Año 1904 — Nº 1415

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Vegetaciones Adenoideas

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VICENTE P. CONSTANTINO

Farmaceutico. Ex-practicante del Consultorio de Garganta, nariz y oido de la Asistencia Pública (1900); del Hospital Norte (1901); del Hospital San Roque, Servicio de Ginecología (1902); y Mayor del Hospital José María Bosch (1903).

« LAS CIENCIAS »
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES
—
1904

VEGETACIONES ADENOIDEAS

Año 1904 — Nº 1415

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Vegetaciones Adenoideas

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VICENTE P. CONSTANTINO

Farmaceutico. Ex-practicante del Consultorio de Garganta, nariz y oido de la Asistencia Pública (1900); del Hospital Norte (1901); del Hospital San Roque, Servicio de Ginecología (1902); y Mayor del Hospital José María Bosch (1903).

« LAS CIENCIAS »

Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA

AVENIDA DE MAYO 620

BUENOS AIRES

1904

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Eufemio Uballes

VICE DECANO

Dr. D. Pedro Lagleyze

ACADÉMICOS TITULARES

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Jacobo de Tezanos Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernandez
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Guemes
» » Eliseo Cantón
» » Gregorio N. Chaves

ACADÉMICOS HONORARIOS

Dr. D. Ernesto Aberg
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini
» » Emilio R. Coni
» » Olyntho de Magalhaes

SECRETARIOS

Dr. D. Zenon Aguilar
Dr. D. Carlos Robertson

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr.	**Pedro Lacavera**
Física Médica	»	**Jaime R. Costa**
Química Médica	»	**Atanasio Quiroga**
Botánica Médica	»	**Lucio Durañona**
Química aplicada á la Medicina	»	**Pedro N. Arata**
Histología teórico-práctica	»	**Rodolfo de Gainza** (con licencia)
Anatomía Descriptiva	»	**Juan José Naon** (con licencia)
Patología General y Ejercicios clínicos	»	**Roberto Wernicke**
Anatomía Topográfica	»	**Juvencio Z. Arce**
Fisiología General y Humana	»	**Pedro J. Coronado**
Anatomía Patologica	»	**Telémaco Susini**
Bacteriología	»	**Carlos Malbran**
Higiene Pública y Privada	»	**Julio Mendez**
Materia Médica y Terapéutica	»	**Justiniano Ledesma**
Patología Externa	»	**Obdulio Hernandez**
Medicina Operatoria	»	**Adalberto Ramaugé**
Clínica Ginecológica	»	**Enrique Bazterrica**
» Oto-rino-laringológica	»	**Eduardo Obejero**
» Dermatológica y Sifilográfica	»	**Baldomero Sommer**
» Epidemiológica	»	**José Penna**
» Quirúrgica	»	**Juan B. Justo**
» Neurológica	»	**José M. Ramos Mejía**
» Médica	»	**Luis Güemes**
» »	»	**Francisco Sicardi**
» Oftalmológica	»	**Pedro Lagleyze**
Patologia Interna	»	**Marcial V. Quiroga**
Medicina legal	»	**Francisco de Veyga** (con licencia)
Clínica Quirúrgica	»	**Antonio C. Gandolfo**
» Médica	»	**Gregorio N. Chaves**
» Obstétrica	»	**Samuel Molina**
Toxicología Experimental		**Juan B. Señorans**
Clínica Pediátrica	»	**Manuel Blancas**
» Médica	»	**Abel Ayerza**
» Génito-urinarias	»	**Federico Texo**
» Psiquiátrica	»	**Domingo Cabred**
» Quirúrgica	»	**Diógenes Decoud**
» Obstétrica	»	**Eliseo Cantón**

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Vacante / Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	»	Juan D. Piñero / J. Lopez Figueroa (en ejer.)
Patología General y Ejercicios Clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutierrez / Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	»	Horacio G. Piñero / José Badia
Anatomía Patológica	»	Marcelo Viñas / Juan C. Delfino
Bacteriología	»	Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca / Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Nicolás Repetto / Leandro Valle
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde / José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello / Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Maximiliano Aberastury
Patología Externa	»	Pascual Palma / Daniel J. Cramwell
Patología Interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza / Teófilo A. Moret
» Médica	»	Patricio Fleming
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Vacante / Enrique Corbellini
» Neurológica	»	José A. Esteves / José R. Semprun
» Médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia (en ejer.) / Pedro Barbieri
Clínica Quirúrgica	»	Vacante
» Médica	»	Vacante / Ignacio Allende
» Obstétrica	»	Fanor Velarde / Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica	»	Facundo Larguia / Antonio F. Piñero
» Médica	»	Vacante
» Génito-urinaria (hombres)	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Benjamin T. Solari
» Quirúrgica	»	José T. Borda
» Obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS TITULARES
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia . . .	Dr.	**Adolfo Mugica**
Química inorgánica aplicada.....	»	**Miguel Puiggari**
Farmacognósia vegetal y animal.....	»	**Juan A. Boeri.**
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	»	**Pedro N. Arata**
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	»	**J. Manuel Irizar**
Higiene	»	**Ricardo Schatz**
Química Analítica y Toxicológica.....	»	**Atanacio Quiroga**
Ensayos y determinación de drogas.....	»	**J. Manuel Irizar**

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia...		**Vacante**
Química inorgánica aplicada.....		**Vacante**
Farmacognósia vegetal y animal..... ...	Sr.	**Juan A. Dominguez**
Química orgánica aplicada á la Farmacia;.....		**Vacante**
Farmacia galénica (Técnica farmaceutica)		**Vacante**
Higiene..... ...		**Vacante**
Quimica Analítica y Toxicológica.....		**Vacante**
Ensayos y determinacion de drogas		**Vacante**

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr.	**Juan R. Fernandez**
Parto distócico y Clínica Obstétrica		

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. **Miguel Z. O'Farrell (en ejer.)**
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	**Vacante**

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología Patología.....	Dr.	**León Pereyra**
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.....	»	**Nicasio Etchepareborda**

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología.....	**Vacante**
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	**Vacante**

PADRINO DE TESIS

Academico Titular

DOCTOR DON LUIS GÜEMES

A mis Padres

A mi Esposa

A mis hijitas

A mi Madre politica

Señora Juana Areco de Viera

A mi Tio, Cárlos M. Gallo

A mi Hermano

Señores Academicos:

Señores Profesores:

Al cumplir con esta última disposición reglamentaria, presento á vuestra consideración este modesto trabajo, fruto parte del estudio y parte de la observación personal.

He elegido como tema para mi tesis, las *Vegetaciones adenoidas,* tema indudablemente muy común, pero también muy importante por las innumerables complicaciones que traen aparejadas, cuando ellas han pasado desarpercibidas ó se ha despreciado su estudio, confiando en la relativa facilidad de su diagnóstico y en la benignidad casi general de su pronóstico.

No pretendo escribir un volúmen sobre este tema, pero si á la par de dar cumplimiento á lo que estatuyen los reglamentos universitarios tratar el punto de una manera clara y concisa que haga su lectura fácil y preste alguna utilidad á mis ex-condiscipulos que se dignen leerlo, encontrando en sus páginas todo lo que clínicamente

interesa conocer de esta afección, tan general en la infancia.

Dividiré este trabajo en varios capítulos á fin de facilitar su desarrollo.

1°. Historia.
2°. Etiología.
3°. Anatomía Patológica.
4°. Sintomatología.
5°. Diagnóstico.
6°. Tratamiento.
7°. Pronóstico.
8°. Observaciones.

Al despedirme de la Facultad, solo me resta hacer presente mi sincero agradecimiento á aquellos Profesores, que con sus sabias lecciones han sabido enseñarnos y prepararnos para el desempeño de la difícil misión, que hoy comenzamos á practicar.

Mi reconocimiento á los maestros Doctores Eliseo Cantón, Francisco Sicardi, Baldomero Sommer, Eduardo Obejero y Alfredo Lagarde.

Al Doctor Justo P. Viera, Gefe del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Rawson, que fué el primero que me encaminó en el estudio de la especialidad, mi agradecimiento.

Al Doctor Luis Güemes, mi sincera gratitud como maestro y como padrino que se ha dignado ser de este modesto trabajo.

Un recuerdo cariñoso á la memoria del inolvidable y querido maestro Doctor Julián Aguilar.

CAPÍTULO I.

—

Historia y Definición

—

Czermak fué el primero que en 1860 describió estos tumores del nasofarinx; Meyer de Copenhagüe hizo lo mismo en 1873; Lœwember, de Paris en 1879, Chatellier en su tesis de doctorado en 1886, Lubet Barbon en su notable artículo publicado en la «Gazette des Hôpitaux» el 15 de Junio de 1889, y muchos otros después, han ido describiéndolos á medida que ha ido creciendo la importancia y el interés por su estudio.

Podemos definir esta enfermedad, diciendo, que cuando el tejido linfóideo, que forma parte de la estructura de la faringe nasal, se hipertrofia en el niño, da lugar á alteraciones morbosas que denominamos Vegetaciones adenoideas.

Por más que toda la mucosa que tapiza la faringe ya sea bucal ó nasal, esté llena de tejido

ó folículos linfáticos que pueden hipertrofiarse, solo cuando esto sucede en la cavidad del naso farinx podemos llamarlo vegetaciones.

Una distinción importante debemos establecer entre las verdaderas vegetaciones adenoideas y la hipertrotia de la tercera amigdala ó amigdala dc Luschka. En efecto, sabiendo que esta amigdala, constituida por el conjunto del tejido adenóideo que se encuentra en el naso farinx, y que en una extensión rectangular no mayor de 8 milímetros es donde se halla más desarrollada, nunca ocupa las regiones laterales y mucho menos cubre la entrada de la trompa de Eustaquio ni la foseta de Rosemmüller. En estas condiciones y cuando notemos una hipertrofia limitada á esta región rectangular, solo diremos que es la amigdala de Luschka la hipertrofiada, pero cuando se extiende la hiperplasia más allá de este límite, sin llegar á las trompas, tendremos la vegetación adenoidea central; cuando llegue á ellas, serán laterales y en este caso, ya podemos decir que son difusas y múltiples.

La importancia del estudio y tratamiento de las vegetaciones, podemos apreciarla si nos fijamos en el porcentage que nos dan las estadísticas de varios paises, incluso el nuestro; así tenemos, que en Francia y Alemania según estadísticas recojidas en los colegios, se han encontrado sobre 15.000 niños alumnos, 920 adenoideos ó sea el 6 °/₀ en

Francia y 1204 ó sea el 8 °/₀ en Alemania. En otras partes se ha encontrado, hasta un 35 °/₀ como ser en Estocolmo y 32 °/₀ en Bruselas. En las clínicas; Fränkel sobre 15.000 enfermos de garganta nariz y oido, encontró 1355 con vegetaciones adenoideas, el 9 °/₀; Gottstein en 11.000 encontró 674, el 6 °/₀; Hartmann sobre 10.000 encontró 1986 ó sea el 20 °/₀. Aquí entre nosotros, las estadísticas del Hospital de Clínicas dan un porcentaje medio de 8 °/₀ entre los enfermos de otorrinolaringología, las del Hospital Rawson 9, la del San Roque 9, la del Hospital Militar 7, la del Hospital de Niños 15, la del Italiano, sobre 390 enfermos de otorrinolaringología durante el año 1902 se encontraron 113 adenoides ó sea el 30 °/₀ y siendo la población de enfermos en general ese año de 1357, resulta un 8 °/₀. En los consultorios particulares de distinguidos especialistas podemos sacar un 9 °/₀. Como vemos, por estos datos estadísticos, podemos fijar un porcentaje general medio de 9 °/₀ de adenoideos, cifra bastante elevada y capaz de llamar la atención por si sola, si unicamente se limitaran sus consecuencias á llevarlas encima como se dice vulgarmente, pero si tenemos en cuenta que sus consecuencias no se limitan allí, sino que causan otros males mayores, y que no solo los causan en el momento de tenerlas, sino que los dejan como reliquias más ó menos funestas para la edad adulta, como ser supuraciones

crónicas del oído, sordera, etc.; entonces veremos que este mismo 8 °/₀ toma proporciones mayores puesto que tendremos que agregarle otro tanto por aquellos que, no teniendo ya vegetaciones, que se atrofiaron con la edad ó se extrajeron tarde, tienen otorreas casi incurables, ó sorderas dejadas como consecuencia.

En resúmen y teniendo en cuenta, aunque no sea más que la extraordinaria frecuencia de adenoideos, comprenderemos la importancia que tiene su estudio y no tan solo para el especialista, sino para todos los médicos en general, que sino se dedican á operar, podrán, teniéndolo presente, en muchos casos, apreciar el orígen de alguna otra afección, ya sea pulmonar, trófica ó de otra índole, cuyo punto de partida haya sido la existencia de vegetaciones adenoideas, hasta ese momento ignoradas.

CAPITULO II.

—

Etiología

—

La causa primera de la hipertrofia de la amigdala faringea es desconocida, pues no se ha encontrado un microbio específico, cuya intervención directa, sea capaz de producirla.

Las vegetaciones adenoideas pueden encontrarse en casi todas las edades hasta la edad madura, pero como su máximum de desarrollo tiene lugar en la infancia, es en esta edad donde más llaman la atención; de preferencia entre 3 y 6 años, aunque existen en los primeros meses de existencia.

Esta afección puede iniciarse en la pubertad, aunque en este caso hay lugar á suponer que ellas han existido desde la primer infancia, pasando desapercibidas ya por su pequeño volúmen ú otras causas y que en la pubertad por una ú otra razón se han hecho manifiestas. No obstante, en algunos casos recien se han iniciado en esa época.

La herencia tiene un rol etiológico indiscutible y son muchos los casos de ver varios hermanos con vegetaciones, habiendolas tenido los padres á su vez.

En los degenerados, es muy frecuente encontrar las vegetaciones, asociadas ó no á la hipertrofia de las amigdalas palatinas y á faringitis granulosas.

Los niños linfáticos se hallan especialmente predispuestos á tenerlas. Las enfermedades infecciosas propias de la infancia especialmente escarlatina, sarampión, coqueluche, fiebre tifoidea y aun la sifilis, favorecen su desarrollo ó por lo menos, provocan un crecimiento del volúmen, amenudo muy rápido de las vegetaciones preexistentes.

No existe preferencia por un sexo determinado, aunque si parece existir para las razas, como ser la Anglo Sajona aunque en este caso parece que la predilección no es propia de la raza, sino del clima y condiciones especiales del país que habitan. Efectivamente los climas fríos, húmedos ó destemplados favorecen el desarrollo ó la producción de las vegetaciones, ocasionando frecuentes irritaciones en la mucosa de las primeras vías respiratorias, que con la reproducción concluyen por propagarse y llegar á constituir las vegetaciones. Que esto es así, no cabe duda, pues vemos por ejemplo que mientras en Inglaterra país frío y húmedo existen muchos adenoideos, no pasa lo mismo en ciertas ciudades de Italia, en las que el

clima es templado y benigno, como ser Nápoles, en donde casi son desconocidas y en Génova, en la que sucede más ó menos lo mismo. Otra causa que influye tambien, es el polvo que se aspira continuamente en las grandes ciudades, actuando directamente sobre las vías respiratorias. En nuestro país sucede lo mismo pues mientras en Buenos Aires, cuyo clima si bien no es frío, es húmedo y variable, hay tanto adenoideo, en Córdoba y Mendoza hay pocos; tambien existe el otro factor, el polvo que se aspira en las calles, mucho más en Buenos Aires, por su enorme movimiento de vehículos, que en las otras provincias donde hay poco.

Otro factor etiológico, son las malformaciones faciales, las esténosis nasales especialmente; Meyer, Trelat y otros consideran las divisiones palatinas como favorables á la hipertrofia de la amigdala nasofaringea.

CAPITULO III.

—

Anatomía Patológica

—

La masa del tumor está constituida por un tejido adenoideo infiltrado de numerosas células linfáticas. En la periferia se encuentra una capa espesa de folículos cerrados que le dan á la superficie un aspecto mamelonado. En el centro existen numerosos vasos muy ricos en elementos musculares.

El tumor se halla recubierto en toda su extensión, salvo al nivel de su cara adherente, de una capa no interrumpida de epitelio á cilias vibratiles.

En el adulto, si bien la estructura histológica es la misma, algunas veces puede distinguirse por una producción más ó menos acusada de tejido fibroso, al rededor de los folículos cerrados y de los vasos. M. Chatellier haciendo el estudio bacteriológico de las vegetaciones adenoideas en 1890,

encontró en ellas la presencia de diversos microbios, tales como el Stafilococus, Strectococus Tetrágenos y un bacilo análogo al de Friedlander.

M. Pilliet en 1892 en su comunicación á la Sociedad Anatómica, dijo haber encontrado células gigantes de un volúmen considerable, pero no constató su carácter tuberculoso; aunque en Julio de 1894, Lermoyez sostuvo la naturaleza tuberculosa de ciertas vegetaciones adenoideas, en comunicación que hizo á la Sociedad Médica de los hospitales.

CAPITULO IV.

—

Sintomatología

—

Siendo como vemos esta enfermedad, la consecuencia de un tumor ó sea la hiperplasia de un tejido como el adenoideo, no podemos buscar como síntoma cardinal la deformación del hueso ó cavidad donde se hallan alojados y no la podemos buscar por dos razones; la primera porque siendo un tejido blando y por decirlo asi acomodaticio, se amolda al espacio que encuentra y nunca llega á ejercer presión capáz de deformar la cavidad y segunda porque si así sucediera, es muy posible, seguro, que antes de alcanzar un desarrollo tal como para revelar al esterior su existencia, se habrían manifestado otros fenómenos que hubieran llamado de tal modo la atención, que las habrían denunciado. Así pues los síntomas tenemos que buscarlos y verlos en el enfermo, puesto que el

adenoideo nos muestra su enfermedad y la muestra no con la mano, sino con la espresión tan característica de su rostro, que ha hecho decir á Lermoyez que se lee la palabra adenoideo en el rostro del que las lleva.

Efectivamente ¿quien no ha visto esos niños pálidos, de aspecto de idiotas, con la boca siempre entreabierta, labio superior abultado, anciosos de aire, con el maxilar inferior alargado y superior relativamente atrofiado por la presión de las mejillas sobre él?

Indudablemente este aspecto ya nos llama la atención y bastaría él solo para diagnosticar la enfermedad, pero tenemos otros que la confirman y que la diagnostican aun antes de que ese aspecto se manifieste, puesto que puede tratarse de un enfermo en la primera infancia en los cuales no podemos buscar el aspecto físico. Los síntomas de esta afección podemos dividirlos en dos clases, síntomas racionales y síntomas físicos — los primeros son aquellos que pueden constatar los pacientes y el médico mismo sin exámen detenido y los segundos aquellos que, examinados con los diferentes medios de esploración, ponen en evidencia los primeros y los certifican.

1° *Síntomas racionales* -- Estos síntomas son los que generalmente llaman la atención de la familia del enfermo, haciéndolos acudir á los consultorios y son los siguientes: que el niño tiene cons-

tantemente la boca abierta, que respira por ella, que de noche ronca fuerte, respirando siempre por la boca, que tiene sobresaltos en la cama, insómnios, incontinencia de orina, decadencia ó pereza de la inteligencia, lo que hace que no adelante en el colegio, que tiene contínuas cefalalgias, faringitis y laringitis, que oye poco, ó menos que antes, que tiene frecuentemente tos, que se alimenta mal, lo que los adelgaza mucho y le dá ese color pálido, anémico y en fin á estos síntomas, podemos agregar, si es una niña que aprende el canto, que tiene dificultad, no pudiendo llegar á las notas agudas, se fatiga pronto, dá notas veladas que la obligan á forzar la voz, lo que hace que sienta cierto malestar particular en la faringe (calambre de los cantores.) Si es una criatura de pecho, indudablemente faltarán muchos síntomas de los mencionados, pero persistiran la dificultad en la respiración y la dificultad en mamar, porque indudablemente, hallándose obstruidas las narices y ocupada la boca con el pezón, no pueden respirar, obligandoles á dejar el pecho á cada rato para respirar libremente.

Estos son los síntomas que llamamos racionales y que como digo antes, los puede constatar la familia y el médico sin mayor dificultad, y son los que ya indican al especialista lo que encontrará al proceder al exámen:

De los Síntomas físicos.

En este exámen que el médico hace en su consultorio, con los elementos necesarios se constatará aunque no siempre lo siguiente: primeramente la forma ogival marcada de la bóveda palatina, la hipetrofia de las dos amigdalas faringeas y la lingual (cuarta amigdala situada detras de la Vlingual); á veces se percibe sobre la cara posterior de la faringe algunas granulaciones espesas de color gris rosado, que no son más que aglomeraciones de tejido adenoideo, aisladas de la masa principal. Si el enfermo es un adulto, haciendo rinoscopia posterior podran verse las vegetaciones con relativa facilidad, por cuanto el velo del paladar se halla propulsado hacia afuera dejando un gran espacio que permite la colocación del reflector, pero cuando hay una rinitis atrofica, mejor que la rinoscopia posterior, es la anterior con el rinoscopio ó especulumpara exámen del naso farinx, por vía anterior, instrumento que permite ver con toda facilidad lo que en él se encuentra ya sean tumores, colas de cornete, etc., dando la posición aproximada y lo que es más principal, permitiendo ver como se cura y lo que se irá á sacar. Con este instrumento veremos la posición de las vegetaciones, como veremos si cubren las trompas, es pues un instrumento utilísimo, de fácil manejo y aplicación, porque basta cocainizar la mucosa nasal para introducirla y como son varios los diámetros del juego, así como su forma que unos

son cerrados y acanalados los otros, sirven para todas las edades.

Si aún con estos procedimientos no pueden constatarse las vegetaciones ó por lo menos su posición, entonces acudiremos al método clásico y exacto de tocar los tumores con los dedos, para lo cual previa antisepsia de la mano esploradora ó del dedo índice ó medio solamente puesto, que con solo uno haremos el tacto, procederemos de este modo: haremos sentar al enfermo en un banco, haciéndole tener las manos por un ayudante si es muy chico, para evitar los manotones; una vez así, nos colocamos detras de él, le haremos abrir la boca ámpliamente y con la mano que nos queda libre, pasada por el lado de ella y contraria á la esploradora, la aplicaremos sobre la mejilla haciendo presión á fin de introducirla entre los maxilares junto con los dedos entre sus pliegues, proximamente al nivel de los últimos molares, lo que tiene por objeto á la par de mantener la boca bien abierta, evitar que cerrándola estempóraneamente pueda quedar nuestro dedo dentro y sufrir una fuerte mordedura.

Una vez hecho esto llevaremos rapidamente nuestro dedo explorador al naso farix, lo recorremos en toda su extensión y podremos notar con exactitud todo lo que en el encontremos. Sabremos así si las vegetaciones son circunscriptas ó difusas, si son medianas ó laterales, grandes ó chicas, duras

ó blandas, redondas ó alargadas, planas ó abultadas; podremos saber tambien si á falta de vegetaciones, existen colas de cornetes, que pueden ocasionar las mismas dificultades que aquellas, para la respiración.

Para efectuar este exámen será siempre conveniente prevenir al enfermo sobre lo que se le vá á hacer, advirtiendole que no será doloroso aunque si un poco molesto; tambien será conveniente prevenirle que le saldrá tal vez un poco de sangre, para que no le sorprenda si esto sucede y lo califique como resultado de la impericia del médico.

Juzgo conveniente despues de este exámen, poner en las fosas nasales del enfermo un poco de vaselina líquida mentolada, para que le facilite la respiración y no crea sucediendole lo contrario, que ha sido ocasionado por el tacto.

Al retirar el dedo explorador hay que tratar, de sacarlo sin que toque las paredes de la boca ni lengua, á fin de ver si algo viene en él que generalmente es un poco de mucus, cuando hay vegetaciones, mucus que se encuentra entre los espacios que dejan entre si los lóbulos de la masa adenoidea; otras veces es un poco de sangre, que no es afirmativo de la existencia de la vegetaciones y otras veces aparecen pedazos de ellas desprendidas con la uña.

CAPÍTULO V.

—

Diagnóstico

—

El diagnóstico es generalmente fácil, siempre que por alguno de los medios indicados se hayan podido constatar la existencia de las vegetaciones; pero á veces puede inducirnos á error la existencia de un pólipo fibro mucoso implantado en la extremidad posterior del cornete medio; en este caso saldremos de duda introduciendo un estilete por la nariz que lo hará mover y sobre todo veremos su aspecto brillante y su coloración especial. Puede existir una hipertrofia de la extremidad posterior de los cornetes inferiores, pero el tacto nos permitirá distinguir la dureza y además por vía anterior, con el estilete y especulum lo notaremos; si fuera simplemente la inflamación de la mucosa, la aplicación de un tapón con solución de cocaina la hará desaparecer.

Una causa de error, posible en el que no está habituado al exámen por el tacto, es que puede arrastrar con el dedo la úvula y al recorrer el velo del paladar sentir la sensación de un tumor de forma cilíndrica, que no es otra cosa que la misma úvula y que le haga pensar en las vegetaciones, para evitar este error es conveniente llevar el dedo lo más adentro y arriba posible del naso farinx á fin de que si ha ido con él la úvula, la sensación se sienta en la falange y no en la yema de él y de este modo haciendo descender un poco el dedo, caerá la úvula y la pulpa del dedo, tocará perfectamente el velo del paladar, el cual recorrido así libremente nos dará la verdadera sensación de lo que realmente existe.

No siempre se tiene netamente la impresión exacta del número de vegetaciones que haya, como tampoco el de su volúmen, lo primero por que exitada la cavidad naso faringea por el dedo explorador se contraen las partes movibles de ella y comprimiendo las vegetaciones, aparecen en menos extensión que lo que son realmente. En cuanto al volúmen, puede disminuir ó aumentar, según que se hagan ó no por parte del enfermo repetidas duchas nasales, es decir, que pueden constatarse vegetaciones voluminosas y días despues prévias varias duchas nasales reducirse de modo notable, y tambien puede suceder lo inverso.

El diagnóstico debe completarse apreciando si la entrada de las trompas está obstruida ó no.

Como este exámen es siempre molesto y desagradable, para el enfermo y muy especialmente si es mujer ó muy pequeño, es conveniente hacerlo lo más rápido posible, tratando que en el más breve tiempo se saque el mayor provecho, ó sea, constatar las vegetaciones, su tamaño, consistencia y posición, á fin de no tener que repetirla y proceder directamente con esos datos á la operación.

Una vez diagnósticadas las vegetaciones adenoideas, podemos clínicamente dividirlas en dos clases. 1° Las que ocasionan alteraciones ó dificultan la respiración, fonación y pronunciación, presentando tambien fenómenos nerviosos, como ser laringitis estridulosas y espasmos de la glotis; sobretodo cuando aparecen poussés de adenoiditis. 2°. Aquellas que ocasionan trastornos sensoriales desde el principio, afectando primeramente la audición ya disminuyendola impidiéndo la entrada de aire en las Trompas, ya manteniendo una Otorrea rebelde, y las que afectan el gusto y el olfato.

Estas son generalmente laterales ó difusas y ambas ocasionan fenómenos reflejos especialmente del lado del aparato urinario como ser incontinencia de orina *(Enurexia)*.

CAPÍTULO VI.

—

Complicaciones y Pronóstico

—

Las complicaciones más precoces son las poussés de adenoiditis; despues y en orden de frecuencia tenemos; las Otorreas que ocupan quizas un 70 °/₀; desformaciones de la columna vertebral, generalmente escoliosis; deformaciones del torax, que se aplana de derecha á izquierda por el tiraje, el ejemplo de Ziem lo demuestra, pues las ha producido en animales suturandoles las narices, la incontinencia nocturna de orina, de origen reflejo; el falso crup; dispepsias ocasionadas en los niños por la deglución de las mucosidades descompuestas, que descienden del naso farinx; desviaciones del tabique, que vuelve á constituir una nueva dificultad para la respiración; bronquitis, laringitis; rinitis y exzemas de la nariz; enfisemas pulmonares como lo ha demostrado Sandmann; denutrición;

detención en el aumento de peso; raquitísmo; neurastenias infantiles; anemias y leucocitosis como lo han demostrado en sus estudios hematologicos Lichtwitz y Sabrades, provando que aún en casos de vegetaciones pequeñas, existe siempre leucocitosis, que llegan á producir verdaderas caquexias adenoideas, en los casos avanzados ó más graves: infecciones intestinales, escaséz de memoria con cierta torpeza cerebral, que llega hasta producir la disminución de la intelectualidad como la describe Guye llamandola *Aprosexia.*

Todas las complicaciones del lado del aparato respiratorio y de la fonación, se conciben facilmente si nos damos cuenta del rol fisiológico de la nariz en el mecanismo de la respiración y fonación. Sobre esto han escrito Marey, Schüller y Semon en Alemania; Luciani Genta, Gilardoni y otros en Italia y ultimamente Mendel el año 1897 en Paris, ha escrito un tratado en que nos revela, que la nariz es principalmente un órgano natural para la respiración, estando dispuesta de manera tal, que en un tiempo igual y con un esfuerzo respiratorio igual, deja pasar mayor cantidad de aire que por la boca, y este aire no pasa á los pulmones tal como se encuentra en el espacio, sino ya apto para la respiración, libre de impurezas, calentado, humedecido, filtrado y libre de microbios que ya han sido destruidos por el mucus nasal.

La nariz tiene tambien como función la formación de la voz, función que desaparece al obstruirse.

Por estos datos fisiológicos podemos comprender la cantidad de entidades patológicas que pueden desarrollarse, cuando un órgano tan importante deja de funcionar ó funciona mal.

Del lado del oído tenemos la principal complicación que es la Otorrea, esa temible afección que cuando no se conoce su origen ó causa productora, es tan difícil de combatir y la que hace correr peligro la existencia por las complicaciones intra craneanas que ella misma trae.

El Pronóstico de las vegetaciones adenoideas, debe ser siempre sério, no tanto por ellas mismas, como por sus complicaciones que hemos visto en el capítulo anterior. No obstante la sola existencia de vegetaciones, sin ninguna complicación directa, es importante, por cuanto ese tejido que obstruye el pasage del aire, retiene tambien las mucosidades nasales, polvo atmosférico, microbios diversos, etc., todo lo cual se descompone, dando mal olor y causando infecciones gastro intestinales, por su pasage al estómago con la saliva, ó la deglución de esas mismas mucosidades. En cuanto al pronóstico, por sus complicaciones, siempre es sério, por sus consecuencias diversas. En efecto cualquiera que sea la complicación, vemos que siempre deja reliquias más ó menos funestas; así vemos que la obstrución de las trompas, trae aparejada, zumbidos de oído, dolores otoscópicos, aturdimiento, otitis supurada con la consiguiente perforación del

tímpano, que más tarde origina falsas membranas y adherencias, que llevan á la anquilosis de los huesesillos y á la sordera.

Las desformaciones del torax y columna vertebral que á su vez deforman todos los órganos toráxicos, son causa de pseudo asma, tuberculosis, etc.

En fin y para no continuar enumerando más, diré que el pronóstico mientras se tengan las vegetaciones es siempre grave, sino para el momento para más tarde.

CAPITULO VII

—

Tratamiento

—

El tratamiento de las vegetaciones puede ser médico ó quirrúgico, el primero dá en la práctica tan pocos resultados que casi puede decirse que es nulo, no así el quirúrgico, que es el único tratamiento práctico y racional.

Describiré los dos.

El tratamiento médico puede ser local ó general, local cuando por él tratemos directamente las vegetaciones con el fin de hacerlas desaparecer y general cuando él se dirija á combatir sus complicaciones ó constituir un tratamiento post operatorio.

Tratamiento local. — Este tratamiento consiste en actuar sobre las vegetaciones directamente, empleando irrigaciones con soluciones cáusticas ó antisépticas calientes, que tiene por objeto des-

truir ó desinfectar y descongestionar el tejido linfoideo que constituye la masa adenoidea. Estas irrigaciones se hacen con el sifón de Weber ó con un irrigador común y tiene sus grandes inconvenientes apesar de su aparente facilidad en practicarlas. El primero consiste, en que el enfermo no estando acostumbrado á lavajes nasales en esa forma, en que el líquido deba entrar por una fosa nasal y salir por la otra, no lo puede efectuar, concluyendo por hacer, con movimientos respiratorios bruscos y repetidos, que el líquido pase á la garganta, lo trague, se sofoque y se ocasione una laringitis por la tos que le producirá, además de los efectos que la solución puede causarle en el estómago si es cáustico ó aún antiséptico.

Otra dificultad, es que algunas veces ocasiona timpanitis, por el rechazo de las secrecciones infecciosas que existen en el naso farinx hacia las trompas y esto debido al golpe de agua sobre la entrada de las mismas.

Y la última y principal dificultad consiste, en que con este procedimiento no se consigue más que alivios momentáneos en caso *de poussés* de adenóiditis, quedando siempre subsistente la causa productora ó sean las vegetaciones.

Para evitar en algo estos inconvenientes, algunos especialistas, hacen insuflaciones secas por la nariz ó por la boca con Aristol, Iodol ú otras sustancias medicamentososas, ó si no toques con

Resorcina, Glicerina iodada, etc. Estos últimos tratamientos dan á veces resultados en el sentido de reducir el volúmen de las vegetaciones, pero no su desaparición total.

En cuanto al tratamiento médico general post-operatorio, lo estableceremos en forma de reconstituyentes, tónicos, etc., como el Aceite de hígado de bacalao, glicerofosfatos, protoxalato de hierro, buena alimentación, baños de mar, etc. Y en caso de complicaciones el tratamiento sería el que indiquen estas.

El tratamiento Quirúrgico que es el que debe usarse en todos los casos, es radical, simple y poco peligroso en manos hábiles. Su técnica poco complicada, requiere como instrumentos, un baja lengua, una Pinza de Loewenberg y un cuchillo anular ó cureta. Sobre estos dos últimos instrumentos, existen varias opiniones, fundadas todas en el éxito con ellos alcanzado, así que describiré los diversos que se usan, antes de esplicar la operación, pues con todos se sigue el mismo procedimiento, con ligerísimas variantes.

Los instrumentos pues más usados son los siguientes:

Pinza cortante de Doyen
id. id. id. Chatellier
id. id. id. Méniere
id. id. id. Loewenberg
id. id. id. Ruault

Cuchillo de Moritz Schmidt
id. id. Lermoyez
id. id. Hartmann
Cureta id. Trautmann
Tonsilótomo faringeo de Schütz

Como se vé, hay bastantes instrumentos para el mismo uso, mereciendo cada uno iguales elogios de los inventores y de los que lo usan, aunque su construcción y modo de aplicación sea más ó menos la misma; la forma, únicamente varía algo en la parte correspondiente á la lámina cortante, que en unos es más y en otros menos vertical, en unos cuadrada y en otros redonda ó convexa.

Veamos ahora el procedimiento operatorio.

1º Desde dos ó tres días antes de la operación es conveniente aunque no indispensable, que el enfermo haga algunas irrigaciones nasales antisépticas y calientes, á objeto de descongestionar la masa adenoidea y evitar así una posible hemorragia, además de la desinfección que se hace del naso farinx.

2º Elejir como momento oportuno para operar, las horas primeras de la mañana, haciendo que el enfermo no tome alimento, para evitar así que hallándose el estómago ocupado los vomite.

Estos vómitos son casi inevitables, especialmente en las criaturas por la sangre deglutida, y en las mujeres, por la predisposición particular que tienen á él.

3º Hacer sentar al enfermo en una silla frente á una ventana ó puerta á fin de no usar luz artificial y hacer que toda la luz del día la reciba de frente y en la boca. Si es una criatura es necesario envolverla en una sábana y hacerla tener por un ayudante de esta manera; el ayudante se sienta en la silla, teniendo sugetas con sus piernas cruzadas, las de la criatura; con un brazo le abraza el cuerpo junto con las manos, para que no pueda moverlas y con la otra mano libre, apoya fuertemente contra su cabeza la del enfermo apoyandola en la frente á fin de tenerla firme y en la posición que dará el cirujano.

4º Efectuado todo lo anterior solo falta operar, si antes, no se quiere anestesiar al enfermo; en este caso puede usarse un anestésico local, la cocaina al 5 %, en pulverización, que basta generalmente, para suprimir el poco dolor que tan rápida operación puede causar, pero si se trata de un enfermo muy inquieto, ó se prefiere así, puede usarse el Bromuro de etilo, que produce una anestesia rápida y de poca duración, la necesaria no obstante para lo que se desea y deja al enfermo una vez despierto en perfectas condiciones, teniendo la ventaja sobre el cloroformo, de poder tener la cabeza elevada sin tener ningún sincope. El cloroformo no se usa, porque primeramente se necesitaría la presencia de otro médico, despues por el tiempo que se requiere para anestesiar, la

duración de ello, la posición contraria de la cabeza por los síncopes, los vómitos y el malestar que queda al despertarse y que dura todo un día. Por estas razones todos los especialistas prefieren el Bromuro de etilo.

Aunque la hemorragia que se produce en la operación, no es muy grande ni digna de llamar la atención, no obstante he usado, en varios casos, con éxito completo suprimiendo toda sangre, pulverizaciones de Cloruro de Adrenalina al 1 por 2000, efectuadas 10 minutos antes de la operación.

No dejará de apreciarse la importancia que tiene este procedimiento, desde el momento que suprime uno de los factores, por el cual muchos padres no quieren dejar operar á sus hijos, el temor á la hemorragia, á la pérdida de tanta sangre como dicen además de que operando así, se suprime tambien la impresión desagradable que esperimentan los que presencian la operación (la familia) y lo que no es menos importante, la que esperimenta el operado, el verla, deglutirla y verse con la boca y nariz ensangrentadas.

No hay que olvidar, que la hemorragia puede aparecer pasadas varias horas de la operación, puesto que la Adrenalina isquemiza los tejidos, que más tarde por contra reacción se hiperemian, pero en estos casos no es para alarmarse, porque siempre será una hemorragia pequeña y en todo caso la natural en estas operaciones; así pues será

conveniente advertir al enfermo para que no le cause mayor sorpresa si horas despues de operado ve aparecer sangre.

Cocainizado ó anestesiado el enfermo, le haremor abrir bien la boca ya sea espontáneamente ó con abreboca, colocaremos un baja lengua á mango largo sobre la lengua é introduciremos el cuchillo (yo he usado siempre el de Moritz Schmidt) de costado hasta llegar á la faringe, en este punto lo volveremos á objeto de llevar la lámina cortante hacia arriba y como ya sabemos por el exámen donde estan ubicadas las vegetaciones, hacia allí llevaremos el instrumento á fin de engancharlas dentro de la ventana cortante. Efectuado esto no queda más que hacer un movimiento firme de palanca, apoyando la cuchilla contra la faringe, dirigiendola hacia abajo, mientras la mano lleva hacia arriba el mango. Este movimiento se repite varias veces y en todos los sentidos, siempre teniendo en cuenta la posición ya examinada de las vegetaciones, á fin de raspar toda la faringe nasal.

Una vez efectuado esto, que se habrá hecho en el más breve tiempo posible, sacamos el instrumento, siempre con las mismas precauciones que al entrarlo, colocamos delante del enfermo una cubeta, le haremos arrojar lo que tenga en la boca y sonar fuertemente las narices, para despejarlas de los restos de vegetaciones que puedan haberse albergado en ellas; inmediatamente revi-

saremos otra vez la boca y veremos si han quedado vegetaciones ó restos de ellas colgando y en este caso usaremos la pinza de Loewemberg para estraerlas, y con esto daremos por terminada la operación, faltando unicamente que el enfermo haga unas gárgaras antisépticas boricadas ó fenicadas y un pequeño toilet.

Algunos especialistas, despues de la operación, hacen al enfermo insuflaciones de aire por la nariz con la pera de Politzer, con objeto de despejarla de restos de vegetaciones, pero yo creo que no es conveniente, por cuanto pueden penetrar alguno de esos pequeños restos en las trompas, y causar obstrucciones ó timpanitis.

Sucede á veces que el enfermo se traga las vegetaciones, razón por la cual no pueden aparecer en la cubeta, en estos casos y teniendo conciencia de que se ha operado bien y á ciencia cierta, poco supone esto y puede asegurarse que no se repitirán y que el enfermo está curado, pero no sucederá lo mismo, cuando el operador por no saber operar ó por mal diagnóstico, se vale de que el enfermo puede tragarse las vegetaciones, para asegurar que así lo ha hecho, cuando simplemente ha sucedido que por no existir vegetaciones solo ha raspado la faringe sacando un poco de sangre y nada más.

Desgraciadamente esto sucede demasiado frecuentemente en la práctica civil por interveciones

llevadas á cabo, por médicos que se titulan especialistas en Otorrinolaringología y que jamás se han ocupado de la especialidad, sino en el momento de operar, pues creen que para ser tales, solo se requiere ponerlo en las chapas y declarar adenoideos á todo el que se presente, sin darse cuenta, que este procedimiento perjudica, más que beneficia, pues á fuerza de hacer tragar tanta vegetación, concluyen por salir tragados.

Terminada la operación, y á veces momentos antes, algunos enfermos esperimentan lijeros síncopes, que no reconocen más causa que una momentánea anemia cerebral, esto deberá combatirse haciendo recostar al enfermo con la cabeza algo más baja que el cuerpo, y con algún estimulante.

Los cuidados post-operatorios se límitan á poca cosa y consisten, en que el enfermo permanezca en cama un par de días, se alimente con líquidos, y se ponga en la nariz durante varios días, dos ó tres veces al día, lo solución antiséptica siguiente:

Mentol centigramos	0.20
Acido bórico gramos	5
Clorh de Adrenalina gotas	X
Glicerina gramos	30

En caso de hemorragia debe tener constantemente en la boca pedacitos de hielo.

Algunos enfermos, despues de operados, continuan por un tiempo más ó menos largo respirando por la boca, pero esto es debido á la costumbre

que tienen de hacerlo y no ya por necesidad, razón por la cual hay que recordarle á la familia que vigilen al niño para acostumbrarlo á que respire por la nariz y cierre la boca.

Esta operación como vemos, es bastante sencilla, no obstante, en manos inhábiles pueden suceder varios accidentes, como ser, heridas del septum, de los pabellones de las trompas, del velo del paladar, arrancamiento de la úvula, de parte del vómer, etc.; yo he tenido ocasión de ver una enferma á quien se le produjo una incisión en el velo del paladar en forma de ojal, de un diámetro de 1 1/2 centímetros de alto por 1 de ancho, que tuve que suturar por cuanto los alimentos pasaban á la nariz.

Si bien no hay contraindicaciones para efectuar esta operación, creo que en los hemofílicos es peligrosa y no debría practicarse y en esto tendriamos la confirmación en un caso del Doctor J. Francisco Stewart, que pública «The Lancet» el 15 de Noviembre de 1902, en el que operando un niño hemofílico de 7 años, se produjo una intensisima hemorragia que aunque consiguió cohibirla, se reprodujo más tarde en el tejido sub mucoso de la faringe, produciendo la asfixia consiguiente, por lo que hubo que intubarlo y más tarde hacerle traqueotomia, ocasionando esta última intervención una nueva y gran hemorragia que le produjo la muerte. Como vemos hay peligro en operar estos enfermos.

Observaciones

—

Servicio de Otorrinolaringología
del Hospital Norte
á cargo del Doctor J. E. Torrent.

I.

Francisco C. Argentino, 7 años de edad, antecedentes hereditarios buenos, personales, ha tenido sarampión á los 6 años. Niño de aspecto idiota demacrado, pálido. Los padres lo llevan al consultorio porque le han dicho en el colegio, que lo hagan ver, á causa de que no aprende nada y oye poco. Dicen que hace tiempo que lo notan sordo y haragan, sin poder apreciar si desde antes ó despues del sarampión, aunque se inclinan á pensar que desde mucho antes, que por más que lo han castigado no ha variado nada su modo de ser y más bien ha empeorado puesto que se lo dicen del colegio. No se orina en la cama, pero tiene sobresaltos.

El aspecto de este enfermo nos revela el tipo clásico del adenoideo, así que el exámen es dirigido al naso farinx directamente, encontrandolo como suponiamos lleno de vegetaciones, que obstruian tambien la entrada de las trompas, el paladar lo notamos de forma ogival y el torax algo desformado, aplanado en los costados, además averiguamos que siempre respiraba por la boca. En una palabra era un perfecto adenoideo.

Le proponemos la operación que la aceptan inmediatamente. Fué efectuada al día siguiente en la forma indicada en páginas anteriores, sin anestesia, extrayéndose vegetaciones que en total serian del tamaño de una almendra. Se le indicó el tratamiento apropiado y se le hizo venir á los 8 días, constatandose que no había habido hemorragia alguna secundaria y si, una notable mejoría oyendo bien y respirando mejor. Se le dió de alta y á los dos meses era tan notable la diferencia, que solo por ser los mismos padres que lo traían podiamos imaginarnos quien era, estaba grueso, alegre, inteligente y no se sobresaltaba en la cama.

II.

Maria Luisa G, argentina de 11 años, antecedentes hereditarios desconocidos; personales buenos. Reg u lar estado de nutrición.

Esta niña se queja de dificultad para respirar por la nariz teniendo que hacerlo por la boca, que la tiene siempre abierta, se asusta de cualquier cosa, tiene epixtasis aunque no todos los días, pero que la impresionan bastante pues no puede ver sangre, tiene un poco de tos. Se examina y no se encuentra nada de anormal en los pulmones ni corazón; en la nariz encontramos lijeras escoriaciones ocasionadas por los dedos, que dice se lleva allí, para abrir las ventanas nasales á objeto de recibir más aire, y que son la causa de los epixtasis. Examinando el naso farinx por vía anterior, se nota unas pequeñas masas blandas que obstruyen la luz del rinoscópio; con el estilete se mueven y con pulverizaciones de cocaina se retraen, no dudando que sean vegetaciones, llevamos el dedo hacia ellas y nos convencemos que realmente son y que ocupan toda la cavidad, aunque no son muy voluminosas.

Le indicamos á la Señora que la traía que había que operarla, consintiendo en el acto; así lo hicimos prévia anestesia con bromuro de etilo.

Despierta, nos manifestó la gran diferencia que experimentaba al respirar, pues en ese momento lo hacía libremente. A los 15 días la vimos de nuevo ya respirando libremente y sin haber tenido epixtasis. Fué dada de alta.

III.

Rosa A, francesa, recién llegada al pais, con buenos antecedentes tanto hereditarios como personales, 11 años de edad, mal estado de nutrición.

Dicen los padres que durante todo el viaje, la niña los ha tenido preocupados por la gran dificultad para respirar que manifestaba, hasta el punto que una noche de gran tormenta y en la que se hallaba mareada, creyeron que se les moría, pues en cada esfuerzo de vómito, se ahogaba, se ponía negra. Esta dificultad ya la sentía en Francia desde hacian dos años, pero á bordo se agravó. Examinada la enferma, encontramos el naso farinx lleno de vegetaciones: se operó y 10 días despues se dió de alta completamente bien. No hubo necesidad de anestesiar.

IV.

Manuela R, española, 9 años, con 7 de residencia en la ciudad. Dice la madre que desde la edad de 1 año, notaba que para respirar hacía un movimiento raro con los labios, más tarde y cuando pudo explicarse la hija le decía que no podía respirar; se orinaba frecuentemente en la cama. A los 6 años la hizo ver y le dijeron que estaba enferma de la nariz y le dieron una pomada con olor á menta, cuando se la ponía respiraba

por un momento bien, pero media hora después ya respiraba con dificultad; como se fué al campo no pudo hacerla ver más hasta que la llevó al consultorio para que la vieramos, pues se encontraba peor; la examinamos y encontramos voluminosas vegetaciones, se operó é inmediatamente notó que respiraba bien; á los 6 días fué dada de alta.

V.

Catalina A, Italiana, venida 3 meses antes, edad 15 años, buenos antecedentes.

Dice simplemente que no puede respirar desde varios años atras y que ahora está sorda y tiene mal olor en las narices y en la boca.

Examinamos la faringe y encontramos la amigdala izquierda hipertrofiada, la derecha menos; la cavidad nasal libre, el naso farix con vejetaciones, la operamos sin anestesia, habiendo un poco de hemorragia por la amigdala y se le dió el alta á los 7 días, perfectamente bien, respirando sin dificultad, sin mal aliento y con el oido libre.

VI.

Arturo M. Argentino, 2 años de edad. Dice la madre que desde los 6 meses le nota dificultad en la respiración y que en esa época cuando mamaba tenía que dejar el pecho á cada rato para respirar,

alimentandose por esa causa mal. Constatadas las vegetaciones fué operado y dado de alta pocos días después con encargo de volver si había alguna novedad; como no volvió más es de suponer que la curación fué el resultado.

Servicio de Otorrinolaringologia

del Hospital Rawson,

á cargo del Doctor Justo P. Viera

VII

Edelmira Z., 15 años, Argentina, ha tenido escarlatina á los 10 años.

Esta enferma se queja de dificultad respiratoria constante, desde hacen 8 ó 9 años, que aumenta de intensidad en los periódos menstruales y dice que continuamente tiene llena la boca de mucosidades, amargas y espesas; siente lijeros dolores en los oidos y zumbido que la molestan demasiado habiendole supurado mucho el oído derecho, dice tambien que con cada perióodo menstrual á la par del aumento de dificultad para respirar, esperimenta sordera y vértigos.

No hay nada anormal en los aparato respiratorio y circulatorio. En la nariz se observa la mucosa congestionada, especialmente del cornete medio izquierdo y con cocaina desaparece momentáneamente la congestión. Se examina la boca y

observamos, una mala implantación de los dientes, pues unos están superpuestos y desviados otros; el paladar ogival, algunas granulaciones en la faringe, y pasando al naso farinx lo encontramos casi infranqueable, por la masa de tejido adenoideo que lo llena.

Invitada á hacerse operar, lo hicimos en el acto con anestesia local, estrayendo las vegetaciones parte directamente con la cureta y parte con la pinza; hubo una abundante hemorragia aunque de poca duración, sobreveniendole un lijero síncope.

Repuesta ya, nos manifestó la sorpresa al sentir entrar tanto aire y con tanta facilidad, como nunca había sentido. Se le indicó reposo por dos días y volviendo á verla al tercero, nos manifestó no haber sentido ninguna novedad, por lo que se la dió de alta, con encargo de volver á los 10 días; así lo hizo, con la mayor alegría pues respiraba con toda amplitud, sin zumbidos ni dolores de oido.

VIII

Juan C., Argentino, hijo de padres franceses, 7 años; como antecedentes, hereditarios dá, que á dos hermanos los operaron de vegetaciones y que el padre sufrió tambien la misma operación á los 9 años de edad.

Este niño, cuyo estado de nutrición deja mucho que desear, se queja de no poder respirar, sueño

intranquilo y se orina en la cama. Su aspecto físico nos revela un adenoideo, lo examinamos y encontramos vegetaciones. Es operado y dado de alta á los 8 días respirando bien, aunque persistía aún la enurexia.

IX

S. Berta, Alemana, 15 años, bien desarrollada, buenos antecedentes. Se queja de cierta dificultad para respirar y de palpitaciones; recien comienza á menstruar, examinado el corazón no encontramos nada anormal, pero si hallamos el naso farinx ocupado por vegetaciones; es operada y al mes volvemos á verla, manifestandonos que respiraba bien y no había tenido palpitaciones.

X

Eduardo F., Argentino, 12 años de edad, aspecto de idiota, delgado, pálido. Los antecedentes hereditarios se ignoran, por ser de la casa de expósitos; personales, ha tenido sarampión y viruela.

Este enfermo es traido al consultorio no tanto por la dificultad de respirar, que la familia que lo tiene atribuye á idiotismo, sino porque dicen que no oye por momentos, que se orina en la cama y que grita dormido. Ha ido al colegio, pero no aprendía nada por lo que no lo mandaron más, no obstante tiene deseos de saber y es intelijente.

Examinandolo no encontramos en los oídos nada que sea la causa de su sordera, en la nariz, los cornetes no estan hipertrofiados, la mucosa lijeramente congestionada; el naso farinx, lleno de vegetaciones, es operado y no vuelve hasta los dos meses despues, manifestandonos encontrarse bien y que puede ya estudiar, durmiendo tranquilo, aunque siempre se orina en la cama pero menos que antes.

XI

Matutina R., Española, 7 y 1/2 años, antecedentes específicos hereditarios, personales buenos. Tiene una supuración del oído derecho que data de 7 años, con intermitencias, pus fétido, dificultad para respirar, voz nasal. Examinada la nariz no se ve nada digno de llamar la atención, no así el naso farinx, donde con el dedo lo notamos lleno de vegetaciones, lo que nos hace suponer que esta es la causa de la otorrea y voz nasal.

Se opera y al cabo de 20 días, la otorrea casi ha desaparecido y habla con su voz natural.

Vicente P. Constantino

Buenos Aires, Abril 16 de 1904.

Abril, 16 de 1904.

Nómbrase al Académico Dr. Telémaco Susini, al Profesor Titular Dr. Eduardo Obejero y al Profesor Suplente Dr. Eliseo V. Segura, para que constituidos en Comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el Artículo IV de la Ordenanza vigente sobre exámenes.

LAGLEYZE

Zenón Aguilar

—

Buenos Aires, Abril 19 de 1904.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Señor Vicente P. Constantino.

«En el local de la Facultad á 19 de Abril «de 1904, reunida la Comisión que subscribe «encargada de dictaminar respecto de la admisi- «bilidad de la tesis presentada por el ex-alumno «Señor Vicente P. Constantino que versa sobre «Vegetaciones Adenoideas» resolvió admitirla. Con «lo que terminó el acto.—Firmado: T. Susini — «Eduardo Obejero — E. V. Segura — Cárlos Ro- «bertson, Secretario.»

Zenón Aguilar

Buenos Aires, Abril 19 de 1904.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

LAGLEYZE

Zenón Aguilar

Bibliografia

—

Castex Andre.—Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Gelle M. E. - L'audition et ses organes.

Forns.—Otiatria.

Testut L.—Anatomie.

Devobe et Achard.—Manuel de médecine.

Cantani y Maragliano.--Patología y terapia médica.

Comby.—Maladies de l'enfance.

Lermoyez et Sebileau.—Annales des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du farynx.

Kayser R.--Diagnóstico y terapéutica de las enfermedades de la laringe, la nariz y el oido. (Traducción del Doctor Juan E. Torrent.)

Lubet - Barbon.—Quelques troubles provoqués par les tumeurs adénoïdes chez les enfants, (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1891 pag. 499

Loewemberg.—Tumeurs adénoïdes du farynx nasal.

Moure J. E.—Revue hebdomadaire de Laryngologie, Ontologie et Rhinologie.

Mendel.—Physiologie et Pathologie de la respiration nasale.

Chauveau.—Anatomie, physiologie et maladies du farynx, etc.

Grunwald.—Atlas manuel des maladies de la bouche, farynx, etc.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1ª Hemorragias post operatorias.

2ª Tratamiento consecutivo á la extirpación de las vegetaciones adenoideas.

3ª Complicaciones auriculares de origen adenoideo.