

51-4

D. Cervantes

81-4 e-2

No

1795

Tema para el grado de Doctor en Medicina

de

Ramón Muñoz García.

22388

(1795)



Tema para el grado de Doctor en Medicina
de
Ramón Muñoz García.

Hmo. 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 dición ni gran caudal de conocimientos; mi saber es tan escaso, que no aspiro a presentaros la resolución de un importante

problema, como yo haría 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 ocasión de observar en bastantes casos; uno de ellos en un hijo mío, y quizás por esta causa mi ánimo se haya inclinado á escogerla para desarrollarla como tesis doctoral.

Me acoso á vuestra reconocida benevolencia y doy co-nierto al desarrollo del tema.

Vegetaciones adenoideas de la faringe nasal.

Enfermedad que también ha sido denominada

Hipertrofia de la amigdala faringea" y tumores adenoides del espacio naso-faringeo, y consiste en la hipertrofia del tejido adenoidal que constituye la amigdala faringea de Luschka.

Esta amigdala está situada en la parte mas alta de una linea 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 numero igual de lengüetas paralelas antero-posteriores, y

4

en los recesos que las separan se acumula el muco-pis, 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 pabellón tubario; pero se implantan siempre sobre la bóveda del Cívum 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-

- fátilo de Waldeyer existe, encontrándose en todo el ca-
vum granulaciones ó perones redondeados, que lle-
van de abolladuras los rodetes tubarios y festonean
los orificios evanales.

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

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

¿Que causas pueden dar lugar si que esta enfermedad se desarrolle? - Creo que en esta 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 apropiadas, cualquiera de las causas locales puede ser suficiente para producirla.

La herencia, el temperamento linfático decidido y el escrofulismo, creo que  son las verdaderas

ras causas predisponentes de la enfermedad que nos ocupa.

La herencia, porque es natural que padres adenoides transmitan a sus hijos la predisposición adenoidal; y el temperamento linfático y escrofuloso 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. Porque la predisposición que lleva el niño, ordinariamente expresada por los atributos de la dia-

feris linfática, como antes indiqué, se limita a favo-
recer la acción de las causas locales y de estas la prin-
cipal es la adenoiditis aquella de repetición, la que,
por una serie de impertas resoluciones, llega a crear
las vegetaciones; pero mas todavía las adenoiditis espe-
cíficas, que dan un empuje vigoroso que apresura el cur-
so lento de las vegetaciones preexistentes.

La edad mas aproposito para que esta
enfermedad se desarrolle está entre los 5 y los 15 años, pues
antes de esta edad la hipertrfia de la amigdala fa-
ringea se establece sin llamar la atención; y despues
de esta edad empieza ya a ~~suprir~~ 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 también en los niños que se encuentran en la edad más apropiada del padecimiento; y esto se explica perfectamente porque todo el cuadro clínico de la enfermedad dependerá, en primer término, del volumen de las vegetaciones, que cuanto mayores sean, mayor será también la obstrucción que produzcan, y por lo mismo mas dificultades

estorran la respiración nasal, la resonancia vocal, la respiración tubo-timpánica etc. Dependrá también del sitio que éstas vegetaciones ocupen; pues esiendo 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 si decir verdad, cada enfermo soporta el padecimiento si su manera. Lo corriente, lo ordinario, el caso ~~tópico~~ por decirlo así;

es que se trate de un niño enclenque, frailido, con la boca medio abierta, el labio superior levantado por la desigualdad de los dientes, con el mentón ancho, mejillas deprimidas, sin expresión, ojos de mirada 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 a 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, é intenta inutilmente pronunciar las consonantes nasales.

Hagámosle abrir la boca y veremos un paladar profundo, oval, muy elevado, con su velo caido, perezoso en sus movimientos, no llegando a elevarse completamente, como si por otras chocara contra un obstáculo. Las amigdalas están a veces abultadas, y la pared faringea posterior, recubierta por mucosidades que descienden del cérvum, 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 ve-
lo a levantarse muy alto. Y si este movimiento
determina una tos por acceso, tos que no puede
despertarse apretando con los dedos la traquea,
es que esta tos es verdaderamente de origen na-
so-faringeo.

La comprobación de estos signos es bas-
tante para afirmar el diagnóstico de la enfer-
medad; pero además disponemos de procedimien-
tos exploratorios tales como el tacto naso-fami-
geo 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 vomer, y si hay vegetaciones es detenido por una masa que le da la sensación de un paquete 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 también 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 aspiran pareciendo así mas saliente.

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

- copia posterior y anterior, que son excelentes me-
dios 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 rosa-
do, mas palido que el de la mucosa vecina, ve-
mos un tinte rojo vivo, y si principalmente es-
ta tapizada por moco-pus, concluiremos ad-
mitiendo la existencia de un brote de adenoi-
ditis sobre añadido. Además que también
hay de informarnos sobre el estado de los pa-
bellones 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 ó 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 auxiliar al examen

men rinoscopico anterior con un medio excelente de contraprueta, 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 cuan fáciles diagnosticar esta enfermedad por los medios indicados; pero cuantas veces varía el síndrome hasta el punto de no creudar a estas exploraciones, por hacernos creer que se trata de otra

enfermedad. Así por ejemplo: hay niños que se apartan tanto del que dejamos de ser, que bien pudieramos decir que hay enfermi-
tos en los que solo predominan casi exclusi-
vamente síntomas auriculares, en otros son
pura mente nerviosos y en otros de forma
respiratoria; y para convencernos de que
esto es cierto, voy aí exponer tres casos clíni-
cos que he tenido ocasión de observar y
que responden bastante bien a lo ante-
riormente 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 oido derecho, que desde luego supuse fuera una de tantas reliquias propias de esta enfermedad. A partir de esta época el niño se acostumbraba con fre-

Cuencía, sufriendo repetidas veces de angi-
nas catarrales amigdalitis, hasta el pun-
to que en el estado normal estaban cumu-
tadas de volumen.

Hace 20 meses, proximamente, se
declaró una otorreia en el oido derecho, tan
abundante y persistente que a pesar de to-
dos los lavados e instilaciones antisépti-
cas no fué posible com�ir aquél inago-
table manantial. A pesar de esto el ni-
ño no aquejaba dolor alguno en el oido

y durante la noche el sueño le hacia tru-
quillo, pero con la boca abierta y roncando
con frecuencia. Le hice tomar durante
algun tiempo el aceite de hígado de ba-
calao, y el jarabe de ioduro de hierro, pe-
ro ni con esto ni con los lavados anti-
septicos logré ni aun siquiera modi-
ficar el padecimiento. La otorrea cumu-
tó cada vez más y el pie se hizo fétido,
por lo cual temiendo que la causa pa-
sara al oido interno me decidí por traer
lo a Madrid para consultar con los es-

specialistas. A todo esto sin acordarme
ni pensar en las vegetaciones adenoides.

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

la amigdalotomia. Ante el respeto que
me infundió ésta seria intervención qui-
rúrgica, opté por que le vieran mas espe-
cialistas y fui a ver al doctor Caíza, quien
haciendo al niño un detenido reconoci-
miento, exploró la faringe nasal, valien-
do únicamente del tacto naso-farín-
geo, y encontrando las vegetaciones
adenoides que diagnosticó, demos-
trando que la otitis que el niño pade-
cía obedecía sin duda alguna a las

vegetaciones que eran, diagámoslo así; A-
da la enfermedad.

Entonces adquirí la plena con-
vicción de que este diagnóstico era ver-
daderamente cierto; y de mutuo acuerdo
decidimos operar al niño las vegetacio-
nes practicando si la vez la amigdalo-
tomía derecha por ser ésta amigdala
la mas hipertrófica. Así lo hicimos
al dia siguiente por el procedimiento
que expondré al ocuparme del trata-
miento.

miento quirúrgico. Terminada la opera-
ción acostamos al niño en su cama, se le
guardaron todos los cuidados necesarios
(que ya expondré en el Tratamiento) y su
estadlo fué tan satisfactorio que si los tres
días lo levantemos, olvidando su alimenta-
ción ordinaria, sin que se quejara lo mas
mínimo de su garganta ni de nada; la
respiración nasal, normal completemen-
te; si los quince días dormía con la bo-
ca cerrada, los ronquidos habían desa-

parecido. La otitis tratada con los mismos lavados e instilaciones antisépticas fué poco a poco corrigiéndose; si los cuatro meses desapareció por completo, pero el grado de sordera es el mismo, sin duda por la desaparición de la membrana amigdálica 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 a mi consulta; se trataba de un niño de 3 años de edad, constitución débil, temperamento linfático decidido, había padecido con mucha frecuencia escrofulismo y varias veces el catarro naso-faringeo; é por lo menos esto deduje del relato que me hicieron sus padres, quienes entre otras cosas manifestaron que este niño fue siempre débil, endebil, muy propenso a los catarras por el

menor descuido, varias veces tuvo que quedar como necesariamente por darle fiebre alta, con escalofrios, 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 disminuian sin llegar nunca a desaparecer por completo; y verdaderamente los que les llevaba si consultar

obedecia según ellos a que hacia algún tiempo el niño dormía bastante mal, roncando, agitado, bañando de sudor; que durante la noche despertaba llorando, atemorizado y pidiendo socorro. Además el niño comía poco, trágaba 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

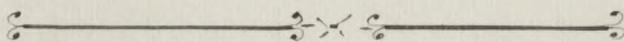
todos estos trastornos obedecia única y exclusivamente a las vegetaciones adenoides.

Enseguida 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 se dispuso el aceite de hig-

do de bacalao, con los fumiginosos, como
tratamiento interno, recomendando la de-
bida higiene, no sin advertirles la inefi-
cacia de este tratamiento. A los cuaren-
ta días, próximamente, viendo que se cum-
plían estas prescripciones, o lo que es igual,
que el niño no encontraba mejoría, se deci-
dieron por la operación. Se hizo por el
mismo procedimiento que en el caso anterior,
obteniendo el mismo éxito, pues a los veinte
días 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 a los 5 ó 6 meses en un grado de mejoría notable.



El otro caso es el de un niño de 4 meses que debido a la casualidad tuve 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 marcadísma 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 en seguida que cogía la tetra y hacia unas cuantas sucesiones volvía a soltarla. El sueño le hacía muyagitado 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 comienzo que nos revelase una adiesa de origen mas profundo, (bronco-pneumonia) cercioramos al niño la

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

arancar las vegetaciones con la pierna.

El niño curó completamente.

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

Referente al adulto jamás 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 medio 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 podríamos 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 te-
nemos que guardarnos más, es el de ver
vegetaciones, ó lo que es lo mismo, hiper-
trofia de la amigdala faríngea, allí en
donde no hay más que adenoiditis. Si
bien esta enfermedad puede reconocerse
facilmente por su curso rápido, por los
síntomas generales febres, por la pre-
sencia de moco-pis en la nariz y en
la garganta, como también por la

aparición casi súbita de la respiración nasal.

— 3 + 3 — 3

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

fiébres eruptivas y principalmente para la escarlatina, que cuenta de este modo con un poderoso auxiliar para lucirse en su antojo.

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 sí mismas con la edad, y que lo que pide es un remedio para su hijo que le permita sufrir el padecimiento hasta que con su desarrollo pueda desaparecer por sí 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 adenoides empiezan a atrofiarse, arrastradas por el movimiento

de involución que alcanza si todo el tejido linfóide 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 ver oír desaparecer las vegetaciones

por si mismas, hay que saber a' costa de
qui, y mostrar a' los padres la responsa-
bilidad que asumen cuando renuncian este
tratamiento; y hacerles entender que por re-
chazarlo, serán culpables de que su hijo
se enga durante toda su vida, en aire atan-
tido, esa boca abierta que presenta ahora;
que pronto será sordo y acudirá a' los especia-
listas quienes le dirán que ésta enfermedad
hubiera curado habiéndola tratado con-
venientemente a' su debido tiempo, pero que

Llega demasiado tarde; y tambien que-
conservará ese catarro crónico de la farin-
ge nasal, que le pondrá neurasténico, pa-
ra el cual pedirá toda clase de recursos
por ver si puede curar; pero ya todo es ini-
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
desengano, tendrán durante toda su
vida, el insufrible remordimiento de con-

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

—————— 3*8 ——————

El tratamiento

El único medio racional, mas seguro e inocuoso, de hacer desaparecer las vegetaciones adenoides, es el quitarlas y quitarlas a tiempo oportuno para prevenir toda clase de complicaciones. Este tratamiento es el quirúrgico. *Yno pago*

menició del tratamiento médico mas que secundariamente, es decir, como un auxiliar del primero, pues le juzgo insuficiente, para alcanzar la curación de la enfermedad. Pues si bien hoy algunos que le consideran capaz de alejar la enfermedad, es muy posible que esto obedezca a un error diagnóstico muy frecuente, cual es confundir la adenoiditis y la vegetación adenoidal, pues viendo vegetaciones en todo niño que presenta la nariz obstruida, aplican este tratamiento médico, y viendo la curación, creen que han errado vegetaciones, donde no había mas

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

Con esto no quiero decir que el Amanamiento médico no sirva para nada; pues como he dicho antes es un poderoso auxiliar del Amanamiento 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 también cuando se tra-

ta de vegetaciones poco desarrolladas y bien toleradas y en aquellos casos en que el Aromamiento quirúrgico está contraindicado, por tratarse de vegetaciones que el enfermo, como dije antes, soporta bien, durmiendo tranquila mente, con su boca cerrada, sin síntomas auriculares ni tráqueo-bronquicos, o en aquellos casos que tratanándose del adulto cuyas vegetaciones pequeñas, duras y fibrosas, determinaron por su ablación hemorragias profusas, muy difíciles de detener. Ademáis

Tambien cuando se trata de enfermos con afec-
ciones cardiacas mal compensadas, tubercu-
losis pulmonar, albuminuria y diabetes gra-
ves, cuyas afeciones constituyen las princi-
pales contraindicaciones del tratamiento equi-
nérjico, entonces es cuando no tenemos mas
remedio que hacer uso del tratamiento mé-
dico, por ser el mismo capaz de mejorar y
poner al enfermo en las condiciones mas
apropósito de soportar la enfermedad.

Este tratamiento médico consiste,

en la medicación local y general y en la higiene. La medicación local consistente en irrigaciones, pomaderas, gargarismos, embrocaciones etc. se ha abusado bastante de ella, y sin obtener generalmente resultados satisfactorios quanto a la curación. La irrigación nasal de la cual hay poros adenoides que hayan escapado, yo la desecho, por lo peligrosa que la considero; pues ante la probabilidad que el líquido tiene de escapar al oido, por la sencilla razón que al entrar por la ventana na-

sol encuentra el obstáculo de las vegetaciones y no tiene otra salida que la trompa, siendo que invadir necesariamente el oido, adelanta el temido peligro de la otitis, resultando que es peor el remedio que la enfermedad.

Las embocaduraciones casi me atreví a 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 pomardas y los gargarismos, es cierto que son inofensivos, pero no sirven más que para tener al tumor limpio, casi aseptico en su superficie. La curación no llegamos a conseguirla por ninguno de estos medios; aunque claro es que al menos sirviera evitar infecciones secundarias y contribuyer 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 más inofensiva.

Bastante mejor es la medicación general y la higiene, consistentes, respectivamente, en el aceite de líquido de bacalao, jirabes y dorados, baños de mar, ayudados de las recomendaciones higiénicas, evitar los enfriamientos, pasar el invierno en un clima caliente y seco, en una palabra, todo lo que es necesario para evitar toda clase de catarros. Verdaderamente que todos estos medios son poderosos para fortalecer y tener al enfermo en buenas

condiciones, para al menos evitar que la enfermedad siga o no siga avanzando, haciendo lo mas llevadera posible. Porque desde luego no nos hemos de hacer ilusiones, que con todo este tratamiento médico vamos a curar al enfermo, (o al menos ésta es mi creencia) sino que eneo que la curación radical de esta enfermedad, está en el tratamiento quirúrgico, o lo que es lo mismo, en hacer desaparecer las ~~vegetaciones~~.

○ Hora bien: j De que medios dis-

ponemos para quitarlas? - Muchos, casi innumerables son los procedimientos quirúrgicos imaginados, que para hacer su descripción, habría 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 nino, 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 a operar a 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 a la edad del niño, un depresor de la lengua acodado en un solo obtuso, una pinza, llamada pinza para los restos, para quitar las vegetaciones incompletamente

desprendidas por el cuchillo, un abre-bocas
de Legroux y una pinza de curación del
cirujano. Colocamos estos instrumentos en un
recipiente con agua fumigada 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 sábana y un ayudante lo sien-
tar 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 ni la mascarilla de la anestesia. Entonces el operador se sienta enfrente, y hace abrir al enfermito la boca para ver si está bien alumbrado, y en seguida manda si' otro ayudante aplicar la mascarilla empapada en bromuro de etilo. Obtenida la anestesia, la mascarilla se retira defini-

tivamente. Entonces el operador cogiendo con la mano izquierdo el depresor de la lengua, le insinua entre los incisivos, que separa con un movimiento de palanca. 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

abre-boca.

Entonces se cose el cuchillo de Gottsfein, como un cuchillo de trinchar; se le introduce en la boca, con el mango echado a un lado y con el talón mirando a la izquierda del paciente; habiendo así salvado el istmo de las fáncas, se le imprime una rotación de 90° , que pone el mango verticalmente y le hace desaparecer detrás del velo palatino. Se tira entonces fuertemente hacia si, bajando el mango hasta que

el dorso de la lámina viene a chocar contra un obstáculo resistente, que es el pie del borde posterior del tabique: Si se perder el contacto con este punto, se lleva la lámina arriba hasta que quede inmovilizada por el cíngulo que forma la bóveda naso-faringea con el borde superior de las coanas. Con estos movimientos tenemos el cuchillo en buena posición. Ahora lo interesarante es tirar bien del velo palatino de manera que el cuchillo se encape 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 vege-
taciones 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 abajo sin perder el con-
tacto con la pared posterior, hasta que el
talón quede detenido por la base de la len-
guía: En este momento la lámina debe ser
llevada a la altura de la uvula. 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.

En seguida se procede al raspado de las partes laterales de la bóveda del cuirum 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 el

mismo tiempo, se lleva el mango hacia aque-
ra tanto como se pueda, de manera que se
aplique una rama del cuchillo contra la
pared lateral opuesta del eárum y se ba-
ja de nuevo apoyandola energicamente: No
hay que temer en este movimiento herir el pube-
lón tubario, por que las ramas laterales del ani-
llo lo protegen, y ademas, la lámina pasa por
arriba y detrás de él, por la fosa de Rosenmüller.

Es preferible dar el segundo golpe de cuchillo
á la izquierda y el tercero á la derecha, por-
que la parte izquierda del eárum es la

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

Estos tres golpes de echillo, uno medio y dos laterales, bien dardos sobre toda la altura del cirio, 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 retirando el cuchillo es cuando con el desprendor de la lengua arrastramos las vegetaciones y las sacamos con una pinza.

La hemorragia se detiene casi

Siempre en seguida 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 pide de comer y tra-

-ga sin molestia.

La linea de conducta que hay que observar con el pequeño operado y que hemos de hacer saber a sus padres, consiste: En hacer guardar coma al niño durante tres o cuatro días, con la cabecera un poco alta, como antes dijimos, y tapados los oídos con bolas de algodón. La habitación a una temperatura de 17° ; evitar toda corriente de aire; hacerle tomar durante los dos primeros días de coma, algunas cucharaditas

de hielo machacado, y como alimentación, leche y caldo fríos, si órbitas fraccionadas; haciendole alguna insuflación antiséptica en las dos ventanas nasales por medio de un lanza-polvos de Kabiserske; 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 dermatizada al $1/5$.

Ademas hemos de advertir si

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 evadir 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 alimentación ordinaria; pero no debe todavía salir durante algunos días y su alimentación debe componerse de alimentos tiernos, evitando movimientos de masticación demasiado violentos. La curación por la nariz será continuada dos ó 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 responderse de la fatiga causada por la operación, el tratamiento médico vuelve entonces a tomar todos sus derechos: Y recomendaremos al niño el jarabe de yoduro de hierro, el aceite de hígado de bacalao, los baños salsados, la permanencia al lado del mar ó la vida en el campo. Y con esto ha de bastarnos 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 cuchillo de Gottstein: Uno es el que es bastante voluminoso para la cabidad naso-faringea del niño, y por lo mismo tendríamos dificultad en maniobrar a nuestro gusto; además, la estrechez del istmo de las faringes favorece la caída de las vegetaciones desprendidas en la laringe, accidente casi siempre fatalmente mortal a ésta edad. Por lo tanto tenemos que emplear

una pinza cortante, de curvatura brusca en
yo talón este encorvado en ángulo recto y en
yia parte acodada, muy corta, este únicamen
te formada por las cuchillas. La técnica
es la misma que en el caso anterior, cuidando
no cojer el riñón, que es de temer a causa de
su oblicuidad; si pues, se siente cojer con la
pinza alguna cosa dura, se separan de nue
vo los picos de la misma y se la baja in pro
eo. Si en la primera intervención no queda
ra suficientemente restablecida la respira

-ción nasal, puede y debe repetirse a los ocho días.

Terminado el acto operatorio se manda dar a la criatura el pecho y se la deja dormir; por toda curación nos contentaremos con introducir vaselina bórica en la nariz. Opino que no hace falta anestesia porque en tan corta edad, el niño se lamenta igualmente cuando se le abre la boca con el depresor, que cuando le operamos; de modo que por lo mismo la considero inútil.

Si se trata del adulto, basta la

anestesia local con la cocaína, y puede operarse en una sección con el cuchillo de Gottstein; si no ser que las vegetaciones estuvieran muy diseminadas, en cuyo caso sería preferible operar en varias secciones, eligiendo con preferencia la cuchilla de Grautmann.

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 postoperatorios,

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

La caida de las vegetaciones en la laringe pudieran determinar un accidente gravissimo, si en el momento de su caida, el operando hace una profunda inspiracion, por la cual pudieran 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 emperaba á ponerse cianótico, llevar profundamente el índice hasta la entrada de la laringe para desostruirlo.

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 si 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 anemia.

La hemorragia que pudieramos llamar secundaria, por presentarse como hemos dicho si los cinco ó seis dias del acto operatorio, es abundante y severa, pero con bastante pronto si beneficio de los medios que contra ella se emplean.

De los accidentes infecciosos dire' un-

comente que aunque son temibles, 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 sujeción á las reglas de asepsis y antisepsis y recomendando severamente las prescripciones higiénicas oportunas.

Las complicaciones á que pudieran dár 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 linea 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 adenoides es la que
dá actualmente mas brillantes resultados.

De tal modo que después de los seis

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

He dicho.
Madrid, Octubre 77/204
Divinis Ramon y Henar Gómez

admissible
Method

