANOW (Saratow)— Desarrollo embrionario y estructura de las amígdalas palatinas en el hombre. (Acta O. Laringológica. Vol. XIII. fasc. 2. — R. Revista Española y Americana de Laryngología. 1930. n° 1. p. 39.)

LUMSDEN.— Examen bacteriologique des amígdalas. Scottish Society of Otolaryngology. (Séance 1928. Mai.) R. Annales des Maladies de l'oreille etc. 1928. p. 950.)

LUSCKA.— Citado por Hussein, etc.

LEROUX (Louis)— Classification et diagnostic de phlegmons péri-amygdales. (Intervenciones de Canuyt y de Brindel. R. Les Annales d'Oto-Laryngologie. 1934. n° 7. p. 747.)

LEPERENA (Benito Antonio)— Abscesos periamigdalinos de repetición, con infección focal del tercer molar de aparición sana. (R. Rev. Españ. y Amer. de L. O. R. 1932. n° 5. p. 206.)

DIERENA.— Periamygdalites anormales & leur évolution. (Academia Médico-Quirúrgica Española. 13. Junio. 1927.— R. Revue de Laryngologie. 1927. p. 575.)

MACKENNIE Y HOME.— Citados por Henke.

MALAN (A.)— Tromboflebite del seno cavernoso consecutiva a flemone peritonsillare. (Archivio Italiano di Otolgia. R. e. L. Gennaio. 1930. p. 1.)

MARISCAL (Angel)— Tratamiento de la amigdalitis purulenta por la amigdalectomia. (Comunicación á la 2ª Asamblea de Médicos Internos del Hospital de Basurto de Bilbao. Septiembre de 1934.)

MARFAN.— Citado por Henke.

MARTIN Y DARRE.— Citados por Hautant y Sergent.

MARTIN.— Citado por Canuyt.

MASIF (A.P.)— La dilatación de los abscesos periamigdalinos. Revista Española y Americana de Laringología. 1933. nº 2. p. 49.

MATHE. (Karl.)— Contribution á l'énucléation de l'amygdale dans la phase aigue de l'inflammation. (Archiv. Ohr. usw. Heilk., Berlin, 128, fasc. 3. p. 225-231, .Avril, 1931.)—R. Annales d'Oto-Laryngologie. 1933. p. 134.)

MASUDA SCHIEICHIRO.— Citado por Canuyt.

MARTUSCELLI (Gialio) e ARMI (Mario)— Complicanza laringea della tonsillite flemmonosa. (R. Archivio Italiano di Otologia. R. e L. Gennaio, 1931. p. 1.)

MAYHEM Y SOMERS.— Citados por Henke.

MAYER.— Sinusitis esfenoidal, trombosis cavernosa y meningitis como complicación de un absceso peri amigdalino. Societe Viennoise de L. 10. Enero, 1928.— (R. Revista Española y Americana de Laringología. 1929. p. 124.)

MAYER.— Phlegmon periamygdalien. Confluent parotidien descendant dans la region cervicale jusqu'a l'os hyoide. Pharyngotomie. Abcès profond sous-maqueux; guerison. (R. Annales de Oto-Laryngologie. 1934. n° 5. p. 545.)

MESSITER.— Citado por Martuscelli

MELCHIOR.— Citado por Fraenkel.

MEYER (Wilhelm)— Contribution á la question des abcès rétroviscéraux post angineux. (R. Annales d'Oto-Laryngologie. 1933. Nov. p. 1381.)

MEYER (Joseph. M. D.)— Treatment (Abortive) of follicular Tonsillitis and Peritonsillitis By Syringing. (Brooklyn Medical Journal, 1901. vol. 15.)

MENZEL (K. M.)— Zur Behandlung des Peritonsillarabszesses Drainage. (R. Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Berlin 1912. p. 436.)

MIRGEVILLE.— Un cas d'hémorragie prolongée de la région amygdalienne ayant nécessité la ligature de la carotide externe. (Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris. — Séance 10. — XI, 1926. — R. Annales des Maladies etc. 1927. p. 386.)

MIRGUEVILLE (Rene)— A propos de quatre cas de phlegmasie périamygdalienne à pneumocoques. La pneumococcie périamygdalienne. I. Congrès International d'Oto-Rhino-Laryngologie. Copenhague. 30, Juillet-Août, 1928. Comptes-Rendus p. 16-22.

MILLET (Avignon)— Traitement chirurgical des phlegmons périamygdaliens antéro-supérieurs. (R. Annales des Maladies de l'Oreille, etc. 1929. p. 751.)

MOULONGUET (André)— El flemon peri amigdalino. Su tratamiento debe ser médico o quirúrgico? (R. Le Monde Médical, 15 Julio, 1928. p. 618.)

MOURE.— Des abcès périamygdaliens inférieurs. (Revue de Laryngologie etc. 15 Juin, 1926. — R. Annales des Maladies de l'Oreille. 1927. p. 1075.)

MORITZ (Schmidt)— Citado por Henke.

MÜLLER.— Citado por Hussein.

NAGEL.— Citado por Fato.

NAVRATIL.— Citado por Henke.

NEWCOMB.— Citado por Caboche y por Henke.

NETTER Y RAILLET.— Citados por Moulonguet.

OSOGOE.— Citado por Klotz.

PALUMBO (Vincenzo)— Síndrome paralizante asociada degli ultimi quattro nervi cranici consecutiva a nevrite da flemmone peritonsillare. (Archivio Italiano di Otologia R. I. Octubre, 1924. p. 320.)

PANAS.— Citado por Hussein.

PANZER.— Perforación de la faringe por absceso periamigdalino. (Intervención en la Sociedad Vienesa de Laringología. 10, Enero. 1928. - R. Revista Española y Americana 1929. p. 125.)

PEREGRINA (E. M.)— Tratamiento abortivo de la periamigdalitis flemmosa con la inyección "in situ" e intravenosa de electroargol. (R. Anales de los Laboratorios Clin. Octubre 1934. p. 21.)

PERIER ET MOULONGUET.— Traitement abortif des phlegmons periamygdaliens. (Soc. de Laryng. des Hôp. de Paris. - R. Annales des Maladies etc. 1927. p. 528.)

PLANDÉ— Citado por Martuscelli.

POLLAK (Richard).— Meningo Encephalitis, Pachymeningitis der mittleren Schadelgrube, Thrombose der Vena jugularis interna und des Sinus cavernosus nach eitriger Peritonsillitis. (Wiener Medizinische Wochenschrift.)
1926 pag 328

POLYAK, Van STERSON y GAUDIN.— Citados por Henke.

PORTMANN(G) et LEDUC (P)— L'Anesthésie loco-régionale en Oto-Rhino-Laryngologie et en Chirurgie-Cervico-faciale. Paris 1928. p. 231.

PORTMANN(G) et LAPOUGE (Jean)— L'Amigdalectomie totale. (Monographies Oto-rhino-laryngologiques Internationales. n° 20. p. 43.)

PORAS (Josef)— A propos des indications et de la technique de la amygdalectomie. (Zeitschrift. für Laryngologie, etc., vol. XVIII, p. 82-88, 1929. — R. Annales, etc. 1931. p. 236. n° 2.)

RAMADIER ET OMBREDANNE.— Septicémie et abcès du cerveau au cours d'une periamygdalite phlegmoneuse. (R. Annales des Maladies de l'Oreille. 1929. p. 252.)

RAILLET.— Citado por Meulounguet.

RATEAU.— Le pseudo-abcès fluxionnaire du voile du palais. (R. Revue de Laryngologie. 15-30. Sepbre. 1928.) pag 543

RAYE.— Citado por Fraenkel.

REBATTU ET CHARACHON.— Etude bacteriologique du parenchyme amygdalien apres amygdalectomie. 1931. p. 16. Revue de Laryngologie.

RUTTIN.— Citado por Edel.

REITER.— Citado por Levinger.

RETROUVEY (Henri)— Les accidents de ^{la dent de} sagesse. (Revue de Laryngologie, etc. 1930. p. 269.)

RICHARDS (George, L.)— Report of a case of Phlegmon Starting As A Peritonsillar Abscess And extending downward as far as the second ring of the trachea. (R. American Laryngological Association. 1913.)

RICHTER.— Citado por Menzel.

RINGER.— Citado por Henke.

ROBERT.— ^{RENDU} Abcés périamygdalien ouvert dans le conduit auditif externe. (R. Les Annales d'oto-laryngologie n° 3. p. 348.) 1934

ROCH (Genf)— Über einen Fall von peritonsillären Abcés mit Durchbruch in den äußeren Gehörgang. (Zentralblatt für Hals-Nasen-Und Ohrenheilkunde. 10 Januar, 1928. p. 541.

ROGER BERTHOIN.— Ouverture spontanée d'un abcés péri-amyg-

dalien dans le conduit auditif externe. (R. Les Annales d'Oto-Laryngologie. 1932. n° 4. p. 445.)

ROSENBERG.— Citado por Henke.

RUAUT.— Citado por Henke y por Laurens (R).

ROLDAN VERGÉS (Carlos) — Sobre un caso de flemón peri-amigdalino séptico doble con gangrena de las amígdalas. (Semana Médica de Buenos Aires. 8 Septiembre. 1927. p. 625)

SALVADORI (Giuseppe)— Sobre un caso di ascesso peri-tracheo-laringeo e picartrosi crico-aritnoidea consecutivi ad ascesso peritonsillare. (R. Archivio Italiano di Otolgia R. e L. 1928. p. 166.)

SANI JAVER.— Amygdalectomie a chaud. (R. Revue de Laryng. 1934. n° 7. p. 907.)

SADOWSKI (N) Tel-Aviv (Palestina.)— Arrosionsblutungen bei peritonsillären Abszessen. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1932, Juni. p. 731.)

SCHLITTLER (E) Bâle.— Au sujet du traitement de la pyémie post-angineuse. — Réunion de la S. Suisse de O.R.L. 30-May et 1° Juin. 1928. — (R. Annales des Maladies de l'Oreille. 1929. p. 768.)

SCHMIDT.— Citado por Henke.

SCHMIEGELOW (E) = Ueber Complicationen bei der Angina phlegmonosa. (Verhandlungen des dänischen oto-laryngologischen Vereins) Sitzung von 24 November, 1900. - Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für Kehlkopf, Nasen-Rachen-Jahrg-Krankheiten. - Berlin. December. 1900. n.º 12. p. 475.

SEGARD (M) y SIGUERET (G) = Punción exploradora en los flemones periamigdalinos. (El Hospital de Paris. Junio, 1933. p. 126.)

SERGER. = Contribution a l'étude des hémorragies consécutives aux abcès péri-tonsillaires. (Monatssch. f. Ohrenheilk., t. LXII. n.º 6. - R. Annales des Maladies de l'oreille. 1929. p. 982 y Le Monde Medical Novedades 1929. 1-75. Abril, 1930. p. 460.)

SKOOG (Torsten) = Sur les hémorragies spontanées dans les régions amygdaliennes. (R. Annales des Maladies d'Oto-Laryngologie. Nov. p. 1382. Año 1933.)

SIMEONI. = Citado por Martuscelli.

SOCIEDAD VINESA DE LARINGO-RINOLOGIA. = Absceso periamigdalino, trombosis de la yugular, muerte. (Sesión 4-12-1928.)

SONNENSCHN (BERNARD) = Die abortive Behandlung der Peritonsillarabszesse mit Omnadin. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Junner, 1928. p. 81.)

SODERBERG.— Citado por Klotz.

SIECHER.— Citado por Erdelyi.

STEINMANN. (K.B.)— Des métatonsillites. (R. Annales des Maladies de l'Oreille. 1928. p. 841.)

STOUFY.— Citado por Schmiegelow.

STUMPF.— Citado por Edel.

TAPTAS.— L'Amygdalectomie dans les phlegmons périllonsillaires. (Annales des Maladies, etc. 1929. p. 1093.)

TAPTAS (N)— Quelques nouveaux cas de pyohémie post-angineuse. (R. Les Annales d'Oto-Laryngologie. 1934. n° 7 p. 702.)

TAPTAS (N)— Presse Médicale, 1932. n° 22. p. 414.— " A Propos de la Pyhémie post angineuse. L'Enucleation des amygdales au cours del'abcés peritonsillaire et des inflammations amygdaliennes aigues."

TATO. (J.M.)— El tratamiento de los flemones y abscesos peri-amigdalinos por la amigdalectomia como método de elección. Revista Española y Americana de Laryngologia 1933. n° 5. p. 211.

TANSE (H. Bell)— Serious hemorrhage from an acutely inflamed right tonsil, arrested by ligature of the right external carotid artery. (The Journal of Laryng and Otol. April, 1929. V. 44. p. 257-258. n° 4.)

TERRACOL (J) — Le siège anatomique etc. (R. Les Annales des Maladies de l'Oreille. 1929.)

THEOBALT (E) y MOLINE (E)— L'Association antiviral Bacteriosphage dans le traitement des infections du rhino-pharynx. (R. La Presse Médicale. 26 Sep. 1931. p. 1417)

THORNVAL.— Citado por Canuyt.

TOLLENS.— Citado por Hussein.

TOLLET.— Två fall av aneurysma spurium beroende på erosion av carotis interna. (R. Finska Läkaresällskapet's Handlingar. April, 1930. p. 305-314.)

TIESEN.— Citado por Greenfield.

TRIBOULET.— Citado por Moulouquet.

TREITEL.— Citado por Henke.

TRUFFERT (P)— Les supurations peripharyngiennes. Etude technique et thérapeutique. (R. Monographie O.R.L. Internationale, n° 15.)

TROUSSEAU.— Citado por Moulenguet.

TZETZU (I) -D.BORS.— Considérations sur les phlegmons du pharynx chez l'adulte. (R. Revue de Laryngologie. 1932. p.1258.)

UFFENORDE et FERRERI.— La septicémie de' origine pharyngée (Premier Congrès Copenhague.— R. Revue de Laryngologie. 1928.p.656.)

VALDENESBACHE.— Citado por Canuyt.

VERNEUIL.— Citado por Laurens (R)

VERGELY.— Citado por Aubriol y por Schmiegelow.

VIALLE.— A propos d'une communication récente de M. Duthel list de Lamothe sur le traitement chirurgical des abcès péripharyngés d'accès difficile: Anesthésia general ou local? (R. Les Annales des Maladies de l'oreille. 1929.p.241-245.)

VIALLE (J)— Quel est le procédé de choix pour évacuer les collections suppurées periamygdaliennes? (R. Presse Med. 19-XII-1925.)

VIALLE (J)— Amygdalite aiguë palatine intravelique ayant simulé un phlegmon periamygdalien a forme abortive. (R. Presse Medc. 19-XII-1925.)

- VIELLA.— ²En capsule amygdaliennne. Etude embryologique, histologique, anatomique et chirurgicale. (R. Les Annales des Maladies de l'Oreille. Junio 1926. p. 543.)
- VIELLA.— L'anatomie chirurgicale de l'amygdale palatine et de sa loge. (R. Annales des Maladies, etc. 1931. n° 11.)
- VIELLA-ASCAT.— Recherches anatomiques sur les con^mexions de l'espace prestylien etc. (R. Annales de Oto-Laryngologie. 1931. n° 2. p. 139.)
- VIRGILI (UGO)— Sui rapporti tra infiam^mazione della regione tonsillare ed eruzione del terzo molare inferiore. (R. Bollettino delle Malattie dell'Orecchio, etc. Dicembre 1928. p. 133.)
- VOGEL (Claus)— Infection ascendante de l'endocrâne dans les phlegmons amygdale-pharyngiens. (Zeitschrift für Hals-Nasen u. Ohrenheilkunde. Vol 33. n° 1. 12 Avril, 1933.— R. Revue de Laryngologie. 1934. n° 6. p. 794.)
- VOSS (O)— Pyémie après angine. (R. Les Annales d'Oto-Laryngologie. 1931. n° 9. p. XI.)
- WALDAPFER.— Nouvelle contribution à la pathogénèse de la pyémie post-angineuse. (Z. Hals. Sw. Heilk., n° 4.—R. Les Annales d'Oto-Laryngologie, 1931. p. 492.)
- WATSON.— Citado por Hussein.

WEIDMANN(I)— Absceso crónico de la fosa faringo maxilar, de evolución larga. (The Laryngoscope. Agosto, 1930. R. Revista Española y Americana de Laryngología. 1932. n.º 3. p. 137.)

WESSELY— Complicaciones graves de la angina (Klinische W. 1930. n.º 25. — R. Revista de Información Terapéutica. Octubre. 1930. n.º 10. p. 117.)

WESSELY (E)— Endokranielle Komplikationen der Periton-sillitis. (Monatsschrift für Ohr. und Laryng. Rhin. April, 1925. p. 503-509.)

WERGELY — Citado por Scmiegelow.

WILSON.— Citado por Henke.

WIRTH.— La tonsillectomie dans l'amygdalite aigüe et la septicémie angineuse. (Münchener Medizinische Wochenschrift. Munich. 1932. — R. Les Annales etc. 1932. n.º 10.)
pag. XIV

WINSLOW (J.R.)— Intervención durante el caso de Richards.

WOODSON Y WYLIE.— Citados por Greenfield.

WOLMAT (Besancon)— Phlegmon périamygdalien hémorragique. Ligature de la carotide externe. Arrêt de l'hémorragie. Mort por septicémie 48 heures après. (R. Revue de Laryngologie. etc. 15 Mars. 1928. R. Annales 1927. p. 1075.)

- NORMES, et RATEAU.— L'aspiration en C.R.L. (R. Annales etc. 1932, n° 8. p.931.)
- WYLLIE.— Citado por Greenfield.
- ZANGE.— La pneumie post-angineuse. (Zeitsch. f. Hals, Nasen, etc., t. XVII, n° 2.— R. Annales des Maladies de l'Oreille, 1927. p.1259-1261.)