917

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LAS VEGETACIONES ADENÓIDEAS

Y SUS

COMPLICACIONES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DANIEL MORENO

Ex-preparador de histología en la Facultad de Ciencias Médicas.
Ex-interno de los hospitales.

BUENOS AIRES
IMPRENTA Y CASA EDITORA
de
AGUSTÍN ETCHEPAREBORDA
Tacuarí 359

1901

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LAS VEGETACIONES ADENÓIDEAS

Y SUS

COMPLICACIONES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DANIEL MORENO

Ex-preparador de histología en la Facultad de Ciencias Médicas.
Ex-interno de los hospitales.

BUENOS AIRES
IMPRENTA Y CASA EDITORA
de
AGUSTÍN ETCHEPAREBORDA
Tacuarí 359

1901

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. JUAN R. FERNÁNDEZ.

Vicedecano

DR. D. JOSÉ T. BACA.

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
„ „ JOSÉ T. BACA.
„ „ RAFAEL HERRERA VEGAS.
„ „ JACOB DE TEZANOS PINTO.
„ „ EUFEMIO UBALLES.
„ „ JUAN R. FERNÁNDEZ.
„ „ ENRIQUE E. DEL ARCA
„ „ PEDRO N. ARATA.
„ „ MANUEL BLANCAS.
„ „ ROBERTO WERNICKE.
„ „ PEDRO LAGLEYZE.
„ „ JOSÉ PENNA.
„ „ LUIS GÜEMES.
„ „ ELISEO CANTÓN.
„ „ GREGORIO N. CHAVES.

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG.
„ „ PABLO MARENGO.
„ „ EDUARDO WILDE.
„ „ MARTÍN SPUCH.
„ „ TELÉMACO SUSINI.
„ „ EDMUNDO NOCARD.
„ „ EMILIO R. CONI.
„ „ OLYNTHO DE MAGALHAES.

Secretario Titular

DR. D. ZENÓN AGUILAR.

Prosecretario

DR. D. CARLOS ROBERTSON.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Zoología médica		Vacante
Física médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Química médica	»	Atanasio Quiroga.
Botánica médica	»	Martín Spuch.
Química médica	»	Pedro N. Arata.
Histología	»	Rodolfo de Gainza.
Anatomía descriptiva	»	Juan José Naón.
Patología general	»	Roberto Wernicke.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Fisiología	»	Pedro J. Coronado.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos Malbrán
Higiene	»	Melitón G. del Solar.
Materia Médica	»	Justiniano Ledesma.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Clínica ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
» Oto-rino-Laringológica	»	Eduardo Ovejero.
» Dermatológica y sifilográfica	»	Baldomero Sommer.
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga.
Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
» Médica	»	Luis Güemes.
» Epidemiológica	»	José Penna.
» Quirúrgica	»	Julián Aguilar.
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía.
» Médica	»	Francisco Sicardi.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo.
» Médica	»	Gregorio N. Chaves.
» Obstetricia	»	Samuel Molina.
Toxicología experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
» Médica	»	Abel Ayerza.
» Genito urinaria (hombre)	»	Federico Texo.
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred.
» Quirúrgica	»	Alejandro Castro.
Clínica obstétrica	»	Eliseo Cantón.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Vacante
Física médica	Doctor Juan J. Galiano
Química médica	» F. Bosque y Reyes
Botánica médica	» Lucio Durañona / R. S. Kolbe
Química médica	» Francisco P. Lavalle
Histología	» Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	» Juan D. Piñero / J. López Figueroa
Patología general	» G. Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Avelino Gutiérrez
Fisiología	« Horacio Piñero
Anatomía patológica	» José Badía
Bacteriología	Vacante
Higiene	» Enrique Revilla
Materia médica	» Enrique E. del Arca / Angel M. Centeno
Medicina operatoria	» Nicolás Repetto / Alfonso Masi
Clínica ginecológica	» Alfredo Lagarde / José F. Molinari
Clínica Oto-rino Laringológica	» Wenceslao Tello / E. V. Segura (en ejerc.)
Clínica dermatológica y sifilográfica	« M. Aberastury
Patología externa	» Pascual Palma / Daniel J. Cranwell
Patología interna	» Vacante
Clínica oftalmológica	» Francisco Barraza. / Teófilo A. Moret
Clínica médica	» Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	» Vacante
Clínica quirúrgica	» Juan B. Justo
Clínica neurológica	» José A. Esteves / José A. Semprum
Clínica médica	» Ricardo Colón
Medicina legal	» Domingo S. Cavia
Clínica quirúrgica	» Diógenes Decoud / Alejandro Posadas
Clínica médica	» Julio Méndez / Ignacio Allende
Clínica obstétrica	» Fanor Velarde
Toxicología experimental	» Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	» Antonio F. Piñero / Facundo Larguía
Clínica médica	» Vacante
Clínica genito urinaria (hombre)	» Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica quirúrgica	» Vacante
Clínica obstétrica	» Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares	Cated. sustitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.....	Dr. Adolfo Mujica	Vacante
Química inorgánica aplicada á la Farmacia.....	» Miguel Puiggari	"
Farmacognosia vegetal y animal.....	» Juan A. Boeri	Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	» Pedro N. Arata	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica).....	» J. Manuel Irizar	"
Higiene.....	» Ricardo Schatz	"
Química analítica toxicológica.	" Atanasio Quiroga	"
Ensayo y determinación de drogas.....	" J. Manuel Irizar	"

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica.....	Dr. J. R. Fernández	Vacante
Parto distócico y clínica obstétrica.....		

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Cated. titulares	Cated. sustitutos
Anatomía, fisiología, patología.	Dr. León Pereira	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentaria, medicina legal.....	" N. Etchepareborda	Vacante

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DOCTOR ENRIQUE E. DEL ARCA

A LA MEMORIA DE MI PADRE

Á MI MADRE

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Al término de mi jornada vengo á presentar á vuestra consideración, la última prueba reglamentaria.

He elegido como tema de mi tesis, *Las Vejetaciones Adenoideas y sus Complicaciones.* Poco original y nuevo encontraréis en este trabajo, que sólo es el resultado de algunas observaciones que he podido seguir y que me han sugerido dicho tema.

Os pido pues que uséis para con esta tesis, la misma benevolencia con que juzgasteis mis anteriores exámenes, y que me permitáis, antes de abandonar estas aulas, que os exprese como acto de estricta justicia, la más alta gratitud por vuestras sabias lecciones.

Al Dr. Del Arca, que me hace el alto honor de acompañarme en este acto, mi más sincero agradecimiento.

Del mismo modo, agradezco al Dr. Segura los

importantes datos con que me ha ilustrado en la preparación de este trabajo.

Quiero también desde aquí hacer pública mi gratitud hacia los médicos del Hospital Rivadavia, y especialmente, al Dr. José M. Escalier.

I

Limitada por la parte posterior de las fosas nasales, adelante, la columna vertebral por detrás, la apófisis basilar del occipital y la base del seno esfenoidal por arriba, las apófisis pterigoides del esfenoide por los lados, y el velo del paladar por debajo, existe un espacio libre de forma irregularmente cúbica llamada cavidad naso-faríngea; en cada una de sus paredes laterales se encuentran la fosa de Rosenmuller en la parte posterior y el orificio de la trompa de Eustaquio que hace comunicar esta cavidad faríngea con el oído medio. De consiguiente, la cavidad naso-faríngea está en relación con la nariz, con el oído medio y con la faringe propiamente dicha; arriba se unen la pared posterior y superior para formar lo que se llama la bóveda; por debajo se obtura durante la deglución por la contracción del velo del paladar.

Las trompas son dos conductos que comunicando el naso-farinx con el oído medio, tienen por objeto establecer el equilibrio entre la presión interna de la caja del tímpano y la atmósferica, para

lo cual los orificios faríngeos se abren en cada movimiento de deglución, renovándose el aire del oído medio.

De manera, que obstruída la nariz ó los orificios de las trompas por cualquiera causa, esta renovación no se efectuará, se hará un vacío en el oído medio y la membrana del tímpano será deprimida.

Para probar esto se puede hacer la llamada experiencia de Toynbee, que consiste en apretarse las alas de la nariz, y haciendo un movimiento de deglución se experimentará una sensación rara en los oídos que es debida á la depresión sufrida por el tímpano.

La cavidad naso-faríngea de tamaño variable, según la edad y según los individuos, está revestida por una membrana mucosa con una estructura especial y recubierta de un epitelio cilíndrico vibrátil.

En la bóveda se encuentra una capa de folículos linfáticos formando la amígdala de Luschka, de la que se separan tractus linfáticos que van á perderse en las fosas de Rosenmuller y en las trompas. Hacia la parte inferior de la pared posterior, á la altura del velo del paladar, sólo existen folículos aislados.

La estructura histológica es la misma de las amígdalas palatinas, que consiste en tejido linfoideo difuso en el cual están colocados folículos cerra-

dos, presentándose al corte bajo el aspecto de granulaciones más oscuras y bien delimitadas. En la vecindad de los folículos los hases de tejido conjuntivo toman una disposición concéntrica y se apercibe en algunos puntos, espacios llenados por gran número de leucocitos. El tejido amigdalino es muy vascular; los vasos sanguíneos se encuentran en la vaina conjuntiva y en sus prolongaciones.

El primer período de evolución de las amígdalas está constituído por las involuciones epiteliales. Estas están constituídas por todas las capas ectodérmicas y separadas del mesodermo por una membrana basilar que las envuelve en todas sus partes. Al mismo tiempo, se nota en la región de las involuciones, una abundante proliferación de células conjuntivas, que forman alrededor de los brotes epiteliales masas mesodérmicas muy vasculares. Poco á poco, las travéculas conjuntivas se extienden cerrando los folículos, quedando, por consiguiente, dividido en lóbulos amigdalinos.

En la edad avanzada, los folículos cerrados disminuyen en sus dimensiones, desapareciendo en algunos puntos sofocados por el tejido conjuntivo, encerrando restos celulares y cristales de margarina.

II

La hiperplasia del tejido linfático de la cavidad naso-faríngea, da lugar á la formación de las vegetaciones adenóideas.

Es necesario distinguir las diversas formas que presentan según el punto en que predominan; así tenemos la infiltración difusa, observada más frecuentemente en el adulto y que produce síntomas de inflamación y en la que propiamente no hay vegetaciones, sino un espesamiento constituído por tejido adenóideo de la mucosa, de un aspecto granuloso ó mamelonado.

Hemos visto al ocuparnos de la parte anatómica que en la capa de tejido adenóideo, situado en la bóveda del naso-farinx, se encuentra formado, á expensas de este tejido, un órgano especial llamado amígdala de Luschka ó amígdala faríngea. Ahora bien, cuando por una influencia patológica se forma una hiperplasia circunscrita á la porción central de este tejido, nos encontramos en presencia de la hipertrofia de la amígdala faríngea ó de Luschka.

Las vegetaciones propiamente dichas son el resultado no solamente de la hiperplasia del tejido adenóideo en su asiento normal, es decir, en el cuerpo entero de la mucosa, sino que al mismo tiempo invade como tejido de neoformación las partes vecinas donde normalmente hay ausencia de dicho tejido.

A veces se observan en el mismo individuo vegetaciones adenóideas que varían de tamaño, desde simples vegetaciones ó verdaderos tumores adenóideos, y que pueden ser sesiles ó pediculados, según el ancho y el largo de su base de implantación.

Son rosados, blandos, pero en algunas partes son duros y de consistencia elástica.

Escasos unas veces, numerosos otras, llegando á menudo hasta llenar la cavidad naso-faringea y que dan muchas veces al dedo explorador la sensación de haber penetrado en una cavidad llena de vermes.

Estos tumores pueden variar de volumen debido á su gran vascularidad.

III

Las vegetaciones adenóideas pueden ser de origen hereditario, congénito y adquirido.

Son hereditarios, cuando ataca á los niños de una familia en que alguno de los ascendientes lleve los signos ó las facies de una afección adenóidea no diagnosticada anteriormente, y que se manifiestan por trastornos auriculares, cicatrices de la membrana del tímpano, adherencias, deformación de los maxilares, etc.

Hay formas étnicas que atacan los dolicocéfalos con predilección por la raza anglo-sajona, y que se muestra por un prognatismo típico.

Son congénitos, cuando los niños nacen con vegetaciones, si bien en muchos de estos se trata de hijos de padres tuberculosos.

Son adquiridos, las vegetaciones que tienen por causa lesiones locales que producen la hipertrofia del tejido linfático del naso-farinx. Estas lesiones locales pueden ser favorecidas por la predisposición del niño, que lleve los atributos de la diatesis linfática.

La principal de estas causas locales es la adenoiditis aguda á repetición, que, por una serie de imperfectas resoluciones llega á crear las vegetaciones. Todas las afecciones del lado de la nariz y garganta producidas por el sarampión, influenza, coqueluche, escarlatina, difteria, etc. lo mismo las corizas á frigores, determinan estas adenoiditis.

Los distintos climas tienen acción sobre la frecuencia de las vegetaciones; así se dice, que son raras en los climas cálidos, y por el contrario, parece que los climas húmedos y fríos favorecen su evolución.

Es á la edad de cinco á quince años que se muestran lo más á menudo las vegetaciones adenóideas. Antes de esa edad la hipertrofia de la amígdala faríngea se establece sin llamar la atención; después de esta edad, empieza á sufrir la regresión que en la época de la pubertad se hace general á todo el sistema linfático; sin embargo, se les encuentra desde el nacimiento hasta la edad adulta. A los dos sexos ataca con igual frecuencia.

IV

Las vegetaciones adenóideas actúan mecánicamente obstaculizando el pasaje del aire de la nariz á la faringe y obstruyendo directa ó indirectamente los orificios de las trompas; por consiguiente el aire no se renueva ó se hace con dificultad, lo que traerá un falta de equilibrio entre la presión atmosférica é interna, y que es favorecida por la absorción del aire encerrado en la caja. Debido á este vacío los tímpanos se deprimirán y la caja segregará debido á esta acción de ventosa, un líquido seroso ó gelatinoso más ó menos abundante.

Las vegetaciones se inflaman por varias causas: la humedad, el aire frío, la respiración en una atmósfera cargada de polvo ó humo. Las enfermedades infecciosas acompañadas de lesiones del lado de la garganta y nariz, como la influenza, difteria, sarampión, la coqueluche, la escarlatina, la fiebre tifoidea, etc., determinan la inflamación del tejido adenóideo de que están formadas las vegetaciones.

Debido á estos procesos inflamatorios, las vege-

taciones aumentan de volumen obstruyendo mayormente la nariz y las trompas, acentuando los síntomas que acompañan aquéllos. También debido á la misma causa se produce una secreción muco-purulenta que infecta con la mayor facilidad el oído medio por intermedio de las trompas, lo mismo la inflamación naso-faríngea puede propagarse por continuidad á las trompas, produciendo una salpingitis, puesto que la mucosa de esta es la simple continuación de la del naso-farinx, y como resultado de esta infección vienen las inflamaciones del oído medio que pueden evolucionar resolviéndose ó determinando la supuración.

Las inflamaciones del oído medio aunque no terminen por la supuración no por eso dejan de ser graves, incurables á veces, porque por su cronicidad se producen adherencias de la membrana del tímpano deprimida y de la cadena de huesecillos á las paredes de la caja, adherencias que obstaculizan sus movimientos con grave perjuicio de la audición, fuera de los zumbidos que atormentan á los enfermos.

Las secreciones muco-purulentas, infecciosas que se producen al nivel de las vegetaciones inflamadas son deglutidas por el niño, determinando trastornos gastro-intestinales de más ó menos gravedad.

Los dolores de cabeza acompañados de pereza intelectual, síntoma que acompaña á estos enfer-

mos, son consecutivos al éxtasis venoso producido en el cerebro debido á la compresión de las venas del naso-farinx por las vegetaciones adenóideas.

Las vegetaciones son causas de reacciones nerviosas que se manifiestan por reflejos proteiformes que no hacen más que dificultar el diagnóstico.

La obstrucción, la inflamación y las reacciones nerviosas se asocian de cierto modo. Esta sintomatología depende de cuatro condiciones principales:

a) Del volumen de las vegetaciones, que obstruyen en proporción de su tamaño.

b) Del sitio de las vegetaciones; las lengüetas laterales causan sobre todo síntomas auriculares, mientras que la hipertrofia mediana obstruye las fosas nasales sin alterar la audición.

c) Los *pousses* de adenoiditis aguda, que dan á la marcha de la afección un sello característico pues toda amígdala faríngea aumenta de volumen cuando ella se inflama para reducirse parcialmente enseguida; la inflamación tiene así el doble efecto de aumentar pasajeramente la obstrucción y las reacciones reflejas.

d) Y sobre todo del terreno sobre la cual estas vegetaciones se implantan. Porque á decir verdad, cada enfermo soporta ó hace su enfermedad á su manera: en uno la nariz está completamente obs-

truída, sin que exista otro síntoma; en otro, un escrofuloso generalmente, la disnea nasal acompaña una tenaz blenorrea naso-faríngea con intervalos en que el enfermo padece de otitis y anginas agudas; á un tercero le incomodarán poco las alteraciones de la cavidad naso-faríngea, pero las reacciones nerviosas se manifestarán por trastornos cerebrales, espasmo de la glotis, tos, etc.

En fin, sucede lo más amenudo que nada llama la atención del lado del naso-farinx; el enfermo consulta porque tose, porque oye mal, porque sufre de cefalálgias, de asma, y el médico, no prevenido del polimorfismo de los síntomas que determina esta afección, la desconoce, como todos la desconocían antes de W. Meyer.

Los enfermos raras veces se quejan de la garganta ó naso-farinx, sitio de su enfermedad, pero en cambio el aspecto que presentan estos enfermos es tan típico y la expresión de su cara tan característica, que una persona habituada hace el diagnóstico al primer golpe de vista.

Se trata casi siempre de niños débiles, mal desarrollados, pálidos, en los cuales la boca entreabierta, el labio superior corto, cubriendo incompletamente los dientes inferiores mal colocados, el labio inferior grueso y péndulo, mentón grande, las mejillas aplastadas, sin expresión, y por otra parte la vivacidad de la mirada, hacen visible

contraste con la estupidez marcada de la parte inferior de la cara.

Cuando se observa uno de estos enfermos, cambian inmediatamente de aspecto, cierran por un momento la boca y toman un aspecto más normal, pero al instante vuelven á su estado habitual, después de haber hecho una gran inspiración. Además, ellos oyen mal, se hacen repetir las preguntas y contestan con una voz apagada, sin timbre, hacen desaparecer los sonidos nasales *an, en, in, on, un;* la *m* la hacen *b* y la *n*, *d*. La frase clásica «tengo menos mal á la nariz» será pronunciada por el niño así: «tego benos bal á la dariz.» No todos los adenoideos tienen estos defectos de articulación, pero aquellos que los tengan son seguramente adenoideos.

Mientras se busca hacer el diagnóstico por este primer examen, la madre del niño lo confirmará diciendo lo siguiente: «este niño siempre está con la boca abierta, no respira bien, ronca de noche cuando duerme.» Pero no lo trae por eso, pues es un vicio de familia, al que atribuye poca importancia; sólo se queja que su hijo no oye bien por momentos, sobre todo cuando el tiempo está húmedo; que de tiempo en tiempo sufre de dolor de oídos; que ella no se explica, pues los dientes están sanos; que algunas veces ha encontrado manchas de humor sobre su almohada, después de

una noche que ha sufrido más que de costumbre. Le han dicho que no se inquiete, que eso pasará con la edad, pero teme que su hijo quede sordo; en la familia han habido varios (forma auricular).

Otras veces dicen: «este niño se resfría muy á menudo, al menor cambio de temperatura y á pesar de no salir; con cada resfrío tiene un ataque de falso croup; una ó dos veces por noche se despierta sofocado.» La madre cree en la tos convulsa; pero su médico le ha explicado que el niño tiene glándulas inflamadas que comprimen sus bronquios; se le prescribe una medicación reconstituyente, aceite de bacalao, se le cambia de clima, y sin embargo tose todavía; durante el verano lo pasa bien, pero á cada invierno la tos vuelve á empezar (forma respiratoria).

En otros consultan porque el niño duerme mal, ronca, se agita, tiene sudores, se despierta á media noche llorando, y aterrorizado de verse solo pide socorro; por la mañana se le encuentra destapado, la cabeza en los pies de la cama, no tiene apetito, come poco, traga lentamente; todo trabajo serio le es imposible; está poseído de una apatía intelectual muy grande, no presta atención á nada, el estudio le da dolor de cabeza, y todo esto no es más que el resultado de la mala oxigenación de su sangre, unida á la mala circulación cerebral. El niño no crece, es débil, su pe-

cho es estrecho; es el más chico de sus hermanos, aunque mayor que ellos (forma nerviosa).

Estos trastornos no responden á una lesión orgánica irreparable, no son más que los síntomas que acompañan á las vegetaciones adenoideas y que se modifican y hasta desaparecen cuando, descubierta la verdadera causa, se procede á su extirpación.

Estos desórdenes profundos—dice M. Cuvillier—repercuten sobre el estado general, como es fácil suponer; y los adenoideos son casi siempre seres delicados y poco desarrollados, en los que la debilidad intelectual se añade á la debilidad física.

El niño trabaja para respirar, y sin embargo á cada respiración no introduce en los pulmones sino un volumen de aire inferior al volumen normal. Así la oxigenación de la sangre se hace de una manera imperfecta, y la sangre no oxigenada no puede llevar á los tejidos más que un sustento insuficiente.

La vida está atacada en sus fuentes mismas, y el estado constantededificultad de larespiración y de la nutrición impide el desenvolvimiento de las fuerzas y obstaculizan el crecimiento.

A esta nutrición imperfecta de los tejidos se añaden otras causas de debilitación: los sudores profusos que agotan al niño, la agitacion y los temores nocturnos que, obstaculizando su sueño, le

impiden tomar un reposo reparador; la imposibilidad en la cual sus opresiones fáciles lo oponen á mezclarse á los juegos de sus camaradas y de librarse á los ejercicios físicos, tan útiles á su edad.

Los resfríos que no cesa de tomar al menor cambio de temperatura, hacen temer á los padres de dejarlo salir, y mantenido en aire confinado, se apaga de más en más y su organismo debilitado, terreno admirablemente preparado para la eclosión de una enfermedad respiratoria aguda ó para el desarrollo de la tuberculosis, es incapaz de resistir desde el momento que el contagio lo ataca.

El niño que trae vegetaciones adenoideas al nacer, marcha á la atrepsia si el diagnóstico no se hace á la vez por insuficiencia respiratoria y alimenticia.

La respiración es ruidosa y rápida; puede dudarse á veces si se trata de ronquidos ó de cornaje, pensando en una disnea de origen más profundo; pero apretando la nariz se hace cesar el ruido; lo que nos demuestra que estamos en presencia de un ronquido. Además, el niño tiene dificultades para tomar el seno; después de dos ó tres ensayos lo suelta bruscamente para respirar; lo toma de nuevo y se retira, pues no puede efectuar la succión y respirar por la boca al mismo tiempo, estando la parte posterior de la nariz obstruída por las vegetaciones.

No es raro que se acuse á la leche ó á la ama, creyéndolas culpables de estos trastornos.

Puede creerse á veces en una bronco-neumonia; cuando la disnea es grande hay temperatura, sudores, insomnio, y sólo el examen del aparato respiratorio puede dar el diagnóstico en ciertos casos.

El adulto no consulta por su naso-farinx que no le incomoda mayormente, la nariz estando bastante permeable. Casi siempre lo que lo lleva al especialista son los trastornos del lado del oído, disminución de la audición ó los zumbidos de oídos, que tanto atormentan á estos enfermos, sobre todo después de las comidas.

Otros se alarman por las modificaciones que sufre la voz; ésta se apaga. Los cantantes sobre todo notan vacíos en su voz, se fatigan rápidamente; las escalas medias son malas, y como consecuencia de estos trastornos tenemos el catarro crónico, entretenido por las vegetaciones adenóideas.

V

Muy importante es conocer las complicaciones á que dan lugar las vegetaciones adenóideas. Estas complicaciones son numerosas, pero pueden reducirse á tres tipos principales en donde se encuadran todas las demás, que son: el tipo respiratorio, el auricular y el nervioso.

Las complicaciones del tipo respiratorio son bastante graves, y comprenden las lesiones del lado de la nariz, laringe, tráquea, bronquios, pulmones, etc.

Por la nariz se hace la respiración normalmente. En la nariz el aire deja sus impurezas, se carga de humedad y calor necesario para que su contacto no irrite la mucosa y epitelio del trayecto que debe seguir hasta los alveolos pulmonares.

Las experiencias de Morell Mackenzie, de Aschenbrandt y, sobre todo, de Bloch, confirmadas por las de Mac Donald, prueban este hecho. Bloch llega á las siguientes conclusiones en sus investigaciones sobre la respiración nasal: 1.ª, la tem-

peratura del aire expirado es de 1,5 á 2 centigrados más elevada que la del aire inspirado; la acción termógena de la mucosa nasal, es tanto más marcada cuanto más frío es el aire exterior, y esta acción es constante; la acción termógena de la cavidad bucal es insignificante en comparación con la de la cavidad nasal; el calor desprendido por la mucosa nasal á cada inspiración (siendo moderada la temperatura exterior), es igual á seis calorígramos; el aire que sale de la nariz es saturado en sus dos tercios, habiendo experimentadores que sostienen que á su salida está completamente saturado de humedad; las fosas nasales actúan como filtros, en presencia de los polvos é impurezas suspendidas en la atmósfera; la cantidad de polvos que pasan, depende de su peso, de su tamaño y de su estado hidrométrico, por una parte, y por otra, de la consistencia más ó menos viscosa de la secreción de la mucosa nasal.

Las experiencias de Wurtz y Lermoyez, parecen probar que la mucosa nasal no sólo retiene los gérmenes, sino que los destruye, gracias al poder bactericida del mucus nasal, de modo que normalmente las fosas nasales son asépticas.

De manera que la respiración bucal á que están condenados los adenóideos, agrega á los muchos inconvenientes el grande de suprimir uno de los

medios de defensa que tiene el organismo contra el bacilos de la tuberculosis. El Dr. Chaves, hablando del contagio de la tuberculosis, dice: «la vía pulmonar es, á no dudarlo, la más eficaz para realizar el contagio, sin que carezca por esto de sus medios naturales de defensa; las anfractuosidades de las fosas nasales detienen al bacilo, donde se cree ahora puede destruirlo el mucus nasal, al que se le atribuye un poder bactericida.»

Se ha probado de una manera concluyente, que en cada inspiración entra mayor cantidad de aire á los pulmones cuando se respira por la nariz que cuando se respira por la boca.

No puede penetrar más aire al pulmón que el que cabe por la abertura laríngea (glotis). El orificio anterior de cada fosa nasal tiene, por término medio, y al estado de reposo, 15 á 20 milímetros en su diámetro transversal, por 10 milímetros en el antero-posterior. La superficie de cada orificio tiene, entonces, de 120 á 157 milímetros cuadrados, haciendo un total para las dos narices de 140 á 314 milímetros cuadrados.

El orificio posterior de las fosas nasales tiene, según Zuckerkandl. un término medio de 922 milímetros cuadrados, más de tres veces mayor que el máximo anterior.

Durante la respiración nasal, el velo del pala-

dar y la base de la lengua interrumpen la comunicación entre la faringe y la boca, y como el exófago en estado de reposo tiene sus paredes adosadas, queda la faringe convertida en una especie de cono irregular, con la base hacia arriba y el vértice hacia abajo, comunicando con la tráquea por el orificio glótico y cuyas dimensiones son, según Sappey, 15 centímetros de altura, 5 en el diámetro transversal y 2 por el antero-posterior en la base.

Esta cavidad cónica, muy amplia en comparación á las fosas nasales, tendría de 12 á 14 centímetros cúbicos de capacidad.

Las dimensiones dadas por Sappey para la abertura glótica serían, durante las más amplias inspiraciones, de 148 milímetros cuadrados en el hombre, y 78 milímetros cuadrados en la mujer.

Al efectuar la inspiración nasal, el aire que penetra en la cavidad faríngea, es doble en cantidad al que penetra por la glotis en el mismo tiempo. De modo que el aire que llega á la faringe, no encontrando una salida suficiente por la glotis, tiende á comprimirse en esa cavidad. Esta ligera compresión á manera de fuelle, facilita muchísimo la introducción del aire en los pulmones.

El naso-farinx tiene, de consiguiente, una gran importancia en la función de la respiración; des-

empeña el papel de receptáculo aereo, y como este receptáculo no es inerte, sino que entran en la constitución de sus paredes músculos propios que obran activamente durante la respiración, hace que facilite y disminuya el esfuerzo torácico, ayudando la penetración del aire al pulmón, y sirviendo á la vez para facilitar el pasaje del aire á las trompas, acto indispensable para mantener el equilibrio en la caja del tímpano.

La insuficiencia respiratoria por la obstrucción nasal, trae como consecuencia la introducción de una menor cantidad de aire, cantidad menor de oxígeno, y por lo tanto, disminución de las combustiones y de la actividad nutritiva del organismo, que se encuentra en un estado de depresión por esta anoxemia crónica, siempre más grande, tratándose de niños, que necesitan para su buen desarrollo abundante cantidad de oxígeno.

Se observan en los adenóideos, debido á las consecuencias de esta insuficiencia respiratoria crónica: tórax deprimidos, lateralmente salientes en la parte superior y aplastados en la inferior unas veces, y en otros enfermos con una depresión circular, en la unión de su tercio superior, con los dos tercios inferiores, como si se hubiese colocado una faja apretada á su alrededor.

Debido á esta falta de amplitud torácica y el tiraje que se observa en los casos de obstrucción

nasal, la caja torácica se estrecha y sufre deformaciones, la columna vertebral puede también sufrir desviaciones. Por la misma causa y por idéntico mecanismo se producen esas depresiones y deformaciones en todas las afecciones pulmonares que impiden la entrada del aire, como sucede en el crup, por ejemplo; el niño quiere respirar, pero como existe un obstáculo en la laringe, el aire no penetra, se hace el vacío en el pecho y éste se deprime por la presión atmosférica.

Muy importantes son las deformaciones que se producen en la cara por las vegetaciones adenóideas y que dan á la fisonomía del enfermo un sello característico.

El maxilar superior y la nariz se deforman por las vegetaciones. Esta deformación se acentúa más durante la segunda dentición que en la primera.

Los bordes laterales del maxilar se aproximan, la bóveda palatina se eleva, tomando una forma ojival. La parte anterior del borde alveolar se inclina un poco hacia adelante, formando en la línea media un ángulo abierto hacia atrás (paladar en forma de V). Los dientes, no teniendo sitio para su libre crecimiento, se amontonan unos sobre otros.

Al elevarse la bóveda palatina, disminuye el espacio ocupado por el tabique nasal, el que com-

primido, se desvía, causando á veces la obstrucción definitiva y completa de una fosa nasal.

Todo órgano que no funcione normalmente, se atrofia.

Una nariz que no ha servido para desempeñar su misión en la función respiratoria, se encuentra aplastada lateralmente, con las alas deprimidas y con pérdida de la tonicidad muscular. Hay individuos que después de haber sufrido esta deformación vuelven á respirar por la nariz.

Cuando un niño se halla imposibilitado de respirar por la nariz, no le queda otro recurso que hacerlo por la boca. Pero el aire pasando constantemente por la boca seca los dientes, el sarro se deposita en ellos, el esmalte se altera y vienen las caries que son tan comunes en los individuos de respiración bucal permanente ó intermitente.

Idéntica cosa sucede con la mucosa faríngea, la cual se seca y sirve de depósito lo mismo que las amígdalas á las impurezas del aire, determinando un estado inflamatorio crónico de la mucosa, con granulaciones y amigdalitis foliculares.

La penetración del aire no calentado, no purificado ni humedecido, es decir, no preparado, es especialmente nocivo para la laringe; casi siempre responden á esta causa esas laringitis, á repetición producidas por los menores cambios de tempera-

tura y que más tarde producen alteraciones serias en la voz.

Lo mismo sucede con la tráquea, los bronquios y los pulmones, que son también irritados por el aire no preparado, produciéndose con mucha frecuencia y sobre todo en invierno y con días húmedos, las afecciones bronquiales y pulmonares en los individuos atacados de insuficiencia nasal, los que más fácilmente se encontrarán expuestos á contraer la tuberculosis.

En los adenóideos el sentido del olfato está disminuído ó suprimido, debido á la obstrucción nasal y á las alteraciones de la mucosa entretenida por las vegetaciones, y como el olfato está en íntima relación con el sentido del gusto, puesto que exceptuando el gusto salado ó azucarado, lo ácido y lo amargo, todas las demás sensaciones gustativas se ejercen con la intervención del sentido del olfato.

En ciertos casos se observa solo *anosmía gustativa.*

Se sabe que cuando se gusta un alimento aromatizado, el olfato es impresionado por ciertas partículas que pasan á la nariz por el naso-farinx; las vegetaciones impidiendo el paso á las partículas produce ese trastorno.

La oclusión nasal produce alteraciones en la palabra, y en las cuales no insistimos por haberse detallado anteriormente.

Las complicaciones por el lado del oído son tal vez las más frecuentes y seguramente las más graves.

Las vegetaciones pueden producirse en el aparato auditivo y en los órganos que con éste comunican, lesiones cuya gravedad varía desde el simple catarro de la trompa de Eustaquio hasta las otitis medias purulentas, mastoiditis, meningitis y encefalitis.

Se produce la obstrucción de las trompas por acción mecánica cuando las vegetaciones son de forma difusa y adquieren gran desarrollo, ó por el estado inflamatorio mantenido en el nasofarinx por las mismas vegetaciones.

Debido al vacío producido en la caja por la obstrucción de las trompas y la reabsorción del aire encerrado, se produce una congestión con trasudación de líquido, lo que trae la depresión del tímpano y la formación de adherencias que son más frecuentes en las formas crónicas de catarro de la caja que termina en la esclerosis con todas las consecuencias casi irreparables.

Estas complicaciones evolucionan sordamente sin dolores, y sólo llaman la atención de los enfermos por la sordera y ruídos de oídos que los molestan.

Esta forma de complicación es más común en los adultos que en los niños, en los que predominan las formas infecciosas del oído, como las supuraciones agudas y crónicas.

De modo que siempre que se presente una supuración del oído, ó de dolores y zumbidos, ó de disminución de la agudeza auditiva, permanente ó temporaria, jamás debe de omitirse el examen del naso-farinx, sin incurrir en un grave error que puede ser de graves consecuencias para el enfermo.

Entre los niños que padecen del oído el 70 % tienen vegetaciones, dice Gradenigs. Tres adenóideos sobre cuatro tienen otitis; y sobre diez sordos, seis son ó han sido adenóideos, dice Lermoyez.

Las otitis, medias purulentas, llamadas vulgarmente postemillas del oído, tienen por causa casi siempre á las vegetaciones adenóideas; muchos niños las sufren á repetición, lo que sucede cada vez que se resfrían, pues por esta causa las vegetaciones inflaman, produciendo los *pousses* de adenoiditis que atacan con más energía al oído, haciéndolo supurar.

Después del período agudo de estas supuraciones, viene el período crónico, que se establece después de varios ataques, consecutivos á esto, pueden desarrollarse lesiones sumamente graves que pueden terminar hasta en un abceso cerebral.

Un oído que ha supurado por mucho tiempo se altera para toda la vida. El tímpano se perfora y hasta puede ser completamente destruído. La supuración puede detenerse por el tratamiento, pero

la cicatrización no indica aquí la curación que se hace por adherencias y ankilosis, lo que trae la sordera completa.

El sistema de huesecillos es casi siempre eliminado por la supuración después de la destrucción de la mucosa. Esta supuración continuada es un peligro constante, una especie de espada de Damocles, suspendida sobre la cabeza del enfermo.

Las vegetaciones adenóideas pueden ser causa de la sordo-mudez. Un niño que antes de la edad de siete años pierde el oído, no aprende á hablar ú olvida lo que ha aprendido.

Frankenberger trata de mostrar el papel que desempeñan las vegetaciones adenóideas en la etiología de la sordo-mudez.

Examinando los pensionistas del instituto de sordos mudos de Praga, (93 niños, 65 niñas) de 6 $^1/_2$ á 16 años de edad. En 94 (50, 4 $^0/_0$) el tacto naso faríngeo ó la rinoscopía posterior, le han revelado la existencia de vegetaciones adenoídeas.

Debido á la frecuencia enorme de esta coincidencia, ha permitido al autor declarar que las vegetaciones son generalmente la causa de la sordo-mudez, y que si se vigila en oportunidad el naso-farinx de los niños, y se interviene á su debido tiempo, se podría no solamente evitar el des-

arrollo de la sordo-mudez, sino también detener la marcha de la afección ya declarada.

La sordo-mudez es casi siempre adquirida, más raramente congénita.

De lo dicho resulta que todos los fenómenos patológicos del oído medio y anexos pueden ser ocasionados por las vegetaciones adenoídeas.

Estando obligado el enfermo con vegetaciones á respirar por la boca, se fatiga bien pronto; la hematosis no haciéndose normalmente producirá una anemia más ó menos intensa.

A causa de los trastornos respiratorios existe también una cantidad mayor de ácido carbónico en la sangre, que puede ser el origen de las complicaciones nerviosas.

Entre las complicaciones nerviosas la incontinencia nocturna de orina, asma, falso croup, sonambulismo, ataque epiléptico, terrores nocturnos, etcétera.

Thomson refiere el hecho de una familia en que dos niños que tenían vegetaciones adenóideas, murieron con *convulsiones;* otro hermano también con vegetaciones fué atacado de convulsiones, pero desaparecieron después de la estirpación del tumor adenoídeo. Lo que demuestra de una manera cierta la génesis de las vegetaciones en los ataques convulsivos; es el hecho de que después de una intervención incompleta, habiéndose hipertro-

fiado de nuevo la amígdala faríngea, reaparecieron las convulsiones. Cuviller cita varios casos igualmente interesantes; dos de sus enfermos tenían accesos de *sonambulismo;* otro con pérdida de la memoria; otro tenía ataques de epilepsia. Tanto en los unos como en los otros, los accidentes desaparecieron después de la operación.

Lepoutre cita también casos muy interesantes de niños con *asma;* cuyos accesos desaparecieron por completo después de operadas las vegetaciones. Hay, pues, una asma que depende de las vegetaciones.

Los terrores nocturnos no son raros en los niños portadores de vegetaciones.

Rey ha tenido ocasión de observar en dos años 32 casos, 23 niños y 9 niñas; la descripción de los accesos puede resumirse así: el niño á las varias horas después de acostarse y en medio de su sueño se sienta en la cama ó se arrodilla, extiende los brazos, lanzando gritos mezclados de palabras incoherentes y teniendo los ojos desmesuradamente abiertos; si se le interroga no contesta, no reconoce á los suyos; parece estar atacado de un delirio con alucinaciones terroríficas.

Esta escena que es muy alarmante para los que rodean al pequeño enfermo, dura más ó menos tiempo, de algunos minutos á media hora ó más, y poco á poco, el niño se calma y se duerme. Los

terrores nocturnos sobrevienen por accesos cada semana, cada quince días ó cada mes, pero á veces se suceden más á menudo, todas las noches y en algunos casos hasta varias veces por noche. Pues bien, Rey ha encontrado en todos los enfermitos, cuya edad oscilaba entre dos y diez años, vegetaciones adenoídeas que estirpadas han terminado con los accesos.

Para Rey la intoxicación por el ácido carbónico consecutiva á los trastornos respiratorios durante el sueño producidos por las vegetaciones, sería la causa de los terrores nocturnos.

Sería exagerado creer que siempre los terrores nocturnos dependen de las vegetaciones como parece deducirse de las observaciones del distinguido médico alemán; pues muchas veces se sabe que responden á trastornos digestivos, infecciones intestinales, vermes, enfermedades de la piel, intoxicaciones, etc.

Pero en muchos casos siendo desconocida para muchos médicos prácticos la verdadera causa de estos fenómenos, se limitan á hacer una medicación sintomática; la mayor parte de las veces sin resultado por escapárseles la causa productora de estos trastornos nerviosos.

De manera que en presencia de un niño con terrores nocturnos debe siempre pensarse en las vegetaciones y aun en el caso que no presente

otros síntomas. Se debe entonces delante de estos casos buscar las vegetaciones por medio de la exploración de la cavidad naso-faríngea dándonos así la clave de estos fenómenos nerviosos que tan comunmente hay la tendencia de atribuir á trastornos intestinales.

La *cefalalgia* no es una complicación grave, es un síntoma de poca importancia tomado aisladamente; pero muy á menudo acompaña á los otros, contribuyendo á formar así el cuadro sintomatológico completo.

La cefalalgia en este caso puede depender de una lesión de la mucosa nasal.

Lo que caracteriza á los niños que llevan vegetaciones, es un cierto grado de *torpeza intelectual*, una incapacidad de fijar la atención, una falta de energía, que trae la obstrucción naso-faríngea. Este síntoma fué descubierto por Guye (de Amsterdam), denominándolo *aprosexia*. Estos trastornos cerebrales tienen por causa perturbaciones circulatorias, éxtasis venoso ó linfático, especialmente en los lóbulos frontales.

Las complicaciones *gastro-intestinales* son producidas, según Triboulet, del siguiente modo: las vegetaciones inflamadas segregan un líquido mucupurulento, que baja siguiendo la pared posterior de la faringe, donde es deglutido; en el estómago estos exudados flegmonosos determinan trastornos

gástricos, que se traducen por vómitos, anorexia y digestiones difíciles.

Los trastornos intestinales se manifiestan por enteritis; el niño puede arrojar por la defecación, como arroja por el vómito los productos mucosos ó mucu-purulentos ingeridos. Pero la mucosa intestinal, no tolerando el pasaje continuo de esos productos irritantes, por los gérmenes y toxinas que arrastran, se altera, dando lugar á enteritis más ó menos graves.

Las vegetacíones pueden dar lugar á complicaciones del lado del corazón y riñón. Gallois y Letinnturier han observado casos de endocarditis en niños que llevaban vegetaciones, y esto con bastante frecuencia, cuatro veces en cinco casos. La coincidencía de nefritis con las vegetaciones adenóideas han sido notadas cinco veces en cinco casos por los mismos autores.

Las vegetaciones inflamadas constituyen un excelente medio de cultivo á los numerosos microbios que existen normalmente en el naso-farinx ó á los que accidentalmente se depositan en el.

De manera que estando las vegetaciones colocadas en una región donde fácilmente sus productos nocivos pueden ser absorbidos, para infectar luego después al organismo predispuesto. Después de esto podemos creer que efectivamente las vegetaciones pueden ser causa de manifestaciones

patológicas viscerales, sobre todo no encontrando en estos enfermos otros antecedentes de enfermedades infecciosas anteriores, que expliquen su causa, como ser el reumatismo, la escarlatina, la difteria, etc.

Muy importante es la relación que existe entre las vegetaciones y las enfermedodes infecciosas de la infancia.

Marfan ha llamado la atención sobre la frecuencia de las vegetaciones en las niños que mueren de una meningitis tuberculosa.

Merece citarse la notable comunicación que Plottier, de Ginebra, presentó á la sociedad francesa de Laringología reunida en Paris en mayo de 1899. Plottier ha examinado minuciosamente el naso-farinx en una serie de 268 niños fallecidos de toda clase de enfermedades. En ese total ha encontrado 65 con vegetaciones adenóideas, es decir, un 24,2 %, lo que no es de extrañar dada su extrema frecuencia en la infancia. Consultando los cuadros donde se especifica la causa de la muerte, se ve que la frecuencia no es la misma, sino que varía según la enfermedad. Se han encontrado 29 veces sobre 53 observaciones de angina diftérica, sólo 7 veces en 54 casos de sarampión, 1 vez en 20 casos de gastro enteritis, 9 en 34 casos de bronco-neumonia.

En esta pequeña estadística llama la atención

la notable proporción de los niños diftéricos muertos con vegetaciones. Esto hace pensar que las vegetaciones predisponen á la infección por la difteria.

La difteria puede muy bien localizarse en el naso-farinx, que puede en la mayor parte de los casos pasar desapercibida, por la dificultad que hay en hacer el examen de la cavidad naso-faríngea en los niños. La difteria se localiza porque el bacilo de Loeffler encuentra un terreno inmejorable en las vegetaciones inflamadas.

Antes de terminar con las complicaciones, vamos á mencionar las hemorragias que se producen al nivel de la amígdala faríngea.

Esta complicación, importante de conocer por su frecuencia, ha sido observada en numerosos casos por Botey, médico de Barcelona.

Estas hemorragias retro-nasales hacen pensar, al que las desconoce, que se encuentra en presencia de una hemoptisis, pues van acompañadas de tos y de idéntica expectoración.

Estas hemorragias se producen por pequeñas erosiones inflamatorias que, destruyendo el epitelio que sólo cubre los folículos y la amígdala de Luscka (puesto que estos órganos están comprendidos en el espesor de la mucosa, ó más bien sobre ésta) dejan los vasos al descubierto, produciéndose de ese modo las hemorragias. Una vez

detenidas las hemorragias, se forman costras hemostáticas, que al secarse ó al menor frote se desprenden, lo que hace que las hemorragias se repitan nuevamente por varios días, siguiendo las mismas alternativas.

Siendo la fuente de estas hemorragias difícil de ver, sobre todo para el no especialista, hace difícil el diagnóstico. Pero éste puede facilitarse y ponerse al alcance de cualquier médico práctico, valiéndose de la exploración por el estilete, el cual se puede pasear con método por la faringe, laringe, base de la lengua, por las trompas, por las fosetas de Rosenmuller, etc., sin que la hemorragia se produzca; pero no bien se toca la bóveda del naso-farinx, la sangre empieza á emanar nuevamente.

Finalmente, como consecuencia de estas complicaciones de las vegetaciones adenóideas, y en particular por la influencia de algunas de ellas, los niños se encuentran en un estado tal de depresión orgánica, que los coloca en condiciones sumamente desfavorables para poder luchar con ventaja contra cualquier padecimiento, á que siempre está expuesto todo organismo.

La insuficiencia respiratoria y la menor absorción de oxígeno, disminuyen las combustiones y producen á la larga sus fatales consecuencias.

Como acabamos de ver, estos niños debilitados,

poco desarrollados, de tórax estrecho, están completamente predispuestos á ser víctimas de cualquier padecimiento, en particular de la tuberculosis.

Se han constatado, por trabajos recientes, lesiones tuberculosas al nivel de las vegetaciones, según lo han demostrado los trabajos de Dieulafoy, Brindel, Moure, etc., habiendo encontrado hasta un 8 % de vegetaciones tuberculosas.

M. Gallois, ocupándose de la *escrófula* y el *linfatismo,* dice lo siguiente: «Lo que en otro tiempo se designaba bajo el nombre de escrófula, es lo que hoy día se considera como afecciones del grupo adenóideo. Las vegetaciones adenóideas, que son la condición anátomo-patológica de la escrófula, son el origen de los infartos ganglionares. Las primeras manifestaciones de la escrófula no son sino complicaciones de las vegetaciones adenóideas: impetigo, otitis, rinitis crónica, etc. Los enfermos atacados de vegetaciones adenóideas presentan una resistencia menor á las enfermedades infecciosas. En suma, los accidentes de la escrófula son la consecuencia de una afección, cuya puerta de entrada está en el naso-farinx.

El equivalente de la escrófula es la adenitis cervical; el linfatismo, es una escrófula sin adenitis. Las vegetaciones adenóideas son la característica del linfatismo verdadero. En una palabra, la dia-

tesis es secundariamente consecutiva á una lesión local, y la lesión local causa del linfatismo y de escrófula; son las vegetaciones adenóideas.»

«Como tratamiento del linfatismo indica: 1° Tratamiento de las vegetaciones adenóideas. 2° Tratamiento del estado linfático, etc.»

Parece un poco exagerada la opinion de M. Gallois, al tomar las vegetaciones como única causa de lo que aún se llama escrófula y linfatismo, pues es común encontrar niños en este estado sin llevar vegetaciones, pero es frecuente que las vegetaciones sean causa del mal estado general.

Un niño con vegetaciones adenóideas tuberculosas, no es un tuberculoso; su lesión está localizada, como lo está un enfermo con ganglios tuberculosos, pero por eso no deja de encontrarse en grave peligro, pues llevando consigo el germen de la enfermedad, no espera sino que el otro factor, la predisposición, entregue el organismo á la infección.

«La observación clínica, la anatomía patológica y aun ,la experimentación, dice el Dr. Chaves, que nos permiten conocer el proceso patogénico de las distintas formas de tuberculosis locales ó generales, benignas ó graves en el pulmón ó en otros órganos ó tejidos, nos demuestran claramente que de los dos factores, el más importante es el terreno.

Efectivamente, la penetración del virus tuberculoso en el organismo, provoca casi siempre solamente una lesión local, que queda acantonada como tal, sin estimular ninguna reacción general, hasta que el organismo contaminado se encuentre en condiciones favorables para permitir su desarrollo y su marcha invasora: de modo que los enfermos llevan en sí y por muy largo tiempo el germen de la enfermedad; están tuberculizados, pero no son aún enfermos tuberculosos en el sentido clínico, hasta que el organismo no se encuentre en circunstancias de serlo; prueba que la presencia del bacilo importa poco, cuando las condiciones del terreno son desfavorables.

Esta manera de apreciar las cosas es en la actualidad aceptada sin oponer mayores resistencias, desde que se ha salido un poco de esta era de la bacteriologia pura, que por ser demasiado simple en teoría, hacía apreciar el germen como el primordial ó exclusivo causante de la aparición y de la constitución de las enfermedades.»

VI

Al examinar un adenóideo, lo primero que en él llama la atención son las facies características, pero hay que tener en cuenta que en ciertos casos, tratándose de niños de corta edad, en los cuales las deformaciones no se han hecho, falta este signo.

Además de los ganglios que acompañan á veces las vegetaciones, tenemos las retracciones torácicas.

Examinando la boca, llama la atención el paladar excavado, ojival, que levanta y deprime las fosas nasales, atrofiándolas. Los dientes se encuentran mal colocados, los incisivos cabalgan unos sobre otros, y amenudo se ven dientes que faltan, habiendo sido extraídos para dar lugar á otros.

El velo del paladar se encuentra relajado, como si hubiera perdido su tonicidad muscular.

Las amígdalas están casi siempre aumentadas de volumen.

Un signo importante es el que revela la mucosa faríngea cubierta de mucosidades y granula-

ciones, fáciles de ver cuando con el bajalengua se determina el movimiento ascensional del velo del paladar.

Estos signos que hemos enumerado rápidamente, pueden inducir al médico práctico á pensar en las vegetaciones; pero al especialista no le bastan estos datos, y necesita completarlos por el examen prolijo de la cavidad naso-faríngea. Sólo éste está en mejores condiciones de poderlo hacer, teniendo los instrumentos y la práctica necesaria.

El especialista reconoce las vegetaciones de una manera directa, esplorando la cavidad naso-faríngea: 1.° por la rinoscopía posterior, 2.° por la rinoscopía anterior, 3.° por el tacto naso-faríngeo.

El medio más seguro de diagnosticar las vegetaciones, es viéndolas. Por la rinoscopia posterior nos damos cuenta del volumen, del sitio que ocupan, lo que no deja de ser útil para saber exactamente dónde llevar la cureta. Nos da también el aspecto del tumor, sobre todo su coloración, que nos indica si hay inflamación ó no. Siempre que existe adenoiditis, el tinte rojo se pronuncia y una secreción mucu-purulenta cubre la mucosa. El espejo puede mostrar también el estado de los orificios de las trompas, lo mismo que la hipertrófia de la cola de los cornetes, si ésta existe.

Algunas veces la rinoscopía posterior es im-

practicable cuando se trata de examinar personas nerviosas ó alcohólicos, y sobre todo en los niños de corta edad, ó cuando éstos se resisten. En estos casos no queda otro recurso que practicar el tacto naso-faríngeo.

Por la rinoscopia anterior puede apreciarse mejor el volumen de las vegetaciones, puesto que puede verse claramente su límite inferior. Este examen puede controlarse por medio del estilete, apreciándose la consistencia especial de las vegetaciones.

Al tacto naso-faríngeo se recurre cuando los otros medios de esploración son imposibles, y también como medio de controlar y asegurar el diagnóstico.

El dedo índice penetrando en el naso-farinx, es detenido, cuando existen vegetaciones, por una masa que da la sensación de una agrupación de lombrices; el dedo esplorador reconoce también el sitio que ocupan esos tumores y aprecia su consistencia. Esto último no deja de tener importancia, pues permite diagnosticar tumores de otra naturaleza, principalmente sarcomas, en los cuales el tacto da la sensación de un tumor duro y resistente. Estos tumores se encuentran siempre en el vértice de la bóveda.

Puede, además, investigarse por el tacto si existe una hipertrofia de la cola de los cornetes.

El tacto muchas veces da una sensación de volumen mayor de la que realmente tienen las vegetaciones; lo contrario de lo que sucede con la rinoscopía posterior, en la que se aprecia un volumen menor.

Esa sensación dada por el tacto, es debida á que el dedo explorador es aprisionado en la cavidad, haciendo pensar que esta estrechez es causa de la obstrucción por las vegetaciones adenóideas. A veces el tacto da lugar á una ligera epistasis que es útil como signo de diagnóstico.

En un niño de corta edad, el tacto es difícil; casi siempre hay que hacer el diagnóstico y el tratamiento al mismo tiempo, introduciendo una pinza en el naso-farinx y extrayendo si hay un fragmento del tumor.

Después de haber constatado la existencia de las vegetaciones, no debemos darnos por satisfechos sin antes examinar prolijamente la nariz, para darnos cuenta del estado del tabique y los cornetes. El examen del oído, lo mismo que el de la laringe y pulmones, no debe ser olvidado si se desea evitar más tarde sorpresas desagradables.

VII

El único tratamiento racional seguro é inofensivo para hacer desaparecer la vegetaciones, es su ablación; operándolas en tiempo oportuno se evitan sus funestas consecuencias.

Es conveniente mencionar sin embargo el tratamiento médico, que en ciertos casos pueden dar algún resultado, como sucede al tratar obstrucciones que responden á un estado inflamatorio. Puede servir como auxiliar del tratamiento quirúrgico y no es de despreciar en los casos en que haya adenoiditis, pues antes de operar hay que asegurarse que el estado inflamatorio haya desaparecido.

Entre los medios de antisepsia nasal tenemos la irrigación nasal por medio del sifón de Weber, medio peligroso cuando existe obstrucción completa del naso-farinx que obliga al líquido comprimido á pasar por las trompas al oído medio. M. Miot, cree que no es necesario que el naso-farinx esté obstruído para que el líquido de la irrigación pase por las trompas al oído medio. Estando aquél libre, el líquido puede penetrar al

efectuarse los movimientos de deglución arrastrando hacia el oído mucosidades y gérmenes que pueden determinar una otitis. Lermoyez, enseñando á un enfermo como debía practicar la irrigación, se produjo él mismo una otitis.

Al indicar la irrigación es importante aconsejar á los enfermos de respirar por la boca y sacar la lengua lo más posible. Casi todos los especialistas desechan en el día las irrigaciones.

Cuvillier, dice que si las dos fosas nasales y la cavidad naso-faríngea están libres, no hay peligro en las irrigaciones y que es el mejor método para desinfectar las fosas nasales y el naso-farinx.

Existen otras medicacioues anodinas como las pomadas, gargarismos; tópicos con substancias antisépticas ó cáusticas como ser: glicerina iodada, y nitrato de plata. La mezcla de resorcina y agua por partes iguales estuvo por un tiempo en boga, llegando á creerse por algunos su acción específica en el tratamiento de las vegetaciones.

La medicación general reconstituyente es administrada por algunos como único tratamiento de las vegetaciones; pero desgraciadamente no da los resultados esperados. Siendo una medicación ciertamente racional produce en algunos casos mejorías que no son estables y que no hacen otra cosa que hacer perder al enfermo un tiempo precioso y alejarlo de la probabilidad de sanar.

Esta medicación tiene su indicación y da los más sorprendentes resultados después de estirpadas las vegetaciones, ayudando al organismo en su trabajo de reparación. Entre los medicamentos que se emplean tenemos: el aceite de bacalao, el fierro y el arsénico, administrados en distintas formas. El tratamiento climatérico es conveniente, los climas secos y templados y las estaciones en la orilla del mar son indicados.

El tratamiento quirúrgico es el único racional; extirpando las vegetaciones, los síntomas que las acompañan desaparecen á su vez. Eliminada la obstrucción del naso-farinx, el enfermo respira ahora libremente, las complicaciones respiratorias desaparecen lo mismo que los trastornos de nutrición producidos por la falta de absorción de oxígeno. Del mismo modo son evitadas las complicaciones auriculares y nerviosas.

Se dice que las vegetaciones desaparecen con el tiempo; esto es debido á la involución que sufren con la edad todos los órganos constituídos por tejido adenóideo, pero esta regresión no permite esperar, pues durante ese tiempo complicaciones irreparables pueden establecerse, el crecimiento se detiene, el estado general decae y predispone á todas las afecciones, emfisema pulmonar y bronquitis crónica; catarro naso-farín-geo que puede provocar muy á menudo un

estado neurasténico; lesiones del oído, sordera y otorrea.

¿Deben operarse siempre las vegetaciones adenóideas? No en todos los casos; la intervención tiene sus indicaciones y contraindicaciones bien determinadas.

Todas los vegetaciones que produzcan trastornos locales ó generales, deben ser operadas. No es necesario que tengan gran volumen para que esté indicada su extirpación, pues hay simples hiperplasias del tejido adenóideo que producen síntomas y complicaciones muy serias, sobre todo del lado del oído.

Los síntomas que dan las indicaciones más urgentes son: en los niños de corta edad, la dificultad de tomar el seno y la disnea durante el sueño. En la segunda infancia, la dificultad de la respiración nasal, la sordera, las supuraciones del oído, la laringitis estridulosa ó falso crup, la cefalalgia y las bronquitis á repetición. En el adulto, el catarro crónico naso-faríngeo, la sordera, la cefalalgia, etc.

Las vegetaciones adenóideas pueden operarse á cualquier edad. Cuanto más joven es el enfermo, tanto menos sufrirá; siendo también la operación de resultado más positivo; de esta manera pueden igualmente evitarse las complicaciones y deformidades que una vez establecidas difícilmente se corrigen.

Cuando las vegetaciones en el niño son pequeñas y bien toleradas, el sueño es tranquilo y la respiración normal, no existiendo síntomas auriculares ni respiratorios, la intervención no está indicada, pues basta un tratamiento higiénico y reconstituyente bien conducido, para poner al enfermo en buenas condiciones y alejar toda causa de adenoiditis.

Las vegetaciones duras y esclerosas en el adulto deben ser casi siempre respetadas, pues su ablación va acompañada de hemorragias difíciles de contener.

Ciertas enfermedades generales como las diabetis, albuminuria, tuberculosis pulmonar, afecciones cardíacas mal compensadas, etc., lo mismo que la hemofilia, contraindican la intervención.

Hay contraindicaciones pasageras que derivan de un estado inflamatorio; catarro del naso-farinx, otitis, afecciones del aparato respiratorio, etc. No debe de operarse tampoco en épocas de epidemia, sobre todo tratándose de influenza, difteria, escarlatina, etc. No se debe de operar en el momento de las reglas.

El mal estado general, lejos de ser una contraindicación es, por el contrario, una indicación.

Siempre que se pueda, deben operarse las vegetaciones adenóideas en una sola sesión, se le evita así al enfermo el sufrimiento y se le expo-

ne menos á los accidentes post-operatorios, que aunque raros, hay que tenerlos en cuenta. Sin embargo, hay casos en que es necesario intervenir varias veces, como sucede en la primera infancia ó cuando la primera ablación ha sido incompleta.

Es necesario anestesiar desde la segunda infancia á todo enfermo que deba sufrir la extirpación de sus vegetaciones. Algunos autores pretenden que el naso-farinx es poco sensible, y que en la amígdala faríngea hipertrofiada existen muy pocos nervios. Pero no por esto deja de ser dolorosa su ablación. Para convencerse, basta presenciar la operación en un niño no anestesiado, debatiéndose entre las manos de dos personas impotentes para sujetarle, mientras que el operador se ve obligado á seguir los movimientos irregulares del enfermo, operar sin seguridad, para obtener después un resultado mediocre, al que hay que agregar, además, el terror que inspira el operador al pequeño cliente. Por el contrario, el niño anestesiado, que ignora lo que le han hecho, pierde el miedo, es dócil, se deja examinar y curar con facilidad posteriormente cuando la necesidad lo exija.

Durante la primera infancia la anestesia es inútil: el niño es inconsciente, pues lo mismo llora cuando se introduce el baja-lengua que al operar con la pinza.

En los niños mayores de dos años hay necesidad de practicar la anestesia.

Puede usarse como anestésico el cloroformo, pero es preferible por su acción rápida y fugaz, el bromuro de etilo, que si bien no está exento de peligros, ofrece en cambio mayor comodidad, permitiendo al enfermo operarse sentado, lo que hace disminuir la hemorragia.

Hay que dar el bromuro de etilo á grandes dosis (6 á 10 gramos en la segunda infancia), pero debe manejarse con prudencia.

En el adulto es preferible usar la anestesia local, por medio de la cocaína en solución ó en polvo.

Si numerosos son los procedimientos operatorios que se han puesto en práctica para estirpar las vegetaciones, importantes también la colección de instrumentos que se han ideado con el mismo objeto.

Entre los métodos operatorios tenemos también la cauterización química ó galvánica que debe desecharse, teniendo en cuenta lo difícil de esta operación, por lo lento de su ejecución, que no permite al pequeño enfermo soportarla.

Se ha usado también el desprendimiento de las vegetaciones por medio del dedo, sirviéndose del dedo índice y ayudándose de la uña ó de una uña metálica que suplía en caso que la del cirujano no fuera bastante larga y resistente.

Otro método que todavía cuenta con muchos partidarios, es la estirpación por medio de la pinza. Se emplea este método en el procedimiento mixto constituyendo la primera parte de la operación, como lo veremos más adelante, ó cuando se trata de operar niños durante la primera infancia.

Existen además los métodos de estirpación por medio de la cureta de Volkmann y la de Trautman.

Zaufal y Chiari operan por la nariz sirviéndose de la ansa fría, practicando la intervención como si se tratara de pólipos.

Las vegetaciones pueden abordarse por dos vías, la nasal y la bucal. Al practicar la operación por medio de la ansa fría hay que efectuarla por la vía nasal. Esta misma vía fué utilizada por W. Meyer que operaba sirviéndose de un cuchillo anular de un centímetro de diámetro y cuyo cortante estaba formado por el borde interno del anillo; el vástago era delgado y juntamente con el mango daban al instrumento una longitud de 21 centímetros. Operaba del modo siguiente: el instrumento tomado con la mano derecha era introducido siguiendo el tabique y teniendo el anillo vertical, hasta el naso-farinx, en donde aquél era puesto horizontal, gracias á un movimiento de un cuarto de círculo. Entonces se introducía el dedo índice de la mano izquierda por la boca, detrás

del velo del paladar, en busca del anillo cortante: con la punta del dedo se empujaba éste hacia arriba,. tratando de introducir en su cavidad las vegetaciones, en seguida tiraba del mango. Las vegetaciones eran así sesionadas con este movimiento de tracción.

La operación era necesario repetirla varias veces en la misma sesión. Pero muy á menudo sucedía que había que repetir las sesiones según el número y tamaño de las vegetaciones.

Este método operatorio es hoy día abandonado y sólo puede ser recordado como homenaje al descubridor de las vegetaciones.

Entre los instrumentos propuestos para estirpación de las vegetaciones tenemos: las pinzas cortantes, usadas por los cirujanos franceses. Los modelos más usados son los de Loewenberg Woakes, la de Loubet Barbon, la de Chatelier formada de dos cucharadas á bordes cortantes. Haciendo la intervención por medio de la pinza, queda la operación la mayor parte de las veces incompleta además del inconveniente de lesionar la cola de los cornetes y el pabellón de las trompas.

Sin embargo, el método de la pinza debe emplearse en los niños durante la primera infancia, eligiendo una pinza cuyo talón esté en ángulo recto, estando formada la parte acodada solo por las cucharas cortantes.

Al apretar las ramas de la pinza para tomar las vegetaciones, hay que tener cuidado de no hacer bascular hacia abajo el mango de la pinza para evitar el vomer.

A veces basta una sola sesión para permitir al niño respirar libremente, pero si esto no se consigue, se debe repetir la sesión, dejando un intervalo de ocho á diez días. La operación á esta edad se soporta muy bien sin provocar ninguna reacción.

En el adulto la pinza puede utilizarse cuando se trata de estirpar vegetaciones circunscriptas ó pediculadas pero éstas pueden sin inconveniente y más bien con ventaja ser operadas por el cuchillo de Beckman.

El cuchillo de Hartman es desechado hoy en día por peligroso, es muy fácil herir con él, el plexo venoso del naso-farinx produciendo violentas hemorragias.

El adenótomo de Schutz, construido bajo el principio de la amigdalótomo tiene el inconveniente de ejercer su acción sólo en la línea media no estirpando las vegetaciones cuando ellas son laterales ó difusas.

La cureta de Trautman presta sus servicios en la extirpación de las granulaciones del catarro naso-faríngeo de los adultos. Su marcha debe siempre controlarse por el espejo.

La extirpación por medio del cuchillo de Gottstein modificado, es el procedimiento corriente en la actualidad.

El cuchillo de Gottstein, dice Lermoyez «es el mejor de todos los instrumentos propuestos para la ablación de las vegetaciones, sobre todo cuando afectan el tipo circunscripto. Es un instrumento perfecto pues en cinco ó seis segundos, separa todas las vegetaciones seccionándolas en su base; es inofensivo pues no muerde sino sobre las vegetaciones. El reproche que se le ha hecho de operar á ciegas, sin poder ser controlado por el espejo, no tiene importancia si se tiene en cuenta los millares de hechos que justifican su inocuidad.»

En los servicios del Dr. Segura se usa como instrumento el modelo Beckman que es una modificación del cuchillo de Gottstein.

El cuchillo de Gottstein primitivo, de forma angular, presentaba serios inconvenientes; el talón muy pronunciado, era detenido durante el descenso, por la base de la lengua; el filo, en lugar de rasar la superficie del tumor lo hería oblícuamente haciendo un tajo profundo provocando abundantes hemorragias.

Moritz Schmidt introdujo algunas modificaciones en este instrumento encurvando ligeramente las ramas laterales del anillo, de manera á poder actuar cómodamente sobre la bóveda del naso-farinx.

Las modificaciones posteriores sufridas por este instrumento; han consistido lo mismo, en encurvaciones más ó menos pronunciadas, en alargamiento del vástago y mango, en la forma del anillo, en la oblicuidad del filo, el cual en los últimos modelos es curvo.

El tamaño del instrumento debe estar en relación con el sujeto á operar, existiendo varios modelos, bastando tres en la práctica.

Después de haberse dado cuenta y eliminadas las contraindicaciones á la operación; investigado el estado de la mucosa del naso-farinx, examinada la boca por si existe algún diente flojo que pueda desprenderse por las maniobras operatorias y examinado el corazón por si hay alguna lesión que contraindique la anestesia por el bromuro de etilo, puede procederse á la operación siempre que esté indicada.

Veamos cuál es la técnica seguida en la actualidad y la que se hace en los servicios del Hospital de Clínicas y San Roque.

Previa esterilización de los instrumentos necesarios, cuchillo apropiado á la edad del enfermo, baja-lengua, una pinza, por si hay necesidad de extraer fragmentos incompletamente cortados, se procede á la operación.

El enfermo á operarse no necesita, como pretenden algunos autores, de tratamiento previo al-

guno. Las irrigaciones, lo hemos dicho ya, son más bien peligrosas; además que es pretender demasiado creer que con una simple irrigación se ponga á la mucosa del naso-farinx en estado de completa asepsia. Conocemos también el poder bactericida del mucus-nasal y del naso-farinx, valioso elemento de defensa orgánica que sería destruído por los lavajes. De manera, pues, que por estas razones, y sobre todo por la más palpable que es la demostrada por la estadística de los casos operados, en los cuales no hay que lamentar accidente por infección, hacen que desechemos las irrigaciones como medios de poner en condiciones de asepsia la mucosa naso-faríngea.

Al niño envuelto en una sábana se le coloca sobre las piernas de un ayudante, el cual debe ser práctico; inmoviliza las piernas del niño entre las suyas, con una mano retiene los brazos del niño, y con la otra sostiene la frente é inmoviliza la cabeza contra su cuerpo.

Una vez en esta posición, otro ayudante colocado disimuladamente detrás del niño para no alarmarlo, le aplica sobre la cara la máscara embebida de bromuro de etilo.

Una vez obtenida la anestesia, el operador previamente sentado, dando la espalda á la luz, con el objeto de iluminar bien la faringe, y además que el niño esté situado á conveniente altura para

poder alcanzar con facilidad la bóveda del naso-farinx, procede á la intervención.

La máscara habiendo sido retirada, el cirujano coloca el baja-lengua y lo tiene bien fijo con la mano izquierda, Si hay trismus es preferible antes de producir la fractura de un diente por el baja-lengua introducir una pinza abre-boca, que separando las mandíbulas va á permitir la colocación del baja-lengua, el cual es llevado bien atrás.

Se introduce el cuchillo sostenido fuertemente por la mano derecha, teniendo el índice colocado á lo largo y apoyando sobre la base del vástago con el fin de manejarlo con comodidad.

La cureta es introducida con la parte cortante hacia arriba, detrás del velo del paladar, donde desaparece completamente. Se tira enseguida hacia afuera, como si el cuchillo hiciera las veces de separador, haciendo tracción en el velo del paladar. Al mismo tiempo se baja el mango de modo que el cuchillo alcance la parte más culminante de la bóveda. Para esto es necesario que la curvadura del cuchillo esté dispuesta convenientemente. El doctor Segura en su práctica, dándose cuenta de esto, ha modificado la curvadura de las ramas del cuchillo de Beckman, facilitando así enormemente el curetaje de la bóveda.

Una vez colocada la cureta en buena posición, después de haber hecho la tracción del velo y el

descenso del mango, el instrumento es asentado con fuerza en la pared posterior, es decir, contra la pared resistente formada por la apófisis basilar del occipital, inmediatamente se levanta el mango, sin hacer perder á la cureta el contacto con la pared posterior. Este movimiento hace bascular en sentido contrario á la cureta, la que corta en su base las vegetaciones, siguiendo la línea media y comprendiendo la bóveda y la pared posterior.

Se procede enseguida al curetaje de las partes laterales, haciendo dos cortes, uno á la izquierda y otro á la derecha. No es necesario preocuparse de pensar que el pabellón de las trompas puede ser herido, pues la forma misma del cuchillo de Gottstein modificado, lo evita, ó más bien lo protege.

A veces es conveniente repasar por segunda vez el cuchillo, cuando no se tiene la seguridad de que las vegetaciones hayan sido totalmente extirpadas, y que aun cuelguen algunas lengüetas. Puede utilizarse también en este caso una pinza curva.

La operación debe ser hecha rápidamente, en 15 segundos, más ó menos, pero ejecutando con método los distintos tiempos. Al operador no deben preocuparlo mayormente los fragmentos de vegetaciones que caen al ser seccionados sobre la

base de la lengua; cuanto más, tratará de sacar fuera de la boca las extirpadas en el primer corte, que por lo general son las más grandes.

No es raro que el niño se trague las vegetaciones seccionadas, lo que no deja de ser una desgracia para el operador, que no puede mostrar á la familia los pequeños tumores de que se le había hablado. El niño no sufre con este inconveniente, las vegetaciones ó son expulsadas por el vómito ó son digeridas.

Después del primer corte se produce la hemorragia, que á veces es considerable. La sangre sale por boca y nariz, arrastrando fragmentos de vegetaciones; casi nunca se observan hemorragias inquietantes.

Concluída la operación, se ordena al niño que escupa y se le hace sonar la nariz con fuerza, primero de un lado y después del otro. En los niños pequeños puede reemplazarse por la insuflación con la pera Politzer.

Los cuidados consecutivos á la operación se reducen á lo siguiente: una vez terminada ésta, el niño es llevado á la cama, colocando la cabeza un poco alta. Es conveniente operar, siempre que sea posible, en casa del enfermo; si es operado fuera, es necesario dejar al niño quieto por lo menos una hora antes de transportarlo.

El enfermo queda varios días en el cuarto,

para evitar los cambios de temperatura; que podrían dar origen á un proceso inflamatorio, sobre todo del lado del oído. Durante las primeras horas que siguen á la operación, pueden administrarse pequeños fragmentos de hielo, después puede darse leche fría, pero sobre todo, hay que impedir en los primeros días los movimientos de masticación.

En cuanto al tratamiento local, se reduce á introducir por la nariz dos ó tres veces al día una pomada antiséptica, que irá á proteger la superficie cruenta.

Una precaución que debe tenerse siempre en cuenta, es la de hacer sonar las narices primero de un lado y después del otro, de ese modo se evitará llevar á la caja del tímpano, por intermedio de las trompas, sangre ó mucosidades que pueden determinar una otitis media.

Después de hecha la intervención, y para que el beneficio de la operación sea completo, hay que tratar las lesiones secundarias de las fosas nasales (renitis hipertróficas y desviaciones del tabique), y del lado del oído (el catarro de las trompas, otitis media, otorréa), del lado de la faringe (catarro naso-faríngeo, granulaciones, hipertrofia de las amigdalas palatinas, etc).

Se harán enderezar los dientes, y sobre todo se tonificará el estado general.

Los accidentes operatorios son felizmente muy raros; sin embargo, es conveniente tenerlos presentes; la caída de las vegetaciones en la laringe podría suceder al operar niños muy pequeños; pero como éstos se operan con la pinza, hace imposible la caída de las vegetaciones en la laringe.

Las hemorragias graves inmediatas á la operación, no han sido observadas en la actualidad; la hemorragia retardada que sobreviene por imprudencia al transportar el operado sacudiéndolo en un coche, puede ser considerable. Las hemorragias secundarias son excepcionales lo mismo que las debidas á anomalías vasculares.

Estas hemorragias se detienen casi siempre por los medios simples (hielo, tópicos con antipirina), pero si esto no fuera suficiente, se hará el taponomiento posterior de las fosas nasales.

Entre los accidentes infecciosos, casi siempre producidos por falta de precauciones ya sea de parte del médico ó del enfermo, merece tenerse presente la otitia.

Les fenómenos á que dan lugar las vegetaciones no desaparecen por la intervención cuando éstas son extirpadas de una manera incompleta.

Si la operación ha sido deficiente pueden subsistir algunas vegetaciones en la bóveda y al rededor de los orificios de las trompas. Puede me-

jorar la respiración nasal, pero quedarán las alteraciones del oído mantenidas por el constante catarro naso-faríngeo á que dan lugar las vegetaciones que subsisten. La operación pues, debe ser practicada de una manera completa para que dé los resultados deseados.

Las vegetaciones adenóideas tuberculosas residían con frecuencia y su crecimiento se hace con rapidez. En este caso es necesario hacer preparaciones microscópicas que den el diagnóstico y sobre todo el pronóstico. Del mismo modo hay que comportarse cuando se sospeche en tumores malignos que pueden confundirse con las vegetaciones, como sucede con los sarcomas sobre todo si son á pequeñas células por su consistencia menos dura. Lo mismo hay que tener presente en estos casos las infiltraciones sifilíticas.

Castex dice lo siguiente al hablar sobre los resultados operatorios de las vegetaciones: «He notado que los buenos resultados locales reconocidos por los padres del niño después de la ablación de las vegetaciones, parecen no mantenerse por mucho tiempo.

Creo que se puede explicar esto por la estrechez congenital y definitiva de las fosas nasales y de la cavidad naso-faríngea que hacen persistir por su parte la dificultad de la respiración nasal. Cuando la acción de la antisepsia y de la sangría

debida á la intervención han cesado, algunos trastornos reaparecen. Aunque en estos casos la extirpación no de más que un resultado parcial no deja de estar indicada.»

De todas las operaciones hechas en rinología, la extirpación de las vegetaciones es la que da los más notables resultados.

Cuando más joven es el enfermo operado, más se obtiene la curación. Hay niños que se obtiene desde el primer día de operados la desaparición de los síntomas; en cambio en otros, tardan en desaparecer. Puede explicarse esto teniendo en cuenta que en el primer caso se trata de enfermos en los cuales las vegetaciones son enormes si se quiere, pero no existe ningún proceso inflamatorio y la mucosa está normal; en el segundo caso con vegetaciones de menor volumen pero difusas y más blandas, la mucosa se encuentra cubierta de una secreción mucu-purulenta que hace tardía la cicatrización y haciendo de manera que desaparezcan lentamente las complicaciones sobre todo del lado del oído.

El primer resultado que se obtiene con la operación es el restablecimiento de la permeabilidad nasal. Desde la primera noche los padres se sorprenden al no oir roncar al niño y observar que duerme con la boca cerrada. Hay niños que aunque queden en buenas condiciones para respirar

por la nariz siguen durante un corto tiempo haciéndolo por la boca, debido al hábito ya arraigado; pero esto último no tarda en desaparecer.

La sordera, lo mismo que la otorréa, si existe desaparecen bien pronto, muchísimas veces se observa que desde el segundo día el enfermo oye mejor.

De la misma manera desaparecen á su vez los trastornos gastro-intestinales y los trastornos nerviosos. El niño pierde poco á poco la facilidad de resfriarse y de estar atacado constantemente de bronquitis á repetición.

Es solo poco tiempo más tarde cuando se palpan los éxitos notables de la operación; el estado general mejora notablemente, el niño crece y se fortifica, su voz mejora, su inteligencia cambia de una manera sorprendente y el niño antes apático é indiferente, se vuelve alegre, bullicioso y trabajador.

De lo dicho se desprende la indiscutible importancia que la extirpación de las vegetaciones tiene en la salud de estos enfermos y para que sirva de comparación entre la era actual (en que las vegetaciones son conocidas, pues sería imperdonable su desconocimiento aun en la práctica general), y la era anterior á W. Meyer, en que esta afección pasaba ignorada y confundida con otras, voy á dar cabida en estas líneas á unas frases de

Rangé, que tan magistralmente pinta la vía-crucis de estos enfermos. «Víctimas de un error de diagnóstico, los desgraciados adenóideos, vagando del gabinete del aurista á la consulta de medicina general, de la del laringólogo, á la antecámara del dentista, yendo á la ventura pidiendo socorro aquí y allá, según la fase de la afección ó el capricho de sus múltiples síntomas.

El dentista aplicaba un aparato exterior que hacía guardar años enteros; el aurista practicaba cateterismos en la trompa que no producían gran cosa ó lavajes del oído que no producían nada: el laringólogo aplicaba tónicos, el médico general prescribía aceite de hígado de bacalao. Todo esto no agravaba mucho el mal, pero el mal se agravaba por sí mismo hasta que al fin se suspendía todo trat amiento.»

DANIEL MORENO.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El formol es un excelente fijador.

II

El tratamiento más conveniente del hidrocele, es la resección ó la inversión de la vaginal.

III

Las vegetaciones adenóideas bien extirpadas no recidivan.

Buenos Aires, Agosto 24 de 1901.

Nómbrase á los señores Académico Dr. Pedro Lagleyze, Profesor Suplente (en ejercicio), doctor Eliseo V. Segura y Profesor Suplente Dr. Pascual Palma, para que constituídos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.—*J. R. Fernández.*—*Zenón Aguilar.*

Buenos Aires, Septiembre 16 de 1901.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Daniel Moreno.

«En el local de la Facultad á 16 de Septiembre de 1901, reunida la Comisión que subscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis del ex-alumno Sr. Daniel Moreno, que versa sobre *Las Vegetaciones Adenóideas y sus complicaciones,* resolvieron admitirla».

Con lo que terminó el acto. (Firmado). *P. Lagleyze, E. V. Segura, P. Palma,—Carlos Robertson,* Prosecretario.

ZENÓN AGUILAR.

Buenos Aires, Septiembre 16 de 1901.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.—*J. R. Fernández.*—*Zenón Aguilar.*