16-3

~~Dr Robine~~

~~Dr Criado~~

Tésis de Doctorado.

Ca 2433
Nº
7678

81-2-c-3

Contribución al estudio de las vegetaciones acuáticas.

BIBLIOTECA
DE LA
FACULTAD DE MEDICINA
MADRID

Año 1903.

Fernando Casaseca

X-53-389705-9

Ilmo. Sr.

BIBLIOTECA
DE LA
FACULTAD DE MEDICINA
DE MADRID

UNIVERSIDAD CENTRAL
SECRETARIA
GENERAL

La gran importancia que han adquirido en medicina, y especialmente en la oto-rino-laringologia, las vegetaciones adenoides, así como el haber tenido ocasión de hacer un estudio detenido en un número bastante considerable de casos de dicha afección, muchos de ellos importantes por los especiales trastornos que en el organismo determinaban, me han movido á emprender el presente trabajo, en el que he procurado reunir á una exposición clara de dicha enfermedad, el estudio detallado de los dife-

rentes trastornos que la misma ocasiona en muchas circunstancias, presentando, como aseveración de esto, algunos casos por mi observados y terminando con un juicio comparativo sobre los diversos medios que se emplean en el tratamiento de dicha afección.

Es innegable que cada dia aumenta en el terreno médico la importancia de la enfermedad de que aquí nos ocupamos; y esto es debido, á que si bien antes se tenía conocimiento de los trastornos que la misma ocasiona, no los atribuían, sin embargo, á su verdadera causa.

Ya Hipócrates había descrito la facies adenoidea; más tarde Dupuytren, Chassaignac y otros habían descrito con bastante precisión los síntomas de las vegetaciones, pero todos ellos los refe-

rían á otras causas como la hipertrofia de las amíg-
dalas palatinas, por ejemplo, sin poder ocurrírseles ra-
dicara en un órgano desconocido para ellos; hasta
que Luschka en 1868 dió una descripción muy
completa de la amígdala faríngea, y Meyer de Co-
penhague en 1873 hizo un estudio concienzudo de las
vegetaciones adenoides, basándose en un número con-
siderable de casos. Después de él muchos han si-
do los que han contribuído á dar mayor empuje al
conocimiento de esta afección, como Lowenberg,
Balme, Moure, etc; y cada dia se ha ampliado
más el interés que la misma despierta al hacer-
se cargo, no solamente de su frecuencia, sino de que
muchos trastornos de diversa índole y residentes en
diferentes órganos son debidos á las vegetaciones, cosa

que antes no podría siquiera sospecharse.

Así pues, el estudio especial de las vegetaciones adenoides, así como la importancia que dicha enfermedad ha adquirido en el terreno de la patología es de fecha reciente, partiendo del descubrimiento anatómico del órgano en que radican, ó sea la amígdala faríngea, y de la concepción patogenética de dicha afección al considerarla como hipertrofia crónica de este órgano.

Etiología.

En la etiología de las vegetaciones hay que considerar varias causas que parecen influir en su producción, sin que por ello pueda decirse que son causas determinantes sino más bien predisponentes.

Una de ellas es la edad. En efecto, puede decirse que esta afección es principalmente de la infancia, sin querer por esto excluir, ni con mucho, el que la edad adulta quede libre de ella; pues son muy numerosos los casos de sujetos jóvenes que la sufren, y aún hay casos de vegetaciones adenoides en individuos de edad avanzada. Mi querido y malogrado amigo el célebre especialista Dr. Gouguenheim, de París, me dijo haber operado un sujeto de 65 años de vegetaciones adenoides.

Sin embargo, es verdad que estos hechos son poco frecuentes. No así la presencia de vegetaciones en los jóvenes, de la que he tenido ocasión de observar varios casos, cuya mayor frecuencia en ellos, relativamente á las personas de edad algo

avanzada, es facilmente comprensible, teniendo en cuenta que las vegetaciones del adulto representan, por regla general, una hipertrofia de la amígdala faríngea, cuyo comienzo tuvo lugar en la infancia.

En los primeros años de la vida es cuando más frecuentemente se presentan las vegetaciones adenoides. Desde pocos meses hasta los 14 años es el periodo en que la amígdala faríngea está en plena actividad. Así se comprende que este órgano, durante dicho periodo, esté más propenso á hipertrofiarse; y como que las vegetaciones adenoides constituyen la hipertrofia de esta glándula, es lógico que durante aquella época adquieran su maximum de frecuencia. Y si analizamos aún con más cuidado, podemos decir que este maximum

corresponde de los tres á los ocho años.

En cambio, después de los veinte años son mucho menos numerosos los casos de vegetaciones, por cuanto á esta edad ya se ha verificado la regresión fisiológica de la amígdala faríngea; y los casos que se observan por cima de dicha edad atestiguan que en ellos la regresión no se verificó, dominando, por el contrario, la hipertrofia.

Otra de las causas predisponentes de las vegetaciones es el linfatismo. La herencia de este explica la herencia de las vegetaciones; pudiendo, por lo mismo, observarse á menudo entre individuos de una misma familia haber padecido semejante enfermedad. De una estadística que hice con este objeto en la Clínica Roquer, de Barcelona, pude

deducir que existía próximamente, la herencia, en un 20 por 100 de los casos observados.

La predisposición misma que el linfatismo ocasiona para la producción de las vegetaciones adenoides, influye poderosamente en que éstas sean también frecuentes en los degenerados; influyendo asimismo en ellos para la producción de las vegetaciones todas las deformaciones de la nariz y faringe que suelen sufrir en muchas ocasiones, pues es sabido cuán á menudo se presentan en estos organismos empobrecidos.

Las anginas de todas clases, tanto simples como dependientes de infecciones cual la Difteria, escarlatina, etc, preparan el terreno, favoreciendo el desarrollo de esta enfermedad.

Una vez hecho este estudio general de las causas que pueden influir más ó menos directamente en la producción de la afección de que tratamos, vamos á examinar los agentes microbianos que aparecen en las vegetaciones, y que, en opinión de algunos autores, podrían constituir la causa determinante.

Examinando al microscopio la trama de las vegetaciones adenoides se han encontrado multitud de microbios. Entre ellos podemos citar: los estafilococos, algunos estreptococos, el bacilo de Friedländer, el tetrageno, el de Koch y otros. Pero todos ellos, aparte de que no son específicos, se han encontrado ya juntos en algunas preparaciones, ya en otras limitados solamente á algunas de las especies citadas

y no siendo nunca constante la presencia de una determinada especie; lo que indica claramente que á ninguno de ellos puede considerársele como productor de esta afección, sino más bien como microbio saprófito encerrado en un órgano que, por su misma situación, está expuesto á la presencia de muchos de ellos.

Sin embargo, suscítase con tal motivo un problema, digno, á mi juicio, de fijar en él señaladamente la atención. La presencia bastante frecuente del bacilo de Koch, principalmente en la superficie de las vegetaciones adenoides, y la circunstancia de haber sobrevenido tuberculosis en animales sometidos á la inoculación de dichas vegetaciones, ha influido poderosamente para que algunos atribuyan á dicho

bacilo la producción de las mismas, considerándolas por consiguiente de naturaleza tuberculosa. Diculafoy, en su patología médica, dice que la tuberculosis de la amígdala faríngea se confunde con la afección descrita con el nombre de vegetaciones adenoides y las incluye en la tuberculosis larvada de las tres amígdalas. En efecto, es muy probable que en varios casos afecciones consideradas como vegetaciones adenoides fuesen verdaderas lesiones tuberculosas; pero de esto á decir que las vegetaciones adenoides y la tuberculosis de la amígdala faríngea son una misma cosa, hay un gran paso. Que las inoculaciones del tejido adenoideo, en algunos casos, hayan producido la tuberculosis, no quiere decir que las vegetaciones adenoides sean indiscutiblemente de natu-

raleza tuberculosa; pues así como encierra dicho te-
jido otros microbios, encierra muy comunmente el
de Koch, al que puede entonces considerarsele como sa-
prófito; y no teniendo nada de extraño, á mi
parecer, que al inocularlo, cambiando de medio
y siendo este más favorable á su acción patógena,
desarrolle en él sus actividades morbíficas.

No quiere esto decir que no existan casos
en que en las mismas vegetaciones se hayan encon-
trado lesiones tuberculosas; pues no es sorprendente que
radicando dicha afección en sujetos muchos de
ellos linfáticos ó degenerados, es decir empobrecidos,
hayan sido asiento de tuberculosis. Pero bien diferen-
te es esto á considerar sinónima la vegetación ade-
noide de la tuberculosis de la amígdala faríngea;

por lo que, sin duda, el propio Dieulafoy en el mismo capítulo, y á renglón seguido, tiene que confesar que no todas las vegetaciones adenoides son tuberculosas.

Creo, por tanto, como resúmen, que no puede concluirse hoy dia que sea conocida la causa eficiente de dicha afección; y que, como tantas otras, está en espera de que llegue el dia en que sea descubierta.

Anatomía patológica - Anatomía de la amígdala faríngea.

La amígdala faríngea, cuya hipertrofia constituye las vegetaciones adenoides, es un órgano transitorio. A semejanza del timo, la amígdala faríngea tiene su período de apogeo

en la infancia, con la diferencia de que su período de actividad es mayor que el de aquél órgano.

Puede decirse que á los seis meses la amígdala faríngea ha adquirido su completo desarrollo, durando su época activa hasta de los 11 á los 14 años, época en que comienza á atrofiarse. A partir de esta edad, el órgano cada vez pierde más de importancia hasta llegar á los 20 años en que la desaparición es total.

Está situado este órgano en la bóveda de la faringe, ocupando una superficie cuadrilátera y extendiéndose desde las aberturas posteriores de las fosas nasales hasta el tubérculo faríngeo. Su espesor normal durante su período de actividad es de 4 á 6 milímetros. Por bajo de la edad de 1

año el espesor es proximamente de 3 milímetros, y el mismo puede asignársele de de 14 á 20 años, ó sea durante el período de regresión. Pasados los 20 años, ya hemos dicho, que la desaparición es total generalmente. Hay que tener muy en cuenta ésta variación en el espesor de este órgano, porque una amígdala que en un sujeto puede ser normal, en otro, teniendo el mismo espesor, puede ser patológica, solo por razón de la edad.

Distinta es la constitución macroscópica de la amígdala faríngea de la de las amígdalas palatinas. En aquella, en vez de ser utriculares como en estas, las criptas forman surcos, ya rectos, ya sinuosos, que constituyendo un abanico van á reunirse hácia atrás en el tubérculo faríngeo.

El surco medio, que es el más profundo, recibe el nombre de recessus medius. Este recessus es el que persiste durante el período de regresión, desapareciendo ordinariamente en el adulto. Algunas veces, sin embargo, persiste en éste formando la llamada bolsa faríngea. Esta bolsa, cuando existe, tiene su fondo sujeto á la fosa navicular de la apófisis basilar del occipital, que en algunos casos, y sobre todo en la raza negra, está excavada formando la fosita faríngea en que se aloja entonces la bolsa faríngea.

Caracteres macroscópicos de las vegetaciones adenoides.

Las vegetaciones adenoides se presentan con el aspecto de pequeños mamelones

gris rosados, los cuales pueden disponerse en dos formas distintas, á saber: vegetación única y vegetaciones diseminadas.

En la primera forma, ó de vegetación única, aparece ésta formando una sola masa adherida á la pared superior de la faringe. Su volúmen es variable, pues mientras hay vegetaciones que solo cubren la parte superior de los orificios posteriores de las fosas nasales, otras llegan á cubrir gran parte de dichos orificios; habiendo casos en que las vegetaciones han adquirido tan gran volúmen que los obstruyen por completo, poniéndose en contacto su cara inferior con la superior del velo del paladar y llenando por entero el espacio faringeo nasal.

Bién se comprende cuán importante será para

los síntomas esta variedad de volúmen; pues mientras en unos casos hay communicación más ó menos amplia entre la faringe y las fosas nasales, en otros, en cambio, esta communicación está completamente abolida.

La forma de vegetación única es la más frecuente.

En la forma diseminada como su nombre lo indica, las vegetaciones están dispersas por toda la mucosa de la naso faringe. De modo que las vegetaciones, en este caso, no se limitan ya á la bóveda faríngea, sino que, estendido é hipertrofiado el tejido adenoide, se encuentran vegetaciones, además en las paredes laterales de la faringe, así como hasta en la cara superior del velo. En esta forma,

pues, como se comprende, suele haber comunicación entre las fosas nasales y la faringe, pues si bien las vegetaciones creciendo, y sobre todo las de las paredes laterales, van obstruyendo los orificios posteriores de las fosas nasales, no suelen adquirir el volúmen suficiente á interceptarlas por completo.

La forma diseminada es mucho menos frecuente que la anterior. Yo tuve ocasión, sin embargo, de observar un caso perfectamente característico. Hecha la faringoscopia superior, se veían los orificios posteriores de las fosas nasales como lobulados en su parte externa á la vez que la cara superior del velo aparecía como engrosada y mamelonada. Era curioso este caso por los trastornos digestivos que ocasionaba y que luego estudiaremos. Se comprende, pues,

que en esta forma, no solo existe hipertrofia de la amígdala faríngea, sino que también se halla hipertrofiado el tejido adenoideo de las regiones faríngeas próximas á los orificios nasales posteriores.

Las vegetaciones adenoides tienen una consistencia blanda.

Caracteres microscópicos. Varios han sido los autores que se han ocupado en el estudio microscópico de las vegetaciones adenoides; entre ellos podemos citar á Cornil, Ruault, Nicolle, Chatellier, etc. Brindel es uno de los que, sin duda, se ha ocupado más detenidamente del asunto. De sus observaciones recientes se deduce, yendo de la superficie á la profundidad, que el epitelio cilíndrico con pestañas vi-

bráticos suele presentarse en cinco, ocho y hasta diez
hileras superpuestas. Este epitelio en muchas vege=
taciones se observa plano y como pavimentoso en la
superficie. Esto parece debido al frotamiento de la
vegetación contra la pared faríngea, pues se presenta
sólo en la superficie del tumor y no en el epitelio
que tapiza las invaginaciones de la vegetación. A=
demás, la mayor frecuencia de este aplanamiento
del epitelio corresponde á las grandes vegetaciones, que,
como es natural, son las más expuestas por su volúmen
al roce con la pared faríngea.

Las células más superficiales se encuentran
en vías de degeneración, pues presentan á menudo
vacuolas, coloreándose con dificultad su núcleo.

El tejido adenoide encuéntrase muy hipertrofiado;

el tejido fibroso aumenta también, siendo un hecho curioso el que sea más abundante, por regla general, en el niño que en el adulto. Este tejido está colocado entre los folículos, extendiéndose desde la superficie del tumor hasta su base, sitio en el que es más abundante.

Según Ruault, esta red fibrilar está infiltrada de células linfáticas.

El tejido fibroso desarrollándose va rodeando los vasos y determina en ellos lesiones como la esclerosis perivascular.

Teniendo en cuenta que las invaginaciones de la amígdala faríngea son en forma de surco, y no en forma de lagunas ó pequeñas cavidades como las de las amígdalas palatinas, se comprende que sea

mucho más rara en la primera la amigdalitis lacunaria, que en las segundas; todo dependiendo únicamente de su constitución anatómica. Sin embargo, á veces soldándose los bordes del surco que forman las invaginaciones de aquél órgano, se forman verdaderos quistes y se constituyen focos de amigdalitis lacunaria.

Este es un hecho de gran importancia porque puede explicar la facilidad con que las vegetaciones adenoides pueden ser asiento de tuberculosis; pues si se tiene en cuenta que en estos focos de amigdalitis quística se encuentran gran número de los microbios que ordinariamente suelen hallarse en la amígdala faríngea normal, y entre ellos el bacilo de la tuberculosis; y si además, se piensa que invadido el órgano por la hipertrofia fibrilar, los glán-

dulas secretorias váin disminuyendo cada vez más y, por ende, siendo menor el poder bactericida del mismo, se penetrará sin esfuerzo que la infección tuberculosa resulta altamente favorecida. Ya dijimos, por esto, al tratar ~~de la~~ etiología que la infección por el bacilo de Koch no es rara en esta afección.

Síntomas- Facies adenoidea.

El niño afecto de vegetaciones adenoides, sobre todo cuando estas alcanzan larga fecha, tiene un aspecto particular que puede servir grandemente para sospechar la afección de que se trata. La cara del adenoideo es redondeada, debido á que la nariz es achatada, las regiones supercilia-res y los pómulos son poco salientes y los surcos naso-genianos están casi borrados. Se explica esto por

el desarrollo insuficiente de la cavidad nasal, á causa de que hallándose en el niño prontamente obturados, por las vegetaciones adenoides, los orificios posteriores de las fosas nasales, por ser estos de poca altura en esta edad, aquella no funciona, y no funcionando por ley natural de atrofia. Este desarrollo insuficiente trae consigo el de los senos etmoidales y frontales, que dán cuenta del aplastamiento de la nariz así como del de las regiones superciliares; y el de los pómulos lo explica el escaso desarrollo de los senos maxilares, debido á la misma causa.

Completan el cuadro de la facies del adenoideo, la boca que éste tiene constantemente entreabierta, el labio superior levantado y pendiente el inferior, debido á que no pudiendo respirar por la nariz, tie-

ne que efectuarlo constantemente por la boca. De ahí también que las alas de la nariz las presente inmóviles. Al mismo tiempo, los dientes superiores, que por tener siempre la boca entreabierta pueden verse desde el primer momento, se observan en algunos casos acabalgados, á causa de que por la atrofia de la bóveda palatina consecutiva á la de las fosas nasales, los dientes no pueden disponerse libremente y se acabalgan unos sobre otros. Siendo esta atrofia palatina más acentuada en sentido transversal hace que se alargue el hueso maxilar en sentido antero-posterior, dando lugar al prognatismo superior, frecuente en esta afección. Sin embargo, yo he podido observar dos casos característicos de marcado prognatismo inferior, no obstante haber obtenido

las vegetaciones, desde largo tiempo, la naso-faringe por completo. Atribuyo más bien estos casos de pronatismo inferior á la herencia, por cuanto en uno de ellos la madre del paciente presentaba el mismo pronatismo inferior acentuado, y en ambos las arcadas dentarias superiores aparecían estrechas y con los dientes malalineados, lo que prueba, á mi juicio, la tendencia al pronatismo superior; si bien, por ley de herencia probablemente, predominaba, en estos casos, el pronatismo inferior.

En resúmen, la cara redondeada, con la boca entreabierta, la piel pálida, las alas de la nariz inmóviles, etc, dan á la fisonomía un aspecto sin expresión conocido generalmente con el nombre de abobado. No por ello hay de entenderse que siem-

pre se presenta la facies adenoidea tan perfecta-
mente característica como la que acabo de descri-
bir; pero es frecuente el poderla observar, haciéndose fa-
cilmente a priori el diagnóstico de las vegetaciones,
en algunos casos, con solo ver entrar al niño que las
sufre.

Asentando las vegetaciones en un
punto de tanta importancia funcional como
es el espacio naso-faríngeo, se comprende que
su presencia ha de producir necesariamente per-
turbaciones varias. La primera función trastorna-
da es la respiración, pues encontrándose las vegeta-
ciones tras los orificios posteriores de las fosas nasa-
les, obstruyen más ó menos á éstos, y de ahí insufi-
ciencia respiratoria nasal. Si se tiene presente

la variedad de forma y altura de dichos orificios en los diversos edades, pronto comprenderemos como en el niño, sobre todo en el de muy corta edad, es frecuente que el que las vegetaciones obstruyan enseguida la vía respiratoria nasal; lo que trae consigo que en el infante afecto de esta enfermedad sea muy difícil ó imposible el amamantamiento.

En el niño algo mayor se traduce esta insuficiencia respiratoria en tener la boca constantemente abierta, sobre todo en el sueño, durante el cual suele ser también muy frecuente que el niño ronque; así como le impide hacer cualquier ejercicio algo violento sin que le sobrevenga inmediatamente una fatiga acentuada. Esta insuficiencia produce la anoxemia por mala oxigenación de la sangre, lo que unido en el niño que mama

á su deficiente nutrición, puede producir un estado que se conoce con el nombre de atrepsia adenoidea. En cambio, en el adulto como el espacio naso-faríngeo ha aumentado considerablemente en su diámetro vertical, las vegetaciones rara vez llegan á obturar la vía nasal y, por tanto, la respiración está mucho menos comprometida.

La misma obstrucción de los orificios nasales, y el hallarse más ó menos rellena la naso-faringe, produce trastornos en la olfación y fonación. En efecto, no pudiendo pasar la corriente de aire por las fosas nasales el olfato se encuentra muy disminuido ó abolido, por cuanto ya sabemos que para que dicha función se verifique normalmente es necesario que la corriente aérea circule con entera libertad. En cuanto á la fona-

ción, las consonantes nasales encuentran gran dificultad para ser emitidas y en muchos casos son reemplazadas por labiales ó dentales. Así la m y la n (nasales) suelen reemplazar al hablar por la b (labial), y la d (dental).

Por la misma situación traen consigo muy frecuentemente las vegetaciones adenoides perturbaciones en el aparato de la audición. Cómo la vegetación al crecer alcance al pabellón de la trompa ó la obture, disminuye ó interrumpe la ventilación de la caja del tímpano. Esto trae consigo, con gran frecuencia, la percepción de ruidos muy molestos para el enfermo, la disminución de la potencia auditiva, y á veces, la sordera completa. Porque hay que recordar que dicha falta de aereación acarrea trastornos esclerósicos y que á ellos suelen unirse otros congestivos, que pueden ser causa de

múltiples perturbaciones en el aparato auditivo.

Solo con lo que acabo de exponer podemos fácilmente diagnosticar las vegetaciones adenoides, pues la facies adenoidea, la falta absoluta ó la insuficiencia respiratoria nasal, los trastornos fonéticos y los auditivos, suelen ser los síntomas que de ordinario nos llevan á hacer el diagnóstico; pero será necesario para convencernos de su realidad, practicar el exámen de la región afecta. Este exámen se compone principalmente de dos partes: la faringoscopia superior y el tacto naso-faringeo.

Faringoscopia superior = No siempre resulta la faringoscopia superior fácil de practicar, pues por el contrario en muchos casos es difícil, hasta el punto de decir algunos autores que en el niño es impracticable.

cro soy de este parecer, aunque sí confieso que en ellos resulta, por regla general, muy difícil, tanto por ser el istmo faríngeo de menores dimensiones, como por su intranquilidad y modo de ser que aumentan notablemente las dificultades del examen. Empero hay algunos en que este examen se puede hacer con alguna paciencia, como he tenido ocasión de practicarlo.

No se crea tampoco que siempre es fácil en el adulto verificar esta exploración, pues hay sujetos que por su emotividad se pueden comparar á los niños. En estos individuos es muy frecuente que la lengua no pueda abajarse, debido á que se contrae convulsivamente, lo que constituye quizá el mayor obstáculo á practicar la faringoscopia superior. En otros adultos el istmo faríngeo, á semejanza de los niños, es pequeño,

debido á la hipertrofia de las amígdalas palatinas, lo que dificulta tal práctica exploratoria. Además, hay muchos sujetos en que el reflejo faríngeo está muy acentuado, lo cual, como se comprende, constituye un serio obstáculo á tal maniobra, si bien el uso de la cocaina puede, generalmente, permitir salvarlo.

Pero á pesar de las expresadas dificultades para practicar dicho exámen, no por eso deja de ser posible en muchos casos, y siempre que quepa hacerlo debe ser regla imprescindible, constituyendo un precioso, sino el mejor medio exploratorio, pues teniendo alguna práctica logramos ver con él la naso-faringe por completo y podemos darnos cuenta no solo de la existencia de las vegetaciones, sino también de su disposición forma, dimensiones, etc.

El aparato instrumental es el mismo aproximadamente que el que se emplea en un examen laringoscópico, es decir: un foco luminoso de suficiente potencia y un espejo frontal (ó bien en vez de ambos un fotóforo) y un espejito con mango, de los llamados laríngeos. Es necesario, además, en este examen, un depresor de lengua. El espejito laríngeo, en mi opinión, es preferible que en general sea pequeño; pues si bien es verdad, como señalan algunos especialistas, que con espejos pequeños no se pueden obtener imágenes completas, me he convencido de las grandes ventajas que reporta el uso de los espejos pequeños por su fácil movimiento en la faringe, lo que es de tener muy en cuenta en un examen que algunas veces resulta bastante difícil. Además,

si movemos el espejito en varias direcciones, podemos darnos también completa cuenta del estado de toda la naso-faringe. Naturalmente que en los sujetos que sea muy fácil este exámen y en que el istmo sea amplio, cabe el uso de los espejos mayores, que en una sola imágen nos muestran casi toda la naso-faringe.

En cuanto al manual operatorio, una vez sentado el sujeto en frente del médico y con el foco de luz al lado de la cabeza del enfermo, se reflejan con el espejo frontal los rayos luminosos en dirección del istmo de los fauces, de manera que éste se ilumine claramente. Conviene que el enfermo mantenga la cabeza derecha, pero sin extenderla sino más bien algo flexionada. Introduzcase entonces

el depresor con el que se abaja la lengua, teniendo cuidado de no introducirlo demasiado para no despertar el vómito. Una vez hecho esto toma el espejito (previamente templado para que no se empañe) como una pluma de escribir y se introduce en la boca, haciéndole resbalar sobre el depresor con la cara reflectora hacia arriba. Se le hace pasar por un lado de la úvula, ó por debajo, hasta colocarlo en el interior de la faringe y entonces se deprime más la lengua. Si el sujeto lo resiste bien, no queda sino colocar el espejo en diferentes direcciones (hacia arriba, adelante ó á los lados) con objeto de hacerse cargo de toda la naso-faringe.

Entonces es el momento de observar si los orificios posteriores nasales están libres ó no; de distinguir si la

naso-faringe está ó no ocupada y de ver que caracteres ofrece el cuerpo que la ocupa. Si las vegetaciones existen, veremos que una masa más ó menos lobulada y gris rosácea, y otras veces masas más pequeñas, cubren en parte ó totalmente los orificios nasales, teniendo dimensiones variables y forma distinta, según se presenten en la forma única ó en la diseminada, ya descritas al tratar de los caracteres macroscópicos. Podemos entonces también distinguir las vegetaciones de otras afecciones que radican en el mismo sitio, y principalmente de los pólipos naso-faringeos por su forma y por presentar estos, por regla general, una superficie lisa y no lobulada como la ofrecen las vegetaciones. El sarcoma, en cambio, aunque mucho menos frecuente, pudiera hacernos confundirlo

con las vegetaciones si solo nos fiásemos del exámen faringoscópico, toda vez que en muchas ocasiones se presenta con excrecencias que lo hacen parecer á las vegetaciones; pero hay otros síntomas que, como veremos al tratar del diagnóstico, permiten aclarar éste.

Es frecuente al practicar la faringoscopia superior que el velo se levante pegándose contra la pared posterior de la faringe. Para evitar esto debe recomendarse al enfermo que respire ampliamente, como si nada tuviese dentro, lo que suele hacer que el velo se relaje; y, á lo mas, puede hacerse le pronunciar alguna sílaba nasal con el mismo objeto. Si á pesar de esto no se lograre obtener el objeto deseado y se quisiese practicar de todos modos la rinoscopia posterior, se puede entonces hacer uso de los elevadores

del velo, que describiremos al ocuparnos del tratamiento.

Tacto naso-faríngeo = El otro medio explo-
ratorio para hacer el diagnóstico de las vegetaciones,
es el tacto naso-faríngeo. Creemos este medio la ven-
taja sobre el anterior de poderse practicar en todos
los enfermos, aun cuando, por acostumbrado que se
esté á practicarlo, nunca puede dar datos tan precisos
como una buena faringoscopia, siendo, por lo mismo,
preferible el empleo de esta última siempre que sea
posible; pero en los casos en que la faringoscopia
resulta difícil ó incompleta está en absoluto indicado
el tacto naso-faríngeo. Únicamente en los niños muy
pequeños no puede emplearse dicho tacto, pues siendo
en ellos sumamente estrecho el istmo de las fauces
y habiendo en posición de romper el velo, deberemos

examinarlos con la pinza curva apropiada.

Para practicar el tacto naso-faríngeo se sienta el enfermo, y el médico se coloca detrás del mismo; le rodea con el brazo izquierdo la cabeza por detrás y se vale de la misma mano para mantenerle abierta la boca, ya deprimiendo la mejilla entre las arcadas dentarias, ó por medio de cualquier abrebocas, lográndose así que el sujeto no pueda morder durante el acto exploratorio. Yo acostumbro á emplear un depresor de lengua colocado verticalmente entre las arcadas dentarias, lo que resulta rápido y sencillo, á lo par que útil. Una vez en esta disposición se introduce el dedo índice derecho en la boca y se lleva rápidamente á la faringe, haciéndole pasar detrás del velo. En esta disposición se procede á reconocer el

estado de la naso-faringe, si resulta ó no ocupada, observándose si los orificios posteriores de las fosas nasales están libres ó cubiertos; si la masa que se encuentra es lisa ó lobulada, examinando al mismo tiempo su dureza o blandura. Ya sabemos que las vegetaciones presentan este último caracter y además son lobuladas en su superficie, por lo que dán al dedo la sensación de un paquete de gusanos.

Debemos tener presente al practicar el tacto las diferencias de espesor que, segun la edad, tiene la amígdala faríngea, pues de no tenerlo en cuenta, podríamos cometer el error de creer á ésta en vías de hipertrofia, siendo así que fuere normal.

Al retirar el dedo suele salir teñido de sangre, debido á que en los movimientos que este pone-

tica durante el exámen, lesiona las vegetaciones formadas de un tejido sumamente friable.

Este exámen debe ser lo más rápido posible porqué es sumamente molesto para el enfermo.

Si bién los descritos son los medios exploratorios que nos prestan mejor ayuda para hacer el diagnóstico en estos casos, hay además un exámen que puede á veces, prestar algún servicio. Me refiero á la rinoscopia anterior. Cuando la mucosa nasal no está hinchada, ni hipertrofiados los cornetes (como puede ser á su vez existir la rinitis hipertrófica concomitante), pueden verse las vegetaciones, si son bastante grandes, al través de las fosas nasales. Al practicar este exámen nos encontramos también, en algunos casos con desviaciones del tabique, debidas á que no pudiéndose desarrollar éste ampliamente por la atresia de las

fosas nasales, antes descrita, se vé precisado á incurvarse. Estas desviaciones y la rinitis hipertrófica, frecuentes ambas cosas en los sujetos afectos de vegetaciones, son causa de que este proceder de resultados aún menos precisos, por lo que en la mayoría de ocasiones no se practica.

Complicaciones de las vegetaciones adenoides.

Faringe, nariz y oido: La faringe del sujeto afecto de vegetaciones adenoides, se encuentra predispuesta á padecer facilmente anginas, pues se constituye por el estado hipertrófico de su tejido adenoideo en condiciones menos resistencia.

Si consideramos que tanto la amigdala faringea como las palatinas y la lingual, vienen á ser no más que distintos conglomerados del mismo te-

jido adenoideo faríngeo, comprenderemos como la hipertrofia de la amígdala faríngea trae consigo frecuentemente la de las otras amígdalas, y en especial las palatinas, quedando en estado de mejor receptividad á los agentes infecciosos. Asimismo es frecuente que la pared posterior de la faringe presente granulaciones, por la hipertrofia de sus folículos adenoideos, padeciendo la faringitis crónica. En algunos casos, raros por fortuna, se presenta el flemón retro-faríngeo, á consecuencia de la infección de los ganglios retro-faríngeos.

A menudo los adenoideos sufren alteraciones de las fosas nasales, sobre todo la rinitis crónica hipertrófica; ya al tratar de la rinoscopia insistimos sobre este punto.

Pero indudablemente las complicaciones auditivas

son las que llaman más la atención, tanto por su frecuencia relativa como por su molestia y gravedad. Ya hemos visto, al tratar de los síntomas, cuán importantes trastornos auditivos pueden acarrear las vegetaciones adenoides. El impedir el acceso del aire á la caja, por obstruir mecánicamente la entrada de la trompa, hace que el oído medio se resienta enseguida; y si primero solo dá lugar, como protesta de esta aereación insuficiente, á ruidos diversos y molestos, y más tarde á la sordera, no pasa mucho tiempo, cuando la causa persiste, en producirse el catarro seco de la caja que, como más tiempo pase, más tiende á determinar la esclerosis del oído medio y aún la del oído interno.

A propósito de esto citaré el siguiente caso: Vino á consultarme una jóven de diez y nueve años, aquejando

solamente el sufrir desde hacía siete meses ruidos intensos y continuos (semejantes, según ella decía, al de una cascada) en el oído izquierdo, por los que habría tomado varios medicamentos sin resultado alguno. Examiné el estado de la audición y ví que la sordera era completa en aquél oído. El otro oído, en cambio, no sufría trastorno alguno. Examinado el conducto auditivo externo y la membrana del tímpano no observé nada anormal. Pregunté á la enferma acerca de catarros nasales ó faríngeos que pudieren hacer sospechar una obstrucción de la trompa y me contestó negativamente, diciéndome solamente que desde hacía mucho tiempo la respiración nasal le era bastante difícil.

Hice entonces la rinoscopia anterior que me mostró

ligeramente hipertrofiados los cornetes, dejando ver en el fondo como masas que interceptaban en parte los orificios posteriores de las fosas nasales. Sospeché entonces no se tratara de vegetaciones adenoides y practiqué la rinoscopia posterior, que resultaba difícil por lo nervioso de la enferma, por lo que hice el tacto naso-faríngeo, encontrando que toda la bóveda faríngea estaba ocupada por una masa desigual que bajaba hasta más de la mitad de los orificios nasales, por lo cual, dada su forma y consistencia y que al retirar el dedo salía este teñido de sangre, diagnostiqué vegetaciones adenoides de forma mixta. Indiqué á la enferma la necesidad de un tratamiento quirúrgico, sin poder asegurarle el resultado completo, y menos pronto, de su curación, á causa de la fecha algo larga de su

dolencia; pero, decidida la enferma, la operé con la cureta cortante de Schmidt. Soportó la operación perfectamente y la hemorragia fué escasa. Recomendé que hiciera gargarismos con una solución bórica a fin de mantener limpio el istmo de las fauces.

Vino la enferma al cabo de tres días y la audición había mejorado algo, pues oía un reloj colocado á cierta distancia del oído izquierdo. Los ruidos, no obstante, se habían acentuado. Le indiqué la conveniencia de esperar unos quince ó veinte días, para que la herida faríngea estuviese cicatrizada. Transcurrido este plazo vino la enferma, diciendo que los ruidos habían disminuido mucho así como la sordera. El resultado fué feliz, pues al cabo de dos meses habían desaparecido los ruidos por completo y apenas

aquejaba una ligera sordera.

En este caso se vé perfectamente como los trastornos auditivos habían alcanzado tal importancia que constituían para la enferma el síndrome exclusivo; viéndose asimismo la dependencia absoluta que tales trastornos tenían con las vegetaciones adenoides, que eran su causa. como lo demuestra el que una vez eliminadas estas, aquellos trastornos desaparecieron.

Pero además de estos trastornos, que podemos llamar crónicos, pueden presentarse toda clase de otitis agudas: la congestiva, la exudativa fibrinosa y la purulenta. No hay porqué insistir sobre los graves trastornos que estas afecciones pueden determinar, pues desde la perforación del tímpano hasta la trombosis de los senos y las supuraciones cerebrales, existe una escala de

lesiones que si mas son graves para el sentido del oido, las otras lo son para toda la economía, pues acarrean la muerte.

(Trastornos del aparato respiratorio= Habiéndome llamado la atención en los primeros casos que ví de vegetaciones adenoides la circunstancia de que muchos de los pacientes aquejaban síntomas de bronquitis y otros tos pertinaces y muy molestas, procuré fijarme en la frecuencia de su coexistencia, y convencido de que esta es bastante importante, tuve ocasión de poder seguir algunos casos en que el tratamiento me confirmó la dependencia que los trastornos respiratorios tenían con las vegetaciones adenoides.

He tenido en mi práctica dos casos curiosos á este respecto, y que despues citaré, en los cuales los enfermos

aquejaban solamente el trastorno respiratorio, consistente en una tos pertinaz que cada vez iba en aumento y que molestaba mucho al enfermo. La auscultación confirmaba estos trastornos funcionales; pero estando yo entonces ocupándome de este estudio, y como observara en ellos síntomas de Vegetaciones (como la facies, la mala respiración nasal, etc.), se me ocurrió hacer el examen de la naso-faringe y la encontré llena de vegetaciones adenoides. Operados ambos casos el resultado fué sorprendente; pues desaparecieron en no muy largo tiempo todos los trastornos citados.

Asimilables son dichos trastornos respiratorios, á mi parecer, á los producidos por los reflejos nasales, y de los que puede yo mismo ver muchos casos en un estudio detenido que hizo el malogrado Dr. Roquer, en

su clínica de rino-laringología de Barcelona. En efecto muchos enfermos que solo aquejaban como trastorno una tos pertinaz, pero con escasa expectoración, de aspecto robusto muchos de ellos y sin antecedentes patológicos, su trastorno dependía solo de zonas reflejas nasales. Estas zonas, comparadas por el Dr. Roquer á las zonas histéricas, provocaban esta tos, pues solamente al tocarlas con el estilete aparecían fuertes accesos. La cocaina, en cambio, aliviaba á dichos enfermos por adormecer estas regiones.

Pues bien, yo he creido ver en este caso de las vegetaciones adenoides, algo parecido á lo de las zonas nasales reflejas.

La presencia en la faringe de un cuerpo anormal más ó menos voluminoso, hace en la mayoría

de los casos que la pared faríngea libre aún de vegetaciones, se vea continuamente molestada por el roce de aquellas. Verdad es que no siempre, ni con mucho, este roce determina la producción del reflejo; pero en bastantes ocasiones, ya por ser más sensibles las mucosas del individuo afecto, ya porqué, a semejanza de lo que ocurre con las zonas nasales hubiere verdaderas zonas reflejas faríngeas, al verse estas instigadas por el roce de las vegetaciones el reflejo se produce. Porqué hay que advertir que si las zonas nasales producen la tos, es, sin duda alguna, al contacto de algún cuerpo, que generalmente resulta ser el moco de la rinitis concomitante, aunque á veces sea también el polvo atmosférico el que obra como causa determinante.

Así pues, á mi modo de ver, se constituiría un verdadero arco reflejo que, teniendo su punto de partida en la naso-faringe y continuando por el nervio faringeo de Bock ó pterigo-palatino, fuese por el trigémino á los centros, de donde centrifugamente por el pneumogástrico, de preferencia, fuese á actuar sobre los órganos respiratorios para que la tos se produjese.

A este propósito, voy á citar dos casos de los más característicos de algunos por mi observados.

1º. Trataba de una niña de 10 años de edad, natural de San Feliu de Llobregat (Barcelona). La enferma quejábase de tener una tos muy frecuente desde hacía ya unos seis meses y que, á pesar de los remedios que la habían aconsejado, cada vez aumentaba. Decía que la tos le comenzó sin darse cuenta de que

se acatarrase, temiendo muy poco al principio y aumentándole poco á poco, hasta el punto de preocuparse mucho su familia temiendo que su hija no fuese tísica.

Interrogué á la madre de la enferma sobre antecedentes patológicos respiratorios de familia, así como de la enferma, y me dijo que no existían. Practiqué la auscultación y encontré ambos pulmones llenos de estertores mucosos y sibilancias, más acentuados en la base y borde posterior del pulmón derecho.

Pero me llamó especialmente la atención la facies adenoidea de la niña así como su voz. Pregunté si podría respirar bien por la nariz y probándolo entonces, resultó que la respiración si bien se efectuaba en parte, estaba no obstante notablemente

dificultada. Sospechando la existencia de vegetaciones adenoides, procuré hacer el examen faringoscópico superior que resultaba muy difícil á causa, no solo del exagerado nerviosismo de la enferma, sino también de la elevación del velo contra la pared posterior faríngea. Desistí de ello y practiqué el tacto, encontrando la naso-faringe ocupada por vegetaciones que cubrían gran parte de los orificios nasales. Al retirar el dedo salió este teñido en sangre.

Hecho el diagnóstico de vegetaciones adenoides pensé que la tos podría depender de las vegetaciones, aunque los síntomas que por la auscultación se recogían, parecían indicar más bien una afección bronquial bastante extensa. Así pues, le dije á la familia mi parecer y les dí á entender la necesidad de operarla.

Practicada la ablación de las vegetaciones la tos comenzó á disminuir, encontrando la enferma un gran alivio y siguiendo mejorando durante los días siguientes. La auscultación confirmaba lo que los síntomas funcionales indicaban, pues los estertores habrían disminuido mucho. Dejé de ver á la enferma y al cabo de un mes y medio vino á verme sumamente contenta por tener apenas tos.

La auscultéy quedaba, en efecto, solo algún que otro estertor.

2º. Refiérese á un niño de 11 años de edad, natural de Barcelona y residente en la misma. De aspecto linfático, pero no desmedrado, quejábase de sufrir una tos que llegaba á despertarle frecuentemente durante la noche y con una expectoración no muy abundante.

La tos databa solamente de tres meses. Auscultándole encontré bastantes estertores mucosos, si bien no tan numerosos como en el caso anterior. Refiriome que en muchas ocasiones sacaba la saliva teñida de sangre, lo que les alarmó mucho. El aspecto adenoideo del niño y el sacar la saliva teñida con frecuencia de sangre, sin que la expectoración fuese sanguinolenta más que en raros casos, hízome pensar en las vegetaciones adenoides y practiqué la faringoscopia superior (que en este niño se pudo hacer con gran facilidad), pudiendo observar que la naso-faringe estaba reducida por la presencia de vegetaciones no muy voluminosas.

Le practiqué la adenotomía en dos sesiones y el resultado fué feliz y rápido. Al cabo de dos semanas de operado la tos sólo le molestaba un poco de día, dejándole por

la noche dormir perfectamente y habiéndole cesado la expectoración. Al cabo de un mes volví á verle y estaba completamente curado.

El resultado post-operatorio en estos casos no podría ser más expresivo, pues si suprimidas las vegetaciones la tos cesaba, encontrábase entre ambas la relación de causa á efecto.

Y la verdad de esta teoría patogenética refléjase afianzada más, en cuanto que estos casos citados son perfectamente comparables también, en cuanto á los resultados terapéuticos, con los anteriormente citados de Zonas reflejas nasales tratados por el Dr. Roymer. En efecto, en estos casos empleando un tratamiento paliativo consistente en preparaciones con salol y á base de clorhidrato de cocaina, con las que se pincelaba la región de las fosas

nasales en que asentaba la zona refleja, la tos se mitigaba notablemente, si bien cesando el tratamiento esta desaparecía de nuevo. Pero practicada la cauterización de la parte origen de los reflejos la curación era sorprendente, pues los accesos de tos disminuían y al cabo de unas cuantas cauterizaciones, en que la zona refleja quedaba completamente cauterizada, la tos disminuía con rapidez y pronto cesaba más ó menos enteramente.

Pues bien, si se tiene en cuenta, además de dicha semejanza, la proximidad de las regiones origen de estas perturbaciones ya que en un caso se encuentran en la nasofaringe y en el otro en las fosas nasales, asentando, por regla general, sobre la parte posterior de los cornetes, se comprenderá cuán asimilables son dichos hechos y cómo,

por tanto, la teoría patogenética de los trastornos respira-
torios por acción refleja provocada por las vegetaciones
adenoides se compenetra con la de las tos reflejas
por zonas reflejas nasales.

Aún es más, Ruault cita un caso de espasmo
glótico reflejo y Coupard uno de accesos de laringitis es-
tridulosa de la misma naturaleza, producidos ambos
por las vegetaciones adenoides y curados por la ablación
de las mismas.

Son pues estos hechos sumamente curiosos, que
me han movido á emprender un estudio sucinto de
dichos trastornos con objeto de llamar en este punto
la atención, para establecer el debido tratamiento en
enfermedades que, si á primera vista pudieran apare-
cer bronquiales o pulmonares, son, sin embargo, exclusiva-

mente faríngeas y, por tanto, responderán beneficiosamente al tratamiento local que es su terapéutica indicada. En cambio, si en estos casos atendemos sólo al tratamiento sintomático de la tos, por no encontrar verdaderas lesiones por la auscultación, ó bien, dándonos este medio exploratorio algunos datos, nos creemos en el caso de emprender un tratamiento contra una bronquitis más ó menos crónica ó generalizada, veremos que al enfermo no le reporta beneficio marcado dicho tratamiento; y si entonces aún no se nos ocurriese la posible idea de que se trate de una tos refleja, veríamos que á pesar de atravesar la economía del enfermo toda la terapéutica bronquial, el enfermo no mejoraba y aún probablemente cada vez se encontraría peor, temiéndonos que dar por fracasados.

Porque hay que tener en cuenta que al cabo de

cierto tiempo de aquejar un enfermo una afección de dicha índole, el continuo trastorno que en las funciones de la respiración determina, es suficiente en muchos casos para producir lesiones locales en los órganos hasta entonces sanos (bronquios ó pulmones); y si en muchos de estos casos, si las lesiones no son muy adelantadas y el enfermo es robusto, instituyendo entonces un tratamiento apropiado suele lograrse que curada la causa productora dichas lesiones subsiguientes desaparezcan totalmente, en cambio, en otros casos, por ser las lesiones más antiguas ó por ser más débil el organismo, adquieren ya estas el carácter de lesiones per se, y entonces aunque subsiguientes á las afecciones faríngeas ya quedan independientes de ellas; de tal suerte que, aún cuando se instituya por fin el tratamiento local, hay

que atender al mismo tiempo á estas afecciones consecutivas, á las que debe considerárselas ya entonces como otra afección coexistente, pero distinta, de la faríngea.

¿Quiere esto decir que solamente esta acción refleja es la única causa que produce los trastornos respiratorios? No ciertamente, pues hay otros factores que es indudable influyen en su producción.

Uno de ellos es la disminución del primer tramo respiratorio, lo que hace que, sobre todo en el niño en que las vegetaciones suelen obstruir por completo la vía nasal, la respiración encuentre á faltar ésta vía estando notablemente dificultada, hasta el punto de que en algunos se produzca cianosis y accesos de ahogo, dándonos á entender como ha de influir podero-

samente para trastornar la función respiratoria.

Otro factor importante, dependiente del anterior, es que encontrándose la vía nasal obstruida ó obturada por completo, la corriente de aire inspirado no pasa á través del filtro nasal sino que directamente entra en el árbol aéreo. Esto trae consigo dos desventajas: el que el aire inspirado entre frío en el aparato respiratorio y el que entre tal como está en la atmósfera, es decir, sin sufrir la filtración nasal que le depura del polvo y de muchos agentes microbianos; pues ya sabemos el papel que se atribuye á las fosas nasales en el acto de la respiración, en que no solo obran calentando el aire al atravesarlas, sino que por sus desigualdades, por su construcción y por el moco que las baña, son poderosos medios para depurar el

aire inspirado. Ahora bien, si nos encontramos con que todos estos medios de defensa quedan abolidos y que, por tanto, el árbol aéreo recibe directamente el aire exterior, se comprende que tanto por su temperatura, como por las impurezas que en sí encierra, sea nocivo para dichos órganos y pueda ser causa de afecciones desde las más leves á las más importantes.

Podemos también citar, junto con los trastornos del aparato respiratorio, las deformaciones torácicas que se encuentran en algunos casos de vegetaciones adenoides, pues en cierto modo estas deformaciones son dependientes de la alteración respiratoria. Parece natural admitir que el sujeto afecto de vegetaciones, que, por estar disminuida su vía nasal, por lo antes señalado, está condenado á una respiración deficiente y defectuosa,

su caja torácica se resiente, no adquiriendo su perfecto desarrollo.

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Unas veces la caja torácica se encuentra deprimida **bateralmente** de manera que sale esternón mucho hacia delante, ó en forma de quilla de barco, tipo señalado por Robert. En otros casos la depresión del tórax es horizontal y circular como si un anillo le hubiese apretado, tipo llamado de Lambrón. Algunas deformaciones diferentes de las citadas se han señalado, pero estas son las mejor observadas.

Trastornos digestivos= Hay ocasiones en que las vegetaciones adenoides producen trastornos digestivos. He observado un caso en que se trataba de un jóven de 21 años, que notaba molestia y sequedad en la garganta, dificultad de respirar por la nariz y tenía

muy frecuentemente vomitos, sin saber porqué. La saliva con frecuencia la tenía teñida de sangre. No tenía tos. Hice el exámen de toda la faringe (oro y naso-faringe) y encontré que existía faringitis seca y, además, dicho sujeto ofrecia la naso-faringe ocupada por abundantes vegetaciones adenoides. Una vez hecha la ablación de las mismas, los trastornos digestivos desaparecieron por completo, quedándole solamente la molestia y sequedad dependiente de la faringitis seca, a la que después atendimos.

Marcha.

Las vegetaciones adenoides pueden ofrecer, según los casos una marcha muy diferente. Unas veces tardan tres, seis, ó más años, en desarrollarse hasta el punto de producir per-

turbaciones en el enfermo capaces de hacer que éste se dé cuenta clara de su presencia. En otros casos, en cambio, el desarrollo es rápido, y en pocos meses las vegetaciones han adquirido tal importancia, ó han dado lugar á tales complicaciones, que requieren una intervención inmediata.

Una vez constituidas las vegetaciones pueden entrar en vías de regresión y hasta desaparecer, sobre todo cuando el paciente llega á la edad en que la atrofia de la amígdala faríngea es normal. Pero en muchas ocasiones si las vegetaciones no han sido extraídas en la infancia, debido á que no hayan producido trastornos suficientes para decidir al enfermo ó su familia á que se opere, estas ven persistirse en el adulto y, á pesar de haber pasado la edad en que la amígdala

faringea se atrofia normalmente, este órgano entonces hipertrofiado continúa así, siendo con frecuencia más tarde origen de trastornos que obligan á intervenir.

Por regla general, cuando el desarrollo de las vegetaciones es secundario á una infección general, como la tifoidea, la escarlatina, la grippe, etc, su crecimiento suele ser rápido y en poco tiempo adquieren gran importancia.

De todos modos aún cuando sea más ó menos rápido el desarrollo de esta afección, ó se vea accidentada en su curso por agudizaciones más ó menos importantes, podemos decir que esta afección es en general de curso crónico.

Diagnóstico.

Cuando en un individuo po-

demos encontrar la facies adenoidea bastante característica, quejándose al mismo tiempo de no poder respirar bien por la nariz, de roncar durante la noche, ser duro de oido, ó bien de tener el olfato muy disminuido; y si podemos, á mayor abundancia todavía, comprobar en el enfermo la falta de resonancia nasal, así como el recaer todo este conjunto sintomático en un sujeto de 2 á 14 años, tendremos ya un síndrome que por si solo nos permitirá casi con seguridad hacer el diagnóstico de vegetaciones adenoides.

Mas no siempre aparecen todos estos síntomas reunidos, sino que, por el contrario, nos encontramos en multitud de casos en que solo aparecen algunos de ellos. Pero la presencia de alguno de estos bien valorada puede ser de gran utilidad, ya que si por si solos pueden

no ser suficientes á establecer un diagnóstico, en cambio, bastan para hacernos sospechar la presencia de las vegetaciones. Sospechada esto, solo tenemos que recurrir al examen local, ya empleando el examen faringoscópico, ó bién el tacto faríngeo, para convencernos de la verdad ó de la falta de su existencia.

Sin embargo hay casos en que el diagnóstico resulta más difícil, pues el enfermo se queja de sufrir un trastorno al parecer sin dependencia alguna con las vegetaciones, por lo mal cabe muy fácilmente que se despiste el médico. Así, un enfermo cuya molestia principal sean sus trastornos del oido, ó bién sus trastornos bronquiales, ó que sufra de ataques de laringismo estriduloso, difícilmente nos traerá, por este solo hecho, á la imaginación, que aquello pueda

depender de la existencia de vegetaciones. No obstante, cuando así sucede, la falta de síntomas que nos dén razón de la presencia de estas perturbaciones, y el observar, por otra parte, atentamente al enfermo, en el que es fácil descubrir algún síntoma propio de los adenoides, puede llevarnos á sospechar la presencia de la afección de que tratamos y á hacer más tarde un diagnóstico cierto.

Hay afecciones, como los pólipos mucosos ó fibro-mucosos, que pudieran inclinarnos á creer en la existencia de vegetaciones. Cuando aquellos están situados cerca de los orificios posteriores de las fosas nasales y pasando á través de estos orificios caen en la naso-faringe, los trastornos de obstrucción nasal son semejantes á los que las vegetaciones adenoides producen. Entonces

es cuando la faringoscopia nos aportará los signos diferenciales, pues mientras las vegetaciones tienen una superficie desigual y lobulada, así como gris-rosácea, los pólipos la presentan lisa y de un gris translúcido. El tacto puede inducirnos á error por la blandura de ambos.

En cambio el tacto puede servirnos para establecer el diagnóstico diferencial entre las vegetaciones adenoides y el fibroma naso-faríngeo. En efecto, este último es de una consistencia leñosa y de una superficie sumamente lisa, al contrario de las vegetaciones que son blandas y de superficie irregular. Por lo demás, el examen faringoscópico también nos ofrece en el caso de estos fibromas un tumor de color rojo y superficie lisa, caracteres que, como hemos visto, no presentan las vegetaciones adenoides.

Existen otros tumores de la naso-faringe que tam-

bién pueden confundirse con las vegetaciones adenoides. Me refiero al Sarcoma y aún al epitelioma de esta región. No solo los trastornos que estas afecciones producen al principio permiten que se crea en aquella afección, sino que aún practicando el exámen faringoscópico pueden presentarse dichos tumores vegetantes, pareciéndose mucho á las vegetaciones. Esta confusión, que es más propia del sarcoma, pronto se desvanece, sin embargo, si se tiene en cuenta el diferente curso de ambas afecciones, pues el sarcoma tiende pronto á extenderse rapidamente y á provocar trastornos locales y generales de que las vegetaciones no son capaces. El epitelioma, por otra parte, es raro, y suele presentarse en personas de edad avanzada y no en niños ó adolescentes.

Debemos aquí señalar también el posible error

á que pueden conducir algunas afecciones agudas de esta región. Así, la amigdalitis faríngea puede presentar síntomas parecidos a los de las vegetaciones. Al examen faringoscópico, aún cuando difícil de practicar, encontramos la amigdala faríngea aumentada de volumen. Pero el ser esta de color rojo y superficie lisa, el ofrecer al tacto la resistencia y renitencia de un órgano inflamado y además la marcha aguda y febril de la afección, así como la concomitancia frecuente con anginas, nos permitirán, en caso de confusión, que éste pronto desaparezca.

Si bien el adeno-flemón de la retro-faringe podrá inducirnos en circunstancias especiales á error, el ir acompañado de fiebre alta, su curso sumamente rápido y la disnea, así como la bombadura y renitencia flu-

trante de la pared posterior faríngea, son síntomas que inmediatamente alejan toda confusión.

Una lesión crónica existe en la naso-faringe cuyo diagnóstico con las vegetaciones adenoides solo lo hace posible el microscopio, Hal afección es la tuberculosis de la amígdala faríngea. Su síndrome es idéntico, por lo que algunos autores los consideran como una misma afección. El examen microscópico se comprende, pues, que sea el único capaz de dilucidar la cuestión.

Antes de terminar con el diagnóstico, vamos á ocuparnos de una cuestión que al mismo afecta. Ya hemos visto como los adenoideos están sujetos con frecuencia á sufrir deformaciones en su esqueleto facial y torácico, hasta el punto que la facies llamada ade=

noidea, viene á ser en gran parte resultante de aquellas. Pues bien, el raquitismo que se caracteriza por las deformaciones óseas que acarrea, podría en ciertos casos producir deformaciones que llegaran á confundirse con las adenoideas. ¿No hay signos diferenciales entre ambas clases de deformaciones? Si por cierto, pues no debe olvidarse que las producidas por las vegetaciones obedecen á una causa, la insuficiencia respiratoria, que trae consigo el poco, ó á lo menos, el menor, funcionamiento del aparato respiratorio, y como por ley natural órganos que no funcionan se atrofian, de ahí que las partes óseas al servicio de este aparato no adquieran su natural desarrollo y se deformen. A esto es debido que dichas deformaciones se limiten solamente á la cara (y de ésta á la parte supra-

maxilar, que es la que está en relación con las fosas nasales y al tórax.

Bien diferente es lo que acontece en el raquitismo, pues en esta afección los sujetos presentan deformaciones en cualquier parte del sistema óseo. No no son la cara y el tórax, sino que nos encontramos con que la pelvis es uno de los puntos en que el raquitismo suele producir ~~deformaciones~~ deformaciones más notorias. Los miembros inferiores son también asiento de las mismas, y no hay porqué decir que el cráneo, que en el caso de las vegetaciones está indemne, en el caso del raquitismo es de los puntos en donde mayores deformaciones suelen observarse. Esto sin contar con que las deformaciones características del raquitismo, como la persistencia de la fontanela anterior, el gran desarrollo de las

fosas frontales, el rosario costal; la forma aplastada de la pelvis, etc, no permiten confundirlas con las deformaciones propias de los adenoideos.

Naturalmente que existen casos en que ambas afecciones pueden coexistir, pues nada tiene de extraño que un individuo raquítico tenga vegetaciones adenoideas. Estos son precisamente los que han engendrado la confusión en este terreno, pues se han visto deformaciones características raquíticas en sujetos adenoideos; siendo necesario en semejantes circunstancias ver claramente y persuadirse de la coexistencia de ambas afecciones, lo que no nos permitirá incurrir en error.

Pronóstico.

Las vegetaciones adenoideas,

por sí, constituyen una afección cuyo pronóstico es benigno. Si bien suelen por sus trastornos hacer necesaria la intervención operatoria, en cambio después de ella la curación es la regla. Así pues, las recidivas no agravan el pronóstico, por cuanto, si la ablación de las vegetaciones es completa, aquellas no se presentan. De una estadística hecha de los numerosos enfermos de vegetaciones adenoides operados en la Clínica Rogner de Barcelona, solamente en tres casos recidivó la afección.

Pero si las vegetaciones por sí solas tienen un pronóstico benigno, las perturbaciones que en otros órganos son capaces de producir, pueden dar lugar á que éste revista verdadera gravedad. Por ejemplo, las

las lesiones del oido dependientes de las vegetaciones, pueden con facilidad, si estas tardan en ser operadas, pasar del simple catarro seco de la caja á esclerosis de la misma y de los órganos en ella contenidos y por fin del oido interno, ocasionando molestias numerosas y hasta sordera incurable.

La insuficiencia respiratoria y los trastornos que ocasiona á veces en este aparato, suelen determinar no tan solo mala hematosis, sino tambien lesiones en los órganos del mismo, dando lugar, si la causa persiste, á que tales lesiones se hagan crónicas ó resulten incurables.

He aquí, pues, como las vegetaciones si bien permiten formular un pronóstico tranquilizador, es cuando cabe considerarlas exentas de complicaciones capaces de producir lesiones ó trastornos que agraven la dolencia.

Tratamiento.

Profilaxis.= Poco podemos decir respecto de la profilaxia de esta afección. Solamente teniendo en cuenta que las vegetaciones adenoides suelen recaer en individuos jóvenes, de preferencia linfáticos, y no olvidando que las enfermedades agudas faríngeas, principalmente las dependientes de enfermedades infecciosas preparan muy bien el terreno para que aquellas se desarrollen, se comprende que todo cuanto tienda en lo posible á evitar dichas infecciones en aquellos individuos, así como el empleo de antisépticos locales en el caso de que ya estas se hubiesen presentado, podrían concurrir en lo posible á evitar la hipertrofia de la amigdala faríngea.

Tratamiento médico.

El tratamiento médico,

tanto general como local, no es capaz de reportar la curación de esta afección.

Los baños de mar, las aguas clorurado-sódicas, la vida de campo, los reconstituyentes, etc, se han empleado con el fin de ver si reforzando al organismo las vegetaciones adenoides disminuirían de volúmen y aún llegarían á desaparecer. Sin embargo, muchas veces éstas constituidas dichos medios han resultado infructuosos.

No ha dejado tampoco de ensayarse el tratamiento local empleando substancias que pudieran esclerosar y traer consigo la reducción de las vegetaciones. Diferentes han sido los que sirviéndose principalmente de la resorcina han intentado por medio de pincelamientos ver si las vegetaciones tendían á desaparecer. Sin em-

bargo, han tenido que darse por convencidos de la ineficacia de tal tratamiento, viéndose obligados á emplear el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico.

Indudablemente el tratamiento quirúrgico es el sólo práctico y de resultados positivos contra las vegetaciones adenoides en la gran mayoría de casos. Verdad es que en ciertas ocasiones en que las vegetaciones se presentan bajo la forma difusa se hacen más difíciles de ser operadas, siendo á veces preciso desistir del curetage, no quedando otro medio que insistir en el tratamiento, siquiera para aliviar en lo posible la dolencia cuando tan escasos son los efectos curativos que del mismo cabe esperar. Sin embargo, estos casos son muy poco frecuentes.

El tratamiento quirúrgico, de consiguiente, resulta en esta afección de extraordinaria importancia, confirmada por los ventajosos resultados que merced á la operación se obtienen. Suelen ser dichos resultados más brillantes en el niño que en el adulto, pues en el primero una vez separadas las vegetaciones desaparecen generalmente todos los trastornos que aquellas determinaban. Es claro, que siempre hay que pensar que éstos desaparecerán tanto más fácilmente cuanto menos lejana sea la fecha de su aparición, tardando más, y aún á veces no desapareciendo, cuando el tiempo transcurrido entre su principio y la operación es muy largo.

Vi é que el niño que era duro de oido, ó sordo, ó que padecía trastornos respiratorios á causa de las vege-

taciones, transformase una vez operado, pues al cabo de un tiempo variable desde algunos días á varias semanas, el oido adquiere su fineza, las perturbaciones respiratorias que antes le molestaban tanto han cesado ahora por completo; en fin el organismo entero reporta beneficio marcado, pues el niño que era antes corto y como abobado se hace más listo y adquiere más tarde un desenvolvimiento distinto.

En el adulto, en cambio, ya sea porqué los trastornos se refieran á más larga fecha, ó bien por razón de edad, los resultados no suelen ser tan sorprendentes como en el niño, aún cuando generalmente reportan un marcado beneficio. En resúmen, el tratamiento quirúrgico, siempre que esté indicado, es el que deberá practicarse.

Indicaciones y contraindicaciones.= Señalar exclusivamente como indicaciones de la operación las numerosas complicaciones ó alteraciones á que las vegetaciones dán lugar, sería, á mi juicio, incurrir en un defecto; pues aún cuando aquellas constituyen verdaderas indicaciones operatorias no creo que su presencia sea necesaria para que la ablación esté indicada, pues siempre que no exista contraindicación y al sujeto presente vegetaciones bastante voluminosas, aunque estas no dén lugar á ningún trastorno, debe practicarse la ablación y no esperar á que dicha afección produzca las complicaciones que, casi con seguridad, más ó menos tarde sobrevendrían.

Lo que sucede es que, por regla general, cuando las vegetaciones han adquirido ya cierto volúmen, provocan

por lo común algún trastorno funcional, haciéndose en la mayoría de casos el diagnóstico precisamente á consecuencia de la presencia de este último, que viene á ser entonces el indicante de la intervención.

A este respecto podemos citar entre los más importantes y frecuentes: La insuficiencia respiratoria nasal, de mayor importancia en el niño á causa de la ya explicada constitución de la naso-faringe en esta edad y que en el recién nacido puede llegar á constituir una necesidad urgente de intervenir.

El catarro naso-faríngeo crónico consecutivo, que tan molesto llega á ser, sobre todo en el adulto.

Las complicaciones auditivas, ya se refieran solamente á los molestos ruidos, ó bien á la sordera, oto-

rrea, catarro crónico de la caja, etc. Estas son muy frecuentemente las que indican la operación tanto en el niño como en el adulto.

Las laringitis, traqueitis y bronquitis, más frecuentes en el niño á consecuencia de su mayor insuficiencia nasal.

Los trastornos de origen reflejo, tos refleja, laringismo estridulosa, etc., que asimismo se presentan más á menudo en el niño.

La emisión de la voz cantada, de más importancia como se comprende en el adulto.

La atrepsia adenoidea, limitada generalmente á los niños.

Podemos señalar como contraindicaciones de la intervención quirúrgica: La hemo-

filia, por el grave peligro á que expone.

Las enfermedades constitucionales graves como la tuberculosis pulmonar, la diabetes, etc, por el mal estado del organismo así como por la mala cicatrización ó localizaciones que pueden determinar.

La existencia de epidemias de enfermedades infecciosas como la escarlatina, la difteria, etc, que fácilmente podrían adquirirse.

Por último, siempre que exista agudización de la afección ó bien afecciones agudas concomitantes del oido, ó de las regiones próximas.

De los diferentes medios anestésicos y de las operaciones sin anestesia = Para practicar el raspado del rino-pharinx, pueden emplearse: la anestesia clorofórmica, la anestesia por el bromuro de etilo y

la anestesia local por la cocaina.

La anestesia por el cloroformo se practica como para cualquiera otra operación, con la sola diferencia que se procura que la narcosis no sea profunda, pues la operación es sumamente corta. Como el procedimiento anestésico es muy conocido omitiré al describirlo, así como las condiciones del cloroformo que se emplee, las contraindicaciones de esta anestesia, etc. Debe tenerse cuidado cuando se emplea esta anestesia para esta intervención que la cabeza del paciente esté más baja que el resto del cuerpo, con objeto de que encontrándose abolida la sensibilidad de las vías aéreas, la sangre no entre en las mismas lo que podría acarrear la muerte por asfixia.

La anestesia por el bromuro de etilo es mucho

más empleada que la anterior en esta clase de inter-
venciones. Debe procurarse al hacer uso de ella que
el anestésico sea muy puro, pues sus impurezas pueden
traer consigo efectos desagradables. Por tanto, el bromu-
ro debe ser incoloro, de olor etéreo y completamente vo-
látil, de modo que colocando unas gotas sobre la pal-
ma de la mano no dejen residuo alguno.

Antes de practicar esta anestesia se tendrá pre-
sente que no existan contraindicaciones en el enfermo,
pudiéndose decir que son las mismas que las de la anes-
tesia clorofórmica.

Para proceder á la anestesia, el paciente (que
debe estar en ayunas) se colocará sentado, en atención
a la congestión cefálica que produce, lo que favorece in-
dudablemente la intervención. Se le aflojarán los

vestidos, á fin de que la libertad respiratoria sea completa y, así dispuesto, se le administra el anestésico. Para ello el anestesiador se coloca detrás y á la derecha del enfermo y rodea con su brazo izquierdo la cabeza de éste, manteniendo en la misma mano la mascarilla, mientras con la derecha tiene el frasco con el bromuro. A diferencia de lo que sucede con el cloroformo, en que la anestesia debe hacerse con pequeñas dósis, la anestesia por el bromuro de etilo exige que se empleen dósis masivas desde el principio (de 5 á 10 gramos en el niño y hasta 20 gramos en el adulto), pues de otro modo nos expondríamos á asfixiar al enfermo sin lograr anestesiarle. Practicándola en cambio con dósis grandes, trás un período sumamente corto de excitación en que se congestiona la cabeza del enfermo

presentando una cara vultuosa, con las conjuntivas inyectadas, las pupilas dilatadas, así como concontracción de varios músculos, principalmente de los de la nuca y maseteros, sobreviene enseguida un periodo de calma en que desaparecen estas contracturas y el enfermo queda dormido. Este es el momento de operar; de tal modo que Sarremone dice que la cesación de la contractura de los músculos de la nuca indica el momento preciso en que debe intervenirse. Esto es importante, porque la duración de la narcosis es sumamente corta, de uno ó dos minutos solamente; debiéndose, por consiguiente, aprovechar bien el tiempo.

Sin embargo, ocurre á veces que la contracción de los maseteros no cesa y entonces es necesario emplear el abrebocas para operar; siendo en ocasiones tan fuerte

el trismus que esto no basta, recomendándose que en tal caso se prolongue la anestesia, con lo que el trismus desaparece.

El paciente se despierta pronto, por lo general tranquilo y encontrándose desde luego en condiciones de retirarse por sí del lugar en que fué operado. A veces, no obstante, los enfermos aquejan al despertar dolor de cabeza, malestar y aún vómitos, pero esto no es frecuente.

Durante la anestesia puede ocurrir que el enfermo, á causa del período de excitación, se ponga cianótico y cese la respiración, debiendo practicarse entonces sin pérdida de tiempo la respiración artificial, abriendo en todo caso la boca del paciente mediante el abrebocas, pues la contracción de los maseteros que durante este período

se observa la mantiene cerrada. No obstante hay que confesar, que el peligro del bromuro de etilo bien administrado es pequeño. Teniendo cuidado de la pureza del anestésico, de administrarlo como hemos descrito, de no prolongar demasiado la narcosis y de ver que no existan contraindicaciones, rara vez tendremos que deplorar accidentes graves durante el curso de la anestesia.

La anestesia por la cocaina es, en este caso, á diferencia de los anestésicos descritos, empleada como anestesia local. Su práctica es sumamente sencilla, pues consiste en impregnar la naso-faringe y aún la oro-faringe, con una solución de cocaina titulada del cinco al diez por ciento. Para ello con un pincel incurvado (como los laringeos) se pinta la cara ante-

rior del velo, después entrando en la faringe se pinta la pared posterior y toda la rino-faringe, teniendo cuidado de secar bien el pincel cada vez que se moja en la solución cocainizada, pues de otro modo la cocaina no sólo se expucia, sino que se diluye. Al cabo de unos 10 á 15 minutos la faringe queda anestesiada, siendo el momento de intervenir.

Otro medio de colocar la cocaina es mediante el empleo del pulverizador de Reuter. Pulverizare con él por la boca la cara anterior del velo y la pared posterior faringea, introduciendo después la cánula por vía nasal anterior hasta que llegue á la faringe, para que la cocaina vaya á bañar la naso-faringe. Empleando cualquiera de ambos medios se obtiene una buena anestesia.

Estos son los usuales medios anestésicos que se emplean para la ablación de las vegetaciones adenoides.

Poniéndolos en parangón encontramos que el cloroformo, en este caso, puede decirse hoy día que ha caído en desuso, pues cuando se intenta practicar la anestesia general suele emplearse siempre el bromuro de etilo por reconocersele ventajas de cierta importancia sobre el cloroformo, en esta particular práctica operatoria.

El bromuro de etilo tal como se emplea en estos casos, viene a ser más bien un analgésico que un anestésico, pues su acción medular es tardía y en cambio su acción cerebral es rapidísima, por lo que, dada la corta duración de la intervención, su uso ha de ser más conveniente que el del cloroformo, cuya

acción anestésica es más duradera. Esto contribuye á que generalmente el sujeto en que se ha empleado como anestésico el bromuro, poco después de operado pueda salir desde luego por sí de la Clínica, sin que se vea precisado á permanecer en ella según ocurre en la anestesia cloroformica. Pero una de sus principales ventajas consiste en que, debido á la congestión cefálica que produce, cabe mantener sentado al paciente sin miedo al síncope; así como el no estar abolidos los reflejos faríngeos hace que ni la sangre, ni las vegetaciones desprendidas puedan caer facilmente en las vias respiratorias en tal posición y favoreciendo notablemente ésta la iluminación faríngea y la intervención quirúrgica.

Otra de las ventajas del bromuro de etilo es que

el periodo de excitación que produce es muy rápido, disminuyéndose así el peligro del síncope del primer periodo, por reflejo laríngeo.

De todo lo expuesto se deduce, que el bromuro de etilo tiene reconocidas ventajas sobre el cloroformo en este caso por lo cual resulta preferible su empleo.

Descartado el cloroformo, quedan el bromuro de etilo y la cocaina. Realmente ambos anestésicos no puede compararseles como hemos hecho con el cloroformo y el bromuro citado, porqué siendo tan diferente su acción, de anestesia general en el bromuro y de anestesia local en la cocaina, las indicaciones que llenan no son las mismas, debiéndose emplear uno ó otro según los casos. Por esto, hay especialistas, como Escat, que recomiendan el empleo del bromuro en los niños

de 2 á 15 años, mientras que la cocaina la emplean solamente para los adultos; debido, sin duda, á que el bromuro de etilo produciendo la anestesia general es más conveniente para los niños, en que sólo la idea de la operación les sobrecoge y hace en ellos más difícil la intervención, en tanto que en el adulto esto no suele suceder con tanta frecuencia, y el empleo de la cocaina es suficiente.

Pero ¿quiere esto decir que sistemáticamente debe emplearse uno ú otro anestésico? Aún cuando hay muchos prácticos que siempre usan ó el bromuro ó la cocaina, considero que generalmente cabe verificar la ablación de las vegetaciones sin necesidad de recurrir á estos medios. Un número considerable de esta clase de intervenciones que ví practicar al malogrado Dr. Roquer

en sujetos de todas las edades, los hizo casi siempre sin anestesia de ningún género; y de mí puedo decir haber verificado varias veces la ablación de las vegetaciones sin recurrir tampoco á la anestesia, ya fueran niños ya adultos los pacientes, á pesar de lo mal, lejos de resultar la operación molestísima según viene á suponerse por quien, como Escat, llega á calificarla de brutal sino se emplea la anestesia, puedo afirmar también que algunos de los niños, á que antes me refiero, ni aún siquiera lloraron durante la intervención.

No se entienda, sin embargo, que, á mi juicio, deba prescindirse en absoluto de toda anestesia. Cuando por ser sumamente excitables los niños la intervención resulta muy difícil, el empleo del bromuro de etilo está entonces indicado; así como en los adultos, hay circuns-

tancias en que la excitabilidad está tan aumentada que los reflejos faríngeos hacen poco menos que imposible la intervención y empleando en tal caso la cocaina la operación resulta sumamente fácil. Pero como se vé, una cosa es usar los anestésicos en estas situaciones y otra el emplearlos siempre, no debiendo olvidar que son peligrosos, pues el bromuro de etilo no deja, á pesar de sus ventajas, de ser menos tópico que el cloroformo, sin contar con que, por la congestión cefálica que determina, puede exponer á que la hemorragia en el acto operatorio sea grande; y en cuanto á la cocaina, á pesar de su aparente inofensividad, es un agente de efectos sumamente variables según los sujetos.

Considero, de consiguiente, que á la anestesia no debe reputársela como regla general; pero sí la

anestesia es necesaria, el bromuro de etilo debe elegirse, por lo expuesto, para los sujetos mayores de 2 años y menores de 18, debiéndose preferir la cocaina para los adultos.

Restanos solo decir en cuanto á la anestesia, que esta jamás debe practicarse en los niños menores de 2 años, por ser inútil y peligrosa.

Manual operatorio. Instrumental

El instrumental necesario para la ablación de las vegetaciones es sumamente sencillo. Un depresor de lengua, que ya puede ser especial para recoger las vegetaciones una vez desprendidas, ó bien uno ordinario, y la cucharilla cortante constituyen el instrumental de esta operación en la mayoria de los casos. A veces hácese también indispensable un abrebocas.

La cucharilla puede ser de diferentes formas: ya ovalada con el polo menor cogido al mango, como la de Schmidt, que es la más usada, ya ovalada pero con el polo mayor unido al mango, como la de Albert Collin, ó bien lateral como la de Hartmann, etc.

Sin embargo, hay que tener presente que este instrumental no debe emplearse en el niño menor de dos años, pues la cucharilla de Schmidt tendría inconvenientes de monta, igualmente que las otras cucharillas citadas, á causa de que fácilmente podrían quedar en la faringe pedazos de vegetaciones desprendidas que introduciéndose en la laringe determinasen la asfixia del pequeño. De aquí que, en esta edad, suelan usarse pinzas para tal intervención, habiendo varios modelos y siendo de suma utilidad la pinza de Cha-

tellier, así como la de Ruault, o bien las cucharillas con cesta, como la de Moure, que recogen las vegetaciones una vez cortadas. La pinza de Martín, por ser muy fina, es preferible para los niños más pequeños que solo cuentan algunos meses de edad.

Si bien este es el instrumental usual, cuando los reflejos faríngeos sean sumamente fuertes y se adapte el velo á la pared posterior faríngea, le hace conveniente en muchos casos, en el adulto, unir á la anestesia por la cocaina el empleo del elevador del velo. El que se utiliza más á menudo es el elevador de Schmidt. Consiste en una laminita metálica alargada que se coloca sobre la lengua y cuya extremidad va á tocar la pared posterior faríngea. Sobre ella va montado perpendicularmente un soporte que mau-

tiene dos ganchos con topes algo separados y que son los destinados á elevar el velo. No hay que olvidar que, á pesar de ser el más frecuentemente usado, es desagradable su empleo para el paciente.

Hay otro modelo, menos desagradable para el enfermo, que es el de Mahu, y consiste en una sonda como la de Belloc, por cuya extremidad salen dos ganchos que incurvándose van á sostener el velo. Este instrumento debe colocarse en una fosa nasal cocainizada, exigiendo, por tanto, para su uso que las fosas nasales estén libres.

Procedimiento operatorio.= El paciente debe colocarse sentado enfrente del médico que guardará la misma posición. Si el enfermo es pequeño se le puede colocar sentado encima de las rodillas de un ayudan-

te. Se recomienda al paciente que abra la boca l, manteniendo la cabeza derecha y en ligera extensión. Cuando el sujeto sea pequeño ó este amedrentado por el bromuro de etilo, un ayudante colocado detrás procurará mantener la cabeza como queda dicho. En este último caso se empleará el abrebocas.

Una vez el paciente con la cabeza en buena posición y con la boca abierta y suficientemente iluminada la faringe, se introduce el depresor de la lengua hasta la base de la misma y se penetra acto seguido con el adenotomo (tomándolo como una pluma de escribir mejor que como un cuchillo) con el anillo en dirección lateral, rozando sobre el abrebocas, y llegado al fondo de la faringe se le hace girar de modo que el anillo quede en posición vertical y colocado detrás

del velo. Gírese entonces del adenotomo hacia delante y después, por un movimiento de báscula, hágase que el mango toque á la arcada dentaria inferior, con objeto de que el anillo vaya á colocarse detrás mismo delos orificios posteriores de las fosas nasales y por delante de las vegetaciones. Dispuesto así el adenotomo, no queda sino imprimirle un movimiento que haga que el anillo roce de delante á atrás la pared superior faríngea, y luego de arriba á abajo; con lo que la vegetación principal, ó la parte media de las mismas, caerá por entero cortada. Como entonces quedan otros trozos de vegetaciones, sobre todo en las partes laterales, es necesario practicar otros raspados que aseguren la limpieza de la naso-faringe, yendo á buscar mediante el adenotomo todas las masas restantes;

debiendo luego el operador asegurarse de que no quedan vegetaciones y, en el caso contrario, se procederá á su total extracción.

Las vegetaciones cortadas durante el acto operatorio, sobre todo las pequeñas, son de ordinario tragadas por el enfermo. Las masas más voluminosas, en bastantes casos, suelen poderse sacar por quedar sobre el depresor, de donde se las retira mediante el mismo adenotomo ó con el auxilio de una pinza.

Una vez terminada la operación se suele hacer practicar á los enfermos una ducha nasal, para desembarazar las fosas nasales de coágulos, y porque, por regla general, hace cesar enseguida la hemorragia.

En el niño pequeño, en que se emplea como instrumento cortante la pinza, el proceder operatorio

es parecido, variando solo por razón de la forma del instrumento. Llevada la pinza á la naso-faringe se coge con ella la parte principal de la vegetación y de un golpe se extrae el mayor trozo posible. Después mediante otros golpes se acaba la extracción.

Accidentes que pueden ocurrir durante la operación = Muy poco frecuentes son los accidentes operatorios en esta intervención. Los principales son: la caida de vegetaciones en la laringe y la hemorragia.

La caida de vegetaciones en la laringe unicamente alcanza importancia, por lo general, en el niño de poca edad, toda vez que en el adulto, si tal sucede, facilmente se pueden expulsar del vestibulo laríngeo en que quedan, aún cuando sea con el auxilio del dedo. En el niño de muy corta edad, siendo

el vestíbulo laríngeo de muy pequeñas dimensiones, este accidente podría ser de desagradables resultados, pero se evita empleando el instrumental antes citado.

La hemorragia durante el acto operatorio, para que constituya un accidente ó complicación, tiene que ser muy abundante, lo que no suele ocurrir. Sin embargo, á veces esta llega á ser de consideración, circunstancia que reclama la intervención inmediata para hacerla cesar.

Una de las causas más frecuentes, indudablemente de la hemorragia, es la permanencia de trozos de vegetaciones no extirpados, haciendo que los vasillos queden boquiabiertos y dén lugar á una pérdida de sangre que enseguida llama la atención. Si la hemo-

rragia depende de esta causa, deberemos procurar ter-
minar la operación mediante uno ó más raspados
que desembaracen por completo de vegetaciones la
naso-faringe. Por regla general, una vez hecho
esto cesa la hemorragia.

Otras veces, no obstante, á pesar de ser completa
la extracción, llega á presentarse una hemorragia im-
portante. Tendremos derecho entonces á creer en la
lesión de alguna parte de la naso-faringe. En
efecto, la extremidad posterior del vómer es herida en
ocasiones por el adenotomo, sobre todo cuando aquella
es muy saliente. Asimismo, la extremidad posterior
de los cornetes inferior y medio pueden ser alcanzados
por el instrumento y ser causa de la hemorragia.

Mas no son solo las citadas las únicas causas

de hemorragia. La gran vascularidad de las vegetaciones puede también acarrearla, si bien esto no es frecuente, á menos que se intervenga en un período de agudización que, como sabemos, es una contraindicación formal de la operación, pues en tal caso la hemorragia podría llegar á revestir importancia considerable.

La hemofilia, igualmente, constituye otra causa de hemorragia; pero quizás casos achacados á ella sean debidos á cualquiera de las causas ya citadas.

La hemorragia, por lo general, cede pronto mediante inyecciones de agua caliente ó bien de una solución de antipirina. De no ser suficientes estos medios no debe tardarse en practicar el taponamiento naso-faríngeo. Conviene para ello una tira de gasa esterilizada

de tres centímetros de ancho y enróllese formando un cilíndro de otros tres centímetros, próximamente, de diámetro. Estas dimensiones variarán si el paciente es de corta edad. Anúdese en su centro con un cordonete, cójase el tapón con los dedos índice y medio de la mano derecha y colóquesele directamente en la naso-faringe. Una vez bién colocado puede estarse tranquilo de que no se desprenderá, cortándose entonces el hilo lo más próximo posible al tapón. Este procedimiento suele dar buen resultado casi siempre.

Tratamiento post-operatorio: La anestesia por el bromuro de etilo en ocasiones deja al enfermo, cuando éste se despierta, dolor de cabeza, malestar, náuseas, etc. Por regla general si el enfermo duerme algunas horas estos fenómenos desaparecen. Cuando los

náuseas sean muy acentuadas y sobrevengan los vómitos, deberá someterse el niño á la dieta láctea durante uno ó dos días, alternando si se quiere con algún caldo.

Como tratamiento local acostumbro á recomendar á los enfermos que hagan gargarismos con cualquier antiséptico ligero (gargarismo bórico, resorcinado, etc.) con objeto de mantener limpia la faringe.

El tratamiento general debe consistir en hacer comprender al enfermo la necesidad de no exponerse al frío ó á la humedad que podrían fácilmente dañarle, teniendo su garganta lesionada. Igualmente, y por la misma razón, deberá prevenirse con gran cuidado de que el operado no se exponga al contagio de enfermedades que, como las escarlatina, difteria, etc,

suelen localizarse en la garganta.

Por lo demás, la cicatrización suele seguir un curso franco y estar terminada al cabo de 15 ó 20 días.

Accidentes post-operatorios.= Uno de los accidentes que, sobreviniendo algún tiempo después de la operación, puede revestir gravedad, es la hemorragia; debido no solamente á la magnitud que alcance, sino principalmente á que suele hallarse el médico lejos del enfermo. Las causas de esta hemorragia secundaria son las mismas que acabamos de citar al tratar de la hemorragia durante la intervención. Respecto del tratamiento, solo debemos añadir que es necesario, en estos casos, acudir con prontitud, pues reviviendo la hemorragia en un sitio que no está al alcance de las personas que rodean al enfermo, aquella podría traer

fatales consecuencias.

La disfagia, á veces, molesta al adenotomizado, pero suele ser poco acentuada, haciéndole cesar, por lo general, el uso del hielo.

También las complicaciones agudas auriculares pueden sobrevenir al operado de vegetaciones. Las otitis medias aparecen debido quizás á una asepsia deficiente, por lo que debe procurarse que esta se cumpla en lo posible, sobre todo en lo referente á los instrumentos, y en lo referente al aislamiento del enfermo de todo cuanto pudiese contagiarle fácilmente. De este modo evitaremos no solo la presencia de las referidas otitis, sino otras complicaciones infecciosas como el flemón retro-faríngeo, las anginas catarrales, la infección de la propia herida, etc. Sin embargo, hay que confesar

que, teniendo algo de cuidado, rara vez tienen lugar estos accidentes.

Tratamiento de las complicaciones y trastornos más frecuentes consecutivos á las vegetaciones adenoides= Las vegetaciones adenoides son causa, como hemos visto, de trastornos tanto locales como generales, que si bien en muchas circunstancias desaparecen enteramente cuando aquellas han sido operadas, se mantienen permanentes cuando se constituyen en afecciones independientes, en cierto modo, de la afección que les dió origen. Entonces, aún cuando la extirpación de las vegetaciones suele mejorar dichos trastornos, es necesario para su curación seguir después un tratamiento apropiado.

Es muy frecuente que en los sujetos afectos de esta

enfermedad, sin que haya producido la misma trastorno alguno localizado, su estado general se resiente, sobreviniendo la anemia, la dejadez, la torpeza intelectual, etc, en una palabra el decaimiento físico del paciente. Cuando así sucede los tónicos y reconstituyentes empleados después de la intervención operatoria dan los mejores resultados. Empleados antes de la ablación de las vegetaciones no dan resultados satisfactorios porque la causa de tal estado persiste; en cambio, después que la causa ha sido eliminada, los mismos medios que antes resultaban infructuosos ahora son de gran provecho. Así pues recomendaremos en tales circunstancias el aceite de hígado de bacalao, si el enfermo puede tolerarlo, o en su defecto los preparados á base

de yodo. Los glicerofosfatos, sobre todo el cálcico, también están indicados. Los medios higiénicos que tienden á vigorizar el organismo como son la vida de campo, el aire puro, la buena alimentación, la gimnasia, la hidroterapia, pueden ser los mejores coadyuvantes para tal objeto.

Pero hay casos en que las vegetaciones han determinado trastornos localizados en algún órgano ó aparato de la economía. Tal sucede con las complicaciones auriculares secundarias á este proceso, que á veces ven persistirse después de operadas las vegetaciones, siendo necesario en tal caso tratarlas debidamente. Cuándo no se remontan á larga fecha y son reveladores los trastornos auriculares de un catarro de la trompa y hasta de otitis (como los ruidos, disminución de la audición, etc), el cateterismo

de la trompa suele dar buenos resultados, favoreciendo la ventilación tubo-timpánica; haciéndose conveniente, en otros casos, recurrir al masaje externo de esta región y aún al masaje intra-tubario. Pero cuando dichas lesiones tienden no solamente á la esclerosis de la caja, sino también á la del oido interno, llegan á ser muy difíciles ó imposibles de curar.

Los trastornos que las vegetaciones determinan en el aparato respiratorio pueden persistir asimismo, después de eliminadas aquellas y requerir un tratamiento propio; no obstante que por su naturaleza refleja, desaparezcan comunmente poco después de operadas las vegetaciones. Pero cuando así no sucede, sobre todo si las alteraciones bronquiales cuentan ya

larga existencia, el uso de los expectorantes y modificadores de la secreción bronquial, nos da muy buenos resultados, á menos de tratarse de trastornos inveterados.

De menos importancia son otras complicaciones como la rinitis hipertrófica, que acompaña casi siempre esta afección. Ordinariamente una vez fuera las vegetaciones y con el uso de preparaciones resorcinadas, desaparece pronto la rinitis referida; pero en otras circunstancias es necesario recurrir á la cauterización actual para dar cuenta de dicha hipertrofia.

La hipertrofia de las amígdalas palatinas, más bien que como complicación, debiera considerarse como formando parte, en muchos casos, de la misma

afección, pues suelen coexistir constituyendo la hipertrofia crónica del tejido adenoideo faríngeo. Cuando tal sucede deben cortarse dichos órganos algunos días antes de operar las vegetaciones; práctica que me parece mejor que la de verificar ambas cosas á la vez, como algunos aconsejan, pues no solo se molesta entonces extraordinariamente al enfermo, sino que se deja al descubierto de una vez una gran superficie cruenta, lo que no sucede si se hace por separado.

Debemos encarecer, como resúmen final, el gran beneficio que la ablación pronta de las vegetaciones adenoides reporta al paciente, siempre que determinen éstas alguno de los mencionados; ya que siendo estos de fecha reciente es frecuente desaparezcan al poco tiempo de operado el sujeto,

sin necesidad de emplear ningún tratamiento consecutivo, mientras que si se deja que las vegetaciones permanezcan largo tiempo, los trastornos aumentan cada vez más, determinándose localizaciones patológicas mucho más difíciles de curar ó que llegan á hacerse incurables.

Conclusiones:

1ª Las vegetaciones adenoides constituyen una afección propia de la infancia, pero no exclusiva; presentándose á veces en los adultos, aunque en tal caso casi siempre en sujetos jóvenes.

2ª No se conoce la causa eficiente productora de esta afección; no admitiendo, por lo tanto, su naturaleza tuberculosa, sino considerándola patogenéticamente como debida á una hipertrofia de la amíg-

dala faríngea.

3ª Lª forma de vegetación única es la que se observa en la gran mayoría de casos, siendo excepcional, ó mucho menos frecuente, la forma diseminada.

4ª Debido á la diferencia de altura de la nasofaringe del niño y del adulto, el síndrome resulta diferente, en parte, en una y otra edad.

5ª En órden de importancia y frecuencia de los trastornos que las vegetaciones adenoides ocasionan, ocupan el primer rango los auditivos, viniendo después los respiratorios.

6ª Los trastornos respiratorios tienen como causa principal la acción refleja; no olvidando que la insuficiencia de la respiración nasal, así como la falta de calefacción y depuración del aire inspirado, puede

asimismo contribuir á determinarlos.

7ª " Dos son los medios exploratorios de capital importancia, de que podemos disponer al hacer el diagnóstico de las vegetaciones: la faringoscopia superior y el tacto naso-faríngeo. El primero es preferible por la certeza de los datos que proporciona, debiéndo por lo mismo emplearse siempre que sea posible; pero el segundo tiene la ventaja de poder practicarse siempre, por lo cual, si sus datos no son tan precisos, substituye sin embargo con frecuencia á la faringoscopia superior.

8ª " Aún cuando la marcha de la afección sea crónica podemos considerarla de pronóstico benigno, por cuanto generalmente es curable con ayuda de la intervención quirúrgica.

9ª La mayor seriedad del pronóstico en ciertas situaciones depende, más que de las vegetaciones en sí, de los trastornos consecutivos á ellas.

10ª El verdadero tratamiento eficaz de las vegetaciones, es el tratamiento quirúrgico.

11ª Si bien en la mayoría de casos el diagnóstico de las vegetaciones adenoides se hace merced á los trastornos ó complicaciones que estas producen, siendo entonces ellos los verdaderos indicantes de la intervención, no quiere esto decir que si se comprueba la existencia de vegetaciones sin que éstas determinen trastorno alguno, la intervención no deba verificarse, pues por el contrario, está indicada; en cuyo caso la operación es más benigna y brillante, sin que deba esperarse para intervenir á que las vegetaciones produzcan las complicaciones que más ó menos tarde

sobrevendrán.

12ª Lª La intervención una vez indicada no debe demorarse, por lo dicho en la anterior conclusión; y porque en el caso de que ya existan afecciones dependientes de las vegetaciones, son tanto más facile de desaparecer por la sola intervención cuanto menos tiempo llevan de existencia.

13ª Lª Es preferible, siempre que sea posible, operar sin anestesia, pues no deben olvidarse los peligros de los anestésicos para emplearlos sin marcada necesidad; no resultando, ni mucho menos, una operación brutal, como algunos han querido suponer, cuando se practica sin anestesia, siendo por el contrario bien soportable.

14ª Lª La anestesia no deberá nunca practicarse en los niños menores de 2 años.

15ª Lª Si se emplea la anestesia, el bromuro de etilo

es preferible en la infancia y la cocaina, como anestésico local, en la edad adulta.

16ª Lª intervención en el niño menor de 2 años requiere un instrumental especial, en razón del peligro de asfixia por caida de las vegetaciones en la laringe.

17ª Las recidivas de ésta afección son poco frecuentes, siendo debidas cuando se presentan, por regla general, á que la operación ha sido incompleta.

18ª y última. Debe siempre tenerse presente que los trastornos consecutivos á las vegetaciones adenoides, sobre todo cuando llevan largo tiempo de existencia, constituyen á veces lesiones per se y en cierto modo independientes de aquellas, por lo que no bastará solamente la ablación de las primeras, sino que

deberá recurrirse después á una terapéutica apropiada al caso.

Madrid y Octubre de 1903

Fernando Casadesús

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA MADRID

UNIVERSIDAD CENTRAL SECRETARÍA GENERAL

Admisible
J. J. Rotina

Admisible
Cuesta y Aguilar

Verificó el ejercicio del grado de Doctor
que le calificó de Sobresaliente

Madrid 29 de Octubre 1907

A. Cavallantini

Manuel Tolosa

Cajal

J. Quilar

J. J. Robino

Mariano de Mesbeal