

TERAPEUTICA QUIRURGICA

Contribución al Estudio de las Vegetaciones Adenoides.

SU TRATAMIENTO.

Al abordar este estudio, escogiendo como tema la TERAPEUTICA DE LAS VEGETACIONES ADENOIDES, lo hago con el objeto de señalar la importancia que tiene y que hasta hoy no le hemos reconocido suficientemente.

El estudio de esta enfermedad es relativamente de data reciente y, sin embargo, el conocimiento de su sintomatología y los progresos en su terapéutica han alcanzado un éxito notable.

Su etiología y su patogenia están aún en estudio, y día llegará en que nuevas investigaciones descubran lo que sobre este particular desconocemos.

Comenzaré por hacer algunas consideraciones de carácter general y, después de bosquejar el TRATAMIENTO PROFILACTICO y el TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS VEGETACIONES ADENOIDES (ADENOIDECTOMIA), haré algunas consideraciones sobre sus complicaciones y accidentes y señalaré, por último, sus consecuencias y resultados.

CONSIDERACIONES GENERALES.

Se designa con el nombre de VEGETACIONES ADENOIDES el estado patológico constituido por la *hipertrofia de los órganos linfoides situados en la rino faringe*. En el estado normal el tejido linfoide adquiere mayor desarrollo en el punto que corresponde

a la unión de la pared superior con la posterior de la faringe, constituyendo lo que se conoce con el nombre de *tercera amígdala* o *amígdala faríngea de Tuschka*. Por lo expuesto se vé que esta amígdala existe en todos los individuos en estado normal y que sólo se debe considerar la hipertrofia como estado patológico. Las observaciones clínicas han enseñado que este órgano, de existencia efímera, desaparece en la pubertad, y sólo en casos excepcionales, o no existe o no ha podido ser descubierto en los recién nacidos o persiste más allá de los límites de la pubertad. Pruebas numerosas demuestran la existencia de esta glándula en los recién nacidos, y las hay también, sobre todo en México, de la persistencia de este órgano en individuos que han pasado de los 16 años. ¿Cuál puede ser la causa? Me la explico por la circunstancia de que en Europa, así como en la América del Norte, existe desde hace algunos años, un verdadero afán por practicar la adenoidectomía y no dejan pasar a los niños a mayor edad desde el momento en que las perturbaciones que ocasionan llaman la atención, y la exploración ha confirmado el diagnóstico. Entre nosotros, no obstante que este estado anormal de la amígdala faríngea, es más frecuente de lo que parece, aunque menos que en Europa, muy fácilmente han pasado y pasan desapercibidos los casos, y quizá muchos enfermos han llegado a la edad adulta sufriendo perturbaciones más o menos importantes que han desaparecido en parte o han quedado permanentes, sin que se les haya hecho en su oportunidad el diagnóstico, y, por lo tanto, sin sufrir el tratamiento adecuado. La regresión fisiológica que este órgano sufre al llegar a este límite, hace desaparecer el mayor número de los síntomas que caracterizan esta afección y raros son los enfermos que conservan el tipo adenoideo; sin embargo, he podido observar que entre nosotros, en proporción relativa, los pacientes de más de 15 años que llevan vegetaciones adenoides voluminosas, son numerosos. En nuestro suelo por condiciones de clima, de raza, de altitud, etc., reina el linfatismo, la escrofulosis y la anemia; estados patológicos que con el adenoidismo constituyen un tipo especial que es el que caracteriza el del mayor número de los pacientes que, mal alimentados y sujetos a una vida antihigiénica, dan el mayor contingente a las salas de tuberculosos de los hospitales.

Esta forma *mixta* en que estos vicios constitucionales se encuentran reunidos, caracteriza una entidad patológica frecuente en la clase pobre y en esta es en quien he tenido oportunidad de observar mayor número de casos.

No haré la descripción sintomatológica por no desviarme de mi propósito y por ser asunto que merece un capítulo especial, que trataré en otra ocasión. Solamente llamo la atención sobre que las manifestaciones de la escrófula y el linfatismo que tienen su sitio en la nariz y la faringe, pueden ocultar a los ojos del médico poco escrupuloso, la existencia de vegetaciones adenoides hipertrofiadas, cuyos síntomas peculiares pasan desapercibidos entre los que forman el cuadro en los enfermos estrumosos, dando lugar a un error de diagnóstico. Las amígdalas palatinas tan frecuentemente hipertrofiadas en estos estados patológicos, figuran como compañeras inseparables de las adenoides hiperplásicas. Aquí probablemente es más frecuente esta dualidad que en otras partes, pues recuerdo haber visto en Berlín y en París numerosas adenoidectomías y muy pocas amigdalotomías; no obstante que en París, por ejemplo, casi sistemáticamente se operan las amígdalas cuando se interviene sobre las vegetaciones, aun cuando aquellas no estén notablemente hipertrofiadas.

Aquí pasa lo contrario; casi sin excepción, podré asegurar que, con los numerosos casos de las amígdalas palatinas hipertrofiadas que reclaman la intervención quirúrgica, existe la de la amígdala de Luschka y que es relativamente raro encontrar un niño con vegetaciones adenoides que tenga sus amígdalas normales. Así es que, el tipo que describen los autores como característico del adenoideo, es poco frecuente entre nosotros y, tan poco frecuente, que entre más de 200 niños observados en el departamento de Oto-Rino-Laringología del Consultorio Central que es a mi cargo, y en mi clientela particular, apenas habré encontrado una decena de casos con los caracteres clásicos. En cambio, la forma mixta, como la he designado, representada por el tipo estrumoso como lo conocemos, es la más frecuente. En ella predominan los signos propios de dicha discrasia, sin que dejen de existir los del adenoidismo. Esta es la causa porque, aparentemente, en nuestra raza, el adenoidismo es menos generalizado que en otros países; causa que indudablemen-

te contribuye a que muchos paseñ ignorados o con un equívoco diagnóstico. Y llamo la atención a los médicos observadores, muy especialmente a aquellos que tienen bajo su cuidado la Inspección Médica de las Escuelas, sobre esta entidad patológica frecuente, cuyas consecuencias no desconocen, fácilmente curable en la generalidad de los casos; porque atendida oportunamente, disminuirá el número de niños que con el nombre de *retardados psíquicos*, abundan en nuestras Escuelas; comprendiendo entre ellos, probablemente en su mayoría, a niños apraxiicos, sordos, incapacitados física y moralmente a consecuencia de este padecimiento.

Me ha llamado poderosamente la atención el resumen estadístico del Servicio Médico Escolar, publicado en el Boletín de Instrucción Pública y Bellas Artes, en que en un total de 35,324 niños de las escuelas primarias que han sido examinados por los Inspectores en un período de tiempo comprendido entre el 1º de julio de 1908 al 30 de junio de 1910, aparecen 2,759 niños con afecciones de la naso faringe de la siguiente manera:

	Núm. de casos	Promedio.
Amigdalitis	33.	0.09%
Amígdalas hipertrofiadas.....	2,323.	6.58%
Vegetaciones adenoideas.....	144.	0.08%
Rinitis,....	177.	0.25%
Catarro naso faringeo.....	82.	0.12%
	suma.....	
	2759.	

Desde luego se nota la diferencia tan grande que hay entre el número de enfermos (2,323) con hipertrofia de las amígdalas y el de (144) con vegetaciones adenoideas.

En 18,000 enfermos que han solicitado consulta en el Departamento de oto-rin-laringología del Consultorio Central de la Beneficencia Pública, en un período de cerca de 7 años, he podido calcular, aproximadamente, que el número de enfermos con hipertrofia de las amígdalas palatinas, incluyendo a los adultos, llega a 1,500, es decir, el 8,33% del total. Ahora, el número de adenoideos que han reclamado la intervención quirúrgica ha sido de 200, de donde resulta una proporción de 13,33%

con relación al número de hipertrofia de las amígdalas. Haciendo este cálculo con los números de la estadística referida, resulta una relación de 1,61%. Como se ve, hay una diferencia muy grande entre el 13,33% que se deduce de mis observaciones y el 1,61% que resulta de la estadística escolar.

Esta desproporción me hace suponer que muchos adenoideos han pasado desapercibidos al examen clínico cuyo diagnóstico ha sido difícil hacer por la predominancia de los signos propios de la hipertrofia de las amígdalas palatinas.

Para dar una idea de la frecuencia de este padecimiento en Europa, referiré un dato que recientemente traen los "Archivos de Oto-Rino-Laringología" de París: En Rumanía, el Dr. Costiniú (de Bucarest) autorizado por su Gobierno, ha repartido a los maestros de las escuelas, folletos explicativos de esta enfermedad, aconsejándoles lleven a los niños con los médicos especialistas, y él, con algunos ayudantes, ejecutó 998 adenoidectomías, de diciembre de 1910 a mayo de 1911, y deduce según el número de niños que asisten a las escuelas que el 40 o 45% padecen de vegetaciones.

No será difícil que entre nosotros, la proporción de niños adenoideos aumente, cuando nos fijemos un poco más en la importancia que tiene hacer el diagnóstico de este padecimiento, que grandes males ocasiona a los niños.

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO.

El catarro nasal y la insuficiencia respiratoria que obliga a los niños a respirar con la boca abierta, son, por lo general, unos de los primeros signos que indican el aumento de volumen de la amígdala faríngea. Este aumento de volumen en los primeros momentos depende de las congestiones que sufre dicho órgano, cuando está sujeto a inflamaciones frecuentes de su mucosa; congestiones que siendo pasajeras al principio, acaban por hacerse crónicas, determinando la hiperplasia del tejido adenoideo. Cuando no se ha llegado a desarrollar crónicamente, es cuando el tratamiento profiláctico tiene su indicación; y esta indicación debe tener por principal objeto realizar la asepsia de las fosas nasales, de la faringe y del *corium*, por cuantos medios estén a nuestro alcance. Las instilaciones por la nariz, de vaselina mentolada o adicionada de ácido bórico, azufre, ictiol, sa-

lol, gomenol o formol; el agua oxigenada diluida convenientemente; el suero isotónico de cloruro de sodio; las pinceladas modificadoras de yodo y glicerina; los gargarismos y las duchas en la faringe; etc., pueden emplearse con buen éxito, si no para destruir las vegetaciones, crónicamente inflamadas e infectadas, cuando menos para disminuir los ataques frecuentes de inflamación; lo cual se consigue, también, colocando a los pequeños enfermos en condiciones higiénicas favorables, haciéndoles respirar un aire puro y evitándoles los enfriamientos y, en fin, todas las causas que determinan las afecciones catarrales de las vías aéreas. Es bien demostrada la predisposición que tienen los adenoides a las enfermedades infecciosas, como la difteria, la escarlatina, el sarampión, la gripa, y lo que aumenta la gravedad de éstas, la presencia de vegetaciones infectadas, por lo cual, en ellos es más indispensable aislarlos de los enfermos y alejarlos de los lugares en que aparece alguna epidemia de las enfermedades mencionadas.

Tratamiento médico.—Asociando el tratamiento profiláctico, una buena higiene personal y una medicación adecuada, según los casos, empleando el yodo, los yoduros, los ferruginosos, los arsenicales, los alcalinos, etc., el cambio de clima, y, sobre todo, a la orilla del mar, alejamos las causas predispuestas que dependen del estado constitucional y combatimos las locales que excitan y determinan la congestión primero, de la mucosa, la inflamación y la infección después, y por último, la hipertrofia de los folículos y la esclerosis de la trama de tejido conjuntivo que los engloba constituyendo las vegetaciones adenoides.

Tratamiento quirúrgico.—Si a pesar de estos medios, la vegetación llega a constituirse con estos caracteres, se perdería el tiempo inútilmente y se agravarían las lesiones con insistir en el tratamiento médico, y sólo el quirúrgico: la ablación del tumor adenoides, es el más racional y del que me ocuparé después de precisar las indicaciones y contraindicaciones operatorias.

Indicaciones operatorias.—Del examen clínico minucioso de la faringe nasal, de los órganos vecinos y del estado general, debemos sacar los elementos que justifiquen nuestra intervención.

La indicación de la operación debe ser cuidadosamente valorizada y discutida; se necesita decidir si es necesaria y lo exige la importancia de los síntomas. El médico se dejará guiar por

su conciencia y por el interés del enfermo, en cada caso.

La exploración del *cavum* por la rinoscopia anterior y posterior y el tacto, nos permite apreciar el volumen de las vegetaciones, precisar su sitio y nos da idea de su consistencia, aspecto y otras particularidades.

Para practicar la *rinoscopia anterior* se debe recurrir a los vaso constrictores; a la cocaína y adrenalina en los jóvenes; a la adrenalina sola al 1×2000 en los niños. Se instilarán algunas gotas en cada nariz y después de algunos minutos, se podrá, según la amplitud de las fosas nasales, apreciar con una buena iluminación refleja la existencia del tumor adenoide y así formarse idea de su volumen y de su sitio; la exploración por esta vía, por medio del estilete, nos ilustra sobre la consistencia; por desgracia en muy pocos casos la exploración anterior se puede hacer concienzudamente y los datos no tienen el mismo valor que los que dan los demás procedimientos.

La *rinoscopia posterior* en los niños de muy corta edad es muy difícil realizarla; sin embargo, debe intentarse siempre, pues puede completar los datos sacados del examen anterior. En los jóvenes el resultado de la investigación por esta vía es mas provechoso, pues nos puede dar idea más clara del volumen, sitio, aspecto, coloración, etc., y, además, demostrará las particularidades de los órganos del *cavum* que rodean a las vegetaciones.

El *tacto*, que deberá emplearse casi exclusivamente en los niños muy pequeños e indóciles, servirá para completar la exploración en los jóvenes, cuando los otros procedimientos no hayan dado datos exactos. Con este procedimiento, además de precisar los datos sacados de la rinoscopia, se puede fijar el volumen, sitio, consistencia y demás particularidades del tumor, así como el estado de los cornetes, del vomer, las fosetas de Rosémüller etc. No obstante el pequeño número de enfermedades con las que puede confundirse este padecimiento, es posible el error. El síndrome adenoideo o facies adenoideo, se caracteriza casi siempre que hay una obstrucción nasal, ya sea por la hipertrofia de la cola de los cornetes inferiores, la atrasia del esqueleto nasal, las crestas, los pólipos, rinitis hipertrofica (facies de la obstrucción nasal). Una lesión huesosa del apófisis vacilar, un pólipo fibromucoso, un pólipo naso-faríngeo o una simple adenoiditis, pueden revelarse por sus caracteres clínicos especiales

y constituir una contraindicación. Todos los errores de interpretación deben ser evitados antes de toda intervención.

La exploración de los órganos vecinos nos hace apreciar el conjunto de las perturbaciones ocasionadas directamente por la obstrucción nasal y por los fenómenos infecciosos de propagación: Las otitis supuradas, especialmente, y otras afecciones de la oreja, las faringo-laringitis, etc., constituyen por sí solas indicaciones racionales que justifican la intervención; pues las más de las veces se curan estos padecimientos después de la ablación de las vegetaciones.

El examen del estado general puede darnos elementos útiles; el defectuoso e irregular desarrollo de los huesos de la cara, la falta de desarrollo del tórax por la insuficiencia respiratoria, la apraxia, la adenopatía y numerosos trastornos nerviosos e intelectuales que acompañan al adenoideo, son otros tantos motivos que justifican la intervención.

La distinta manera de interpretar las indicaciones hace que muchos operadores no estén de acuerdo para precisarlas, tanto más, cuanto que son distintas según la edad y la predominancia de algunas de las perturbaciones que en cada caso se manifiestan por un tipo especial; pero de una manera general, clasificando por la edad, se pueden precisar de la manera siguiente:

En el recién nacido, cuando hay imposibilidad de que el niño tome el pecho por la obstrucción nasal, lo que lo lleva a la atrepsia, si hay dispnea nocturna, insomnio y fenómenos nerviosos de otro orden;

En el niño, si hay gran dificultad para la respiración nasal; obstrucción timpánica, sordera, accidentes de otitis aguda, exudativa o purulenta; faringo-laringitis, bronquitis, laringitis estridulosa, tos quintosa, cefalea; trastornos en el desarrollo, determinados por la insuficiencia respiratoria; deformaciones faciales y torácicas;

En el adulto, si hay el catarro naso-faríngeo crónico; laringitis con perturbaciones de la voz (rinolalia); sordera o complicaciones auriculares por obstrucción tubaria mecánica.

Contra indicaciones.—No se operarán: los hemofílicos, los niños que estén en un estado de anemia profunda; los que tengan lesiones graves del corazón; los que estén con algún ataque agudo de nefritis, de tuberculosis o diabetes; los que a pesar de lle-

var una vegetación voluminosa no sufran perturbaciones serias de causa mecánica ni de origen infeccioso; los que toleran su padecimiento sin grandes trastornos, antes de los tres años de edad.

Se retardará la operación: en los que estén bajo la influencia de una adenitis aguda o de una otitis, de un ataque de gripa, sarampión, escarlatina, viruela, erisipela o difteria; no deberá operarse durante el período menstrual.

Los accidentes graves, hemorragias o infecciones, son en general, debidos a la falta de precauciones.

Se diferirá toda intervención si existe alguna enfermedad intercurrente, latente. Si se nota cefalea, fiebre o presenta el menor síntoma que parezca anormal, se aplazará la operación.

Si reina epidémicamente la difteria, se esperará su desaparición para intervenir. Si se sospecha una sífilis hereditaria o adquirida, convendrá instituir el tratamiento específico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Con la adenoidectomía ha pasado como con muchas otras operaciones especiales que llegan a estar a la orden del día: *se hacen de moda*. Algún autor francés dice: "Hallaremos muy pocas familias, sobre todo en París, en las que no se haya hecho la operación en uno o varios sujetos." "[Es, según dicen, una operación tan pronta y tan fácilmente hecha!" Y, en efecto, no sólo en París; en Berlín, en Viena, en Madrid y en las poblaciones europeas y americanas de más importancia, creo que se abusa de esta operación. Hay especialistas que cuentan algunos miles de casos: el Dr. Compaired, de Madrid, cuenta en los últimos nueve años, 1720 adenoidectomías. Los asistentes a la clínica de la Universidad de París operan de tres a cinco enfermos diarios; en la clínica de la Caridad, en Berlín, también se operan el mismo número, aproximadamente, todos los días, muchos de ellos solamente cuando un diagnóstico casual ha revelado la existencia de una vegetación adenoide. He visto operar a muchos enfermos que no han tenido más que muy ligeras manifestaciones de obstrucción nasal por una hiperplasia apenas apreciable y sin perturbaciones que justifiquen la intervención. No crítico esta conducta, aunque me parece ligera; pero sí anoto es-

te hecho, que revela lo familiarizados que están los especialistas en la práctica de esta operación y la confianza que tienen en su éxito. No debemos olvidar que, aunque pequeña, la mortalidad por accidentes operatorios o por la anestesia, oscila entre 3 a 7 por mil; es muy grande si se tiene en cuenta el número de enfermos que cada especialista opera, accidentes que disminuirían si se llegasen a precisar mejor las indicaciones y contraindicaciones y usando menos de la anestesia general.

Bien estudiadas las condiciones individuales y precisadas las indicaciones operatorias, resuelta ya la intervención, viene a la imaginación esta pregunta: ¿Dónde y cómo se debe operar, qué anestésico conviene emplear y en qué condiciones puede operarse sin anestesia? Soy de opinión, contra lo que aceptan algunos especialistas, que para operaciones de esta índole, en que se puede, sin inconvenientes graves ni dificultades, trasladar al paciente, se debe operar en una clínica privada, en un sanatorio o en el consultorio del médico, siempre que, además de tomar las precauciones del caso, el operador esté rodeado de ayudantes aptos y de elementos que le permitan combatir cualquier accidente. Es innegable que las comodidades, condiciones de luz y otras con que cuenta el especialista para facilitar su acción, redundan en beneficio del enfermo, aumentando las probabilidades de éxito, las que difícilmente se realizan en la casa del enfermo. Los accidentes desagradables no lo son más porque pasen en la casa del médico, sino porque se proceda a operar sin la suficiente previsión. Cerca del operador, el paciente puede estar vigilado el tiempo necesario, puede ser atendido inmediatamente en caso de una hemorragia secundaria, por ejemplo, y sólo se le permitirá trasladarse a su domicilio cuando los temores de algo anormal hayan desaparecido. Estas razones me han decidido siempre a preferir operar en el medio en donde se obtiene mayor libertad de acción, más comodidad y mejores elementos de que disponer.

La anestesia, siempre útil, por evitar el sufrimiento al paciente y facilitar las maniobras al cirujano, no es en este caso enteramente indispensable; siendo la operación rápida y hábilmente ejecutada, es poco dolorosa y soportable. Algunos operadores rechazan la anestesia general, considerándola peligrosa, tanto más, cuanto menos importancia le dan a esta operación; otros,

al contrario, confiados en sus éxitos y en sus estadísticas numerosas, aconsejan la anestesia general como un elemento indispensable para el éxito de la adenoidectomía; otros, exclusivistas también, usan la anestesia local, a la que le dan mucha preferencia. Sin negar los beneficios que proporciona la anestesia general, creo que se abusa demasiado de ella y sobre todo en este caso particular, sin obtener los resultados completos de una buena anestesia. ¡Muy frecuentemente los niños sufren y estorban las manos del operador, cuando ha pasado el período de anestesia! Se establece una lucha entre los dos y al fin el enfermo ha sentido el dolor, se ha horrorizado y su defensa instintiva ha impedido al operador terminar su operación correctamente, y todo a pesar de haber expuesto al paciente a los peligros del anestésico.

Los anestésicos tienen sus indicaciones precisas que todos conocemos, y para obtener todo su beneficio es necesario estudiar su indicación en cada caso particular, y este estudio, hecho con el criterio que da la experiencia, decidirá si son necesarios.

La anestesia es *local* (cocaína o estovaina) o *general* (cloroformo, bromuro y cloruro de etilo, somnoformo, etc.)

1º *Anestesia local*.—Poco empleada en los niños, por lo difícil que se hace su aplicación sobre las vegetaciones y por la peligrosa acción de los agentes anestésicos empleados. Este procedimiento debe emplearse de preferencia en el adulto; su técnica es bien conocida para que me detenga en describirla.

2º *Anestesia general*.—Se deben tomar en cuenta muchas circunstancias individuales para escoger un anestésico; el *cloroformo*, que muchos operadores lo suelen usar (G. Laurens), solamente se empleará en los adultos pusilánimes, en los jóvenes de más de catorce años, en quienes convenga hacer simultáneamente la extirpación de las amígdalas palatinas. Todos conocemos los peligros y dificultades que trae consigo el empleo del cloroformo en las operaciones buco-faríngeas, y a ejemplo de Kronlein y de otros muchos operadores, debemos renunciar a su empleo.

El bromuro de etilo. Este anestésico,—dice Laurens,—es el de elección para todos los niños de dos a quince años, pero debe manejarse con precaución; permite operar estando sentado el niño; sus consecuencias son poco importantes y el enfermo vuel-

ve a su estado normal al fin de algunos minutos. Su acción es fugaz, suficiente, sin embargo, para terminar una adenoidectomía; obra rápidamente, siderando los centros nerviosos y principalmente el bulbo, produciendo la apesquía, la analgesia y la anestesia; determina una vaso-dilatación intensa, congestiona el cerebro y permite las operaciones estando el enfermo sentado, sin temor al síncope.

No siendo posible, por la rapidez de acción, precisar las fases de la bromelización, como se pueden perfectamente marcar en la cloroformización, debemos saber que, en un tiempo muy corto, que varía de treinta segundos a un minuto, se puede obtener con una cantidad mínima de anestésico, la insensibilidad completa, pasando sucesivamente por un pequeño período de apnea instintiva con que el niño se defiende del bromuro. Una vez verificada la primera inspiración, la analgesia y anestesia caracterizan el que pudiéramos llamar segundo período y se revelan por el relajamiento de los músculos y los esfínteres, antes en contractura; la regularización de la respiración y la insensibilidad en las conjuntivas. Estos tres síntomas marcan el momento operatorio; no es necesario llevar más allá, sin peligros, la anestesia, porque es inútil administrar mayor cantidad de anestésico, pues en la generalidad de los casos basta con aspirar en una o dos inspiraciones normales uno, dos o tres gramos de bromuro de etilo, según la edad, para producir la anestesia completa. Debemos tener presentes no sólo los peligros, por su acción sobre los centros nerviosos, sino por la asfixia, que necesariamente trae la falta de respiración del oxígeno y de eliminación del ácido carbónico.

Este período se caracteriza por la respiración estertorosa, la congestión y cianosis de la cara y la dilatación de las pupilas.

La duración de la anestesia es muy corta, de uno a dos minutos solamente, tiempo suficiente para que el operador, bien prevenido, haga la adenoidectomía y la doble amigdalotomía, cuando el caso lo requiera.

El bromuro de etilo debe ser puro y recientemente preparado, administrarlo con mascarilla, no prolongar su administración más allá de un minuto. Se citan dos casos de muerte señalados por Gutter, tres casos por Gleich, uno por Koehler, uno

por Suárez Mendoza, uno por Guinard, Seitz lleva una estadística de veinticuatro casos.

La técnica de la anestesia, como no difiere en sus detalles, ya sea con el bromuro, el cloruro de etilo o con el somnoformo, la describiré cuando me refiera al cloruro de etilo, que es el agente anestésico que en mi concepto está más exento de peligros.

El *somnoformo*. El Dr. Rolland (de Bordeaux) ha dado a conocer con este nombre una mezcla de bromuro de etilo, 5 gramos, cloruro de etilo, 60 gramos, y cloruro de metilo, 35 gramos; tiene muchos partidarios, y no falta quien elogie calurosamente esta mezcla, que, en mi concepto, si merece mayor confianza que el bromuro de etilo, es debido al 60% de cloruro que contiene.

No me explico de qué manera la adición de una tan pequeña cantidad de bromuro de etilo y de cloruro de metilo mejoren sus efectos o disminuyan sus peligros.

Como el brometilo, tiene un período que se le llama de *inducción*, en que el sujeto pasa al sueño anestésico, presentando algunas veces una excitación más o menos grande según su estado de nerviosidad, y un período de *resolución*, que se marca cuando se atenúan o desaparecen los movimientos de los párpados y cuando el dedo no despierta el reflejo de la conjuntiva.

El *cloruro de etilo*. Este anestésico de uso general en la actualidad, es el que puede darnos más confianza, es el que prefieren los operadores franceses. Referiré textualmente lo que dice Guisset: "Desde algunos años se tiende a substituir el bromuro por el cloruro de etilo. Este da una anestesia perfecta con una dosis relativamente menor; bastan dos o cuatro gramos. Goza además de la ventaja de su mayor conservación, con la sola condición de estar contenido en un tubo cerrado a la lámpara y al abrigo de la luz; su acción parece ser más superficial, más fugaz que la del bromuro; el despertar es más rápido; esto no deja de ser un inconveniente, pero puede obviarse prolongando la anestesia con la administración de una nueva dosis, sin ningún temor, gracias a la inocuidad casi absoluta del narcótico." Es el que he usado de preferencia, sin haber tenido en el pequeño número de anestias en que lo he empleado, el menor accidente.

Los signos de la anestesia por el cloruro de etilo son: resolución muscular al cabo de 12 o 16 segundos, no precedida de un

período de contractura verdadera; el ritmo respiratorio, después de la apnea defensiva, se regulariza y se acompaña de un suave ronquido; la cara se congestiona ligeramente, estrechez de las pupilas y algunas veces mihidriasis; convulsiones de los globos oculares hacia arriba, insensibilidad de la conjuntiva, abolición de la inteligencia y relajamiento, algunas veces, del esfínter vesical.

Las ventajas de este agente anestésico son: la anestesia rápida (en 60 segundos) sin perturbaciones apreciables, el despertar inmediato sin accidentes consecutivos, su eliminación fácil y violenta, lo mismo que la vuelta a la sensibilidad. Guisez usa el aparato Decollán y solamente el cloruro de etilo. Yo uso el aparato de Camus, por ser más sencillo y económico.

No obstante la gran seguridad que ofrece la anestesia por el cloruro de etilo, clínicamente no se puede considerar como un agente inofensivo; los casos de muerte, sin ser tan numerosos como con el bromuro de etilo, se elevan ya a una cifra apreciable, que será mayor cuando se conozcan las estadísticas de los rinologistas que lo usan de preferencia. El Dr. T. D. Luke refiere 17 casos de muerte, sin dar detalles. Esperemos que el tiempo venga a decidir sobre el anestésico que deba ocupar el lugar preferente.

La técnica de la anestesia por el cloruro de etilo, es, con poca diferencia, la misma que para el bromuro de etilo y el somnoformo. Conviene que el paciente esté con el estómago vacío, para evitar los vómitos que, aunque muy raros, pueden estorbar al operador y son desagradables; lo mismo conviene hacer con la vejiga. Sin más precaución, el enfermo, si es un niño, será aprisionado por las piernas de un ayudante, que debe ser robusto, tener la suficiente práctica y conocer los detalles de la operación y de la anestesia, para ayudar y secundar eficazmente al operador. ¡Cuántas veces de la habilidad y fuerza del ayudante depende el éxito de una intervención! Se tendrá cuidado de que el niño, sujeto de esta manera, no toque con los pies el suelo; los brazos estarán estrechamente sujetos con una sábana, paralelamente al tronco, sin dificultar la respiración; el ayudante, abrazando el trono del niño, impedirá que use de sus manos. Con la mano derecha o la que quede libre, extendida de plano sobre la frente del niño, oprimirá fuertemente su cabeza contra

el pecho, procurando seguir con su vista la del operador, para presentarlo siempre el campo operatorio.

Ya en esta actitud, el operador, sirviéndose de un abatidor si es necesario, separará los maxilares lo suficiente para aplicar el abreboca de Doyen, teniendo cuidado de abrir moderadamente la boca del niño para no perturbar su respiración. Hecho esto, se aplica la compresa o el aparato inhalador que se prefiera. Si es la compresa, deberá ser plegada en muchos dobleces; se vertirán de 8 a 15 gramos del anestésico y se aplicará delante de la boca del enfermo, invitándolo a que sople o respire ampliamente. Después de un momento, que no pasa de diez segundos, el niño hace una respiración profunda: es el momento de aplicar herméticamente la compresa sobre la boca del niño para hacerle absorber rápidamente y en su totalidad el anestésico, cuidando de conservar en su lugar el abreboca y la posición que debe tener el niño con relación a la luz, para que, en el momento preciso y sin pérdida de tiempo pueda el operador intervenir.

Después de dos o tres inspiraciones que el niño hace en medio de la agitación propia de la defensa y en un espacio de tiempo que varía entre 30 segundos y un minuto o minuto y medio, la contractura y los fenómenos de excitación caden, el cuerpo se relaja, la respiración se hace regular aunque ruidosa o estertorosa; este es el momento en que se debe retirar la compresa o la mascarilla, abrir más el abreboca, si es necesario, y comenzar el tiempo verdaderamente operatorio.

Si durante la anestesia la apnea se prolonga y amenaza la asfixia, se debe retirar el abreboca, esperar que se regularice la respiración y se procede a operar aun cuando el enfermo haya recobrado en parte su sensibilidad o, en caso necesario, hacer una aplicación de otros cinco o seis gramos del anestésico, para lo que hay que reaplicar el abreboca, evitando el trismus.

La acción del anestésico dura de 1 a 2 minutos, el tiempo que se requiere para una adenoidectomía; así es que cuando el operador da por terminada su intervención, el operado recobra su sensibilidad y su conciencia.

Algunas veces agitado, otras en calma, el niño suele quejarse de dolor de cabeza, de náuseas o de somnolencia, que se disipa pronto. Aun cuando al final de la operación haya revelado su-

frimiento, no conserva después ningún recuerdo de la operación, y solamente de una manera vaga y como en sueños refiere algo de lo que ha sentido.

Los *accidentes de la anestesia* por el cloruro de estilo son excepcionales y resultan del uso de un producto impuro, del empleo de una dosis muy grande o muy largo tiempo prolongada. Las causas de muerte no han podido hasta hoy ser explicadas ni se conoce todavía el mecanismo íntimo de la acción tóxica de este anestésico.

Las *contraindicaciones* son las mismas del cloroformo y de los demás anestésicos (lesiones cardíacas, renales, pulmonares, etc.)

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.

Meyer fué el primero en hacer una descripción sistematológica de las vegetaciones adenoideas; fué también el primero que las operó siguiendo la vía nasal y sirviéndose de una pequeña cucharilla; Zaufal y Chiari, partidarios de este procedimiento y siguiendo esta misma vía, han aplicado la asa de alambre, tal como se hace para la extirpación de los pólipos nasales; las dificultades de esta operación, debidas a la estrechez de las fosas nasales, sobre todo en los niños, y a la imperfección de los instrumentos ideados para el objeto, han hecho que se olvide esta práctica, y en la actualidad se operan las vegetaciones adenoideas hipertrofiadas por la *vía bucal*, la más accesible, la más amplia y la que permite hacer la extirpación menos laboriosa y más completa y la que se puede usar tanto en el niño como en el adulto.

Primitivamente se destruían los tumores adenoideos con el dedo armado de una cucharilla cortante montada sobre un dedo; este método ha sido también abandonado, dejando el lugar a dos, más científicos, más prácticos y menos expuestos a accidentes; estos son: el de la *ablación con la pinza cortante* y el de la *ablación con la cucharilla*. El primero se realiza con una pinza de doble curvatura, ideada por Chatellier; sus cucharas tienen cortante su borde convexo, el que, una vez colocada la pinza en el *cavum*, corresponde a las paredes superior y posterior de la faringe; su borde es cóncavo, embotado y sus ramas, separándose hacia adelante, impiden herir el vómer, la úvula o el velo del paladar.

Las pinzas de Lubet Barbon y Martin son más pequeñas; construidas bajo el mismo principio y destinadas solamente a los niños muy pequeños; son las más empleadas.

El método de *ablación por la cucharilla anular* es el más usado, el de *elección* y el que hasta hoy llena satisfactoriamente las indicaciones. La cucharilla imaginada por Gottstein, modificada por Moritz Schmiltz; tiene la forma de un anillo triangular, de ángulos redondeados, cuya base tiene cortante su borde interior y su vértice se continúa con un tallo resistente y se termina por un mango de forma variable. El anillo y el tallo tienen una curvatura que se adapta a la forma de las regiones y que varía poco según los distintos modelos. La forma del anillo, la anchura de la lámina, la dirección del borde cortante y la curvatura, tanto de la cucharilla como del tallo, han dado origen a cucharillas que llevan los nombres de sus autores, basadas todas en el mismo principio. Se construyen varios tamaños, para que sean adaptadas a las distintas edades.

TÉCNICA OPERATORIA.

La técnica operatoria varía según se trate de un *recién nacido*, de un *niño* o de un *adulto*. En el recién nacido, hasta antes de los dos años, teniendo en cuenta las estrechas dimensiones de la boca y de la faringe, es preferible y más cómodo operar con la pinza de Lubet-Barbon; no es necesaria la anestesia, pues la operación es rápida y no vale la pena de exponer al niño a los peligros inherentes; el abreboca es inútil; basta sujetar convenientemente al niño, deprimir la lengua con un abatidor, para poder insinuar cerrada, detrás del velo del paladar, la pinza cortante; con movimientos suaves de lateralidad y de elevación se consigue colocar las *cucharas* en la parte alta de la bóveda de la faringe; al separar las ramas de la pinza, teniendo cuidado de hacer una ligera presión contra la pared posterior de la faringe, para no lesionar el vómer o las colas de los cornetes, se puede tener la seguridad de no hacer presa más que sobre el paquete de las vegetaciones hipertrofiadas. Según la resistencia, al cerrar las ramas de la pinza, se puede juzgar si se ha tomado entre ellas alguno de los órganos mencionados; cada porción del tumor debe ser extraída haciendo recorrer a la pinza el mismo

camino que siguió al introducirla, para evitar que caigan fragmentos de tejido adenoide a la faringe.

La adenoidectomía llamada *clásica* es la que se practica en niños de los 2 a los 15 años y es la que merece una descripción con más detalles.

Preparativos y precauciones que se deben tomar. Entre los elementos de primera importancia con que debe contar el operador para alcanzar el éxito deseado, sin los que no se puede tener confianza plena, son: un buen ayudante, una buena iluminación y una buena silla. Ya he dicho que es indispensable que el ayudante esté bien instruido en los detalles de la anestesia, para secundar eficazmente las maniobras del cirujano; debe cuidar de que el niño conserve la posición que le dé el operador; no debe comprimir el tórax del niño para no dificultar su respiración; lo sujetará cruzando sus piernas sobre las del niño, de manera que los pies de éste no toquen el suelo; con la mano derecha, apoyándola fuertemente sobre la frente, inmovilizará la cabeza del niño, la que descansará sobre el lado izquierdo del tórax del ayudante; con la mano izquierda el ayudante sujetará las dos del enfermo (posición rinológica.) Cuidará de hacer bascular la cabeza del niño hacia adelante en el momento que el operador concluya su intervención, para facilitar la expulsión de la sangre y de los fragmentos de adenoide que hayan quedado en la boca del niño. Además, debe ser vigoroso, para contrarrestar los esfuerzos que suelen hacer los enfermos cuando ha pasado la acción del anestésico.

Entre nosotros es excepcional tener que recurrir al alumbrado artificial, lo contrario de lo acostumbrado en Europa, en donde se hacen, durante una época larga del año, con luz artificial (espejo de Clar) las operaciones. Basta escoger una pieza iluminada por una gran ventana y colocar al paciente frente a ella para tener una buena luz horizontal; solamente cuidará el operador de colocarse un poco diagonalmente para no hacer sombra sobre el niño con su propio cuerpo. Como un detalle que parece baladí, pero que tiene importancia, mencionaré la necesidad de escoger una *silla fuerte* para el ayudante, con el objeto de evitar el desagradable incidente de interrumpir o terminar cómicamente una adenoidectomía, como he tenido oportunidad de ver en dos ocasiones, por haber caído el ayudante y

el operado sobre una silla desbaratada, que cedió a los esfuerzos de la lucha que necesariamente se establece entre los dos, cuando el enfermo recobra su sensibilidad antes del fin de la operación.

Entre los útiles que es conveniente disponer en todas las operaciones quirúrgicas, debemos contar una bandeja de ríñon, un vaso con trozos de hielo, una jeringa con cánula de caucho, un matraz con suero artificial caliente, agua oxigenada, el anestésico elegido, compresas, batas, toallas, todo esterilizado satisfactoriamente.

Como instrumental, hay que disponer varias cucharillas de diversos tamaños, las de Gottstein, las modificadas por Morritz-Schmidtz o las de Fein, un abre-boca, un depresor lingual, unas pinzas de Châtellier y una pinza de lengua.

TÉCNICA.

En el primer tiempo de la operación se debe simultáneamente abrir la boca del paciente, separar moderadamente los arcos dentarios, abatir la lengua, colocar el abre-boca y aplicar el anestésico. Las dificultades que ofrece la aplicación del abre-boca de Doyen o algún otro modelo, el de O'Dwier, por ejemplo, dependen de la resistencia instintiva que tienen los niños, sobre todo, para abrir la boca. Conviene que el niño no vea armado de ningún instrumento al operador, y éste, por sorpresa, valiéndose de engaños, introducirá en la boca un abate-lengua. Una vez conseguido esto, es menos difícil lograr la separación de los maxilares, introduciendo hasta el fondo de la faringe dicho instrumento, para producir un movimiento nauseoso, con cuyo reflejo se separan los maxilares, o bien haciendo moderadamente una palanca y separarlos suficientemente hasta colocar las ramas del abre-boca. Estas deben insinuarse entre los primeros molares del lado izquierdo del enfermo y separarse lentamente hasta que se detengan por sí solas. Si el abre-boca está colocado muy al fondo y si sus ramas están exageradamente separadas, se puede provocar una luxación del maxilar o favorecer el espasmo de la glotis.

Hecho esto, se debe aplicar la mascarilla con el anestésico (bromuro, cloruro de etilo, somnoformo.) Cuando la anestesia

se ha conseguido, se retira rápidamente la mascarilla, se abren un poco más las ramas del abre-boca, para tener la seguridad de que no se separen de su sitio.

El operador deprimirá con la mano izquierda la lengua del enfermo, llevando el abatidor lo más profundeamente posible, sin tocar la pared de la faringe, para permitir la respiración. Con la mano derecha introducirá la cucharilla, tomándola como una pluma de escribir, hasta el fondo de la faringe, dándole una inclinación lateral, de manera que pase libremente entre el abatidor que deprime la base de la lengua y el borde libre del velo del paladar, cuidando de que quede la úvula en su posición natural. Haciendo girar el mango de la cucharilla sobre su eje en un cuarto de círculo, se coloca verticalmente con la parte angular hacia arriba y, haciendo un movimiento de tracción y después de translación, se consigue que se insinúe entre el borde libre del velo y el tabique nasal, por un lado, y la masa adenoidea por otro. Basta entonces abatir el mango del instrumento, llevando la cucharilla hacia arriba, para alcanzar la bóveda del *cévum*. El dedo índice, que debe apoyarse sobre la parte media del tallo del instrumento, servirá de punto de apoyo a la palanca en que la potencia está aplicada en el extremo del mango y la resistencia en el borde cortante de la cucharilla. Un movimiento de báscula hacia arriba, del mango, produce otro en sentido inverso de la cucharilla, la que firmemente aplicada contra la bóveda, desliza sobre esta pared y luego sobre la posterior, seccionando las vegetaciones. Este movimiento será tan extenso como lo requiera el volumen del tumor, y tan enérgico como lo necesite su consistencia; se repetirá cinco o seis veces hasta que se juzgue suficiente, llevando la cucharilla hacia los lados, para raspar hasta donde sea posible, tanto la pared póstero superior, como las laterales del *cévum*, teniendo cuidado de no despegar la cucharilla sino hacerla deslizar sobre la mucosa, una vez que la masa principal del tumor ha sido seccionada. Se evitará la sección de la úvula, de esta manera, si llega a interponerse entre la cucharilla y la pared de la faringe.

La ablación debe ser practicada tan completa como sea posible, al contrario de la de la amígdala palatina, porque este órgano tiene una acción fisiológica nula. Su extirpación comple-

ta no ofrece ningún peligro, y se debe hacer tanto más cuanto que los restos de tejido linfoide no seccionados pueden reproducir el mal. La circunstancia de existir las vegetaciones diseminadas en todas las paredes de la epifaringe y la imperfección de nuestros instrumentos, hacen que muy frecuentemente sea la operación insuficiente y que queden vegetaciones incompletamente seccionadas, y algunas no tocadas por los instrumentos, haciendo necesaria una segunda intervención. Por eso hay que controlar el resultado después de diez o doce días, cuando la escara y la reacción inflamatoria han desaparecido, y quitar los restos de vegetaciones que han escapado.

Adquirida la convicción de haber hecho una adenoidectomía completa, se retira rápidamente el instrumento, con las mismas precauciones con que se introdujo. Inmediatamente, el ayudante inclinará la cabeza del niño hacia adelante, para facilitar la salida de la sangre, que en estos momentos por la boca y la nariz escurre en abundancia, y evitar la penetración de restos de adenoide y de sangre en las vías aéreas o en el esófago.

Creo que en este último tiempo de la operación, cuando el enfermo comienza a recobrar su conciencia y se despiertan los reflejos, el abatidor de la lengua, profundamente introducido, lejos de favorecer la extracción de los fragmentos de adenoides, que suelen caer sobre él, dificulta la respiración e impide los movimientos reflejos de la lengua y los pilares de la faringe, que con los que eficazmente estorban el paso a los restos de adenoide y de sangre en la laringe. Para evitar estos inconvenientes, se han ideado abatidores (Basher) con un reborde en forma de cuchara (Laurens), con su fondo perforado que permite el paso del aire respirable, pero detiene los fragmentos de las vegetaciones. Yo juzgo que en este último tiempo de la operación, nos debe guiar más el tacto que la vista para manejar el adenotomo, y me parece, por lo tanto, innecesaria la presencia del abatidor, así como poco eficaz su ayuda. El abatidor debe retirarse después para facilitar la expulsión de la sangre contenida en la faringe.

La *hemorragia*, siempre abundante desde los primeros momentos, se contiene rápidamente; si continúa, es que han quedado restos de vegetaciones, adheridos a las paredes del *aduum*;

que se ha lesionado el reborde de las trompas, el vómer, las colas de los cornetes o la úvula, o que existe un estado general discrásico que favorece la pérdida de sangre. Si se tiene la certidumbre de que algunas vegetaciones incompletamente separadas son la causa, se deben extraer con la pinza de Châtallier o mejor reintroduciendo la cucharilla y haciendo un raspado suplementario.

Algunos autores proscriben las irrigaciones nasales, por juzgarlas nocivas, sobre todo por exponer a complicaciones auriculares. Yo creo, por el contrario, que es un buen medio, y particularmente sigo el ejemplo de los asistentes de la clínica de la Universidad de París; uso una jeringa terminada por una cánula doblada de caucho, y hago inyecciones calientes al través de las fosas nasales, con una solución de cloruro de sodio al siete por mil, adicionada de un 10 por 100 de agua oxigenada. Se consigue con este medio desalojar las fosas nasales y la faringe de las mucosidades y de los coágulos que se acumulan, de hacer una desinfección bastante eficaz y contener el escurrimiento de sangre. Haciendo esta inyección directamente hacia la faringe, de manera que no se obstruya la fosa nasal y permita el reflujo fácil del líquido, no se ejerce presión intranasal capaz de abrir las trompas y hacer penetrar los líquidos hasta la caja del tímpano.

Después se invitará al paciente a que se suene, soplando alternativamente por los dos lados de la nariz, para acabar de limpiar esta cavidad; se le aconsejará que haga algunos gargarismos con la misma solución; se le hará la *toilette* de la cara y se le acostará para que repose cuando menos una hora, bien abrigado, si la operación ha sido hecha en el consultorio; prescribiéndola después que guarde reposo en su casa, durante cuatro o cinco días.

Después de la operación, el niño tomará caldo o leche fría y pequeños trozos de hielo, y si hay escurrimiento sanguíneo, se le instilarán algunas gotas de agua oxigenada a diez o doce volúmenes, en cada una de las ventanas de la nariz, estando el niño acostado boca arriba.

Al día siguiente se le permitirá tomar alimentos semisólidos y tibios, y al fin de seis o siete días se le alimentará como en su estado normal.

Durante este tiempo el enfermo cuidará de tener en perfecto estado de aseo su boca y hará gargarismos con agua oxigenada diluida.

Las *consecuencias de la operación* varían con la edad y en general son de poca importancia; algunas veces bajo la influencia del choque quirúrgico o de la anestesia, los niños quedan aturdidos, somnolientos o apáticos; otras veces tienen una ligera excitación, se agitan, lloran, sufren dolores de cabeza y náuseas y tienen vómitos sanguinolentos y al fin terminan por dormirse.

Es conveniente prevenir a los padres, de la posibilidad de que los niños vomiten sangre o tengan evacuaciones negras, debidas a la deglución de la sangre durante la operación.

Los cuidados ulteriores son del dominio de la higiene: se evitarán en primer término los enfriamientos, que pueden favorecer las infecciones.

La reacción inflamatoria causa algún dolor y la obstrucción respiratoria nasal, debida en gran parte al edema consecutivo, y a la acumulación de mucosidades y de coágulos en la nasofaringe, hace que el enfermo respire con dificultad. La temperatura suele elevarse algunos décimos de grado en los primeros días.

Los *resultados tardíos*, cuando la intervención fué perfectamente justificada, no se hacen esperar mucho y se manifiestan claramente. Los adenoidectomizados adquieren un buen aspecto, duermen tranquilos, respiran sin fatiga, comen bien y aumentan de peso rápidamente. Muchos conservan, por efecto de la costumbre, el hábito de tener la boca abierta y, pudiendo hacerlo, no respiran por la nariz, haciendo necesaria una reeducación respiratoria nasal.

Las manifestaciones simplemente catarrales e infecciosas, rinitis naso-congestivas hipertróficas, faringitis, tubotimpanitis y obstrucción tubaria concomitante, sordera y algunas veces otitis supuradas, se curan espontáneamente o bajo la influencia de un sencillo tratamiento local. En fin, al cabo de algunos meses, los enfermos han recobrado su salud, a la vez que desaparecen las huellas de las perturbaciones físicas, intelectuales y morales que minaron tan profundamente su constitución.

He dicho que la *coexistencia de la hipertrofia de las amígdalas*

palatinas es entre nosotros muy frecuente, y como es probable que todos estos órganos linfoides estén ligados en su funcionamiento fisiológico, así como en el patológico, en mi concepto, el complemento necesario de la adenoidectomía es la hemisección de las amígdalas palatinas y debe hacerse la operación en una misma sesión, siempre que, aprovechando la anestesia y según las circunstancias del caso, esté indicada.

Por la semejanza de su constitución histológica y por la similitud probable de su funcionamiento, estos órganos linfoides deben evolucionar de la misma manera. La práctica nos enseña que las amígdalas palatinas hipertrofiadas, no se reproducen después de estirpadas, sino muy excepcionalmente y sólo cuando la operación ha sido incompleta y ha dejado porciones de tejido linfoide, infiltrado en sus folículos de productos sépticos, que determinan frecuentes inflamaciones al principio y la hipertrofia después. Así es que los casos de *reproducción* señalados, no se deben a la neoformación de elementos linfoides desarrollados sobre la amígdala seccionada, puesto que ésta, a pesar de haber vuelto a adquirir un volumen considerable, conserva la misma forma y persiste el corte hecho en la misma disposición: son los elementos que se dejaron los que han continuado su marcha hipertrófica bajo la influencia de causas locales y constitucionales múltiples.

Estas razones me hacen suponer que los casos citados de *reproducción de las vegetaciones*, son debidos, como en las amígdalas palatinas, al *crecimiento de las vegetaciones que han escapado a la acción de la cucharilla*, y no a la *formación de nuevos elementos desarrollados en el sitio del órgano extirpado*.

La *adenoidectomía en el niño de teta* difiere en que debe hacerse con la *pinza* (Lubet-Barbon) y no con la *cucharilla*, por las dificultades que ofrece y por el peligro que hay de la penetración de fragmentos de vegetaciones en las vías aéreas. Se operará sin anestesia, pues además de no ser indispensable, expondría a grandes peligros la vida del niño.

La *pinza* se introduce siguiendo las prescripciones conocidas para la *cucharilla*. Una vez colocada detrás del velo del paladar, por un movimiento de translación se llevará hasta la bóveda del *cévum*, se separarán las ramas y se aplicarán contra la pared de la faringe; al cerrarlas se tendrá una sensación dé-

bil de resistencia vencida cuando han hecho buena presa sobre las vegetaciones; si se siente resistencia, puede ser debida a que la pinza, por un movimiento de báscula, ha tomado el vómer o la cola de los cornetes, lo que se debe evitar.

Todos los demás detalles descritos, aplicables a la edad del niño, se deben seguir.

La operación en el adulto (arriba de 14 o 15 años). Dada la posibilidad de hacer un diagnóstico preciso en el adulto, por la facilidad de los medios de exploración, se puede de antemano precisar también la técnica operatoria y decidir qué método es el más adecuado al caso, según sus condiciones especiales. Alguna vez podrá ser útil la anestesia general por el cloroformo y convendrá la extirpación de las vegetaciones con la pinza; otras veces la brometilización o cloretización y la operación rápida con la cucharilla, y otras, las más de las veces, se podrá anestesiarse con cocaína o con otro anestésico local y usar de la cucharilla. Estos problemas los resolverá el operador según su criterio, consultando la voluntad del paciente.

La anestesia local con cloruro de cocaína o estovaina en solución al 10% se hará por medio de pulverizaciones directas por vía nasal o por la vía bucal, o taponando el *cávum* con una tira de gasa impregnada de la solución, la que se dejará durante diez minutos, cuidando de que no escurra y sea deglutido el líquido anestésico, para evitar los accidentes de intoxicación.

Hecha la anestesia (al fin de 15 minutos), se procederá a hacer la adenoidectomía, eligiendo cualquiera de los procedimientos más adaptables al caso especial, a juicio del operador, tomando en cuenta que en el adulto las vegetaciones son más o menos fibrosas y resistentes y, por lo tanto, hay que emplear mayor energía que en el niño.

Por esta constitución especial de las vegetaciones, cuyos vasos, rodeados de tejido fibroso, no se retraen fácilmente, permaneciendo más tiempo abiertos, hay que temer las hemorragias, más abundantes que en los niños; y estar prevenido también contra las hemorragias secundarias, consecutivas a la vaso-dilatación producida por la acción de la cocaína.

La anestesia general con el bromuro, el cloruro de etilo o el somniformo, está ya descrita, y la clorofórmica se hará como para todas las operaciones de la nariz (pólipo naso-farin-

geo) y de la boca: en posición de Rose y llevando la anestesia hasta la resolución completa. Se operará con la pinza o la cucharilla, como mejor convenga. Como la posición congestiona los vasos de la cabeza, la hemorragia es abundante; conviene operar rápidamente y taponar el *cánum*, mientras dure la acción del cloroformo.

Después de los primeros días, cuando la reacción inflamatoria ha pasado y la permeabilidad nasal se ha restablecido, el operado siente un bien estar grande, su respiración se hace tranquila, desapareciendo la agitación, el insomnio y la respiración estertorosa durante el sueño; su respiración se hace nasal y con ella se marcan los primeros signos de modificación favorable que tiene que sufrir el organismo de los adenoideos en su evolución posterior. Sin embargo, no todos los operados, a pesar de la posibilidad de una franca respiración nasal, dejan de respirar por la boca; esto se debe al hábito adquirido. Hay otros en que, a pesar de haber quedado con su *cánum*, libre después de una operación completa, continúan respirando por la boca y con los signos de su obstrucción nasal. Estos casos encuentran su explicación en la atresia del esqueleto de la nariz o en la hipertrofia de los cornetes.

La reeducación respiratoria nasal para unos y la turbinotomía o algún otro tratamiento especial para los otros, completarán el tratamiento.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA ADENOIDECTOMÍA.

Se ha considerado esta operación, en general, de resultados benignos y muchos autores citan miles de casos sin haber tenido accidentes post-operatorios, y sin embargo, se refieren casos de muerte y de accidentes graves, muchos de ellos dependientes de la falta de previsión y de habilidad del operador, otros, de la constitución especial de los operados. Así es que para evitarlos se necesita, antes de proceder a operar, como para todas las intervenciones quirúrgicas, haber hecho un examen detenido y un diagnóstico exacto; justificar las indicaciones operatorias y rodear al enfermo de todas las precauciones que le pongan a salvo de accidentes operatorios y post operatorios. No obstante la previsión y competencia del operador, son mu-

chos los factores que pueden comprometer el éxito de una adenoidectomía y causar grandes peligros al paciente y profundo desagrado al cirujano.

Las hemorragias y las infecciones ocupan el primer término y son por su frecuencia y su importancia las que debemos prever, conocer y combatir, de preferencia. Vienen, en segundo lugar, los accidentes nerviosos y traumáticos y en tercero los causados por condiciones inherentes al operado, especiales en cada caso.

1° *Accidentes hemorrágicos.*—La hemorragia puede ser inmediata o consecutiva y depender de una causa local o de un estado constitucional. *Las hemorragias inmediatas o primitivas*, aunque impresionan momentáneamente, no son de gravedad, se detienen espontáneamente después de algunos instantes, cuando la operación ha sido completa y correcta, es decir, que no hayan quedado fragmentos de tejido adenoide incompletamente seccionados; que la cuchilla no haya interesado el borde de las trompas, la coia de los cornetes hipertrofiados y que no se haya desgarrado el vomer, el velo del paladar o la úvula, etc. En las condiciones normales la sección del tejido adenoide hipertrofiado sangra abundantemente por ser muy vascularizado y la retracción de los vasos se verifica inmediatamente por sí sola; pero en casos excepcionales, como los referidos, o cuando se hace la anestesia local con cocaína y adrenalina o cuando existe un estado hemofílico desconocido, la hemorragia persiste en este caso o aun se hace más abundante en aquel, cuando la acción vaso-constrictora del anestésico desaparece. No sólo la hemofilia, sino la anemia, las lesiones valvulares, la arterioesclerosis, la leucemia, las infecciones renales, el bocio exoftálmico; la coincidencia de una adenoiditis no diagnosticada o del período menstrual, etc., contribuyen a aumentar la pérdida de la sangre y a hacerla persistente por más o menos tiempo. También la anestesia general por el cloruro o el bromuro de etilo, por los fenómenos de congestión encefálica que producen, aumenta momentáneamente el escurrimiento sanguíneo.

Las hemorragias secundarias, menos frecuentes, son originadas por lo general, por la caída de la escara o la ulceración séptica del campo operatorio; éstas aparecen de los cuatro a los seis días y son poco inquietantes.

Tratamiento de las hemorragias.—Los medios empleados para combatir las hemorragias varían según su intensidad; basta algunas veces hacer ingerir al enfermo algunos pequeños trozos de hielo; hacer una inyección nasal de agua esterilizada caliente, sola o adicionada con agua oxigenada, para cohibir una hemorragia poco inquietante; esta práctica, en otros casos, cuando la pérdida de sangre es muy abundante, haría perder un tiempo precioso.

Si por la persistencia de restos de tejido adenoide, aun adheridos o de colgajos de la mucosa desgarrada, los vasos permanecen abiertos y dan sangre en abundancia se procederá a llenar el *cátrum* con tiras de gasa yodoformada; esto, habiendo sido colocado el paciente en la posición de Rose. Este tapón se dejará cuatro o cinco días siempre que no se presenten accidentes infecciosos o auriculares que obliguen a quitarlo, y se renovará cada veinticuatro horas si la hemorragia continúa.

2º *Accidentes infecciosos.*—En todos los adenoideos existe un catarro naso-faríngeo crónico que favorece el desarrollo de verdaderas colonias de micro-organismos de todas especies; así es, que la infección post-operatoria es muy posible, si no se toman las precauciones que alejen el peligro. El estado linfático, la anemia y la escarfulosis preparan el terreno para que los accidentes sean más temibles. La hemorragia por pequeña que sea, aumenta este peligro, colocando a los operados en condiciones de menor resistencia. Por desgracia no es posible realizar una asepsia perfecta del *cátrum*; sin embargo, se debe intentar, por los medios conocidos: hacer llegar a esta cavidad soluciones, de preferencia, de agua oxigenada y suero artificial (partes iguales); instilaciones de vaselina líquida mentolada o ésta misma pulverizada con un atomizador nasal. Muchos otros medios son aconsejados para evitar la infección de la herida operatoria; pero todos son deficientes, la práctica enseña que los mejores resultados se obtienen cuando se ha conseguido dejar permeables las fosas nasales; que no quedan coágulos ni mucosidades que dificulten el paso del aire; que no persista la hemorragia y que el enfermo se someta a los cuidados higiénicos aconsejados, después de su operación; cuidará de respirar por la nariz un aire puro; no saldrá de su habitación ni se expondrá a los enfriamientos; aprenderá a sonarse unilateral-

mente para no dejar que se acumulen las mucosidades en la nariz y que estas penetren en las trompas. *La trompa de Eustaquio* es la que más frecuentemente se infecta, y siendo la puerta de entrada de muchas de las afecciones del oído medio, se explica por qué son tan frecuentes las otitis medias que terminan casi siempre por supuración.

Las demás afecciones que hay que señalar son causadas en general por el estafilococo, el estreptococo y el neumococo: así vemos desarrollarse faringo-laringitis, bronco-neumonías, gangrenas pulmonares, adenitis, flegmones del cuello, faringo-laringitis diftérica (cuando se ha operado en un medio en que reina la difteria) etc.

3º *Accidentes nerviosos*.—Se han señalado casos de espasmo laríngeo, de muerte por asfixia, de crisis epileptiformes, de ataques de histeria, etc., no pudiéndose en muchos de ellos precisar si son debidos a la operación, a la anestesia o a la penetración de sangre o de restos linfoides a la laringe.

4º *Otros accidentes diversos*.—Entre éstos se citan algunos que están fuera de la previsión, como por ejemplo: la ruptura de la cucharilla y la penetración a la traquea o al exófago de algún fragmento, seguido de las consecuencias necesarias; la aspiración de restos de tejido adenoide por la laringe, que ha causado la asfixia o, habiendo penetrado a los bronquios, provocado una gangrena pulmonar; la parálisis del velo del paladar o sus desgarraduras, acompañadas del cambio de tono de la voz y de la dificultad para deglutir.

Excepcionalmente se presentan otros accidentes y solamente mencionaré: un caso de flebitis de las venas superficiales de la cara; otro de emigración de un fragmento adenoideo a través de la trompa de Eustaquio; algunas observaciones de meningitis tuberculosa de la base del cráneo, cuya aparición no se ha definido y algunos casos de manifestaciones reumáticas consecutivas a la adenoidectomía.

México, Febrero 28 de 1912.

PEDRO P. PEREDO.

Dictamen sobre el trabajo anterior.

SEÑORES ACADEMICOS:

La Comisión que emanó de esta H. Academia para considerar y emitir dictamen sobre el trabajo denominado "Contribución al estudio de las vegetaciones adenoideas", del Dr. D. Pedro P. Peredo, y que remitió con el carácter de pretendiente a la plaza vacante de Otorrinolaringología, en cumplimiento de su encargo expone lo siguiente:

La Memoria aludida es extensa, consta de cuarenta páginas escritas en máquina; sin exordio propiamente dicho, inicia su escrito con sucinta proposición en la que plantea su programa y plan de desarrollo; al tocar la materia, alma de su tesis, la trata en dos grandes capítulos, el primero se refiere a consideraciones de carácter general, correspondiendo el otro al verdadero tratamiento, el cual divide en profiláctico y quirúrgico; termina con algunas consideraciones sobre las complicaciones y accidentes postquirúrgicos y sobre las consecuencias y resultados de la Adenoidectomía.

En esta prueba científica que su autor exhibe para que se ajuilaten sus alcances y méritos, en general revela estudio y dedicación, en la exposición y análisis de los distintos puntos que la cuestión comprende se ve la influencia que en sus ideas ha ejercido la Escuela francesa, brillantemente representada por el renombrado especialista Jorge Laurens. La Comisión nota en el cuerpo del trabajo la falta absoluta de Bibliografía, así como la ausencia de material, fruto de su experiencia y práctica personales, lo cual es de lamentarse, pues el Consultorio Central, donde labora, es un medio en extremo favorable para haber recogido un caudal propio y vasto con que nutrir el tema por él elegido para este certamen. Aplaudimos, sin embargo, que haya fijado su atención en asunto de tan gran alcance, así como también que se haya detenido a considerar y poner de relieve la necesidad de sentar el diagnóstico cierto y oportuno de las vegetaciones adenoideas, pues son frecuentemen-

te desconocidas en la juventud escolar; deficiencia urgente de llenar, si se considera la funesta secuela de accidentes que en los adenoideos produce la enfermedad, frente al decisivo y brillante resultado de su tratamiento quirúrgico. Ha ofrecido, en verdad, un gran servicio, presentando en paralelo la estadística relativa del Consultorio Central, con la oficial del departamento de inspección médico-escolar; de su estudio comparativo se desprende que innúmeros educandos adenoideos, probablemente se escapan del conocimiento de la inspección técnica, pues mientras la estadística primera arroja un 13.33% de atacados, la segunda solo acusa el 1.61%.

Penetrando ya en la crítica del trabajo, al juzgar su aspecto técnico y doctrinario, la Comisión cree que el autor sufrió una distracción al definir las vegetaciones adenoideas, diciendo que son un estado patológico constituido por "la hipertrofia de los órganos linfoides de la faringe," así redactada la definición querría decir que el padecimiento reside en la hipertrofia del tejido linfóide que forma el anillo de Waldayer, lo cual es un error; suponemos que quiso decir de la naso faringe. La profilaxis y la terapéutica médica están tratadas dentro del claui-cio y con superabundancia de detalles. El capítulo que versa sobre el tratamiento quirúrgico es minucioso; ofrece quizá un exceso de literatura al ocuparse de los anestésicos, punto que expone con maestría, pero que no corresponde ciertamente a la especialidad. Las indicaciones, contraindicaciones, procedimientos y técnica operatoria están bien descritas y en nada se apartan de lo que la práctica general enseña y ha sancionado.

Señala, para terminar, los accidentes y complicaciones de la Adenoidectomía, como son las hemorragias y el modo de tratarlas, las complicaciones que engloba bajo el nombre de accidentes infociosos, síndromos nerviosos varios. Presenta como excepcionales otros varios accidentes, tales como febitis de la cara, emigración de fragmentos en la trompa, meningitis y otros, sintiendo la Comisión que casos tan raros como interesantes, no fueran precisados por alguna historia clínica que determinara si pertenecían a su práctica, o están entresacados de la literatura.

Sería prolijo mencionar los detalles con los cuales respetuosamente está inconforme la Comisión; ella discrepa por ejemplo,

en la poca importancia que el disertante concede a la rinoscopia anterior, más fecunda en enseñanzas, según reputados tratadistas, que la rinoscopia posterior, no acepta igualmente el consejo de los lavados para aseo las fosas nasales y la nasofaringe, así como tampoco la anestesia de ésta con el taponamiento del *cavum* con tiras de gasa impregnadas en solución de cocaína, etc.; aunque juzga que la enunciada inconformidad siendo personal, en rigor en nada menoscaba el mérito del trabajo.

La opinión que en conjunto se ha formado la Comisión respecto de la personalidad médica y profesional del Dr. Perodo en la especialidad que cultiva, es favorable, la historia de su carrera muestra que tiene amor al estudio y aspira al perfeccionamiento; en siete años de ardua y cotidiana labor en el Consultorio Central de la Beneficencia ha seguramente acopiado experiencia y saber que mucho ilustrarán a la Corporación en la que anhela ingresar. Habla en su abono, que a pesar de su ya larga práctica emprendió una fructuosa gira de estudio a través de célebres clínicas otorrinolaringológicas en París, Viena y Berlín, en donde nos consta que trabajó con aplicación y provecho; goza en suma de prestigio y buen concepto entre sus colegas. En el aspecto civil y moral no tiene tacha su conducta privada y pública, cumple con altruismo sus labores médicas y todo hace de él un hombre digno de pertenecer a la ilustre Academia N. de Medicina.

En virtud de los anteriores considerandos, la Comisión formula ante la H. Academia las siguientes conclusiones:

I. Es de admitirse al Sr. Dr. D. Pedro P. Perodo en la Sección de Otorrinolaringología.

II. Publíquese su trabajo de concurso con el presente dictamen.

México, Abril 30 de 1912.

FRANCISCO VÁZQUEZ GÓMEZ.

RAFAEL SILVA.

GONZALO CASTAÑEDA,