

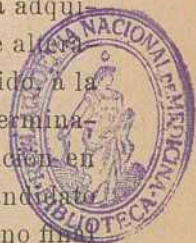
PERTURBACIONES Y TRASTORNOS

que la hipertrofia tonsilar y los adenomas naso-faríngeos, determinan en la organización infantil,

por el Dr. C. Compaired.

1023214

Son la hipertrofia de las amígdalas y los adenomas de la cavidad naso-faríngea, enfermedades tan frecuentes y comunes en la infancia, preferentemente hasta los comienzos de la edad adolescente, y producen ó son factibles de producir desórdenes generales de tal importancia en el organismo en vías de formación del niño, además de alteraciones de determinadas funciones importantes de la vida (la respiración por ejemplo), que debe á toda costa imponerse el médico práctico lo mismo que el especialista, la obligación de combatirlas hasta en sus últimas trincheras, sin por eso perder de vista el estado general del enfermito á fin de ahuyentar la fatídica sombra del *gaminismo* que bajo el amparo de tales afecciones se cierne sobre tan tierno sér, y destruir la tendencia que poco á poco vá adquiriendo hacia la ineptitud y la indolencia, efecto de alteraciones de los sentidos del gusto, del olfato y del oído, á la par que del funcionalismo respiratorio con sus interminables é importantes consecuencias para la organización en general, ya que no para conseguir arrancar un candidato próximo á la inflexible Parca, resultado del término final de tales cambios orgánico-funcionales.



Sinó patrimonio exclusivo de los primeros años, es al menos la hipertrofia tonsilar muy frecuente en dicha época de la vida, yendo por lo común precedida de tonsilitis catarrales ó parenquimatosas, cuya tumefacción una y otra vez repetida, vá dejando tras de sí en las amígdalas poco á poco y por etapas, cual capas de sedimentación ó residuo de neoformación celular, las modificaciones de textura que más tarde han de constituir la verdadera hipertrofia crónica, y que de un modo preferente se hallan representadas por el aumento de volúmen y de número de los foliculos, y por el agrandamiento de los orificios de las lagunas glandulares, que suelen llenarse de diversos productos de secreción.

Realizada ya la hipertrofia, y según su mayor ó menor desarrollo, ó según se halle en periodo de agudización catarral ó en el *hipertrófico estacionario*, son más ó menos acentuados los fenómenos que origina, ya en la función respiratoria y por lo tanto en la hematosis, ora en las funciones del aparato quilopoyético, bien en los aparatos auditivo y nasal, y ya, en fin, en todo lo inherente al desenvolvimiento orgánico general y desarrollo intelectual.

Pecaría de vulgar, si me entretuviera ahora en detallar la sintomatología local de esta afección, explicando la manera como se angosta y estrecha el itmo de las fauces, y por lo tanto, la entrada y el paso á los alimentos y al aire, dando por resultado una insuficiente alimentación y una aereación deficiente y exigua que hace no se llenen los pulmones del aire necesario en cantidad, estrechándose las paredes costales y haciendo prominencia el esternón, de todo lo cual sobreviene una semiparálisis de los músculos llamados de la vida animal y respiratorios por razón de la dieta de función, con predisposición muy marcada á las congestiones pulmonares; así como si manifestase, por ejemplo, que la voz gangosa y nasal, la partici-

pación que el oído toma en este síndrome patológico afectándose de una manera directa, &, son debidos, la primera, á la paralalia literal en su mayor parte, y la participación del oído, á causa de la presión de las amígdalas sobre las trompas ó á la existencia concomitante de vegetaciones adenoides, y á la propagacion del catarro crónico de la membrana mucosa.

Casi de una manera constante, ó por lo menos con suma frecuencia, sobre todo si recaen en niños escrofulosos, que es lo común, se acompañan estas hipertrofias de vegetaciones adenoides del espacio ó cavum naso-faríngeo con rinitis crónica, viniendo de una manera mecánica á completar y aumentar los síntomas funcionales propios y peculiares de aquellas, hasta el punto que en este caso, se ven obligados estos enfermos á respirar por la boca, resultando que el aire inspirado no es previamente caldeado y filtrado por las aberturas y conductos nasales, sino que entra directamente frio á la laringe y bronquios, ocasionando una predisposición manifiesta á los catarros faríngeos, laríngeos y bronquiales, además de venir á ser una nueva causa determinante en la producción de la hipertrofia amigdaliana, todo lo cual hace que á la larga adquieran estos individuos ese aspecto anémico característico, debido á la insuficiente nutrición y aereación mencionadas, que se agrava por los disturbios digestivos producto del moco deglutido casi constantemente, y segregado en abundancia tanto en el espacio naso-faríngeo, cuanto en la faringe, laringe y bronquios, y que no saben expulsar al exterior.

Como coincide la hipertrofia amigdaliana por lo regular, con el periodo de desarrollo ó de crecimiento del niño, se manifiestan con más intensidad alguno de los accidentes que determina; así la voz se altera en gran escala, y según ya hemos consignado, no pudiendo efectuarse con libertad la respiración por las fosas nasales, duermen estos enfer-

mos con la boca abierta, produciendo un ronquido, todo lo cual origina sequedad é hiperemia de las mucosas bucal y faríngea, que más tarde se ha de trasformar en verdadero catarro naso-faríngeo, facilmente propagable á las trompas de Eustaquio, y dando en su consecuencia lugar á la sordera. Y como ya lo hizo notar Chassaignac y antes hice mención, á causa de efectuarse mal el acto respiratorio, tiene lugar la suspensión del desarrollo torácico, que siempre trasciende al resto del organismo.

Por otra parte, la mucosa faríngea ofrece gran aptitud para las ulceraciones, ó mejor expresado, para las erosiones ó esfoliaciones, y para las inflamaciones crónicas, siendo por regla general el punto de partida de obstrucciones del tubo eustaquiano y de otitis medias. A este origen atribuye el Dr. Bellière, para mí no con fundamento completo, las otitis de los tuberculosos.

Recuerdo á este propósito como más interesante, el caso de un niño de ocho años eminentemente escrofuloso, hijo sin embargo de padres sanos y robustos, quien me fué traído á consultar por un fuerte ronquido que producía día y noche, pero preferentemente estando durmiendo, el que le despertaba á cada momento con grandes sobresaltos y sudores profusos, y cuyo síntoma era atribuido por una afección de garganta y pecho. A primera impresión aprecié dos cosas que saltaban claramente á la vista; su aspecto anémico en demasía y desnutrición general avanzada, y su facies estúpida de boca abierta, ventanas nasales dilatadas, mirada vaga é indefinida, etc., propio y característico de la obstrucción nasal; así es que casi sin reconocimiento adiviné, y así se lo dije á su padre que le acompañaba, que existía, como lo demostró el reconocimiento, vegetaciones adenoides, rinitis muy pronunciada y una hipertrofia considerable de ambas amígdalas.

Como era consiguiente, le propuse la doble operación, pri-

mero de las vegetaciones con las pinzas de Löwenberg y la cucharilla de Moritz-Schmidt, y despues las amígdalas con la gálvano-cáustica, á lo cual rehusó el padre por un excesivo cariño mal entendido y un temor injustificado que no pude vencer, y se marchó para no saber más de él hasta año y medio más tarde en que de nuevo vino á reclamar mis auxilios especiales, por una otorrea de fecha tres meses, con sordera, y una tos, ya crónica, que habian venido á minar de tal modo aquella tan empobrecida existencia, que más bien le habían convertido en un cadáver viviente. Por fin, se decidió á que se le operase, y á fuerza de tiempo, paciencia y cuidado, se pudo salvar á aquel desgraciado de una muerte segura é inevitable, más que por las lesiones en sí, por los profundos trastornos generales que vino á determinar.

Asunto es este de los trastornos físicos, ora locales, bien generales, que tanto la hipertrofia tonsilar cuanto las vegetaciones adenoideas determinan en la organización infantil, suficientemente debatido y aclarado en todos los autores que se ocupan en el estudio de tan importantes especialidades, pues no hay obra que deje de hacer mención más ó menos amplia de ello, desde Dupuytren, V. Beninati (*Die phisiol. es. path. Verd. d. menschl. Stimme*), Coulson, Warren, Shaw y Pitha, hasta los más modernos de Robert, Lennox-Browne, Massei, Ouspenski y otros.

Más quien, con verdadera paciencia germana y afanoso interés ha practicado diferentes observaciones en niños de diez á catorce años, para apreciar la importancia de la hipertrofia tonsilar y de las vegetaciones adenoideas en la infancia, y aclarar la relación entre la enfermedad ó enfermedades en cuestión y el desarrollo tanto físico cuanto intelectual de los niños, ha sido recientemente el laringólogo ruso Ouspenski, de Moscou.

Al efecto ha hecho mediciones del peso del cuerpo, de

la talla, de las dimensiones y amplitud del pecho, y de la agudeza visual y acústica, investigando la constitución del enfermo, la fuerza contractil de sus músculos, el estado de la cavidad de la boca y fosas nasales, de los gánglios sub-maxilares y cervicales, y las enfermedades anteriores y de herencia. Y por último, para juzgar del desarrollo intelectual, recurrió á los datos sobre la marcha de los estudios en los distintos meses, comparando los concernientes á los de los primeros meses de enfermedad, con los últimos en que ya se había hecho crónica la hipertrofia, y todos juntos con el semestre ó semestres anteriores á la iniciación del proceso patológico.

El resultado de las investigaciones llevadas á cabo, confirma: debilidad del oído hasta las tres cuartas partes menos de lo normal; miopía regularmente acentuada; desarrollo insuficiente de la talla y del peso del cuerpo; insuficiencia en la amplitud y volúmen del pecho en más de la mitad, que en el resto de las enfermedades. El estado general, malo: pónense los niños flacos y débiles, anémicos y suelen presentar manifestaciones del herpetismo. El timbre de la voz está alterado; la respiración por las fosas nasales dificultada, y por lo tanto resulta incompleta la hematosis. El infarto de las glándulas y gánglios del cuello y sub-maxilares, acostumbra á acompañar á la hipertrofia tonsilar y vegetaciones adenoides del espacio nasofaríngeo.

Cuanto el progreso y marcha en los estudios, deja muchísimo que desear.

De todo lo cual establece Ouspenski, que entre la hipertrofia tonsilar ó las vegetaciones adenoides, y el desarrollo físico é intelectual de los niños, existe una íntima relación causada preferente y quizá únicamente por la herencia.

No serían de grandes resultados las investigaciones

tan felizmente practicadas, sino se pudiera establecer además otra conclusión. Es á saber, que en la terapéutica de estas afecciones conviene añadir al tratamiento local, el general, para combatir de un modo enérgico y sin tregua ni descanso, las diátesis que hubieran provocado su desarrollo ó que lo estuvieran manteniendo.

Para conseguir este último fin deben emplearse los recursos anti-diatésicos oportunos, un régimen tónico, aceite de hígado de bacalao, los ferruginosos, arsenicales, iódicos, etc.

Respecto al tratamiento local, en el supuesto que existan concomitantes ambas afecciones reunidas, se procederá á operar la que más directamente sea la causa de la obstrucción nasal; y por ende de los trastornos generales consiguientes. En su consecuencia se procederá siempre ó casi siempre á extirpar las vegetaciones, no solo por que son las que más dificultad oponen al paso del aire á través de las fosas nasales, sino por que actúan más directamente sobre las trompas eustaquianas á las que comprimen y obstruyen enrareciendo la columna de aire que comunica con el oído medio, y por las que se propaga el proceso morbozo local, originándose otitis medias con salpingitis difíciles de vencer mientras no sea removida la causa productora.

Para conseguir tal fin se emplearán las pinzas de Löwenberg ó la cucharilla de Moriz-Schmidt, extirpándolas en una sesión, ó en varias si estuviesen muy extendidas en superficie y fuesen muy friables, ó si fuese muy indócil el niño, pero sin emplear nunca la anestesia ni por el cloroformo ni aun por el bromuro de etilo, pues siempre hay peligro, no tan solo por parte del agente anestésico en sí, sino por la deglución de sangre y residuos infecciosos de las vegetaciones, ó la caída de estos á la laringe y bronquios ocasionando una neumonia *por ingesto*, infecciosa.

Se comprende que se emplee la anestesia general en una operación de importancia y cuya enfermedad además sea grave, puesto que en este caso se impone el correr los riesgos de la cloroformización ó del uso de cualquiera otro anestésico general, á cambio de un beneficio que de otro modo no puede conseguirse; pero pensar siquiera en utilizar tal medio fármaco-quirúrgico, para operaciones *totalmente inofensivas*, sin consecuencias de ninguna clase, y por enfermedades de naturaleza benigna en demasía—toda vez que no pueden ser de naturaleza más benigna las neoformaciones ó neoplasias adenoideas, que *ni aun se reproducen* jamás despues de estirpadas—es á mi juicio el colmo de la *aparatomania* quirúrgica, con exposición para la vida del enfermo. Así es que no acierto á comprender, cómo la mayoría de autores modernos recomiendan como primera indicación en esta operación la cloroformización ó la anestesia por el bromuro de etilo, entreteniéndose á lo sumo en disertar sobre la mayor ó menor conveniencia del segundo por el menor peligro á que expone, cuando se puede llevar á efecto á satisfacción completa, con el *cito, tuto et jucunde* de los antiguos, sin necesidad de recurrir á ella.

¿Que se diría hoy día (pues antiguamente, y aun no hace mucho tiempo se empleaba), de aquel que anesthesiase con el cloroformo á un individuo para guillotinarle una amígdala muy procidente, ó para hacerle en ella toques galvanocáusticos? Le censuraríamos y con razón su proceder, y por añadidura haríamos lo posible por disuadirle de su idea tan peregrina. ¡Y sin embargo, se recomienda en obras y folletos y se practica por muchos de los especialistas (no por todos, ni por los más distinguidos, según he tenido ocasión de verlo en el extranjero), para estirpar simples vegetaciones adenoideas, *tan solo* porque se trata de niños indóciles, ó por no hacerles sufrir las pequeñas molestias inherentes al acto operatorio (recuérdese que no determina

el *menor dolor* la sección, corte ó raspado de las vegetaciones, por su carácter friable y estar desprovistas de filetes nerviosos), ó finalmente, por ser demasiado é injustificadamente condescendientes con los padres del enfermito.

Así pues, no se obre tan de ligero, y procédase al acto operatorio si se trata de niños pequeños ó de niños indóctiles, cogiéndolos un ayudante entre sus piernas con las que sujeta las del niño, y estando sentado, le sostiene con el brazo y mano derecha los brazos y cuerpo del muchacho, mientras que con la izquierda mantiene fija la cabecita de éste, apoyándosela sobre su pecho. De este modo seguro, se le abre la boca bien con un fuerte depresor ó con un abre-bocas si fuere necesario, y se hace uso de las pinzas ó cucharilla.

No todos los autores son partidarios de las pinzas cortantes, Voltolini, Karl, Michel, Schalle, E. Fraenkel, Lincoln y otros usan la galvano-cáustia; Störk, Hartmann, emplean el asa fría; Zaufal, tiene su cucharilla especie de embudo, aunque también usa con bastante frecuencia el asa fría y las pinzas cortantes; hay varios otros que se sirven de la uña propia ó de otra artificial; pero la inmensa mayoría, desde Stoerk, que fué el primero que las construyó y empleó, usan las pinzas, sean cortantes ó no, como las de Catti, que no se utilizan por no llenar cumplidamente su objeto. De las pinzas cortantes las más comunmente empleadas son las de Löwenberg, Mackenzie, Solis-Cohen, Woakes, Delstanche, Schech y las de Michael. De todas ellas prefiero las primeras y las últimas, esto es, las de Löwenberg y las de Michael, no solo por que he visto en las diferentes clínicas laringo-oto-rinológicas del extranjero que he visitado, son las que mejores resultados dan en la práctica, sino por que según he podido comprobar, son más fácilmente manejables y de un resultado más pronto y seguro. Y todavía me gustan más las de Michael (pro-

fesor de laringología en Hamburgo), por que además de su menor volúmen y peso totales, tienen la separación suficiente en sus ramas, entre el punto de su articulación y el cruce de su curvatura, para no pellizcar la úvula y velo péndulo cuando en la relajación caen y se adosan á esta porción de las ramas de las pinzas en el acto operatorio. También las cucharillas son buenas, pero por su falta de doble curvatura en su mango, no son tan manejables como las pinzas y además cuesta más tiempo el raspar todas las vegetaciones.

Lo que me dá muy buenos resultados y tan solo lo he visto utilizar en la clínica de Gouguenheim del hospital Lariboisiere, es el empleo inmediato á la operación, de trocitos de hielo que se mandan tragar al principio, y despues dejar desleir en la boca ya acostumbrada su mucosa á la frialdad por el paso de los anteriores; y más tarde los sorbitorios (mejor que la ducha de Weber) de agua templada salada con ácido bórico, recomendando pase el agua á la faringe.

Respecto al tratamiento local de las amígdalas hipertrofiadas, diré, que según he visto en las clínicas numerosas del extranjero y me lo tiene ya hace mucho tiempo acreditado mi experiencia personal, se *debe casi en absoluto* renunciar á la ablación por la guillotina, que además de lo molesto y engorroso en la generalidad de los niños, es sumamente expuesta, á pesar de lo que en contra dice y hace Gouguenheim por ejemplo, y otros laringólogos, y en su lugar se debe dar la preferencia á la galvano-cáustica, que si bien es de efectos muchísimo más tardíos, puesto que se necesita un mes por término medio para curar lo que la guillotina solo necesita un momento para el acto operatorio y ocho días para las consecuencias, en cambio está *exenta en absoluto* de peligros.

He aquí el proceder: embadúrnese con el extremo de un pincel ó con el porta-algodones faríngeo de Fauvel, los pilares y las glándulas, con una solución de clorhidrato de cocaina al 8 por 100. Colocado el enfermito como para el reconocimiento laringoscópico, ó como he descrito para operar las vegetaciones, si no se prestase voluntariamente—cosa que tan solo suele ocurrir la primera vez, pues en las sucesivas ya se dejan sin inconveniente alguno en vista de que no se les hace daño—de manera que al abrir la boca se iluminen las partes profundas de la boca (faringe, pilares, etc.) por la luz emanada del reflector frontal y deprimida la lengua, se cogerá el cauterio convenientemente y obtendrá el grado de calor necesario, puestos en inmersión en el líquido los elementos del aparato y haciendo presión sobre el botón que ha de permitir el paso á la corriente, pero sin llevar ni pasar el calor en el cauterio más allá del rojo cereza. Dejado enfriar, se introducirá en la boca después de bajar la lengua con el deprime-lenguas, y se fijará su extremo sobre un punto de la amígdala, en cuyo momento se establecerá la corriente y se hundirá algo profundamente, según el volúmen de la amígdala hipertrofiada, en la substancia de la glándula, dos, tres ó más veces en otros tantos sitios distintos, con bastante rapidez, y se sacará á seguida para permitir descanso al enfermito y para limpiar su boca de la saliva y espumarajos que produce la incandescencia. Hecho esto se volverá á introducir y atacarla de nuevo si fuere preciso, ó para hacer lo propio en la otra amígdala.

Estas cauterizaciones son indolentes y no producen una reacción inflamatoria de entidad, no impidiendo por lo tanto continuar los estudios ó trabajos acostumbrados. Según la mayor ó menor dureza del tejido glandular, serán precisas de tres á diez sesiones para conseguir una reducción suficiente de la amígdala ó para atrofiarla por com-

pleto. El tratamiento general se continuará sin embargo hasta que deje de ser necesario.

Aun cuando aconsejo cocainizar la faringe, pilares y amígdalas, es única y exclusivamente por calmar los reflejos que determina el deprime-lenguas, pues en realidad no es indispensable, y escasísimas veces la empleó en mi práctica.

Madrid Diciembre de 1892.