

42-1

~~Dr. Juncos~~

B1-2A-nº15

Contribución

Dr. Oliva

Estudio de las amigdalitis crónicas

nº 1556

Tesis desarrollada y sustentada en el ejercicio de doctorado

por

Enrique Moreno Melgar

Licenciado en Medicina y Cirugía

(por oposición)

Madrid

1908

no. 2429

(1556)

Como señor

Señores:



Habiendo observado durante el internado en la clínica oto-rino-laringológica de la facultad de Medicina de Granada algunos detalles que racionalmente interpretados difieren de las ideas emitidas por Dieulafoy acerca de la naturaleza de las amigdalitis crónicas, que según él representan en realidad como una forma localizada de tuberculosis, decidimos emprender una serie de trabajos experimentales que nos llevaron a

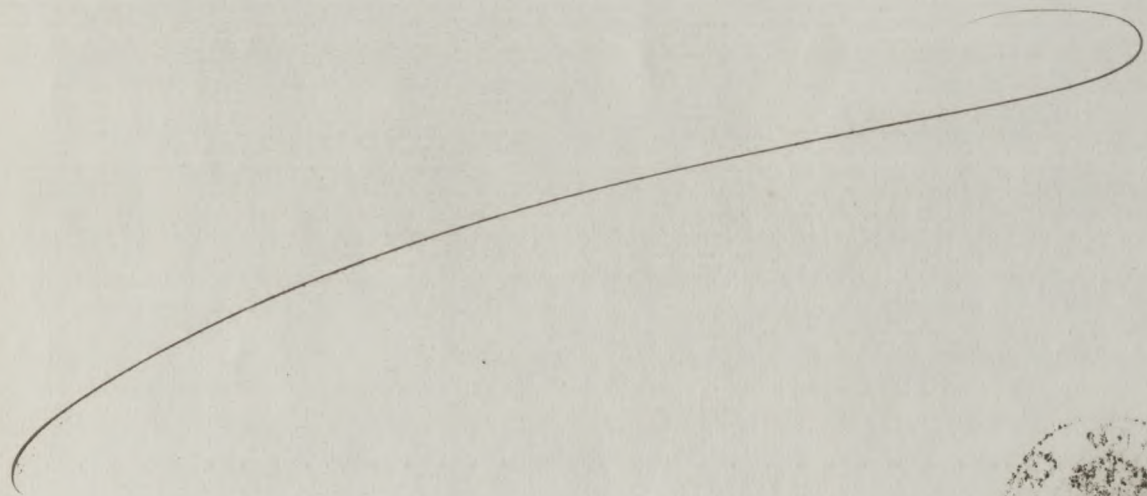


conocimiento de dicho estudio.

Estos trabajos realizados gracias a la  
bondad de los Dr. Fouy y Aimer, que nos  
han facilitado el material a estudio, han  
dado resultados muy distintos a los del esta-  
do clínico francés sin que por eso tenga-  
mos la pretensión de decir la última  
palabra sobre el paratuberculosis.

Como el estudio o este ape-  
civí pudiera ser motivo de un trabajo más  
extenso del conocimiento a una tesis doc-  
toral solo nos entendemos en aquellos

puntos en que heuo podido formar juicio  
propio en el escaso número de observaciones  
efectuadas.

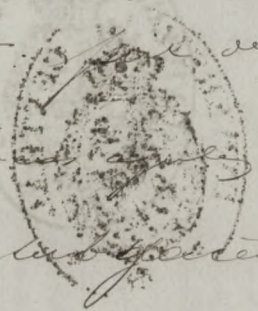




4

# Antonomatología grac.

En presencia de un sujeto afecto de amigdalitis hipertrofica, cuando el volumen de las amígdalas sea considerable, el aspecto característico del paciente nos pone en camino de diagnóstico, cuando antes de reconocer el estado de las fauces.

Este aspecto es el que se conoce con el nombre de facies adenoides, que se caracteriza por los rasgos siguientes:  1.º En el vórtice palatino y surcadas por líneas azules que siguen el trayecto de las venas sublinguales;

5

may aplastada en la raíz, dando por consecuencia  
edematosa y dió una sensación de fatiga; los  
labios, el superior grueso y retraído hacia atrás,  
promue en el inferior, retraído también, en sen-  
tido contrario, una abertura elíptica, a través  
de la cual son perceptibles los dientes que, en  
ordinario, son están desiguales y acortados; el  
Maxilar superior parece atropinado, y el inferior  
es prominente. Si a todo lo que antecede se  
añade la torpeza en su audición, se nos  
obliga a repetir cuando se habla, y fijar  
debe más, en lo que tienen a suplir la





6  
diferencia a aquella, nos da completa la fase  
que describimos y que, como puede notarse, presen-  
ta muchas semejanzas en la de un cordón.

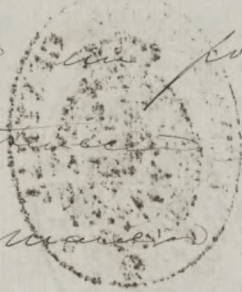
La exploración de las primeras vías respi-  
ratorias y digestivas nos ofrecen los datos que apre-  
tamos a continuación: por vasos, músculos y desigues-  
tes, efectos de la rinitis hipertrofica y desviación  
del tabique que, con una manera constante,  
se encuentran en los adenoides; bóvedas palatinas  
estrechadas transversalmente y de forma oval; las  
amígdalas traspasan el nivel de los pilares y  
a veces llegan a contactar por sus caras inter-





lipos, multilobuladas o nada más que granulosas,  
al fin que en otros se aprecia perfectamente lis.  
e igual.

En la expresión exterior y re-  
laciones en las pelonas y fosas amigdalinas vive  
Escat en tres las formas de amígdalas hipertrofiadas.  
Forma poliposa; forma sésil y forma encapsulada  
o enguñada.

El primer grupo, como se nombra in-  
dica enagora las formas de hipertrofia en  
que las amígdalas toman la forma de  polipo,  
o la segunda denominación pertenece a las  
amígdalas hipertrofiadas de una manera que  
las que descausan solo un budo aneal

pero sin estar adheridos a los pilares. Al tener <sup>9</sup>  
grupo corresponden los que, desmenuados en la mi-  
ma forma que los anteriores, se encuentran adhe-  
ridos y como enquistados entre los pilares a la  
bóveda palatina. Por la palpación digital muy adque-  
nada en estos casos, que no afectan en gran  
modo, para el tratamiento ulterior, y sobre todo,  
adquiriendo la voz en su orga y movilidad,  
mayor o menor. Los tractos funcionales que se  
terminan corresponden a la intensidad y actividad  
y volumen de poder mover local.

La disfagia, primer paso en



10

La hiperotropía de los ángulos se sentirá cuando sobreviene una agudización de la curvatura.

Las alteraciones ante respiración (depués, A. S., etapas de asma amigdalina, & &) comprenden más bien a las complicaciones de las amigdalitis, en el Capitulo Compendiente. Estas son entendidas principalmente en las alteraciones de aliento, ruidos y quistes.

Al interrogar siempre me he dado cuenta que los padecidos en frecuencia anginas entorpecidas y a veces surdidad de oídos. Con lo cual me he dado cuenta en pocas palabras, bosquejadas el cuadro clínico de la afección que nos ocupa, y pasando al estudio de su mecanismo, causas y complicaciones.

De interés bien reciente al hacer experimentos  
 los síntomas, la deformación del tronco, acompa-  
 ñadas o no de desviación de la columna vertebral  
 consideradas por muchos autores como dependientes de  
 la constante dificultad respiratoria en los enfermos que  
 tienen un desarrollo considerable de tejidos adenoides  
 en la boca y faringe y que nosotros vemos en  
 muchas al rágidos que pueden ser en constante  
 con la enfermedad que estudiamos.





## Tratamiento Patológico

Antes de exponer los cambios estructurales que sufren al hipertrofiarse las amígdalas palatinas, sería del caso dar una idea de la estructura normal de estos órganos; pero en honor a la brevedad y temiendo en cuenta lo elemental de este capítulo en sus comienzos, creemos sea innecesaria esta descripción; pasarán, pues, desde luego, a la exposición de las alteraciones anatómicas-patológicas, por ser estas observadas, en cortes cuyos micro-fotografías acompañan a esta memoria.

Al estudiar la estructura se pueden hacer en los <sup>10</sup>  
dos fondos de embrionaria y fibrosa, uno como este  
es continuación de aquél, estudiaremos primero  
la embrionaria y luego, siguiendo el proceso, la  
fibrosa. La rama por diferencias presenta en  
la que vemos a estos órganos en su estado nor-  
mal. Durante la primera fase, o embrionaria, se  
nota en los distintos capas que epitelio parimen-  
tra estratificado que se cubre que algunas cé-  
lulas bien surtidas una densa de vacuolas. El  
devenir sucesivo, en esta misma fase se encuentra  
en un gran predominio de células embriona-



rias que impeltran sus muslos, en cambio el <sup>14</sup>  
número de fibras conjuntivas se encuentran notable-  
mente disminuidos. En las partes esclerosa, por el  
contrario, el número de fibras aumenta a expen-  
sa de las células, formando un estrato subepi-  
telial muy compacto. Por lo demás algunas mo-  
dificaciones dignas de mención que he podido  
observar en el fondo de los cuartos son: el disre-  
gular juntamente con el pericigrama, por aque-  
ciarse en las partes en el centro de éste.

En el tegido propio son tantas y tan  
manifiestas las alteraciones producidas que, a  
menudo entiendo, en vez de hipertrofia he que

15

hace es ser sustituido, en su totalidad por un  
tejido de nueva formación: en efecto, en los casos más  
microscópicos, cuando la lesión no es de fecha muy  
antigua y por consiguiente se encuentran en la  
parte embrionaria, (forma adherida a los ante-  
res) apenas se observa otra clase de elementos q.  
células embrionarias más o menos deprimidas, efecto  
de la compresión que mutuamente ejercen unas  
sobre otras, la que solo ellas realizan los fact-  
cículos de tejido conjuntivo por gran parte agri-  
sonado. Estas células embrionarias que son pro-  
ducta de inflamación supurativa han adqui-  
rido vida propia e invadidas el órgano le han



hecho desaparecer su detalles estructurales, incluso los  
más característicos tales son folículos linfáticos.

En los segmentos que todavía presentan las  
células linfoides, propias del órgano, están adhe-  
ridos a las trabéculas de tal modo que por  
la acción del pincel, pasando por su superficie,  
no llegan a desprenderse.

En el examen de esta zona a tejido  
inflamatorio no es raro encontrar cavidades re-  
vertidas de elementos epiteliales y células, las  
mayor parte o ellas, en detritus celulares. Es-  
tas cavidades son evidenciadas por Köhler,  
His como cavidades cerradas, mientras que Quetner

crece que son cavidades dependientes de las criptas. 17

El hecho por nosotros observado de encontrarse, en algunas ocasiones, estas cavidades rellenas de módulos epiteliales, contenidos por células apiladas y en un todo semejantes a los globos del riñon humano que aparecen en los tumores cancerosos, hace creer que estas cavidades son dependientes de las criptas las cuales, efecto de las frecuentes inflamaciones que han sufrido, han llegado a perder su epitelio en un punto determinado por el que se han soldado las paredes dejando un espacio al fondo de las criptas con la superficie y no



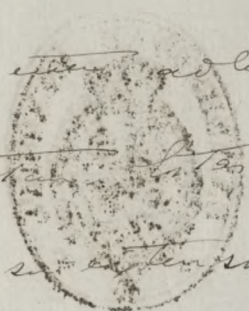


18

podrían eliminarse los celos epiteliales que  
constantemente se descomponen y los productos de se-  
creción de las glándulas mucosas tienen que  
conglomerarse, en su interior, tomando el aspec-  
to, antes mencionado: de otro modo únicamente se  
podrían considerar estos coágulos y globos epide-  
micos como elementos de nueva formación, los  
cuales, si así fueran, encontrándose en un medio  
adecuado, tenderían a la proliferación y gene-  
ralización, dando lugar, por consiguiente, a un  
tumor maligno de naturaleza epitelial, una  
que está en pugna con la clínica, en la

que es muy raro encontrar neoplastias de este modo  
tumorales implantadas en el tejido que nos ocupa.

Las traslocaciones conjuntas que en-  
tendemos el organismo son tejidos adenoide nor-  
mal, parecen en este caso como si hubieran sufrido  
un trabajo de reabsorción que en realidad no  
existe. Lo que ocurre es que cuando aun  
existen las células linfoides, éstas que están cu-  
mentadas de volumen y en el núcleo degenera-  
das, se encuentran intensamente adheridas,  
a' las mallas, -' las cuales, cuando éstas, no  
raro veces cubrense, entoda su extensión por  
células embrionarias de nucleos voluminosos que





dan un aspecto peculiar a la preparación, en la que aparece el fondo rosa del protoplasma de los cilios limpios, circundado por un anillo de color rojo subido, constituido por los cilios embrionarios antes citados. (Consta en el examen y ácido picro).

Los detalles expuestos anteriormente concuerdan a la perfección que estudiando cuando se han sido hipertrofiados en fectos recientes, pero cuando se son de fectos más remota se encuentran referencias que nos demuestran, como se puede ver en la forma embrionaria de la fibra.



Las primeras modificaciones las halla

21  
muy en los centros embrionarios más próximos  
de la zona profunda, los que, por el mecanismo ordi-  
nario de la génesis de tejidos fibrosos, se van alen-  
gando paulatinamente hasta quedar convertidos  
en fibras. (+)

Los vasos de otra orden se encuentran en los  
arterias. Al rededor de ellos vemos formando un  
concentrico un tejido compacto que cuando adq-  
uieren gran diámetro, observados al microscopio, re-  
cuerda la estructura de los fibrosos arteriales que  
en su centro se hallan canalizados por fusión

---

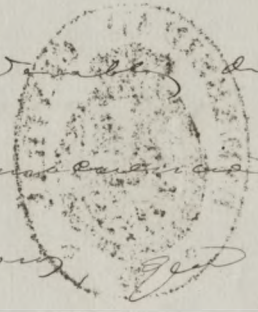
(+) Se detallamos el proceso por considerarlo fuera de lugar,  
dada la elemental de su conocimiento.



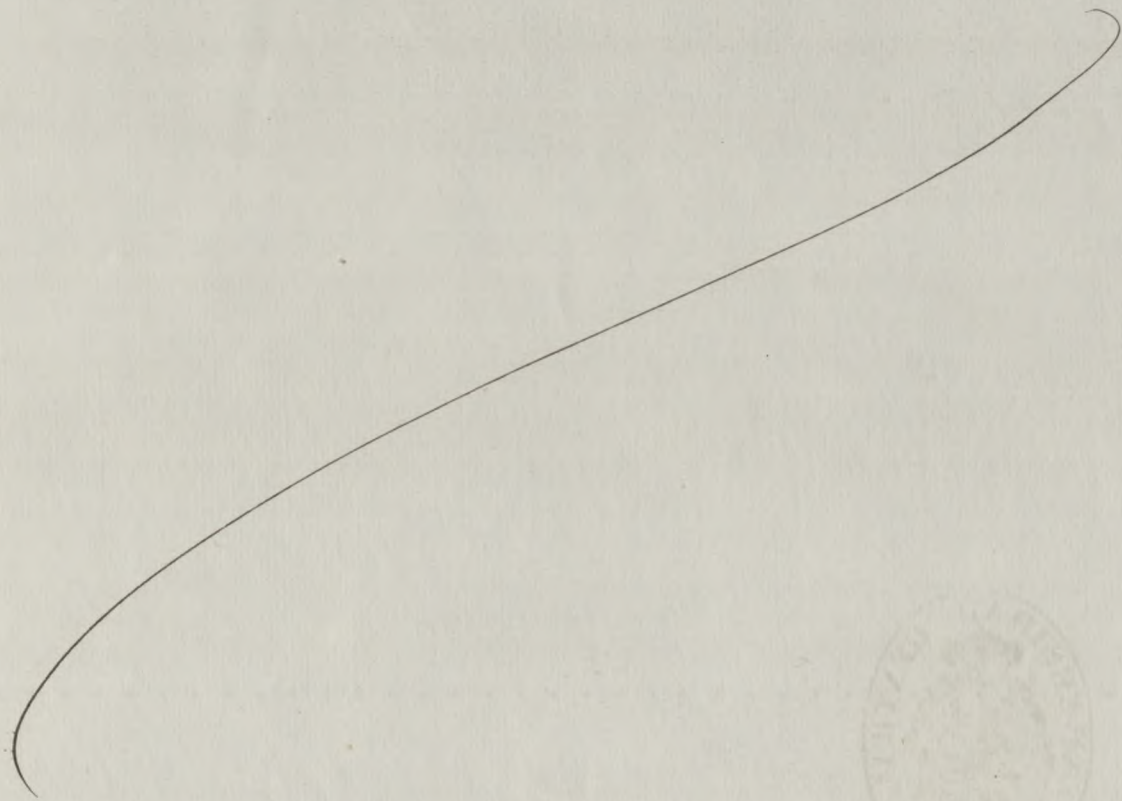
en su núcleo, correspondiendo este conducto a la ley  
del vaso que le sirve de centro.

No son estos los únicos orígenes del  
tejido conjuntivo <sup>(por)</sup> allí donde existe una célula  
embrionaria, sufriendo los transformaciones consi-  
cuidas de lugar a su aparición. En el desarrollo un-  
ico también se nota este aumento de tejido  
duro, por transformación de las células que infil-  
tran sus mallas.

El aumento consiguiente de estos  
elementos fibrosos trae consigo necesariamente la  
disminución del calibre de los vasos, que quedan  
boqueabiertos en los cortes, y la disminución de los



vitalidad del órgano por la aspiración esentativa 23





24

# Etiología.

Entre las causas que pueden ocasionar la hipertrofia de las amígdalas una de ellas es la herencia, e' la que se atribuye por un buen número de tratadistas un papel, e' un rol, entre otros exagerado, pues no falta quien la crea causa única, haciendo con ocasión de la infección.

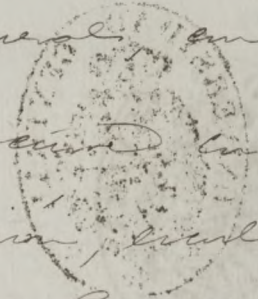
La acción de los agentes microbianos desarrollándose en terrenos abonados para su





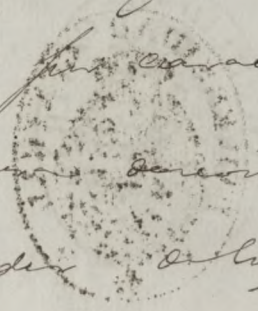
mayor a sentir congestiones periódicas en dicha  
 región <sup>o</sup> terminan <sup>o</sup> a <sup>o</sup> menos surge frecuentemente por pro-  
 ducir una inflamación crónica de los órganos  
 linfoides a esto anterior

Segunda, el herpes, si bien es muy  
 frecuente, pero perfectamente probado, se repre-  
 senta una amígdala palatina inde-  
 pendentemente a los demás, efecto de una  
 infección local o de una general en una  
 infección faríngea, que ocasiona la  
 angina flegmonosa, torácica, pustulosa,  
 coqueluche, fiebre tifoidea & C.



Zucero, cuando de una amigdalita le estropea  
 solo una pequeña porción el resto del órgano  
 tiende a seguir aumentados de volumen al  
 contrario de lo que sucede cuando la es-  
 trofección es bastante extensa en que la ten-  
 dencia es a la regresión fibrosa, debida a que  
 han destruido o disminuido en gran parte los  
 puntos de la infección.

Oparte de una, he estado viendo que si-  
 ber no son todos los compuestos - pero cuando  
 de detalles importantes - que pueden ser  
 defecto que un cura no depende de ellos





que aparecen como autores o elus, parecen  
 favorables una idea de lo frecuente de esta  
 especie en personas de alguna edad, supo-  
 niendo que de las tres divisiones hechas en  
 ellos, atendidas la edad, se pueda conside-  
 rar que en muchos de los sujetos operados  
 en la edad de 15 a 20 años, en todos los  
 que se fueron operados a los 30, la aparición  
 de la enfermedad fue posterior a la primera  
 infancia, pero de otro modo se debe suponer  
 cosa hubiera deficiente los órganos, en  
 la recepción fetal o que hemos llamado







Las meningiomas de los huesos parietales en  
meningioleptomas sin entorjamiento alguno —

Estadística del D. Toros.

(De la escuela práctica de especimenfones)

Hipertrofia meningioleptomatosa	_____	7 casos	
Menos 15 años	_____	46	} 38 hombres y 37 mujeres
de 15 a 30	_____	19	
de más de 30	_____	10	

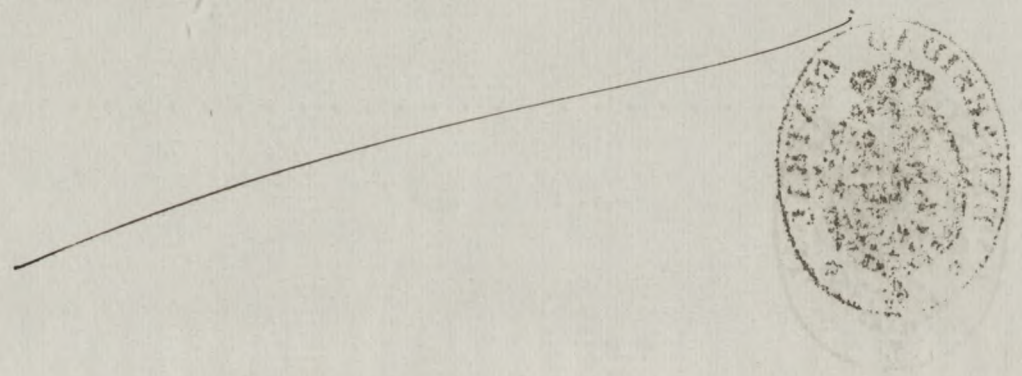
De estos 7 acompañados de vegetaciones adenosas y  
7 en que fue bilateral la hipertrofia



Estadística del Instituto Politécnico  
 (Dispersión de ojos, nariz y garganta)

Hipertrófia de amígdalas palatinas	_____	88 cas	
Menores de 15 años	_____	46	} 49 hombres y 43 mujeres
Mayores de 15 hasta 30	_____	33	
Ida de 30	_____	9	

Hay vegetaciones en tres casos. En uno de hipertrófia  
 era unilateral.





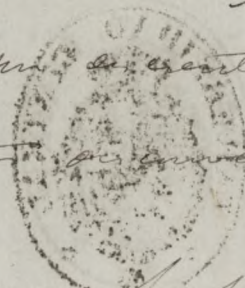
Si estadística puede llamarse a los 22 casos  
por ciertos observados, damos los datos siguientes

La fecha de aparición ha sido después  
de los 14 años en 4 sujetos; de los 3 a los 14 en 7;  
en 5 casos afirman los pacientes (o los parientes que  
los acompañaban) ser de nacimiento, en 6 casos no  
se pudo averiguar la fecha de aparición.

Investigados los antecedentes heredita-  
rios de estos enfermos resultan hechos de ellos 13:

2 en antecedentes sospechosos; 4 son de cretinos o  
judíos autóctonos; 1 de antecedentes parientes  
y 2 hijos de tuberculosos.

Entre los casos probably

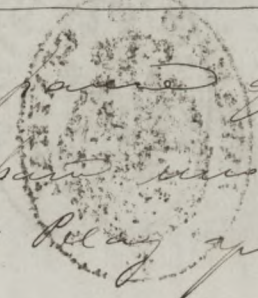


deducidos del interrogatorio señalamos los siguientes;  
 1.º los casos atribuibles al Sarampión; 2.º la amigdalitis flegmonosa; 3.º la difteria; 4.º anguitas periódicas concurrentes con la menstruación; 5.º la escarlatina, 11 de causas desconocidas.

Entre estos 11 tres poseen antecedentes de recidiva y en tres fue unilateral.

*De los veintidós casos diez fueron varones y doce hembras.*

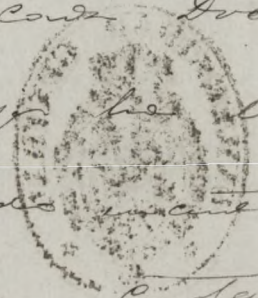
De la lectura de las antecedentes de dichos casos se deduce que la edad más propicia para esta afección es antes de los 14 años. En cuanto al sexo no parece que exista predilección marcada por uno u otro, por si ven en la en D. Peláez parte






Estable fondo visio para el masculino, lo accion  
para casualidad por un hallare en firmados  
en las demas ataditicos.

En oposicion a la teoria hereditaria se halla la infeccion, como queda  
indicada, se supone que la amigdalitis hiper-  
trofica es producto de la constante accion de los  
gérmenes desmenuados en el espacio de parangina  
una glandula, atribuyéndole como doctor  
Mun importancia a los que mejor se esta-  
diado o a los que se acide encontrar  
de una manera más o menos constante



Fal he ha sucedido a' Dientafog en el vacio de  
lo. tuberculosis

Hasta 1880 se habia tratado a  
los anormalos hipertropes producidos por  
el pneumococo estreptococo antituberculo b. b.  
no habiendo esquizocitos de los que ordinariamente  
se encuentran en la cavidad bucal  
a' quien no se haya atribuido, mas o menos  
fundadamente, la produccion de dicha afeccion;  
pero quien mas ha trabajado en tal sentido  
fue el Sr. Dr. en Saund en la  de  
la facultad de Medicina en la ~~ciudad~~ francesa



Quien valiéndose de trozos a toneladas recién  
 estropeadas practicaba una encuesta en cajillas  
 de Indio que dieron por resultados la infec-  
 ción tuberculosa generalizada en 8 casos de las 60  
 inscripciones por el llevadas a cabo. Esto equi-  
 vale a suponer que el 13% de estos hipertrofos  
 son de origen tuberculoso

Estos resultados dan origen a una  
 nueva teoría que se repite en climas desahollé  
 en dos meroving presentados a la facultad de  
 Medicina de París en la fecha anotada. (1887) (+)

---

(+) De esta teoría nos ocuparemos de nuevo  
 al tratar esta patogenia

A fin de comprender este asunto decidimos em-  
pezar una serie de trabajos experimentales  
que nos permitieran formarnos juicio propio sobre  
este extremo.

Como el número de agentes infecciosos  
que habitan la superficie mucosa oral, acuñ.  
dolos, es tan variado y considerable, de aquí que  
en tales experimentos hayamos intentado, al  
poco en éxito, el modo de no contaminar  
el tejido objeto de estudio en <sup>de ella</sup> ~~de ella~~ <sup>ge-  
nero</sup>, de la superficie. Para ~~lograr~~ <sup>lograr</sup> la  
técnica seguida ha sido la siguiente. Des-





pues es lavado repetidas veces en agua atemperada.  
 Los trozos de amígdala, estirpados, se hacen  
 un ojo subcutáneo en el dorso de la cobjaya  
 previo el rasurado y la desinfección <sup>de la región</sup> en que han  
 efectuado la incisión, desprendemos en el bi-  
 torni una laminita a la superficie profunda  
 del trozo objeto de la investigación, hecho  
 esto amarramos el tejido de la amígdala, que es-  
 trapanamos en forma embudo, es muy poco  
 coherente, lo desgranamos en los <sup>quedados</sup>, porque  
 de emplear un instrumento <sup>en tanto</sup>, no esta-  
 ríamos libre de perforar alguna envoltura que

end es saber, son muy raras, estan en gran  
 numero y muchas de ellas llegan a la corte  
 profunda. De manera que por lo comun todos  
 los resultados obtenidos se dan iguales, en tanto  
 que al desgarrarlos en los dedos, como los  
 cuartos estan revestidos de membranas que a su  
 vez tienen un derivio fibroso muy resistente  
 en relacion al resto de tejidos, en se disla-  
 cerase mientras que el otro permanece firme  
 y sustando completamente la superficie externa de  
 la cavidad septica, en cuyo caso en esta  
 confianza podemos tener una panacea a





de tejido en la punta de unas tijeras, llevado  
 al gel subcutáneo practicado previamente, es-  
 guros se no introducir en la parte en mencio-  
 nado. Ningun agente microbiano que pueda  
 aduherar a resultados en problemas

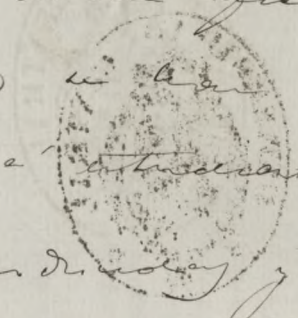
Eni falta en modo a estos  
 precauciones, hemos realizado 22 inoculaciones en  
 troys de amigdalos extraidos a otros tantos  
 enfermos que son los niños cuyos nombres cli-  
 nicos aparecen al final de esta memoria.



Todas estas inoculaciones dieron  
 resultados negativos, al paso que, segun las

afirmaciones de tantos otros, etapas clinico francas  
 de otros años, haber obtenidas por lo menos, en casos de  
 infección tuberculosa, aun se centados uno en  
 que murio el animal a las pocas horas de  
 la inoculación por causas agudas a esta.

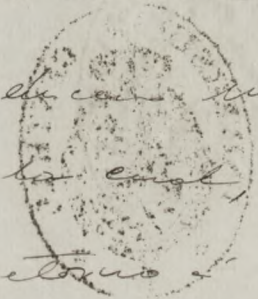
De otros gérmenes, ya citados,  
 estreptococo, estafilococo, colibacilo D. no se cono-  
 ce todavía de una manera fija el papel que  
 les corresponde en la etiología de esta infección  
 y en tanto estudiando acerca de ellos se han hecho  
 muchas ideas dirigidas más bien a establecer in-  
 fecciones generalizadas por ellos por el medio y tener



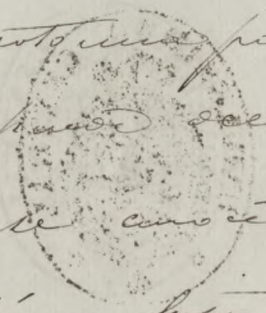


de como fueran de entrada el tegido adensado  
buen - fangos.

Los muestra espirin en este asunto  
interior meos experimentos no patentizan lo en-  
tramo que las incursiones repetidas en los gi-  
menes que anidan en la superficie de los cui-  
dotes, hacia el espesor de ellos, obrando en su-  
getos, en su mayoria predisponentes por la herencia,  
provocan ya por si solos, ya por la accion irri-  
tante de los toxicos que producen una  
inflamacion aguda, terminada la cual, la  
atencion que ignora el el retorno a su  
normal estado: mas si estas inflamaciones



se repiten en algunas frecuencias, las alteracio-  
 nes se hacen permanentes, quizá porque el es-  
 crivo número de leucositos ~~esto~~ estrabados  
 adquieren caract. e independencia y siguen de-  
 sarrollándose no ya solo entre las mallas de tejido  
 conjuntivo sino que tambien invaden todos los  
 intersticios de parenquima hasta el punto  
 de dar el aspecto completamente distinto, como  
 hemos indicado al tratar a las metástasis pato-  
 lógicas. Cuando esto ocurre se puede decir  
 que esta constituida lo que se conoce  
 de ordinario con la denominación o hipertrofia  
 purgadora, que a cierta punto alcanza

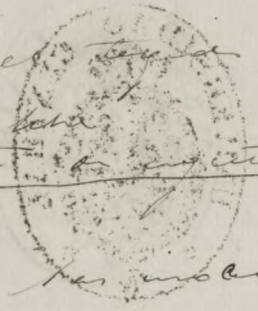




sustituirse por el en amigdalitis crónica, pero  
 usado purgativo, realmente, lo que ocurre es  
 es una verdadera hipertrofia (si como tal  
 se entiende el aumento en el volumen de  
 los elementos que constituyen un tejido, pero  
 sin formación de elementos nuevos) y esto es  
 que aquí ocurre es precisamente lo contrario:  
 que los elementos linfoides desaparecen en su  
 completo y en su lugar vienen a establecerse las  
 células embrionarias que invaden el tejido, lo  
 cual no puede considerarse como hipertrofia.  
 Para terminar en esta etiología

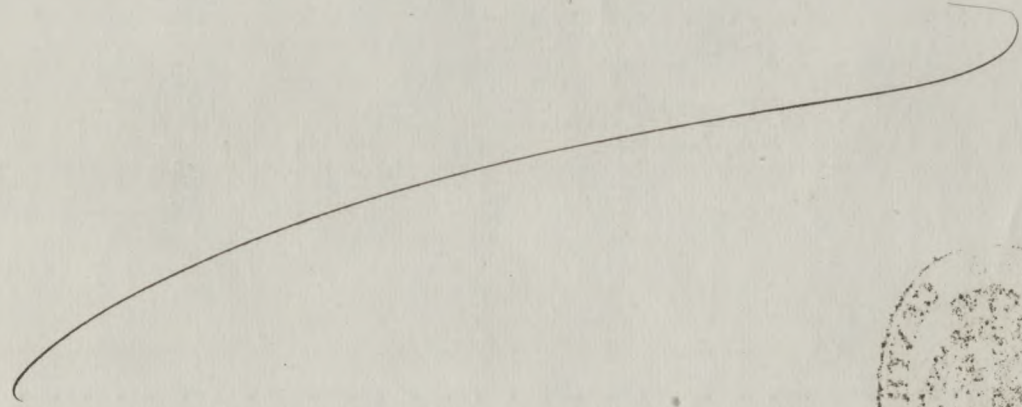


se refiere proceda hacer una aclaración en  
 lo que concierne al papel que los micro-  
 organismos juegan en el desarrollo de las amig-  
 dalitis crónicas. Hemos dicho que estas oca-  
 sionalmente en terrenos abonados a un cultivo  
 producen las lesiones ya citadas, solo las que  
 no hemos de volver a ocuparnos; pero preciso es  
 advertir que entre períodos de tiempo que  
 median entre las agudizaciones, el tejido de  
 las amígdalas está completamente microbiano, como lo demuestran las incuba-  
 ciones por métodos realizados siempre con resul-





Todos negativos. Esto, por otra parte, no es difícil de comprender, dado el número inmenso de fagocitos que en un momento determinado pueden acumularse para luchar con los elementos invasores.



## Patogenia

La gènesis de la afección que nos ocupa será muy difícil de explicar rigurosamente e incluso hereditaria, como en general son otros los ejemplos de herencia que siempre giran al rededor de un eje hipotético, pero si lo buscamos en la acción de los microorganismos la expresión resulta mucho más clara porque, por analogía en lo que ocurre en otras enfermedades de origen microbiano podemos deducir la gènesis de esta.

En tal concepto la opinión más fundada es la emitida por Drouot

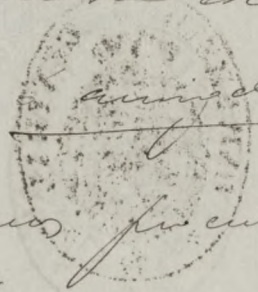


En explicación de aquellos casos de meningitis  
 crónica que, según él, son producidos por el  
 bacilo tuberculoso. Este clínico, fundándose en  
 los resultados de la inoculación hechas en  
 la ayuda de sus internos, Mariva y de las  
 que hemos mencionado al tratar de la tifo-  
 logía, expone sus ideas sobre este punto, que  
 pueden sintetizarse en las siguientes líneas:

El bacilo tuberculoso, dice el autor de  
 tal tesis, penetrando en el parénquima menin-  
 geal produce la inflamación crónica que  
 se nota en diferencia clínica, o sea  
 producida por otra causa cualquiera. Esta



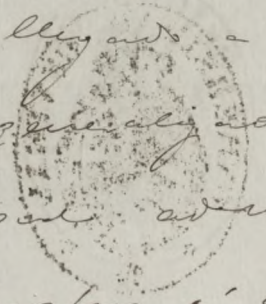
constituye el primer período de lo que se llama la  
ces. entera barroada de los conjugados por  
terminar por curación espontánea ó por el tran.  
sito de segundo período que se califica de  
etapa ganglionar caracterizada por el infarto  
de los ganglios clivales que adquiere un  
volumen más ó menos considerable y dando  
lugar a su fusión parcial (poco frecuente)  
la cual constituye una verdadera esciela  
que como la primera etapa de la enfermedad  
puede terminar por los mismos procedimientos  
pero aquí el de propagación es mucho más





grave porque esta se trata a' los pulmones y  
 queda por lo tanto en un caso ordinario de  
 tuberculosis pulmonar que constituye la tubercu-  
 losis o etapa pulmonar.

Para probar mayor apoyo a  
 estas ideas recurro a' los experimentos de Beau-  
 mont, Chauveau y otros los cuales investiga-  
 dores valiéndose de la alimentación forzada  
 en productos tuberculosos han llegado a' cu-  
 rar infecciones tuberculosas generalizadas  
 limitadas solamente al tejido adenoide  
 bronco-faríngeo y a' los ganglios a' que



51  
abocan los linfáticos procedente de este tejido. Tam-  
bien pretende encontrar un argumento en fa-  
vor en los experimentos de Jattier que obtuvo  
la infección tuberculosa en conejos e Indias  
mediante la inoculación de fragmentos de queso  
salado y en las observaciones de Coriun <sup>Christowich</sup>  
y Babes, según los cuales el bacilo tuberculoso pue-  
de atravesar los epitelios sin que en ellos exista  
la más leve erosión.

A todos estos argumentos acemos  
se puede dar una interpretación <sup>distinta</sup> y con-  
teramente opuesta a la dada por Dickson y  
Los casos de tuberculosis local produ-



52

cidos por alimentación o sustancias anto-  
nadas no pueda asemejarse ni con un caso a lo  
que se llama tuberculosis larvada ya que  
en esta no debe existir ninguna de las ma-  
nifestaciones ulcerativas producidos en los experimen-  
tos mencionados. Las observaciones de frotis ningun-  
a reacción fija pueden proporcionar ya que la  
infección no se hace por vía intravenosa. Las  
demás observaciones de penetración o báculos a  
traves de los epitelios no prueba nada en sí  
ni en contra porque los bacilos pueden fran-  
quear las primeras barreras y ser destruidos des-  
pués por los fagocitos que en gran número

se acumulan en los órganos linfoides, y no lo  
tanto no obran en este caso más que de un  
modo pasivo al igual que cualquier otra  
bacteria que penetrase produciendo una  
infección aguda.

De donde resulta que la úlcera  
que queda en pie de un tiempo a la otra  
mencionada es el resultado de los experimen-  
tos de cuyo resultado no hay es posible dudar  
pero como esto se encuentra en abierta contra-  
dicción con los resultados obtenidos en los expe-  
rimentos es necesario encontrar una explicación sa-  
tisfactoria que dilucidase estas diferencias de



54

enteros, ambos productos de la observación experi-  
mental en que se puede hacer lugar a equi-  
vocación de este género

La única explicación a un tanto juicio  
verídica es la de Leat que supone haberse  
mismos en este caso bacilos que existen en  
la superficie de la mucosa tomando los  
efectos por ellos producidos como si los tuvieran  
sido por los bacilos existentes en el paranasal

A un tanto entendiendo la génesis de los  
amigdalitis hipertrófica se puede sintetizar de  
modo siguiente:

Presencia de bacilos de la espe-  
cie en la superficie mucosa de un tubo

de agentes microbianos que encuentran en los <sup>SS</sup>  
criptos verdaderos tubos de cultivo en todos los  
condiciones necesarias para su desarrollo (sepro, <sup>aire</sup>  
calor, humedad y un medio alcalino), teniendo  
en cuenta que los amigdalos por su topografía  
están expuestos constantemente a las volutas de  
los agentes externos cuando en un momento de-  
terminado estos agentes alcanzan el funcionamiento  
normal provocando una erupción de  
la mucosa, la ley de la cripta se obstruye  
y su epitelio se descama dejando así li-  
bre acceso a los microorganismos; sin necesidad  
de una previa descamación por un mecanismo



56

identico al demostrado por Kleekei (+) para la in-  
feccion peritoneal en los casos extranguinacion hemor-  
rica la virulencia de este se activa de un ma-  
do considerable y pueden atravesar los epitelios, los  
ganglios y los organos linfoides, donde se instala  
basta la primera leccion. Si en ella vencen  
los leucocitos el proceso queda terminado pero  
si, como de ordinario ocurre la virulencia  
esta muy exaltada, el proceso sigue su  
curso perjudicial propagandose a distancias mas

(+)  
Recherches sur la Patologie de la pleuro-pneumonie dési-  
gnée intestinale - Annals, de l'Institut Pasteur. tome  
9e.

o' menos sejan por via linfatica.

Esta teoria es perpetuamente aplicable a la generacion de la amigdalitis crónica como lo es a la aguda, lo es a la otitis media supurada, a la salpingitis.

Levadas las amígdalas por un vólvulo sea de la clase que fueren lo primero que en ellas se verifica es la salida a' los elementos de un gran número de células emigrantes dispuestas a' la defensa contra un estímulo sea o' unfavorable de cualquier clase como resultado de que estas células se asombran al nuevo medio en que se encuentran





quedando por consiguiente aumentado el volumen  
 de los órganos. Este mismo fenómeno se efectúa cuan-  
 tas veces sea de nuevo invadida la amígdala  
 la que aumenta en sus dimensiones en estos  
 ataques sucesivos hasta que llega un momen-  
 to que las células se transforman en elemen-  
 tos fibrosos que tienden a producir la repre-  
 sión crónica de la glándula.



## Complicaciones

Las complicaciones de la amigdalitis crónica se pueden clasificar entre grupos que son: primarias, mecánicas, y secundarias, reflejas y terceras infecciosas.

Las primarias, esas en número, han sido ya citadas de una manera incidental al estudio de la histopatología general. A ellas corresponden las alteraciones de la defecación y respiración: apenas se observan en los casos de amigdalitis crónica en acompañadas de vegetaciones adenoidales y en mecánicas es por obstrucción del canal oro-faríngeo, dificultando la defecación y la



circulación del aire. Estos podrían escoger en este grupo algunas alteraciones de la función, pero como las más importantes de éstas pertenecen al grupo de los reflejos, los estudiaremos todos cuando al llegar a ellas.

Dentro del segundo orden de la clasificación que he aquí hechas están incluidos los reflejos que en su mayoría atacan a funciones naturales del aparato respiratorio. Las más reflejos es quizás la más frecuente de éstas, esta es una tos quintana, seca, muy violenta, que se repite de vez en cuando durante el día que una

noche y se distinguen de la tos febril por la ple-  
ta de inspiración ruidosa que en esta es caracteris-  
tica. También son complicaciones, aunque no  
tan frecuentes, la laringitis atrófica que se  
presenta por accesos, generalmente durante la  
noche.

Se observan con frecuencia modifica-  
ciones de la emisión de ruidos que se pro-  
ducida por distintos mecanismos, unas veces  
esta modificación consiste simplemente en la  
disminución de la agudeza de la voz, produ-  
cida por la dificultad mecánica al paso  
de las ondas sonoras y por la disminución



de la caja de resonancia que forma la voz <sup>62</sup>  
se cuyo caso pertenece a las complicaciones  
mecánicas; pero en otras ocasiones la distinción  
de la voz es considerable, lo cual se debe  
a una parestia o a la parálisis completa  
de uno o ambos cuerdos vocales sin que haya  
inflamación alguna en la mucosa laríngea. En-  
tre las alteraciones de la fonación se halla  
guiso en sus frecuencias que ninguna otra  
la voz nasal o gangosa, pero ésta por la  
manera de producirse que tiene sus bien  
anexos al grupo de complicaciones superiores,

69

En último entre los reflejos a punto sobre los tan-  
tos los espasmos de la glosa en los tipos advenie-  
do. La amplicreos imperfectos antituyen a  
grupo sin importante de los que pueden es-  
reservar en los amigos volutas uñidas.

Además de los experimentos a Baum-  
garten, Chewear y orth que ya hemos citados.  
entre Patagonia los de Lopez son por sí solos  
bastante documentos para demostrar la  
posibilidad de realizar imperfectos, guerny  
de origen forjados: este investigador embadur-  
naba la forja de los cobayos en un



64

Pinces impregnadas en un cultivo puro y reciente  
de bacilos de la septicemia exputatoria de conejo, los  
cuales a las tres horas se encuentran en el suero  
recogido en la vena ocular de animal. A las  
24 ó 48 horas éstos succumben después a haber  
presentado síntomas de infección general. En la  
autopsia los estreptococos fueron encontrados en todas  
las vísceras de los animales, y por último  
puedo llegar a la conclusión de que la  
puerta de entrada había sido el tegido  
adenoideo buco-faríngeo, mediante el exa-  
men microscópico de éstos.

El hecho solo de existir esta bacteria  
 adensada a la entrada de la boca y de  
 la faringe nos indica que para algo está dis-  
 puesta porque nada hay inútil en el orga-  
 nismo y este algo no es otra cosa que el pro-  
 curar en un momento dado la defensa ne-  
 cesaria por los medios conocidos (Tancitosis)

En la Clínica se encuentran da-  
 tos que nos demuestran la existencia de  
 estas infecciones a origen sanguinífero. Asi  
 Bonchard + nos da cuenta de casos nefríticos, whe-  
 veridos, en el curso de una gonorrea, dice

+ Revue de Medicine tmo 83.



Sapoy en su tratado Patología interna, al ocu-  
 parse de la fiebre amigdalina hace mención  
 a frecuentes que son las nefritis, como ampli-  
 ficación de dicha enfermedad: en la historia  
 del dispensario del Dr. Ferruf figura en el nú-  
 mero 2128, la historia de un niño que a la  
 vez que una amigdalitis aguda padecía una  
 nefritis.

Leroux (+) cita otros ejemplos muy de-  
 monstrativos de infección general

Por último en *Leçons de*

(+) *Leçons de* a la infancia. Tomo III

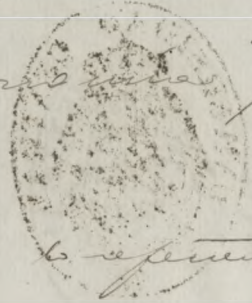
(+.) *Leçons de* de los hospitales

encontramos citados algunos casos de reumatismo,  
 lesiones valvulares del corazón y nefritis, que  
 parecen de origen en el tejido adenoso de  
 la faringe.

La esclatadura, si bien no puede  
 decirse de una manera positiva que sea  
 como puerta a entrada exclusiva  
 el tejido que nos ocupa, hay grandes mo-  
 tivos para sospechar que así sea, gracias  
 a los trabajos de Hutinel y de Berchamps se-  
 gún los cuales, en casi todos los casos que ellos  
 han estudiado de adenitis, nefritis, artritis,



pleuresía, y endocarditis de origen crónico  
 más, han descubierto, mediante el examen mi-  
 croscópico en bacilos muy parecidos a *Mycobacterium*  
*progenus* de Rosenbach. Como este microbio  
 se encuentra en la faringe desde el comien-  
 zo de la enfermedad, juega un papel im-  
 portante en la génesis de las inflamaciones de  
 esta cavidad, es muy probable que a *partir*  
 una de ellas penetra en la cavidad y produ-  
 ciendo dicha enfermedad.



Para terminar la referida in-  
 formación en carácter general de los casos pa-  
 labras acerca de la infección tuberculosa

El bacilo de Koch como en algunas otras puede  
 invadir el tejido amigdalino y en los distintos  
 bronquios que a su paso se van oponiendo no  
 son suficientes a destruirlo termina por evolucionar una  
 tuberculosis generalizada. cuando la cantidad de  
 tejidos afectados esta considerable que llega a di-  
 ficultar la respiración, no solamente con la  
 hemoptisis, se altera la nutrición general y el  
 sujeto queda en los peores condiciones para  
 ser afecto a tuberculosis, pero en ~~estas~~ <sup>estas</sup> la  
 penetración del germen se puede manifestar por  
 cualquier punto de la mucosa digestiva o res-  
 piratoria.





Entre las amplicciones vocales ha una importante, por  
 ser la más frecuente, es la presencia del velo del  
 paladar que se manipula por la voz gango-  
 sa o nasal producida por la resonancia del  
 aire espirado que pasa libremente a la  
 cavidad superior de la faringe. Esta presencia  
 es perfectamente explicable por la ley Stokes  
 de unida de la cual cuando una membrana es  
 ancha de una inflamación crónica la ca-  
 pa muscular subyacente a ella se resaca.

Siendo los ganglios submaxilares  
 los que reciben los vasos linfáticos de las  
 amígdalas, puede a extrañe tener que sean

71.

atos los primeros a ser atacados ante una infección  
de agüellos. Estos infartos, considerados generalmente  
de origen escrófuloso (tuberculoso) sin ser los mayo-  
res de los casos ocasionados por los agentes ordina-  
rios de la supuración; de ellos tenemos buen ejemplo  
en la erota clínicamente que aparece en el útero  
o, la cual corresponde a una infección que  
por análisis clínicos no se hubiera reconocido en  
diagnóstico de escrófula, si el bacteriología no  
hubiera patentizado la existencia de ba-  
cilos tuberculosos.

La amigdalitis catarral aguda  
es también una complicación muy frecuente

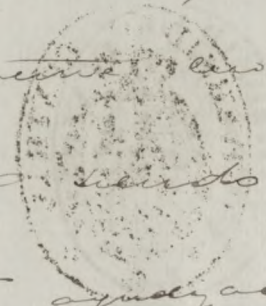


22  
tanto que ningún enfermo de amigdalitis crónica  
pueda no volver el haber padecido, en frecuencia,  
catarras faringeos con o sin propagación al árbol  
respiratorio. Entre catarras agudos, propiamente ha-  
cia los tiempos en que se encuentran a guisa  
de oídos, sordos, otitis medias supu-  
radas, por propagación de la infección al oído  
medio.

Las anginas pleomórficas que aparecen  
como causa son también anginosas frecuen-  
te de los amigdalitis crónicas. En estos días de-  
tallados se sale del plan de esta reuni-  
ón y por eso no lo abordamos. Otro tanto sucede en

La laringitis catarral, aguda, traqueítis, bronqui-  
tis, broncopneumonías, asma amigdalina y  
demás infecciones que pertenecen de las tu-  
sillas se propagan por antigüedad o legados  
y' unap' o' unum distancia.

Se nos podrá objetar que todos estos  
anglicismos infecciosos son efectos de mani-  
festacion aguda, mientras que la afección  
que estudiamos es esencialmente crónica  
a' lo que contestaremos que cuando afe-  
cui crónica sufre frecuentemente agudizaciones  
en cada una de las cuales puede manifes-





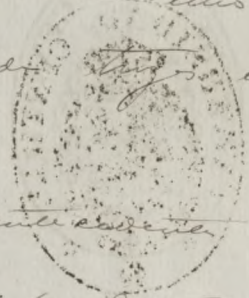
34

hacer de los complicaciones. Por otro punto ya  
hecho indicado (y la observación experimental  
no demuestra) que fuera de estos puntos ya  
no existen en el tejido de los anejales, nin-  
guna clase de microorganismos.

A continuación exponemos las vistas  
clínicas de la enfermedad por un lado, observadas  
a los que pertenecen los papeles de que he-  
mos obtenido las adjuntas preparaciones micro-  
scópicas y de los que hemos tomado las mi-  
crofotografías que acompañan a este trabajo

# Notas clínicas

Num.º 1 - Pilo R. - 32 años. Soltera sin antecedentes hereditarios. Desde los 14 años que se instaló la menstruación padeció coincidentemente en esta angios catarral; hace 3 años observó abultada la angiotía izquierda. Se presenta en la clínica del Dr. Cisneros por padecer desde el año 99 disminución constante de la función diagnóstica. Ningún síntoma único. Tratamiento estrospasmo. Sus exámenes y cultivos de ~~los~~ ~~ex~~ ~~te~~ ~~mp~~ ~~os~~ resultados negativos.



Num.º 2 - Andrea G. - 14 años - sin antecedentes hereditarios - Hace 6 años padeció la angios. Desde entonces frecuente angios. Síntoma disnea respiratoria



76  
y alteración en la respiración. Ganglios submaxilares  
tamaño de una avellana.

Diagnóstico - Amigdalitis crónica

Tratamiento - Am. el anterior

Cultivos e inoculaciones - resultados negativos

Al 10.º día de operado han desaparecido los infartos.

Num.º 3 - Rosa G. - 21 años - Antecedentes supurados. Desde su infancia tiene abultadas las amígdalas; tiene voz nasal, amígdalas crónicas; resaca, ganglios submaxilares pequeños.

Diagnóstico, tratamiento Am. el anterior

Inoculaciones y cultivos: resultados negativos

Después de la operación no hay infartos.

Num.º 4 - María S. - 5 años - Herencia atónica.

Dado que padece la amigdalitis tiene hipertrofiadas

San amigdalos.

77

Tratamiento - Abulsin  
Cultivo e inoculacion en cultivos.

Num. 5 - Corner H - 7 años - Amigdalos amigdalos ig-  
norans de us qui fecit.

Diagnostico - Amigdalitis crónica  
Tratamiento - Amigdalotomia  
Cultivo e inoculacion en cultivos negativos.


Num. 6 - Ricardo M - 7 años - Dndos antecedentes  
Igignora fecho de la amigdalitis crónica que  
padece. Posteriormente al sararipio que padeció a  
los 6 años comenzaron a aparecer los ganglios sub-  
maxilares y a la 10 meses de aparecer estos infecto  
terminó una serie del lado derecho por supuración



78

Por vía de un trayecto fistuloso por el que sepe-  
gaba algunas gotas de pus: extirpados los aneji-  
dolos a los dos semanas he desaparecido por com-  
pleto la supuración: 18 días después desaparecen  
los infartos ganglionares. Los tuzos inoculados en  
conejos de Indias no producen reacción alguna.  
Los detritus arrancados del foco supurativo ino-  
cúlase a un conejo produce un flemón que  
incurrido termina por curación después de haber  
supurado ~~varios~~ días.

Mmu: J - Rosario G. - Valenciana - ~~Galicia~~ - A los  
2 años padeció la ampión. Desde entonces padeció  
los anginas. Haec un año tiene unguados



la amígdalas.

Drogas - Amigdalitis crónica del lado  
derecho, en infante submaxilar

Tratamiento - extirpación de la amígdala

Inspección negativa. Resultado de la inspección de es-  
nudas.

Num.º 8 - Miguel L. - 22 años - sin antecedentes.

Hace 3 años sufrió amigdalitis flegmosa de lado  
derecho: por empujamiento de la pared superior de  
la amígdala supurando fuertemente y produciendo la  
oida del mismo lado. extirpación de la amígdala  
e' inspección tres meses no hay ruidos alge-  
nas.

Resultado entre paréntesis de inspección.



50

Mem: 9 - Leonardo C - 7 años - Antecedentes tuberculosos.  
Desde su infancia se ha notado dificultad para ver -  
jirar y propensión a cataratas. Presenta hipertrofia  
de los dos amígdalas, acompañada de vegeta-  
ciones adenoides e hipertrofia subnasalares.

Resultado de la inspección negativo.

Mem: 10 - Luis A - 6 años - Sin antecedentes.  
Ha padecido escarlatina: donde cataratas frecuen-  
tes anginas y trastorno de la fonación, comen-  
do en la amígdala izquierda. En la  
vegetaciones adenoides. Inspección de amígdalas los  
resultados de inspección siempre negativo.

Num: 11 - Zereza P. - 38 años - Antecedentes tuberculosis 81

Desde los 12 años viene padeciendo recurrentes en la  
garganta cricoidianas en la unión traccina.

Amígdalas aumentan progresivamente de volumen por  
a esta parte: no hay infarto. Intropacía en amig-  
dalotomía: inoculación negativa.

Num: 12 - Arturo C. - 7 años - Sin antecedentes

Desde octubre pasado vienen recurrentes en la garganta  
Amigdalitis crónica - Abulsión de las amígdalas.

Inoculación estéril.

Num: 13 - Rosa P. - 21 años - Sin antecedentes

Desde la infancia padece frecuente anginas.  
Amigdalitis crónica de ambos lados en posición del velo  
la intropacía en el amigdalotomía.

Resultado negativo de inoculación



Mem: 14 - Carlos M. - 5 años - *Herpesia antitoxica* 82

Hace 2 padeció de angina. Desde esta época crecía en los ganglios.

Amigdalitis crónica sobre un infante.

Exotropía de las amígdalas. Involución negativa.

Con la ingesta de curules.

Mem: 15 - Miguel S. - 28 años - Sin antecedentes

Hace 4 años padeció amigdalitis purulenta

que dejó una seneca amigdalitis crónica que en estos momentos se cronificó.

Exotropía de la amígdala; reclusión negativa en la involución.

Mem: 16 - Miguel M. - 10 años - Sin amigdalitis hipertrofica desde la infancia; exotropía de las amígdalas e involución en cambio reclusión negativa.

83  
Num: 17 - Joaquina V - 5 años - De febris desamo-  
cida tiene amigdalitis crónica. extirpada e in-  
cubada los amígdalas resultados negativos.

Num: 18 - Dolores G - 15 años - Desde hace 8 meses  
amigdalitis crónica doble, consecutiva a la dif-  
teria: ganglios inflamados. extirpada los amígdalas  
e incubada resultados negativos. A los dos meses  
han desaparecido los infartos.

Num: 19 - José C - 8 años - Herencia de la  
Des de sus primeros años padeció catarró de garganta  
tiene vegetaciones adenoides y amigdalitis crónica  
doble: extirpada e incubada trozo de amígdalas  
resultados desencuados así como el curso de los infartos



84  
Num: 20 - Manuel M - 2 años - *Yersinia enterocolitica*

Duen los padres que tiene ronquidos durante el sueño  
Amigdalitis crónica de ambos lados: exudados e inflamaciones  
de las amígdalas: resultados negativos

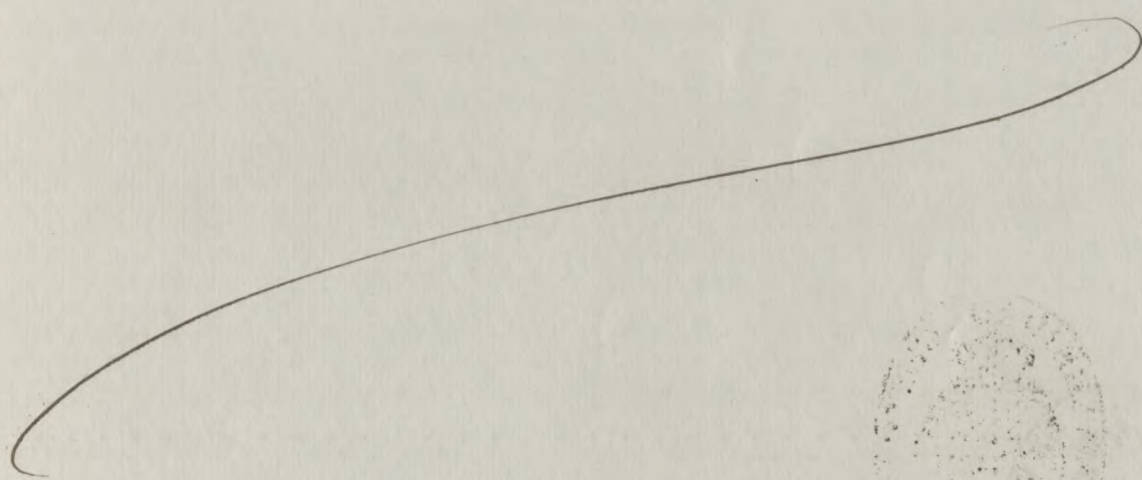
Num: 21 - Joaquina M - 4 años - Sin antecedentes

Amigdalitis crónica de púrpura de escarlatina; ganglios sub-  
maxilares inflamados: aspecto adenoides tipo: ex-  
udados de las amígdalas a la tres semanas desaparecen  
de repente - Inoculaciones atípicas.

Num: 22 - Guillermo C - 5 años - 4 pseudo  
pudricas afterosas; desde entonces quedara adheridas  
de las amígdalas; se grupo de sarcema de Cautrecum

85

de la garganta: tiene 4 repljes: he por donde voy  
anginas internas: dragmisticos: amigdalitis crónica  
erotriferida e' un curculo pa amigdalos quem se  
tañe negativos.





## Conclusiones.

---

Primera - La Amigdalitis crónica no se puede considerar de naturaleza únicamente hereditaria y en su etiología juega un papel importante la infección.

Segunda - Dadas las alteraciones permanentes que en el parénquima amigdalino producen las inflamaciones crónicas, debe substituirse el nombre

37

de amigdalitis hipertroficás por el  
de Amigdalitis crónicas.

Ferrera - Las formas de amigdalitis crónicas conocidas en el nombre de linfoides y fibrosa corresponden a fases distintas de un mismo proceso inflamatorio.

Cuarta - La enfermedad descrita por Lieutspyz con el nombre de tuberculosis lancinada de las amígdalas necesita el apoyo de nuevos experi-



88

mentos para poderse reconocer como en-  
tidad nosológica.

Quinta - Entre los penúltimos se agudiza-  
ción, el tejido de la glándula se  
encuentra libre de toda clase de mi-  
croorganismos.

Sexta - La amiodalitis crónica es el  
resultado de una infección aguda  
localizada o de una infección general  
con manifestaciones locales.

Septima - Los infartos ganglionares

89

que se observan en el cuello de algunos sujetos no pueden diagnosticarse de escarfulos, sin un detenido análisis microscopico.

Octava. Las complicaciones de las amigdalitis crónicas son bastante frecuentes y peligrosas por exigir un tratamiento radical e inmediato.

Madrid Junio de 1901

Hoy dicho  
E. Moreno





Admirable

Federico Flor

Leida esta memoria de Posturas  
que califica cada de Sabores de este

A. Cantarini

Manuscrito

El Sr.  
Pedro Salas

Manuel Flores Sando.

Quinto Leo