

51-4

D. Chacon

81-1-C-2

No

1798

Tema para el grado de Doctor en Medicina  
de

Ramón Muñoz Garcia.

— 2 • 4 —

22399

(1795)



Tema para el grado de Doctor en medicina  
de

Ramón Muñoz García.

---

Ilmo. Sr:

Un deber reglamentario me impone la obligación de presentar un trabajo para aspirar al honroso grado de Doctor en medicina.

No espereis de mí, ilustres maestros, primores de elicción ni gran caudal de conocimientos; mi saber es tan escaso, que no aspiro a presentaros la resolución de un importante



problema, como yo haria si mis conocimientos científicos compitieran con mi voluntad, mi buen deseo y mi gran entusiasmo por la Ciencia médica.

El tema que someto á vuestra aprobación es el siguiente:

— Vegetaciones adenoideas de la faringe nasal —

Enfermedad que he tenido ocasion de observar en bastantes casos; uno de ellos en un hijo mio, y quizás por esta causa mi ánimo se haya inclinado á escojerla para desarrollarla como tesis doctoral.

Me acojo á vuestra reconocida benevolencia y doy comienzo al desarrollo del tema.

Vegetaciones adenoideas de la faringe nasal.  
Enfermedad que tambien ha sido denominada

Hipertrofia de la amígdala faríngea" y Tumores adenoides del espacio naso-faríngeo, y consiste en la hipertrofia del tejido adenoides que constituye la amígdala faríngea de Luschka.

Esta amígdala está situada en la parte mas alta de una línea que recorre longitudinalmente el centro de la pared posterior de la faringe y en el estado normal forma en los niños, cuatro o seis tiras paralelas que dibujan una serie de arcos concéntricos convergentes hacia atrás y adelante.

Al hipertrofiarse estas tiras, forman un número igual de lengüetas paralelas antero-posteriores, y



en los recessos que las separan se acumula el moco-fús, retenido por adherencias inflamatorias que unen parcialmente sus labios formando otros tantos escondrijos. Lateralmente estas lengüetas pueden descender muy abajo hasta nivelarse con las fosas de Rosenmüller, cubriendo el fiabellon tubario; pero se implantan siempre sobre la bóveda del Cávum y no sobre sus partes laterales, hecho que hay que tener muy en cuenta bajo el punto de vista operatorio.

En el adulto la hipertrofia no es tan limitada; pues en toda la parte interior del anillo lin-

-fatio de Waldeyer existe, encontrándose en todo el cavum granulaciones ó pezones redondeados, que llenan de abolladuras los rodetes tubarios y festonean los orificios coanales.

La amígdala faríngea tiene siempre la misma estructura aunque esté hipertrofiada; pues está formada de tejido adenoides normal; inmediatamente recubierto de un epitelio cilíndrico vibrátil; de modo que no hay mucosa propiamente dicha. Pero sucede que á los 20 años próximamente, esta estructura ideal se altera: pues el tejido reticulado interfolicular es reemplazado por tejido conjuntivo adulto formado por fibrillas y la vegetación viene á ser fibro-adenoides. Todo



este trabajo de esclerosis puede observarse desde la pubertad, precipitado por los brotes inflamatorios.

¿Que causas pueden dar lugar á que ésta enfermedad se desenvuelva? - Creo que en ésta como en todas las enfermedades la predisposición individual por herencia y por temperamento, desempeñan el principal papel; pues el individuo que por estas circunstancias tiene su organismo en condiciones a propósito, cualquiera de las causas locales puede ser suficiente para producirla.

La herencia, el temperamento linfático de-  
cidual y el escrofulismo, creo que sean las verdade-

ras causas predisponentes de la enfermedad que nos ocupa.

La herencia, por que es natural que padres adenoides transmitan a sus hijos la predisposición adenoides; y el temperamento linfático y escrofulismo obran probablemente por la influencia hipertrofiante que ejercen sobre los elementos glandulares linfáticos. Estas tres causas pueden todas ellas por si solas ocasionar el padecimiento, especialmente la herencia y linfatismo exagerado.

Por que la predisposición que lleva el niño, ordinariamente expresada por los atributos de la dia-



-teris linfática, como antes indiqué, se limita a favorecer la acción de las causas locales y de éstas la principal es la adenoiditis aguda de repetición, la que, por una serie de imperfectas resoluciones, llega a crear las vegetaciones; pero mas todavía las adenoiditis específicas, que dan un empuje vigoroso que apresura el curso lento de las vegetaciones preexistentes.

La edad mas apropiada para que esta enfermedad se desarrolle está entre los 5 y los 15 años, pues antes de esta edad la hipertrofia de la amígdala faríngea se establece sin llamar la atención; y despues de esta edad empieza ya a sufrir la regresión, que

hacia la pubertad, afecta todo el sistema linfático; no obstante se la observa, aunque con menos frecuencia en el recién nacido y en el adulto, variando bastante el síndrome, como hemos de ver, no solo en las distintas edades, sino tambien en los niños que se encuentran en la edad más apropiada del padecimiento; y esto se explica perfectamente por que todo el Cuadro clínico de la enfermedad dependerá; en primer término, del volumen de las vegetaciones, que cuanto mayores sean, mayor será tambien la obstrucción que produzcan, y por lo mismo más dificultades



estorarán la respiración nasal, la resonancia vocal, la respiración tubo-timpánica etc. Dependerá también del sitio que estas vegetaciones ocupen; pues estando en la parte media no habrá perturbación auditiva; mientras que si ocupan las bandas laterales darán lugar a síntomas auriculares. Además, también han de influir los brotes de adenoiditis aguda, y el terreno sobre el cual las vegetaciones se implanten, por que a decir verdad, cada enfermo soporta el padecimiento a su manera. Lo corriente, lo ordinario, el caso típico por decirlo así,

es que se trate de un niño enclenque, pálido, con  
 la boca medio abierta, el labio superior levantado  
 por la desigualdad de los dientes, con el mentón an-  
 cho, mejillas deprimidas, sin expresión, ojos de mira-  
 da viva y cierto aire atontado de la parte baja del  
 rostro. Además, la respiración nasal está dificultada,  
 de tal modo que basta hacerle cerrar la boca  
 al pequeño enfermo y enseguida se nota el ruido  
 producido por el aire que pasa penosamente ei-  
 través de las mucosidades. La audición está  
 perturbada; pues hay que repetirle las preguntas,  
 contestando con voz baja, ronca, nasal, sin tim-



bre metálico, haciendo de la m una b, e intenta inútilmente pronunciar las consonantes nasales.

Hagámonse abrir la boca y veremos un paladar profundo, oval, muy elevado, con su velo caído, perexoso en sus movimientos, no llegando a elevarse completamente, como si por atrás chocara contra un obstáculo. Las amígdalas están a veces abultadas, y la pared faríngea posterior, recubierta por mucosidades que descienden del coíum, de un semillero de granulaciones satélites de las vegetaciones, las que a veces es posi-

ble ver en la parte inferior, provocando con el depresor de la lengua una arcada que fuerce al velo a levantarse muy alto. Y si este movimiento determina una tos por acceso, tos que no puede despertarse apretando con los dedos la tráquea, es que esta tos es verdaderamente de origen nasofaríngeo.

La comprobación de estos signos es bastante para afirmar el diagnóstico de la enfermedad; pero además disponemos de procedimientos exploratorios tales como el tacto nasofaríngeo y la rinoscopia anterior y posterior. De los



Tres el mas sencillo es el tacto naso-faringeo, que  
 consiste simplemente en hacer penetrar el dedo  
 indice en el Cávum en busca del borde posterior  
 del vómer, y si hay vegetaciones es detenido por  
 una masa que le da la sensación de un pa-  
 quete de gusanos de tierra; reconoce el sitio de  
 estas masas, su consistencia, si hay o no hiper-  
 trofia de la Cola de los Cornetes, y aprecia  
 tambien si el orificio de las Trompas se  
 encuentra obstruido.

El tacto naso-faringeo no tiene mas  
 inconveniente que hace aparecer mayores los

vegetaciones de lo que en realidad son, porque las paredes de la faringe al contraerse aprietan el dedo y llevan delante de él las lengüetas que lo tapizan pareciendo así mas saliente.

Además en el recién nacido y en el adulto el tacto es difícil; en el recién nacido el dedo menique, que es el único que puede penetrar en el cavum, es inhábil y franquea con dificultad la banda rígida que forma a esta edad el velo palatino; y en el adulto es difícil también por la altura del cavum, siendo en este mas útil la exploración visual, con la rinos-



- copia posterior y anterior, que son excelentes medios de ver las vegetaciones, el sitio que ocupan, su volumen y su coloración que nos interesa muchísimo; por que si en vez de un matiz rosado, mas palido que el de la mucosa vecina, vemos un tinte rojo vivo, y si principalmente esta tapizada por moco-pus, Concluiremos admitiendo la existencia de un brote de eadenoiditis sobre añadido. Además que tambien hem de informarnos sobre el estado de los pabellones tubarios y de la extremidad posterior de los cornetes.

La técnica tanto de la rinoscopia posterior como de la anterior es tan conocida, que no creo necesario hacer su descripción; y si diré que el examen rinoscópico sobre todo el posterior tiene sus inconvenientes: el primero es que no es practicable en general mas que por encima de los 7 años y que ciertos adultos nerviosos o alcohólicos no la toleran; otro es que nos informa falsamente sobre el volumen de las vegetaciones y hace siempre parecer estas mas pequeñas de lo que en realidad son, y por lo mismo tenemos necesidad de acudir al exa-



men viroscópio anterior como un medio excelente de contrapueba, practicable con la iluminación reflejada, teniendo así la ventaja de ver las vegetaciones de frente y por consiguiente poder apreciar con bastante exactitud su límite inferior.

De modo que ya vemos cuán fáciles diagnosticar esta enfermedad por los medios indicados; pero cuantas veces varía el síndrome hasta el punto de no acudir á estas exploraciones, por hacernos creer que se trata de otra

enfermedad. Así por ejemplo: hay niños que se apartan tanto del que dejamos descrito, que bien pudiéramos decir que hay enfermitos en los que solo predominan casi exclusivamente síntomas auriculares, en otros son puramente nerviosos y en otros de forma respiratoria; y para convencernos de que esto es cierto, voy á exponer tres casos clínicos que he tenido ocasión de observar y que responden bastante bien á lo anteriormente dicho.



El primer caso que vi' fué el de mi hijo, niño de 5 años, de constitución regular, temperamento sanguíneo-linfático, no padeció enfermedad alguna hasta los 3 años de edad que sufrió el sarampión, de cuya enfermedad curó, si bien quedando perturbada la audición en el oído derecho, que desde luego supuse fuera una de tantas reliquias propias de esta enfermedad. A partir de esta época el niño se recreaba con fre-

cuencia, sufriendo repetidas veces de anginas catarrales amigdalitis, hasta el punto que en el estado normal estaban aumentadas de volumen.

Hace 20 meses, próximamente, se declaró una otorrea en el oído derecho, tan abundante y persistente que apesar de todos los lavados e' instilaciones antisépticas no fue posible corregir aquel inagotable manantial. Apesar de esto el niño no aquejaba dolor alguno en el oído



y durante la noche el sueño le hacia tranquilo, pero con la boca abierta y roncando con frecuencia. Le hice tomar durante algun tiempo el aceite de higado de bacalao, y el farabe de ioduro de hierro, pero ni con esto ni con los lavados anti-septicos logré ni aun siquiera modificar el padecimiento. La otorrea aumentó cada vez más y el pus se hizo fétido, por lo cual temiéndome que la causa pasara al oido interno me decidí por traerlo a Madrid para consultar con los es-

especialistas. A todo esto sin acordarme  
ni pensar en las vegetaciones adenoidicas.

De tres especialistas que consulté,  
los dos primeros (cuyo nombre no me es  
ahora recordar en este momento) diagnos-  
ticaron una otitis crónica purulenta del  
oído medio, producida quizás por la obs-  
trucción de la trompa, debida a la hiper-  
trofia de las amígdalas. Opinaron hacer  
el raspado de la Cafa y reducir las amig-  
dalas con la tintura de iodo o bien por



la amigdalotomía. Ante el respeto que me infundió ésta seria intervención quirúrgica, opté por que le vieran mas especialistas y fui a ver al doctor Cañiza, quien haciendo al niño un detenido reconocimiento, exploró la faringe nasal, valiéndose únicamente del tacto náseo-faríngeo, y encontrando las vegetaciones adenoides que diagnosticó, demostrando que la otitis que el niño padecía obedecía sin duda alguna a las

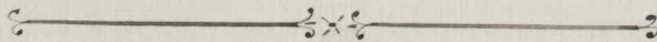
vegetaciones que eran, digámoslo así, a causa de la enfermedad.

Entonces adquirí la plena convicción de que este diagnóstico era verdaderamente cierto; y de mutuo acuerdo decidimos operar al niño las vegetaciones practicando a la vez la amigdalectomia derecha por ser ésta amigdalita la más hipertrofiada. Así lo hicimos al día siguiente por el procedimiento que expondré al ocuparme del trata-



miento quirúrgico. Terminada la operación acostamos al niño en su cama, se le guardaron todos los cuidados necesarios (que ya expondré en el Tratamiento) y su estado fue tan satisfactorio que a los tres días lo levantamos, dándole su alimentación ordinaria, sin que se quejara lo mas mínimo de su garganta ni de nada; la respiración nasal, normal completamente; a los quince días dormia con la boca cerrada, los ronquidos habian desa-

parecido. La otitis tratada con los mismos lavados e' instilaciones antisépticas fué poco a' poco corrigiéndose; a' los cuatro meses desapareció por completo, pero el grado de sordera es el mismo, sin duda por la desaparición de la membrana timpánica que debió ser expulsada con la rebelde supuración. Por lo demás el niño se encuentra perfectamente bien.



Otro caso, fué en un niño, en un pueblo de



la provincia de Cáceres (Malpartida de Plasencia) que presentaron á mi Consulta; se trataba de un niño de 3 años de edad, constitución débil, temperamento linfático decidido, habia padecido con mucha frecuencia escrofulismo y varias veces el catarro naso-faríngeo; é' por lo menos esto deduje del relato que me hicieron sus padres, quienes entre otras cosas manifestaron que este niño fué siempre débil, endeble, muy propenso á los catarros por el

menor descuido, varias veces tuvo que guardar cama necesariamente por darle fiebre alta, con escalofríos, dolor de cabeza, vómitos etc. y que se le presentaban unos abultamientos a' los lados de la cara (señalando a' los ganglios angulo maxilares) los cuales eran persistentes durante el tiempo que tenía la fiebre; que después disminuían sin llegar nunca a' desaparecer por completo; y verdaderamente los que les llevaba a' consultar



obedecía según ellos a' que hacia algun tiempo el niño dormia bastante mal, roncando, agitado, bañado de sudor; que durante la noche despertaba llorando, atemorizado y pidiendo socorro. Además el niño comia poco, tragaba lentamente, quejándose mucho, de que no ponía atención en nada, pues siempre estaba como distraído.

Examiné detenidamente al pequeño enfermo y pude ver que la causa de

todos estos trastornos obedecía única y exclusivamente a las vegetaciones adenoideas.

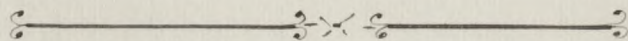
En seguida manifesté a los padres la necesidad de la intervención operatoria; y aunque no la reusaron definitivamente estuvieron bastante dudosos, proponiendo dejarle algún tiempo con el tratamiento que creyera mas acertado a ver si se notaba alivio sin necesidad de operar.

Entonces le dispuse el aceite de hig-



do de bacalao, con los ferruginosos, como  
tratamiento interno, recomendando la de-  
bida higiene, no sin advertirles la inefi-  
cacia de este tratamiento. A los cuaren-  
ta dias, próximamente, viendo que se cum-  
plian éstas prescripciones, o' lo que es igual,  
que el niño no encontraba mejoría, se deci-  
dieron por la operación. La hice por el  
mismo procedimiento que en el caso anterior,  
obteniendo el mismo éxito, pues a los ocho  
dias la mejoría de este niño era un hecho;

hacia el sueño tranquilo, tenía mas apetito y estaba mas atento. Se le siguió dando el aceite de hígado de bacalao, el jarabe de ioduro de hierro, prescribiendo los baños de mar, y esto junto con las recomendaciones higiénicas necesarias, fué bastante para ver al pequeño enfermo en los 5 o 6 meses en un grado de mejoría notable.



El otro caso es el de un niño de 4 meses que debido a la casualidad tuvo ocasión de



observar en la clínica particular del doctor Piñilla. Este niño de antecedentes hereditarios y patológicos desconocidos, presentaba el cuadro clínico siguiente: Por el hábito exterior se veía en él una marcada desnutrición, que se revelaba por su color pálido de la piel y mucosa y por la disminución de peso.

Inmediatamente se notaba una respiración ruidosa, rápida, con la boca constantemente abierta; tenía gran

dificultad en tomar el pecho, pues ensegui-  
 da que cogía la teta y hacía unas cuan-  
 tas succiones volvía a soltarla. El sueño  
 le hacía muy agitado sin duda por la  
 dificultad respiratoria, con sudor en la  
 cabeza y la cara pálida terrosa. Para  
 cerciorarnos si la respiración ruidosa  
 era debida a una obstrucción nasal  
 o era al corraje que nos revelase una  
 disnea de origen mas profundo, (bron-  
 co-pneumonia) cerramos al niño la



nariz y vimos que desapareció el ruido respiratorio, quedando convencido de que este ruido respiratorio era debido a la obstrucción nasal. Entonces sospechamos en las vegetaciones adenoides recordándonos también de la sífilis nasal; pero como no habian antecedentes hereditarios ni secreción nasal sero-sanguinolenta fétida, concluimos por diagnosticar las vegetaciones, haciendo en el acto la operación que consistió en

arrancar las vegetaciones con la pinza.  
El niño curó completamente.

Ya vemos en los casos citados, como no todos los exencefálicos son iguales; y como en uno predominan los síntomas auriculares y en los otros los nerviosos y respiratorios, respectivamente.

Referente al adulto fémur, viene a consultarnos por su faringe nasal, de la que no sufre; por otra parte, su respiración nasal es bastante libre. Casi



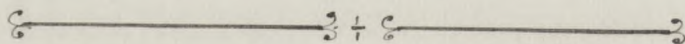
siempre son las mismas cosas las que le deciden  
a consultar. Sus oídos que se afectan: la audi-  
ción baja y se percibe en zumbidos después  
de las comidas. O su voz que peligra, pues  
hace un mes o un año que la tenía com-  
pletamente bien, y en la actualidad la  
emisión es penosa; se fatiga rápidamente,  
su voz disminuye, se va reduciendo más  
y más; el tono médico es principalmente  
malo. Y si observamos detenidamente  
al enfermo, pronto nos convencemos de

que la causa de estos trastornos es un Catarro crónico sostenido por vegetaciones adenoides. En fin, bien pudiéramos decir, que son casi tan variados los enfermos adenoides, como múltiples los síntomas de la enfermedad. Sin embargo, con el conocimiento perfecto de todos los síntomas y procedimientos exploratorios, mas los casos clínicos expuestos, creo son muy suficientes para hacer un diagnóstico tan cierto de esta enfermedad que no dé lugar a dudas.



El error de diagnóstico que con mas frecuencia suele cometerse, y del que tenemos que guardarnos más, es el de ver vegetaciones, o' lo que es lo mismo, hipertrofia de la amígdala faríngea, allí en donde no hay más que adenoiditis. Si bien ésta enfermedad puede reconocerse fácilmente por su curso rápido, por los síntomas generales febriles, por la presencia de moco-pus en la nariz y en la garganta, como tambien por la

aparición casi súbita de la respiración nasal.



El pronóstico de esta enfermedad es bastante serio. Es cierto que no mata; pero no es menos cierto, que hace enfermizar la infancia, difícil de atravesarla, y que aporta a la edad madura enfermedades precoces, como la sordera, dejando a la garganta en condiciones favorables para las infecciones secundarias de las



fiebres eruptivas y principalmente para la escarlatina, que cuenta de este modo con un poderoso auxiliar para lucirse a su ventaja.

Pero esto lo ignoran los padres de familia cuando vienen a consultarnos.

Este es el motivo de que cuando les aconsejamos que su niño tiene necesidad de operarse, se nieguen a ello, y nos digan que solamente desean un *modus vivendi* y que otro niño que padecía la misma enfermedad curó sin operación; y hasta

no es extraño que su madre nos diga que ella sabe que las vegetaciones curan por si mismas con la edad, y que lo que pide es un remedio para su hijo que le permita sufrir el fradeamiento hasta que con su desarrollo pueda desaparecer por si mismo. Pero esto es un serio error que tenemos el deber de disipar. Pues si bien es cierto que a partir de los 15 años, las vegetaciones adencideas empiezan a atrofiarse, arrastradas por el movimiento



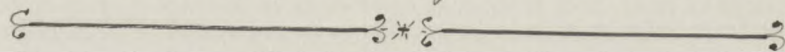
de involución que alcanza á todo el tejido linfoidal del organismo, no es menos cierto, que esto no siempre tiene lugar, porque con frecuencia la atrofia no es mas que aparente; pues las vegetaciones no han disminuido, sino lo que ha ocurrido es que la faringe nasal se ha hecho mas espaciosa, y esto es lo bastante para el restablecimiento parcial de la respiración nasal. Además, si en el niño deben un dia desaparecer las vegetaciones

por si mismas, hay que saber a' costa de  
qué, y mostrar a' los padres la responsa-  
bilidad que asumen cuando reusan este  
tratamiento; y hacerles entender que por re-  
chazarlo, serán culpables de que su hijo  
senga durante toda su vida, ese aire atou-  
tado, esa boca abierta que presenta ahora;  
que pronto será sordo y acudirá a' los especia-  
listas quienes le dirán que ~~esta~~ enfermedad  
hubiera curado habiéndola tratado con-  
venientemente a' su debido tiempo, pero que



Ulega demasiado tarde; y tambien que  
conservará ese Catarro Crónico de la farin-  
ge nasal, que le pondrá neurasténico, pa-  
ra el cual perderá toda clase de recursos  
por ver si puede curar; pero ya todo es inú-  
til, la curación que tan ciertamente hu-  
biera podido realizarse en su debido tiem-  
po, por los recursos de que la ciencia dis-  
pone, hoy es imposible; y ante tan gran  
de desengaño, tendrán durante toda su  
vida, el insufrible remordimiento de con-

- ciencia de no haber aceptado las prescrip-
- ciones curativas recomendadas por el facultativo en la época oportuna.



### El tratamiento

El único medio racional, mas seguro e inofensivo, de hacer desaparecer las vegetaciones molendineas, es el quitarlas y quitarlas a tiempo oportuno para prevenir toda clase de complicaciones. Este tratamiento es el quirúrgico. Y no hayo



mención del tratamiento médico mas que secundaria-  
mente, es decir, como un auxiliar del primero, pues  
le juzgo insuficiente, para alcanzar la curación de  
la enfermedad. Pues si bien hay algunos que le  
consideran capaz de alejar la enfermedad, es  
muy posible que esto obedezca a un error diag-  
nóstico muy frecuente, cual es confundir la  
adenoiditis y la vegetación adenoides, pues  
viendo vegetaciones en todo niño que presen-  
ta la nariz obstruida, aplican este tratamien-  
to médico, y viendo la curación, creen que han  
curado vegetaciones, donde no había mas

que un agudo catarro naso-faríngeo. De aquí sus pretendidos éxitos.

Con esto no quiero decir que el Anestamiento médico no sirva para nada; pues como he dicho antes es un poderoso auxiliar del Anestamiento quirúrgico; puesto que de él tenemos que valernos para poner al enfermo en las mejores condiciones para sufrir el acto operatorio, y después de realizado de él nos servimos hasta que en el enfermo tiene lugar la Curación; así como tambien cuando se tra



-ta de vegetaciones poco desarrolladas y bien toleradas y en aquellos casos en que el Anestemiento quirúrgico está contraindicado, por tratarse de vegetaciones que el enfermo, como dije antes, soporta bien, durmiendo tranquilamente, con su boca cerrada, sin síntomas auriculares ni tráquea-bronquiales, o en aquellos casos que tratándose del adulto cuyas vegetaciones pequeñas, duras y fibrosas, determinaran por su ablación hemorragias profusas, muy difíciles de detener. Además

También cuando se trata de enfermos con afecciones cardíacas mal compensadas, tuberculosis pulmonar, albuminuria y diabetes graves, cuyas afecciones constituyen las principales contraindicaciones del tratamiento quirúrgico, entonces es cuando no tenemos más remedio que hacer uso del tratamiento médico, por ser el único capaz de mejorar y poner al enfermo en las condiciones más apropiadas de soportar la enfermedad.

Este tratamiento médico consiste,



en la medicación local y general y en la higiene. La medicación local consistente en irrigaciones, pomadas, gargarismos, embadurnaciones etc. se ha abusado bastante de ella, y sin obtener generalmente resultados satisfactorios cuanto á la curación. La irrigación nasal de la cual hay pocos exenoides que hayan escapado, yo la desecho, por lo peligrosa que la considero; pues ante la probabilidad que el líquido tiene de escapar al oído, por la sencilla razón que al entrar por la ventana na-

-sal encuentra el obstáculo de las vegetaciones y no tiene otra salida que la trompa, teniendo que invadir necesariamente el oído, adelanta el temido peligro de la otitis, resultando que es peor el remedio que la enfermedad.

Las embocaduras casi me atrevera á decir otro tanto de ellas; pues si bien no son tan peligrosas, determinan una serie de molestias, casi una serie de operaciones muy difíciles de que el enfermo tenga la resignación suficiente para soportarlas durante semanas y meses, como generalmente hay



que hacerlas.

Los pomadas y los gargarismos, es cierto que son inofensivos, pero no sirven mas que para tener al tumor limpio, casi aséptico en su superficie. La curación no llegamos a conseguirla por ninguno de estos medios; aunque claro es que al menos siquiera evitan infecciones secundarias y contribuyen a resolver los brotes de adenoiditis, colocando al enfermo en mejores condiciones para ser operado. De aquí que algo debamos de con-

servar esta medicación local bajo la forma *mal*  
*inofensiva*.

Constante mejor es la medicación gene-  
 ral y la higiene, consistentes, respectivamente,  
 en el excite de hígado de bacalao, jirabes y o-  
 clurados, baños de mar, seguidos de las re-  
 comendaciones higiénicas, evitar los enfriamien-  
 tos, pasar el invierno en un clima caliente y se-  
 co, en una palabra, todo lo que es necesario pa-  
 ra evitar toda clase de catarrros. Verdadera-  
 mente que todos estos medios son poderosos pa-  
 ra fortalecer y tener al enfermo en buenas



condiciones, para al menos evitar que la enfermedad siguiera no siga avanzando, haciéndola lo mas llevadera posible. Porque desde luego no nos hemos de hacer ilusiones, que con todo este tratamiento médico vemos si curar al enfermo, (ó al menos ésta es mi creencia) sino que creo que la curación radical de ésta enfermedad, está en el tratamiento quirúrgico, ó lo que es lo mismo, en hacer desaparecer las vegetaciones.

Ahora bien: ¿De que medios dis-

ponemos para quitarlas?— Muchos, casi innumerables son los procedimientos quirúrgicos imaginados, que para hacer su descripción, habria necesidad de hacer un Tratado especial; por lo mismo no he de hacer mención en este trabajo, mas que de aquellos que creo mas útiles, mas necesarios y de mejores resultados.

Para el niño, el mejor, y el que yo he visto emplear y empleado en los casos expuestos en este trabajo, es la operación



hecha con el cuchillo de Gottstein modificado. He aquí en lo que consiste: Supongamos vamos á operar á un niño de 5 años que es el caso mas ordinario. Estamos seguros de que no existe ninguna de las contraindicaciones que ya dejamos expuestas. Preparamos el instrumental necesario: un cuchillo apropiado á la edad del niño, un depresor de la lengua acodado en ángulo obtuso, una pinza, llamada pinza para los restos, para quitar las vegetaciones incompletamente

despreñadas por el cuchillo, un abre-bocas  
de Legroux y una pinza de curación del  
cirujano. Colocamos estos instrumentos en un  
recipiente con agua fenicada débil, en una  
mesa a la derecha del cirujano. Preparamos  
también una taza llena de hielo machaca-  
do y otra vacía en la que pueda el niño  
escupir las vegetaciones y la sangre que  
se derrame. Hecho esto, se envuelve al niño  
con una toalla y un ayudante lo sien-  
ta en sus rodillas y lo sostiene bien en un



sitio que esté bien iluminado, procurando que la cabeza del niño esté vertical, sujetándola con la mano apoyada sobre la frente lo mas alto posible, para que no estorbe a la mascarilla de la anestesia. Entonces el operador se sienta enfrente, y hace abrir al enfermito la boca para ver si está bien iluminado, y enseguida manda a otro ayudante aplicar la mascarilla empapada en bromuro de etilo. Obtenida la anestesia, la mascarilla se retira definitivamente.

tivamente. Entonces el operador cogiendo con la mano izquierda el depresor de la lengua, le insinúa entre los incisivos, que separa con un movimiento de fuerza. Si hay trismus, se introduce en el espacio retromolar izquierdo los picos de una pinza abre-bocas de Legroux, con objeto de evitar la fractura de algún diente y sostenida con la mano derecha, solicita la abertura de los maxilares; y tan luego se han separado, se introduce el depresor de la lengua y se retira el



entre-boca.

Entonces se coge el cuchillo de Gotts-  
 Fein, como un cuchillo de trinchar; se le in-  
 troduce en la boca, con el anillo echado á  
 un lado y con el talón mirando á la iz-  
 quierda del paciente; habiendo así salva-  
 do el istmo de las fauces, se le imprime  
 una rotación de  $90^{\circ}$ , que pone el anillo verti-  
 calmente y le hace desaparecer detrás del ve-  
 lo palatino. Se tira entonces fuertemente  
 hacia sí, bajando el mango hasta que

el dorso de la lámina viene á chocar contra un obstáculo resistente, que es el fié del borde posterior del tabique: Sin perder el contacto con este punto, se lleva la lámina arriba hasta que quede inmovilizada por el ángulo que forma la bóveda naso-faríngea con el borde superior de las coanas. Con estos movimientos tenemos el cuchillo en buena posición. Ahora lo interesante es tirar bien del velo palatino de manera que el cuchillo se encaje entre las coanas y el



tumor y no entre el tumor y la pared posterior de la faringe; y llevar la lámina hasta la parte alta de la bóveda para cortar las vegetaciones por la base. Hecho esto se sostiene el cuchillo sobre la línea media aplicándolo con fuerza contra la apófisis basilar; se le conduce de arriba á abajo sin perder el contacto con la pared posterior, hasta que el talón quede detenido por la base de la lengua: En este momento la lámina debe ser llevada á la altura de la úvula. Este des-

- censo de la lámina del cuchillo es producido por un movimiento de báscula, de manera que cuando la lámina desciende, el mango se eleva.

Enseguida se procede al raspado de las partes laterales de la bóveda del *cévum* y se practican otras dos secciones, una á la derecha y otra á la izquierda.

Para esto, el anillo metálico, que ha debido permanecer en la faringe, lo llevamos de nuevo á lo alto de la bóveda; pero al



mismo tiempo, se lleva el mango hacia afue-  
 ra tanto como se pueda, de manera que se  
 aplique una rama del eucillo contra la  
 pared lateral opuesta del cávum y se ba-  
 ja de nuevo apoyándola energicamente: No  
 hay que temer en este movimiento herir el fuste-  
 llón tubario, por que las ramas laterales del ani-  
 llo lo protejen, y además, la lámina pasa por  
 arriba y detrás de él, por la fosa de Rosenmüller.  
 Es preferible dar el segundo golpe de eucillo  
 a la izquierda y el tercero a la derecha, por-  
 que la parte izquierda del cávum es la

menos fácil de alcanzar y es donde con mayor facilidad pudieran quedarse algunas vegetaciones.

Estos tres golpes de enchillo, uno medio y dos laterales, bien dados sobre toda la altura del cívum, bastan para desprender todas las vegetaciones; sin embargo, como algunas tiritas han podido huir por delante de la lámina y escaparse, es útil hacer dos ó tres movimientos de raspado suplementarios como última limpieza de esta región.



Esta operación debe ser ejecutada rápidamente y apenas ha de durar diez segundos.

Desde el primer golpe con el cuchillo, la mayor parte de la vegetación es desprendida y cae sobre la base de la lengua, corriendo la sangre abundantemente por boca y nariz; pero de esto haremos caso omiso y seguiremos hasta terminar la operación; y una vez retirado el cuchillo es cuando con el depresor de la lengua arrastramos las vegetaciones y las sacamos con una pinza.

La hemorragia se detiene casi

siempre enseguida que sacamos los instrumentos, pudiendo favorecer la hemostasis, haciendo tragar al niño algunos trozos de hielo.

Terminada la operación se lleva inmediatamente el enfermo a su cama, procurando que la cabeza esté un poco elevada; el niño en los primeros momentos se quejará de dolores en la cabeza y en la garganta y presentará una ligera excitación; pero luego que se duerme, al despertar todo ha desaparecido, y hasta puede comer y tra-



ga sin molestia.

La línea de conducta que hay que observar con el pequeño operado y que hemos de hacer saber á sus padres, consiste: En hacer guardar cama al niño durante tres ó cuatro dias, con la cabeza un poco alta, como antes dijimos, y tapados los oídos con bolas de algodón. La habitación á una temperatura de  $17^{\circ}$ ; evitar toda corriente de aire; hacerle tomar durante los dos primeros dias de cama, algunas cucharaditas

de hielo machacado, y como alimentación, leche y caldo fríos, si dosis fraccionadas; haciéndole alguna insuflación antiséptica en las dos ventanas nasales por medio de un lanzapolvos de Kubienski; y si éstas insuflaciones fueran molestas en el sentido que determinaron accesos de tos, podemos limitarnos a introducir en las fosas nasales un poco de vaselina dermatolada al  $\frac{1}{5}$ .

Ademas hemos de advertir a



Los padres, que probablemente el niño vomitará sangre de la que ha tragado durante la operación y que no deben inquietarse por ello. Y como generalmente hacia la sexta hora es cuando las hemorragias inmediatas retardadas se observan por lo común, hemos de estar prevenidos para acudir al menor aviso: Si la epistaxis se reproduce abundante, los padres, esperando la venida del médico, deberán hacer tomar al niño mucho hielo.

Desde el tercer dia puede levantarse el enfermito y tomar su alimentacion ordinaria; pero no debe todavia salir durante algunos dias y su alimentacion debe componerse de alimentos tiernos, evitando movimientos de masticacion demasiado violentos. La curacion por la nariz sera continuada dos o tres veces por dia, y todo este plan ha de ser rigurosamente seguido hasta el fin de la primera semana; si todo ha ido bien, el paciente pue-



-de emprender de nuevo su vida ordinaria;  
por el contrario, si vemos que tarda en re-  
ponerse de la fatiga causada por la opera-  
ción, el tratamiento médico vuelve entonces  
a tomar todos sus derechos: Y recomenda-  
remos al niño el jarabe de yoduro de hierro,  
el aceite de hígado de bacalao, los baños sa-  
lados, la permanencia al lado del mar ó la  
vida en el campo. Y con esto ha de bastar-  
nos para restablecer completamente la salud  
del pequeño operado.

Cuando se trata del recién nacido no podemos emplear este procedimiento, porque entonces encontramos dos inconvenientes en el cuchiillo de Gottstein: Uno es el que es bastante voluminoso para la cavidad naso-faríngea del niño, y por lo mismo tendríamos dificultad en maniobrar a nuestro gusto; además, la estrechez del istmo de las fauces favorece la caída de las vegetaciones desprendidas en la faringe, accidente casi siempre fatalmente mortal a esta edad. Por lo tanto tenemos que emplear



una pinza cortante, de curvatura brusca cuyo talón esté encorvado en ángulo recto y cuya parte acodada, muy corta, esté únicamente formada por las cucharas. La Aécúica es la misma que en el caso anterior, cuidando no cojer el vómer, que es de temer a causa de su oblicuidad; si pues, se siente cojer con la pinza alguna cosa dura, se separan de nuevo los picos de la misma y se la baja un poco. Si en la primera intervención no quedara suficientemente restablecida la respira-

-ción nasal, fuede y debe repetirse a los ocho dias.  
 Terminado el acto operatorio se manda dar  
 a la criatura el pecho y se la deja dormir; por  
 toda curación nos contentaremos con introdu-  
 cir vaselina bórica en la nariz. Opino que  
 no hace falta anestesia por que en tan corta  
 edad, el niño se lamenta igualmente cuan-  
 do se le abre la boca con el depresor, que cuan-  
 do le operamos; de modo que por lo mismo  
 la considero inútil.

Si se trata del adulto, basta la



anestesia local con la cocaina, y puede operarse en una sesión con el cuchillo de Gottstein; si no ser que las vegetaciones estuvieran muy diseminadas, en cuyo caso seria preferible operar en varias sesiones, eligiendo con preferencia la cucharilla de Krautmann.

Estos son los mejores procedimientos que creo de gran utilidad, y los que verdaderamente dan excelente resultado; no obstante, he de confesar que no están en absoluto exentos de evitar ciertos accidentes post-operatorios,

felizmente raros y excepcionalmente graves. Los mas terribles creo que sean: La caida de las vegetaciones en la laringe, la hemorragia y los accidentes infecciosos.

La caida de las vegetaciones en la laringe podrian determinar un accidente gravisimo, si en el momento de su caida, el operado hace una profunda inspiracion, por la cual podrian penetrar en las vias respiratorias y determinar una muerte inmediata; pero en las raras observaciones de este genero



que han sido publicadas, semejante terminación no viene relatada. Ha bastado en el momento en que el niño empezaba á ponerse cianótico, llevar profundamente el índice hasta la entrada de la laringe para destruirlos.

Respecto á las hemorragias, éstas pueden presentarse al operar; á las seis horas de la operación ó cinco ó seis días mas tarde; ó por lo menos esto es lo mas frecuente. pudiendo decir que las primeras carecen de importancia, á no ser que se trate de un niño hemofílico.

La hemorragia que se presenta a las seis horas de la operacion, es grave, siendo bastante profusa, y si se detiene por sincope; dejando al enfermo en un estado grave de anémia.

La hemorragia que pudiéramos llamar secundaria, por presentarse como hemos dicho a los cinco o seis dias del acto operativo, es abundante y tenaz, pero cede bastante pronto a beneficio de los medios que contra ella se emplean.

De los accidentes infecciosos dire' uni-



comente que aunque son terribles, son fáciles de prevenir, porque casi siempre resultan de una falta de precauciones de parte del médico ó del enfermo; pudiendo evitarlos haciendo la operación con sujecion á las reglas de asepsis y antisepsis y recomendando severamente las prescripciones higiénicas oportunas.

Las complicaciones á que pudieran dar lugar se tratarán por los medios adecuados.

Para terminar y no ser molesto á

tan ilustre auditorio, única y exclusivamente  
he decir: Que con la línea de conducta segui-  
da en este corto y humilde trabajo, creo ha de  
ser suficiente, para sino en todos, en la ma-  
yoría de los casos, poder alcanzar un gran  
éxito de curación en los enfermos adenoi-  
deos; porque estoy convencido de que de to-  
das las operaciones rinológicas, la ablación  
de las vegetaciones adenoidicas es la que  
da actualmente mas brillantes resultados.

De tal modo que despues de los seis



meses de la operacion, la transformacion  
del niño es completa; la satisfaccion de los  
padres es inmensa, y se encuentran sorpren-  
didos al ver que una operacion que ha  
sido tan poca cosa, haya bastado para  
restablecer la salud del niño.

He dicho.  
Madrid, Octubre 17/804  
Domingo Ramon Alvarez Garcia

Admisible

Methead

