

Revista Médica de Bogotá

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DRS. JOSE M. MONTOYA - JULIO MANRIQUE - GONZALO ESGUERRA GOMEZ
AGUSTIN ARANGO Y DARIO CADENA

Vol. XLIV | Bogotá-Colombia S.A. Dcbr. 1934 Enero 1935 | N. 520-21

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS INDICACIONES OPERATORIAS DE LA AMIGDALECTOMIA Y ADENECTOMIA

Por el Dr. C. J. Cleves Vargas.

Recordemos siquiera sea someramente algunas nociones de fisiología nasal y bucofaríngea.

La fisiología nasal no es tan sencilla como aparece de un ligero análisis. No solamente la nariz es un órgano destinado a dar libre paso al aire que se respira, previo acondicionamiento (función respiratoria), sino que también desempeña factor importante en la percepción de los olores (función olfativa), contribuye además a la modulación de la voz (función vocal), coadyuva a la percepción de los sonidos por intermedio de la trompa de Eustaquio (función auditiva), asegura el perfecto drenaje de las cavidades accesorias (senos de la cara) e interviene además en la deglución.

Como defensa del árbol respiratorio representa la barrera más eficaz y si la primera digestión se hace en la boca, es también en la nariz en donde se inicia y acondiciona el primer acto respiratorio. En efecto, la corriente respiratoria no pasa por su interior como a través de un tubo de paredes rígidas, es decir amplia y libremente sin más tropiezo que la ligera fricción contra sus paredes. Por el contrario, el aire inspirado encuentra muchos obstáculos colocados en el interior de la nariz (cornetes), los cuales lo obligan a insinuarse por todos sus repliegues, fondos de saco y sinuosidades; tales tropiezos moderan su velocidad dando tiempo para cambiar substancialmente sus condiciones físicas, no solamente purificándolo del polvo y partículas impalpables que flotan en él, verdadera filtración, sino que, más importante aún, lo saturan de humedad y lo proveen de calor en condiciones iguales al

calor de la sangre. El tejido vascular eréctil que tapiza profusamente la superficie de los cornetes medio e inferior y la parte anterior del tabique nasal, es el encargado de cumplir esta tarea, acomodando su tamaño, gracias a su expansión, a las necesidades del trabajo; si el medio ambiente es demasiado seco y frío, aumentará su esfuerzo, ensanchándose para permitir cargar suficientemente al aire inspirado del coeficiente de calor y humedad necesarios, evitando por este medio que el aparato respiratorio que allí comienza y las demás mucosas de la bucofaringe sufran perjuicio. Es tan importante este servicio que nos presta la nariz que, según cálculos establecidos por diversos autores, ésta cede al aire inspirado un litro de agua aproximadamente cada 24 horas, lo cual nos explica la sequedad y tendencia al catarro de tales mucosas y el grave daño ocasionado a los bronquios y pulmones cuando la función nasal se encuentra perturbada. El moco nasal, donde se depositan las partículas de polvo que flotan en el aire cargado de microorganismos, no solamente detiene y envuelve tales gérmenes entorpeciendo su virulencia y dando tiempo a su fagocitosis, sino que además posee alguna acción germicida según lo han demostrado con estudios experimentales autores conocidos (Thomson, Hewlest, Wurtz y Lermoyez). En serie de cultivos sucesivos tomados a diversas profundidades de la cavidad nasal se observa mayor abundancia de la flora microbiana, mientras más cerca se esté del exterior, y ya los cultivos tomados en las profundidades de la faringe prácticamente son estériles. Para darnos cuenta de esta purificación basta considerar que cada 24 horas pasan por la nariz alrededor de diez mil litros de aire con una proporción de 26.000 a 300.000 microorganismos, según sus condiciones de mayor o menor pureza. De ahí la necesidad de mantener y respetar en perfecto funcionamiento el tejido eréctil nasal y su epitelio ciliado, el cual una vez destruído no vuelve a formarse, y el grave daño que se le ocasiona al aplicarle los tópicos diversos de uso corriente, los cuales cuando menos injurian su vitalidad entorpeciendo de esta manera su papel defensivo.

La segunda barrera defensiva tanto del árbol respiratorio como del sistema digestivo está representada en el "Anillo de Waldeyer", nombre que se ha dado a la organización de tejido linfoide situado en la confluencia del paso del aire y del paso de los alimentos, el punto estratégico mejor escogido para su emplazamiento. Este tejido ampliamente distribuído a este nivel, se halla constituído por una red de tejido conectivo cuyas mallas llenas de linfocitos se agrupan en pequeñas masas, (folículos), los cuales a su vez, al reunirse en mayores proporciones, toman el nombre de "amígdalas". El tejido conectivo interfolicular presenta espacios o criptas en donde se encuentran alojadas las glándulas secretoras de moco y sus orificios.

Tres son los grupos más importantes del tejido linfoide denomi-

nado "Anillo de Waldeyer". El primero se encuentra de cada lado de la boca entre los dos pilares; son las amígdalas palatinas. El segundo, suspendido en la línea media de la bóveda nasofaríngea, se conoce con el nombre de amígdala faríngea o de Luschka y más comúnmente con el de vegetaciones adenoides. El tercero se sitúa en la base de la lengua de cada lado de la línea media, descansando sobre las valléculas, y se denomina amígdala lingual. Este círculo se completa de lado y lado por pequeños grupos distribuidos unos alrededor del orificio de entrada de la Trompa de Eustaquio y otros en forma descendente a partir de este orificio. Este último grupo es muy aparente en ciertas faringitis rebeldes. El Anillo de Waldeyer así constituido entra en comunicación linfática con la primera cadena ganglionar situada alrededor del cuello (ganglios retrofaríngeos, estiloidianos, laterofaríngeos, esternomastoideos; carotídeos, glándulas submaxilares, ganglios hioideos y subhioideos). De otro lado, también se comunica por vía linfática con el tejido vascular eréctil de la nariz y de la mucosa gingival. Esta noción anatómica nos da la clave de las infartaciones ganglionares del cuello, tan comunes en los niños afectados de las amígdalas, como también de las demás afecciones de la nasofaringe frecuentes en ellos (rinitis, hipertrofias de los cornetes, faringitis y muchas sinusitis).

Nada tan discutido como la función de las amígdalas, y hasta nuestros días el problema no parece estar completamente agotado. Quiénes sostienen son éstas restos embrionarios sin función alguna conocida; otros les asignan la producción de una secreción interna la cual preside el desarrollo y tampoco han faltado autores que crean únicamente en su función de productores de moco para facilitar la lubricación del bolo alimenticio y su deglución. Basta sin embargo tener de presente su formación anatómica (agrupación de elementos linfoides) para que, sin forzar la discusión, comprendamos su función de barrera linfática contra la infección, barrera linfática que alcanza su pleno trabajo durante los primeros años de la vida, cuando somos especialmente propensos al asalto de nuestras vías aéreas y digestivas. Habla también en favor de esa tesis su mayor tamaño en la niñez, su localización a la entrada de las vías aéreas y digestivas, su frecuente crecimiento y congestión en los estados infecciosos, en muchos de los cuales es sitio de localización importante (escarlatina, difteria, reumatismo), y su permanente hipertrofia después de estas infecciones. Es por consiguiente rigurosamente científico que mientras estos órganos se encuentran sanos y cumpliendo su misión deben respetarse.

Veamos ahora en qué condiciones estos tejidos linfoides dejan de cumplir su trabajo como guardianes de la salud y se convierten en su amenaza constante, fuente frecuente de múltiples afecciones y de diversas complicaciones, planteando entonces el problema de su extirpación.

Para mejor claridad de la exposición la dividiremos en dos partes; en la primera trataremos de las “vegetaciones adenoides”, y en la segunda, de las amígdalas palatinas. Esta división es puramente artificial porque generalmente se encuentra la asociación de las dos entidades en el mismo paciente.

Vegetaciones adenoides.—Cuando el amontonamiento de tejido linfoide llamado amígdala faringea toma proporciones anormales, aparece un conjunto sintomático conocido con el nombre de “vegetaciones adenoides”. El espacio en el cual se hallan alojadas, común a la nariz y a la entrada de la faringe, se encuentra limitado, atrás por la pared posterior de la faringe, arriba por la pared inferior de los senos esfenoidales y base de las apófisis pterigoides, y se abre hacia abajo a la entrada de la faringe y laringe. Su capacidad es bastante reducida en los primeros años de la vida, pero va ensanchándose con el crecimiento hasta alcanzar su pleno desarrollo hacia los 15 años. Este crecimiento progresivo con la edad, unido al natural proceso de involución del tejido linfoide, nos explica por qué los fenómenos obstructivos nasofaríngeos tienen tendencia a mejorar con el crecimiento. El tamaño y forma de las Vegetaciones Adenoides varía grandemente. Al inspeccionar con alguna atención la pared posterior de la faringe, por debajo del velo del paladar, se alcanzan a percibir bajo la forma de pequeñas eminencias separadas las unas de las otras por surcos verticales que varían en profundidad; tales masas van haciéndose más grandes a medida que ascienden hacia la bóveda de la rinofaringe, en donde adquieren su mayor volumen. Su consistencia, blanda en la niñez, va endureciéndose con la adolescencia y cuando persisten en la edad adulta se hacen duras a causa de su infiltración por tejido conectivo escleroso, consecuencia de infecciones repetidas. Los repliegues y surcos que separan estas masas determinan la formación de fondos de saco en donde se acumulan detritus caseosos de olor fétido, productos de desintegración celular y abundantes microorganismos guardados allí en las mejores condiciones de cultivo, lo cual dá la razón de su repetida inflamación y de la génesis que desempeña en múltiples enfermedades infecciosas. En efecto, la flora microbiana es allí muy variada, toda clase de coccus prenden en los cultivos (estreptococcus, estafilococcus, neumococcus, etc.) Diversos autores han encontrado lesiones histológicas de carácter tuberculoso en estas masas linfoides y, en algún escaso porcentaje, la presencia del bacilo de Koch. Es ésta una afección conocida desde la más remota antigüedad. Desde los comienzos de la medicina, Hipócrates señaló su sintomatología: “Aquellos que sufren de dolores de cabeza y de supuración de oídos, tienen un paladar muy alto y dientes muy irregulares”, son sus palabras. A principios del siglo diez y ocho Santorini, Mayer y Lemón llamaron la atención sobre algunas pinturas del

Renacimiento y aún sobre algunas esculturas de la antigüedad como representativas del tipo adenoideo. Más tarde su descripción se ha hecho clásica en todos los tratados. Los primeros síntomas se presentan en los primeros años de la vida y van acentuándose hasta los doce años; hacia la pubertad tienen tendencia a mejorar y en ocasiones favorables desaparecen entre los 18 y los 20 años. Esta natural involución no siempre es constante y pueden encontrarse vegetaciones adenoides aún en personas de 50 años. Afecta por igual a los dos sexos y no respeta a ninguna clase social. Hay quienes sostienen (Campbell) que el “estado catarral” es en parte el resultado de una alimentación defectuosa, excesiva en feculentos y en azúcares, y de una incompleta masticación. El clima parece tener cierta influencia; se observa con más frecuencia esta afección en los climas húmedos y fríos. Todas las razas pagan igual tributo, en especial la raza hebrea. Esta enfermedad es tan común que las estadísticas europeas arrojan un porcentaje del 33% entre los niños que asisten a las escuelas de primera enseñanza. Mi personal impresión es la de que entre nosotros este porcentaje es aún más elevado, de manera especial en la altiplanicie de Bogotá, quizá por las condiciones climatéricas y los defectos de nuestra alimentación. Sería de mucha importancia conocer las estadísticas de nuestros médicos escolares al respecto.

Es muy difícil, casi imposible, establecer el límite preciso que indique la cantidad de tejido linfoide fisiológico, y cuándo éste pasa a ser patológico. No es posible encontrar un coeficiente adenoideo para aplicarlo en cada caso en particular, como tampoco se podría estandarizar ninguna enfermedad en el vastísimo campo de la patología. Cada organismo reacciona a su manera y lo que en algunas personas se considera como normal en otras, entra en el dominio de la clínica. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que las vegetaciones de mayor tamaño no siempre son las que producen peores síntomas, lo cual se explica porque en estos enfermos son los síntomas de infección los que predominan. Por consiguiente, es el riguroso análisis de sus manifestaciones clínicas en cada caso el que determina las indicaciones operatorias.

La sintomatología de los adenoideos para facilidad de su exposición la dividiremos en varios grupos, a saber: síntomas consecutivos a la obstrucción nasal, síntomas debidos a la infección de estos tejidos y a su importancia como agentes provocadores de múltiples afecciones, síntomas de origen reflejo y por último, su repercusión sobre el estado general.

Síntomas por obstrucción.—La función respiratoria nasal es un acto instintivo reflejo, el cual, como todo acto reflejo, se ejercita independientemente de la voluntad. Si a un niño que se encuentre dormido le tapamos la nariz impidiéndole la respiración nasal, el pequeño se

agita, lucha y trata de obtener por todos los medios a su alcance su libertad de respirar por la nariz; ya en último caso abre la boca para librarse de la asfixia inminente. Todos conocemos el problema que envuelve la alimentación de un lactante cuando por cualquier causa, un catarro fuerte por ejemplo, se tapa su nariz y se dificulta su respiración nasal; el enfermo no puede alimentarse convenientemente porque al tratar de hacerlo se ahoga y suelta el pecho. Cuando esta situación se prolonga, llega a constituir una seria amenaza para su salud y se necesita alimentarlo por medio de cuchara, lo cual le permite al mismo tiempo la entrada del aire. Lentamente el esfuerzo instintivo tenaz y continuo por sostener el libre juego de la respiración nasal va dejando en su esqueleto verdaderas impresiones fáciles de comprobar a un ligero análisis. Esta fisonomía especial, descrita por todos los autores con el nombre de "facies adenoideano", cuando no se remedia oportunamente, persiste en la adolescencia y deja también sus huellas en la edad adulta, no obstante la natural involución de que ya hemos hablado. Las describiremos brevemente: la nariz de aspecto infantil, falta de desarrollo, no guarda la debida proporción con el resto de la fisonomía, y es causa frecuente de desviaciones del septum, lo cual contribuye a la obstrucción permanente de su ventilación. Estas desviaciones del septum tan frecuentes de encontrar en la edad adulta como causa de obstrucción nasal permanente, no son producidas, como generalmente se cree, por un traumatismo; son deformaciones esqueléticas debidas casi siempre a vegetaciones adenoides de la niñez, las cuales, más tarde, con el natural proceso de atrofia del tejido linfoide, desaparecen en la edad adulta dejando su huella en el esqueleto nasal. Me ha sido posible en algunos pacientes adolescentes aún, comprobar la desaparición de la desviación del septum cuando oportunamente se limpia la rhyno-faringe desobstruyendo la nariz. El maxilar superior también participa de esta detención del desarrollo nasal y es causa de las deformaciones de la bóveda palatina, la que toma una forma arqueada, ojival, demasiado alta, y determina una irregular implantación dental; en tal caso los dientes se agrupan los unos encima de los otros en un esfuerzo por acomodarse en un sitio demasiado pequeño para su implantación y terminan desviándose hacia afuera, incompletamente recubiertos por el labio superior. El esternón en su tercio inferior, es aspirado hacia adentro; al mismo tiempo el sistema costal se aplasta lateralmente y la parte superior del tórax avanza hacia adelante, haciéndose prominente, deformación bastante característica y conocida con el nombre de "pecho de pichón". La falta de expansión de la caja torácica es en parte compensada por la mayor ampliación del diafragma hacia abajo, y provoca la propulsión del vientre. Como los músculos no trabajan levantando las costillas superiores, los hombros se caen y los omoplatos se presentan demasiado salientes, deformación que completa el aspecto del tórax ga-

lináceo de los adenoideanos. Naturalmente esas deformaciones son tanto más aparentes cuanto más pronto aparezca la obstrucción nasal; cuando ésta es completa, la apariencia es muy típica: boca abierta, labios secos y gruesos; el superior, corto y levantado, muestra al descubierto unos dientes proyectados hacia adelante, alas de la nariz aplastadas y retraídas, faltas de uso; el surco nasolabial no existe, y los músculos que dan expresión a la fisonomía, faltos de tonus, dan un aspecto de imbecilidad al pequeñuelo; muchas veces se establece una rinitis crónica de secreción mucopurulenta que recubre de costras y de ulceraciones el labio superior; la respiración es ruidosa en el día y durante la noche su sueño es intranquilo y roncan interminablemente; viven sedientos a causa de la sequedad de sus labios; como la masticación es difícil debido a que se ahogan cuando cierran la boca, tragan rápidamente sin acabar la masticación o arrojan los alimentos, siendo ésta causa de desnutrición y de empobrecimiento orgánico. La falta de resonancia nasal de la voz hace que sea demasiado débil, falta de tono, defecto llamado rinolalia, clausa distinta de la rinolalia, aperta característica de las divisiones congénitas del velo del paladar; esta falta de resonancia nasal aparece muy manifiesta al pronunciar las consonantes m y n, las cuales cambian por b y d y la c por g. En ocasiones al levantar el niño por la mañana la madre comprueba la presencia de huellas de sangre en la almohada; estas pequeñas hemorragias se originan en la nariz bajo la forma de epistaxis o provienen de las masas adenoideas y son indicio muy seguro en el diagnóstico; al deglutirse y ser devueltas en la forma de vómitos de sangre, pueden despistar al profesional.

Síntomas de infección.—Entre este grupo de síntomas son sin duda los relacionados con el oído los de mayor importancia. Según estadísticas de diversos autores (Wood, Wilbert, entre otros), se calcula que un 60% de los adenoideanos sufren complicaciones auditivas. Si se investiga con cuidado la historia de los sordos que diariamente acuden a nuestros consultorios, encontramos que más de un 50% presentan huellas anatómicas de un pasado adenoideo: desviaciones del septum nasal, hipertrofia de los cornetes, deformaciones palatinas, defectos de implantación dental, deformaciones esqueléticas de la cara y del tórax, y supuraciones del oído en su niñez, fáciles de comprobar al examen del tímpano (perforaciones, adherencias, etc.) Los estudios de Cohn, Gradenigo, Cheatle, Jearsley en cerca de 2,000 niños de las escuelas los han llevado a afirmar que cualquier perturbación del aparato auditivo que se presente en los niños debe tomarse como síntoma de vegetaciones adenoideas. Y al considerar la enorme trascendencia que esto tiene en el porvenir auditivo de estos niños, los cuales quedan definitivamente tarados, fácilmente nos daremos cuenta de toda la magnitud del problema.

Gran número de conjuntivitis y blefaritis, en los niños, tienen como origen el sistema adenoideo.

Séame aquí permitido señalar un cuadro sintomático que en repetidas ocasiones he podido comprobar. Trátase de movimientos febriles irregulares, generalmente vesperales, los cuales persisten durante semanas y aún meses, causando la desesperación de médicos y familiares; desaparecen sin causa apreciable y de la misma manera vuelven a presentarse. Estos estados febriles son bautizados con distintos nombres: gripe, infección intestinal, tifoidea etc. Si se tiene cuidado de examinar a estos enfermitos de su garganta y rino-faringe, en muchas ocasiones es posible comprobar una hipertrofia del tejido linfoide de estas regiones, su inflamación, y también la infartación de los ganglios laterales del cuello. Este cuadro, descrito por algunos autores con el nombre de "fiebres ganglionares", corresponde a una inflamación de todo el anillo linfoide de que hemos hablado. He tenido ocasión de operar a varios de estos enfermos, tanto de sus adenoides como de sus amígdalas, aprovechando una de las remisiones o períodos afebriles, y el resultado no se deja esperar mucho tiempo; en pocos días vuelve la tranquilidad a sus hogares, con la desaparición de la fiebre y demás manifestaciones de la infección de la rino-faringe. Se observa en estos niños una constante afección catarral, no solamente de su nasofaringe sino también de todo el aparato respiratorio (bronquitis, traqueítis, laringitis, etc.) Estas afecciones de carácter crónico y rebeldes a todo tratamiento, hacen creer en algo más serio y solamente la intervención quirúrgica con sus felices resultados, aclara en estos casos un diagnóstico dudoso. Es asunto de todos conocido que la fragilidad del paciente para atrapar toda clase de afecciones respiratorias desaparece rápidamente después de la extirpación de sus glándulas y adenoides; lo que en muchos meses de tratamiento no pudo obtenerse con toda clase de medicamentos, se obtiene fácilmente con un sencillo acto quirúrgico.

En los últimos años algunos autores, especialmente americanos (Billings, Mayo, Rosenow, Worms) han llamado la atención sobre el papel que desempeñan en la etiología de ciertas infecciones generales o locales la presencia en algún sitio del organismo de uno o varios grupos pequeños microbianos generalmente muy limitados (focos). Es característico de estos focos el permanecer latentes, circunscritos, habitualmente bien tolerados. Tampoco existe proporción entre su tamaño y manifestaciones locales y la gravedad de la enfermedad que ocasionan a distancia.

En cuanto al mecanismo íntimo de la infección focal no está completamente dilucidado. Hay quienes sostienen (Rolleston, Osgood) que se trata de una acción alérgica; primitivamente algunos elementos microbianos que más tarde desaparecen mediante un proceso de lisis espontánea.

despertarían en algunos sitios cierta sensibilidad, la cual se revela por la presencia en la sangre de sustancias antigénicas (microbios o toxinas). Esta hipótesis es de especial valor en las manifestaciones reumáticas de la infección focal; en efecto, es tan rápida la desaparición de los síntomas con la extirpación de los focos locales (dentales o amigdaleanos) que solamente el mecanismo de la acción alérgica nos daría la explicación.

En otros casos, por simple piofagia, por la vía digestiva se hace la infección a distancia. La vía traqueo-bronquial descendente es otro camino de la infección focal. Es de todo punto admisible que de una rinofaringe infectada o de una boca llena de piezas dentales cariadas o pio-reicas descienda pus por vía digestiva o por aérea a infectar más abajo órganos debilitados o tarados por cualquier otra causa.

Por último, la vía sanguínea es quizá la más frecuente causa de la infección focal. Las toxinas o sus gérmenes (estreptococos viridans no hemolíticos), pasan al torrente circulatorio, viajando hacia los órganos en donde se localizan. Naturalmente los órganos afectados son aquellos cuya resistencia se encuentra ya debilitada por un traumatismo, un enfriamiento, una tara hereditaria, o una infección anterior. En estos casos se establece un verdadero bombardeo microbiano o de toxinas, de objetivo fijo y determinado.

Las manifestaciones más comunes de la infección focal principalmente señaladas por los autores son las siguientes: *Afecciones reumáticas*, desde las simples mialgias, torticollis, lumbagos, hasta los reumatismos crónicos poliarticulares que invaden con mayor frecuencia las pequeñas articulaciones (muñeca, dedos, raquis), sin que esto quiera decir que las grandes articulaciones no sean también invadidas (hombros, rodillas). Estas lesiones reumáticas se caracterizan por su resistencia al tratamiento por los salicilatos y su rápida desaparición con la supresión del foco determinante (dientes, amígdalas, sinusitis, prostatitis). *Endocarditis*. Enfermedad muy comúnmente ocasionada por la presencia de un foco infectante que continuamente lanza a la circulación torrentes de gérmenes, los cuales al fijarse en las válvulas del endocardio determinan su alteración definitiva. No otra es la etiología de la endocarditis maligna o enfermedad de Ossler, en la cual la cadena continúa con el lanzamiento de focos embólicos a los diversos puntos del organismo, fenómeno tan característico de esta enfermedad. *Absceso del pulmón*. Ch. Ruppe, en la Revue de Stomatologie (1923), relata un caso de abscesos repetidos del pulmón de evolución subaguda cuya aparición guardaba íntima relación con una infección buco-dentaria. Este enfermo finalmente curó con el tratamiento de su infección buco-dentaria. *Manifestaciones renales*. Los trabajos de Castaigne, Leon, Kindberg, Block y algunos otros autores americanos han comprobado la desaparición de ciertas lesiones (albuminurias, edemas, hematurias), con la limpieza de la

rino-faringe infectada. Desde el punto de vista experimental T. Bell y J. Clair consiguieron provocar en el mono una glomerulitis típica inyectando dosis repetidas de streptococo viridans tomados de la boca de la faringe de individuos afectados. *Afecciones oculares.* Las más comunes de citar son las conjuntivitis, queratoconjuntivitis, iridociclitis, neuroretinitis.

Como observaciones personales atribuibles muy seguramente a la infección focal citaré algunos casos:

E. M., natural de Tunja, 54 años de edad, llegó a mi consulta en los primeros meses del año de 1928 quejándose de un catarro purulento. Al examen rinoscópico y radiografías de los senos de la cara pude comprobar la presencia de una sinusitis maxilar bilateral con posible invasión de los senos frontales. Después de algún tiempo de tratamiento por medio de la punción e irrigación de sus cavidades infectadas y en vista de que no se obtenía su curación, propuse el raspado y drenaje del seno (operación de Cadwel-Luc.) Llamaba la atención en este caso la abundancia de la secreción purulenta y su gran fetidez. Planteada la operación perdí al paciente. Cuatro meses después mi enfermo, con el siguiente cuadro clínico: aspecto general muy enflaquecido, temperatura de 38 grados por la mañana y 39 grados por la tarde; sudores profusos; piel seca; zonas de submacidez diseminadas en ambos pulmones y hacia las bases; estertores bronquiales gruesos y algunos sibilantes; hígado sensible a la palpación y por debajo del reborde costal; pulso hipotenso y acelerado (115); 2 grms. de albúmina en la orina y catarro muco-purulento intenso. El examen de los esputos para bacilo de Koch fue negativo. Las radiografías de los senos de la cara mostraron una sinusitis maxilar bilateral con frontoethmoiditis, también bilateral. Se determinó tratar por simple irrigación sus cavidades nasales mientras obteníamos una mejoría que autorizara una operación radical. Muy progresivamente el enfermo mejoró; primero desapareció la fiebre, su estado pulmonar fue despejándose hasta que pocas semanas después se le practicó la operación de Cad-Luc con anestesia troncular; primero en un lado y dos semanas después en el otro, con la misma anestesia. Los senos frontales se drenaron ampliamente mediante la amputación del cornete medio y el ensanche del infundibulum. Del cuadro clínico lo último en desaparecer fue la albuminuria; solamente quedaron huellas después de la extracción de algunas piezas dentales infectadas.

Evidentemente la mejoría fue tan manifiesta en este enfermo y tan directamente enlazada con el tratamiento y curación de sus sinusitis como había sido la marcha y el progreso de su enfermedad con el descuido en el tratamiento. El paciente paseó su enfermedad por todos los consultorios y todos coincidimos en aconsejarle la intervención quirúrgica en vista de la virulencia de su sinusitis y de la inutilidad del tratamiento médico. Como el paciente iba con el médico hasta cuando éste le proponía la intervención, llegó el momento en que descuidó su tra-

tamiento y progresivamente fuéronse presentando la cadena de complicaciones. He podido seguir observando a este enfermo en años posteriores (la última vez hace año y medio), y su salud en general se ha conservado bien.

En noviembre del año 32 el señor H. C. empezó a notar dolor e hinchazón en la rodilla derecha; dolor e hinchazón acentuáronse de tal manera que se hizo imposible la marcha y hubo de reducirse al lecho. Naturalmente se ensayó primero el tratamiento por los salicilatos, con resultado negativo. Pocos días después apareció dolor, hinchazón y edema en el testículo derecho, el cual alcanzó un tamaño igual al de una naranja. Se hizo el diagnóstico de una orqui-epididimitis, pero en cuanto a etiología nada pudo determinarse de manera clara. Cuando vi al enfermo me llamó desde el primer momento la atención el mal estado de su garganta; en efecto, pude comprobar la presencia de unas amígdalas bastante hipertrofiadas y llenas de criptas. Al exprimir las, mediante un bajalengua, dejaban salir concreciones caseosas y purulentas. Inmediatamente propuse a mis colegas su extirpación pensando en que fuera éste el foco determinante de la afección reumática de la rodilla y posiblemente también de la orquitis.

Desde el día siguiente a la extirpación de sus amígdalas, la cual le fue practicada con anestesia local y según el método de la disección, la mejoría de sus dos afecciones se estableció de una manera rápida, de tal manera que al finalizar la semana el enfermo ya podía venir por sus pies a mi consultorio para practicarle los toques de desinfección en su garganta. Pocas semanas después, la rodilla se encontraba absolutamente normal y en el testículo solamente se palpaba un ligero endurecimiento al nivel del epidídimo. Es éste uno de los casos más típicos de infección focal que me ha sido dado comprobar en mi práctica. He continuado viendo a este enfermo con alguna frecuencia, siempre en magníficas condiciones de salud.

D. E. Adulto de 44 años de edad, venía sufriendo desde hacía algunos meses de una ciática rebelde a todo tratamiento, hasta que a su médico tratante le llamó la atención la presencia de un catarro tenaz, y lo dirigió a mi consulta. Examinado el paciente se comprobó la presencia de una sinusitis tipo crónico, maxilar derecha, la que se confirmó con la radiografía y la punción del seno. Dos días después de iniciado su tratamiento con la irrigación del seno, se marcó la mejoría de su ciática, desapareciendo por completo cuando se obtuvo la curación de la sinusitis. Esto sucedió hace ya cuatro años, y desde entonces el enfermo ha seguido completamente bien.

L. L. Adulto de 40 años, llegó a mi oficina también mandado por uno de mis distinguidos colegas, su médico de familia, quien en varias ocasiones le había indicado la extirpación de sus amígdalas como único

tratamiento curativo de unas neuralgias rebeldes de múltiple localización, especialmente en el tórax, pecho (región interclavicular), brazos, caderas. Este enfermo, temeroso de la intervención, había ensayado toda clase de medicaciones, especialmente los salicilatos, sin ningún resultado. Sus amígdalas aparentemente no estaban hipertrofiadas, pero al practicar la expresión de su contenido, cosa que sistemáticamente hago en estos casos, dejaban salir un líquido cremoso y purulento. Se practicó la extirpación total y desde el día siguiente desaparecieron completamente las neuralgias. De esto hace ya 14 meses y hasta el presente no han vuelto. Este enfermo mejoró notablemente de su salud en general y recobró su peso normal.

N. N., de nacionalidad siria, fue dirigido también a mi consulta por un competente dentista para que le investigara la causa de una neuralgia muy molesta y dolorosa del brazo derecho (diciembre del año pasado). Esta neuralgia de carácter intermitente y sin hora fija determinada tenía la particularidad de que se acentuaba notablemente al asumir el paciente la posición del decúbito dorsal, y en ocasiones desaparecía al recobrar la posición sentada o de pie. Las amígdalas en este enfermo no aparecían muy infectadas y solamente al practicar una fuerte expresión pude apreciar alguna secreción sospechosa, por lo cual indiqué su extirpación. Pero como al tomarle unas radiografías de algunas piezas dentales encontré dos abscesos en algunas de ellas, aconsejé primero la extracción de las piezas dentales infectadas. Con la extracción, se obtuvo una apreciable mejoría, hasta el punto que su dolor en el brazo ya solamente se presentaba algunos días, y no con la misma intensidad. Tres semanas después, como el paciente no obtenía la completa curación, indiqué definitivamente la operación de sus amígdalas, la cual le fue practicada por otro colega, con los resultados que esperábamos: completa desaparición de su neuralgia. Tiene ya cerca de mes y medio de operado y hasta el presente la neuralgia no ha vuelto. Este paciente ensayó toda la gama de la medicina salicilada, sin ningún resultado. Fue también examinado de sus vías digestivas y especialmente del hígado, sin que por este lado se encontrara causa alguna que diera la clave de su tratamiento.

En el año de 1931 (abril) fui llamado en consulta por uno de mis colegas, especialista muy distinguido en enfermedades de los niños, para examinar a una de sus enfermitas traída de Duitama, de 8 años de edad, con el siguiente cuadro clínico: Temperaturas vesperales de 38° desde hacía ya varias semanas, signos pulmonares bastante sospechosos de T. B. (endurecimiento de las cimas, respiración soplada, estertores gruesos sibilantes); enflaquecimiento general muy marcado, pérdida completa del apetito. Estos síntomas hicieron creer en una T. B., pero el examen radiográfico de sus pulmones, practicado por un distinguido

radiólogo, no confirmó la presencia de lesión alguna en actividad y solamente mostró lesiones difusas de bronquitis crónica. El examen de su garganta mostraba unas amígdalas muy hipertrofiadas y llenas de criptas, de contenido muy posiblemente purulento, y además una completa obstrucción nasal por vegetaciones adenoides. Aconsejamos la limpieza completa de su rino-faringe. La operación hubo de practicarse aprovechando una ligera remisión de la fiebre y con serios temores de una complicación pulmonar postoperatoria, y fue practicada con la avertina-éter. Esta enfermita convalació rápidamente y en pocos días su transformación fue completa, dejándonos sorprendidos a médicos y familiares. La fiebre desapareció definitivamente y los signos pulmonares fueron mejorando hasta desaparecer por completo en el curso de dos semanas, fecha en la cual la niña se volvió para su casa en Duitama. Los informes que después hemos tenido de esta enfermita son completamente satisfactorios.

Casos como el de esta enfermita he tenido varios entre mis operados de garganta: niños raquíticos, incompletamente desarrollados, presa frecuente de catarros y bronquitis interminables, llenos de ganglios en el cuello y atrasados mentales. Con bastante frecuencia hacen fiebres ganglionares de larga duración que causan la desesperación de médicos y familiares. Al examinar su garganta se nota la presencia de adenoides y de amígdalas enormes e infectadas. Estos pequeños pacientes mejoran notablemente con la limpieza de su rino-faringe y en pocos meses vuelve la tranquilidad de sus padres que vivían pendientes del pequeño.

Entre las manifestaciones oculares atribuibles a la infección focal es bastante típico el caso siguiente, mencionado por el profesor A. Michaux (Société Belge d'Ophthalmologie, agosto de 1930): un paciente indemne de toda lesión renal comprobable al examen, hizo una retinitis hemorrágica de forma estelar. Mejoró primero con la extracción de un premolar cariado. Algún tiempo después, presentóse una recaída de la cual también curó con la extracción de otro diente cariado que le quedaba.

El doctor W. H. Wilder (American Journal of Ophthalm., agosto de 1930), clasifica los glaucomas secundarios en dos categorías; los unos de origen mecánico, son debidos al bloqueo del ángulo de filtración (tumores intra-oculares, catarata traumática intumesciente, etc.), otros, a una infección focal (dentaria, amigdaleana, digestiva, etc.) en muchos casos difícil de poner en evidencia.

En relación con la autorizada opinión de este autor tengo para citar aquí el caso siguiente, que tuve ocasión de seguir en el año de 1928. Trataba para una sinusitis maxilar subaguda mediante la punción y lavado del seno a una enferma de 28 años de edad, cuando al finalizar la segunda semana del tratamiento, presentóse repentina-

mente un ataque agudo de glaucoma en el ojo del mismo lado de la sinusitis. Como era ésta una enferma joven sin ninguna otra causa a la cual referir esta complicación, y por otra parte muy poco mejoraba con el tratamiento de irrigaciones del seno, propuse inmediatamente la operación radical de la sinusitis mientras observábamos el proceso glaucomatoso tratado con los mióticos según el procedimiento clásico en estos casos. Pocos días después de practicada la intervención para su sinusitis el ojo entró en calma, desapareciendo rápidamente los fenómenos inflamatorios. La iridectomía que ya se había aconsejado no hubo necesidad de practicarla por recobrar esta enferma íntegramente su visión. Tengo la convicción de que en este caso el ojo se hubiera perdido si no se hubiera practicado la operación, no obstante cualquier otro tratamiento; tan rápida fue la mejoría después de la intervención. En los años siguientes he seguido viendo a esta enferma completamente bien tanto de su sinusitis como de su ojo.

Hace apenas 8 meses estuve tratando a un niño de 8 años de edad para una queratitis bilateral, la cual primero se trató como específica, luego como escrofulosa; es lo cierto que este niño no se curó sino después de la extracción de varias piezas dentales que tenía cariadas.

Como estos casos podría citar muchos otros que a diario se me presentan en mi práctica, pero me abstengo de hacerlo por no extenderme demasiado. Creo que los citados son suficientes, como pequeña contribución de mi parte a la tesis ya aceptada por todos de la infección focal.

Síntomas reflejos. Los más comúnmente atribuibles a las vegetaciones adenoides son: terrores nocturnos, laringitis estridulosa o falso crup, eneuresis nocturna, epilepsia.

Repercusión sobre el estado general.—Nunca deja de hacerse sentir la repercusión sobre todo el edificio de la economía en general, de la sintomatología ya mencionada. De las investigaciones practicadas en las escuelas en los niños atrasados mentales algunos autores han encontrado un 85% de adenoideanos. Los estudios practicados en la sangre de estos niños han demostrado una disminución de la hemoglobina y del número de glóbulos rojos; al mismo tiempo que esta ligera anemia, se ha comprobado una hiperleucocitosis y aumento de la alcalinidad sanguínea. Niños formados en estas malas condiciones son incapaces de fijar la atención, muéstranse indiferentes al juego, y se fatigan al menor esfuerzo; quéjense frecuentemente de jaquecas y dolores en las piernas. Son fácilmente irritables y prefieren alejarse de sus compañeros; creándose en ellos cierto retraimiento muy perjudicial más tarde para su buena educación social.

Existen factores clínicos que permiten sospechar la acción per-

turbadora de las vegetaciones adenoideas sobre el crecimiento y desarrollo físico en general, quizá por perturbación del ritmo funcional de las demás glándulas de secreción interna y en particular de aquellas que presiden el desarrollo (testículo, hipófisis, timo). En efecto, muchos de estos niños adenoideanos con caracteres sexuales poco definidos y de desarrollo retardado o incompleto, muy por debajo de lo que corresponde a su edad, se transforman notoriamente después de la operación y completan su desarrollo genital y general. Muy posiblemente, según afirmación de autores autorizados (Harrison, Allen), estos tejidos linfoides secretan una toxina capaz de alterar la función de las glándulas que presiden el desarrollo.

Amígdalas palatinas.—Se encuentran alojadas de cada lado de la boca en las fosas amigdaleanas, espacio triangular situado entre los pilares y limitado hacia afuera por el constrictor superior de la faringe, al cual se adhieren por medio de tejido conectivo flojo, lo que les permite cierta movilidad. Su forma alcanza muchas variedades, desde las que se presentan completamente móviles, libres de adherencias a los pilares y relativamente bien pediculadas hasta las que, envueltas por los pilares que las encarcelan por todas sus caras, son difíciles de extirpar. Existen formas alargadas en las cuales el polo inferior desciende hasta muy cerca de la laringe, lo cual nos explica los accidentes respiratorios que se presentan con su inflamación. En otras es, por el contrario, el polo superior que asciende muy por encima del pliegue semi-lunar y hace laboriosa su disección entre el velo del paladar. Esta disposición anatómica nos da la clave de la técnica operatoria que se debe elegir en cada caso. Debe tenerse presente en algunos casos, generalmente de adultos, víctimas de repetidos ataques de amigdalitis, muchos de ellos con formación de abscesos o que han sido tratados con puntas de fuego, que el tejido conectivo de unión entre la glándula y la celda se cambia por tejido fibroso resistente, que hace difícil la disección de la glándula.

La etiología y patogenia de las amígdalas palatinas es bastante semejante a la de las vegetaciones adenoideas; la breve exposición que hemos hecho debe también aplicarse a esta entidad patológica. Es entendido que los fenómenos obstructivos son más aparentes en las vegetaciones adenoideas, debido a su localización en mitad del camino de la entrada del aire, pero en cambio, los síntomas de infección y su repercusión sobre el organismo en general son semejantes. Tampoco debe perderse de vista que la hipertrofia de las amígdalas palatinas, particularmente en los niños, contribuye al bloqueo respiratorio. Por otra parte, las dos entidades marchan generalmente asociadas en el mismo paciente, siendo excepcional encontrarlas separadas.

En cuanto a la flora microbiana que ha sido mejor estudiada en las

amígdalas una vez extirpadas, es de lo más variado: estreptococcus, stafilococcus, neumococo, bacilo influensae, meningococo, bacilo coli, micrococcus catarrhalis, y en algunos casos bacilo de Koch. En efecto, existen pacientes que pueden considerarse como tipos clínicos de tuberculosis latentes de forma ganglionar, caracterizados principalmente por un empobrecimiento nutritivo muy marcado, anemia, pérdida de peso, inapetencia, perturbaciones digestivas y grandes infartaciones de los ganglios de la cadena lateral del cuello. Al examen de su garganta se nota la presencia de vegetaciones adenoides y unas amígdalas palatinas hipertrofiadas, llenas de criptas de contenido caseoso y purulento. La inoculación de este contenido es casi siempre positiva en el curí, y en varios casos se ha comprobado la presencia de la lesión histológica del tubérculo y aun del mismo bacilo de Koch (Mitchel). Me permito recordar aquí el caso citado en una de mis observaciones (niña traída de Duitama), en la cual se llegó a pensar en una tuberculosis.

Indicaciones operatorias. Es un hecho riguroso que las vegetaciones adenoides y amígdalas tienen tendencia a atrofiarse entre los 10 y 15 años; por otra parte, ya en esta edad la naso-faringe completa su desarrollo, aumentando por consiguiente su capacidad y haciéndose por lo mismo menos marcados los síntomas obstructivos. Pero por otro aspecto es también innegable que, antes de llegar a esta edad, ya ha sufrido el niño toda la sintomatología anotada, que ha ido dejando huellas muy marcadas en su organismo, susceptibles de mejorar en algunos casos, pero las más de las veces de carácter definitivo, puesto que se ejercen justamente en la época más delicada, como es la del desarrollo. Considerense también cuantos procesos agudos (tonsilitis, abscesos) y sus diversas complicaciones pueden evitarse. Sin embargo, solamente el riguroso análisis en cada caso determina la indicación operatoria.

Trataremos de resumir las principales indicaciones operatorias:

Respiración bucal permanente (boca abierta) y respiración sonora de noche (ronquidos).

Catarro mucopurulento, rinitis hipertrófica en los niños.

Afecciones auditivas.

Infartación de los ganglios del cuello.

Deformaciones del tórax, deformaciones dentales, palatinas.

Tos espasmódica y perturbaciones mentales en los adenoideanos (terrores nocturnos), incontinencia de orina.

En cuanto a las amígdalas palatinas, las principales indicaciones operatorias son:

Quando por su tamaño exagerado obstruyen la respiración y son amenaza de asfixia en cualquier enfriamiento.

Quando son causa de cambios marcados en la articulación de la voz.

En los frecuentes ataques de amigdalitis y peri-amigdalitis con formación de abscesos.

Presencia continua de concreciones caseosas de mal olor que se forman en el interior de las criptas. (Micosis).

Perturbaciones auditivas. (Catarros de la trompa de Eustaquio).

Cualquier manifestación que pueda ser atribuída a absorción séptica (reumatismo, pielitis, bronquitis de repetición, empobrecimiento de la nutrición, neuralgias, etc.)

Infartación de los ganglios del cuello.

Las principales objeciones a la extirpación son las siguientes:

1^a Las amígdalas y vegetaciones tienen tendencia a desaparecer con la edad.

2^a Estos órganos desempeñan un papel muy importante como protectores.

3^a Es muy peligrosa una hemorragia.

4^a Su extirpación causa la esterilidad y detención del crecimiento.

5^a Causa también alteraciones definitivas en la voz.

Las analizaremos brevemente:

1^a Su tendencia a atrofiarse con el desarrollo hace innecesaria la extirpación. Ya hemos visto, como rigurosa verdad, el proceso atrófico que se cumple en estos tejidos hacia los 12 años; lo que también quiere decir: un órgano que se atrofia ya no se necesita y ha cumplido su misión dejando por lo mismo de ser importante. Pero también es verdad que existe un gran porcentaje de casos en los cuales este proceso de involución espontánea no se cumple y entretanto los fenómenos obstructivos y los de absorción séptica sí se están cumpliendo. Por otra parte, antes de que se efectúe esta involución, si llega a efectuarse, cuánto es el daño causado esperando!, y todo esto puede evitarse con un sencillo acto quirúrgico como es esta intervención.

2^a ¡Cómo se va a destruir un órgano de defensa de tanta importancia! Esto es verdad si se tratara de un órgano sano, pero un órgano enfermo con la mayor parte de su tejido linfoide destruído por la infección y reemplazado por tejido conectivo indiferente, lleno de focos microbianos en continua absorción por el torrente circulatorio, ¿cómo puede tolerarse, si lejos de seguir cumpliendo su misión es una amenaza constante?

3^a Alteración de la voz después de la extirpación. De todos conocida es la deformación de la voz bastante característica de la hipertrofia amigdaleana. En efecto el volumen entorpece la modulación del sonido y la voz se hace débil, vaga, a media lengua; como si se hablara con un cuerpo extraño en la boca; luego es claro que la extirpación de las amígdalas (verdaderos cuerpos extraños) tiene necesariamente que mejorar la voz. Esto, en cuanto se refiere a la voz hablada y siempre que la técnica operatoria respete la integridad de am-

bos pilares. En tratándose de cantores profesionales, se corre el riesgo de que la voz cambie un poco de tono, por lo que se aconseja la extirpación antes de empezar la educación de la voz; de esta manera se conserva el mismo tono y la voz se hace mejor y más fuerte.

En mi práctica, he operado a varias personas que cantan, y aun cuando previamente les he advertido el posible cambio de tono de su voz, después me han manifestado no haberlo notado y antes por el contrario dicen fatigarse menos y cantar con mayor facilidad y soltura.

Peligro de hemorragia. Es mi deseo hacer especial énfasis sobre este punto. Es error muy comúnmente aceptado por algunos enemigos de la extirpación total, creer que la amigdalectomía es una operación peligrosa, por el temor de seccionar la arteria carótida interna. Esta creencia, a mi entender, es injustificada si se tiene en cuenta las relaciones entre estos dos órganos, los cuales están separados por un espacio de 15 a 25 mms., a saber, yendo de la senda amigdaleana hacia la carótida interna: la aponeurosis faríngea, el constrictor superior de la faringe, el músculo estilogloso y por último, una pequeña capa de tejido celular. Además, cuidando de hacer tracción sobre la glándula al seccionar el pedículo, el espacio se aumenta considerablemente. No niego que puedan presentarse anomalías, pero éstas deben ser muy raras; durante mi práctica profesional no he encontrado ninguna. En ocasiones, después de seccionado el pedículo, se encuentra alguna gruesa arteria tonsilar que salta en la herida, pero es muy fácil cogerla con una pinza y efectuar su ligadura.

En cuanto a las demás objeciones a la intervención tienen éstas tan poca importancia y son tan pueriles que no creo el caso de tratarlas más detenidamente.

La operación de las amígdalas debe ser total.—En primer lugar no es ésta una operación total o mejor, un despojo completo de todo el tejido linfoide del círculo de Waldeyer ya mencionado, sino la extirpación, lo más completa posible, de las amígdalas palatinas únicamente y en algunos casos, de las vegetaciones adenoides hipertrofiadas. Quedan por consiguiente, los demás órganos linfoides del círculo de Waldeyer cumpliendo su papel protector y las demás funciones conocidas o desconocidas importantes o sin ninguna importancia. Ahora, un órgano infectado en su totalidad, es claro que debe extirparse en su totalidad; qué se pensaría de un cirujano abdominal que al extraer un apéndice inflamado (otro órgano linfoide y posiblemente de funciones desconocidas), extirpara solamente una parte, a título de conservar también una parte de sus funciones! Y si se admite que solamente debe extraerse la porción infectada conservando la parte sana, suponiendo, en gracia de discusión, que existiera parte del órgano sano y parte enfer-

ma, cómo es posible seleccionar este acto quirúrgico en una operación rápida, casi obra de prestidigitación, como es la que se efectúa por tales cirujanos con una anestesia incompleta, valiéndose simplemente de una pinza cortante, la pinza de Ruault, y las más de las veces cegados por la hemorragia. Todos los cirujanos de garganta vemos a diario las recidivas frecuentes y supremamente dolorosas de las anginas flegmonosas que hacen sitio de elección en estos muñones o residuos operatorios difíciles de abrir, bien sea espontáneamente o quirúrgicamente, debido a la cicatriz fibrosa que los envuelve. Tampoco puede aceptarse que la extirpación parcial es más sencilla de ejecutar y por lo mismo menos peligrosa, cuando por el contrario, la operación total por el método de disección tiene en el día una técnica rigurosa y es mucho más segura que la operación parcial, en la cual las más de las veces, no se hace nada más que provocar una hemorragia por sección de la glándula en mitad de su tejido. Y por último, ¿cuál es el objeto de operar a medias a un paciente para que sus amígdalas vuelvan más tarde a desarrollarse por proliferación de la porción de la glándula que se deja, y se repita el cuadro clínico que indicó la primera intervención?

Técnica de la operación. Practico como rutina la operación en el adulto con anestesia local, y en general en mi consultorio, porque considero que esta pequeña intervención quirúrgica es un acto sencillo operatorio que no merece los honores de la hospitalización en una clínica. En efecto, la extirpación de las amígdalas con anestesia local es relativamente una pequeña intervención quirúrgica de técnica fácil, bien conocida, y sin ninguna mortalidad. Únicamente en los adultos muy pusilánimes apelo a la anestesia general, la cual siempre considero un peligro para el paciente. Acostumbro calmar el sistema nervioso del presunto operado haciéndolo tomar la noche víspera de la operación y el día de la operación, media hora antes, una cápsula de 0.20 centigramos de amytal sódico, hipnótico de acción muy eficaz sobre el sistema nervioso, el cual no solamente calma la irritabilidad y angustia nerviosa preoperatoria, sino que también produce cierto estado de embriaguez y euforia muy favorable para el cirujano.

Otro punto que considero de grande importancia estudiar antes de la operación, es el tiempo de coagulación sanguínea. Generalmente es suficiente retirar con una jeringa cinco centímetros cúbicos de la vena del codo, colocarla dentro de un tubo de prueba y esperar su coagulación. Si ésta se demora más de diez minutos, considero peligrosa la intervención y preparo previamente al enfermo durante algunos días, administrándole los coagulantes conocidos. En mi práctica me he encontrado con pacientes de coagulación retardada hasta veinte minutos y media hora, casos que hubieran sido muy peligrosos y que me han hecho establecer como rutina el estudio de coagulación en todos mis ope-

rados. Creo que tal práctica tendría también ventajas, como factor de seguridad, si se extendiera su uso a toda clase de intervenciones sangrientas.

Anestesia.—La técnica de la anestesia es bien conocida y de fácil aplicación. La región tonsilar sensitivamente es inervada casi en su totalidad por dos nervios: el palatino medio y posterior (filetes del ganglio de Meckel) que llega a la glándula por el polo superior, y el glosofaríngeo que la alcanza, por su cara externa y hacia el polo inferior, en donde le envía varios filetes que la envuelven así como a los pilares. Si se tiene cuidado de bloquear los dos polos de la glándula con una solución anestésica, la insensibilidad será completa. Uso siempre de diez a quince c. c. de solución de novocaína al 1% con 3 gotas de solución normal de adrenalina para cada glándula, los cuales distribuyo al nivel de los dos polos y de la cara externa y siempre he obtenido una anestesia completa. Para facilitar la aplicación de la anestesia en el polo inferior, después de haber inyectado el polo superior y todo el trayecto del pilar anterior, agarro la amígdala con la pinza de garras, la levanto, introduzco la aguja de la jeringa justamente por debajo del polo inferior de la glándula y hacia su borde externo, buscando de esta manera los filetes del glosofaríngeo. Cinco minutos después, la anestesia es completa, y empiezo la operación.

Coloco al enfermo sentado, con la cabeza reposando sobre un sostén que puede ser el pecho del ayudante, el cual siempre sitúo detrás del enfermo y también enfrente del operador, posición que considero la más conveniente para el ayudante y la menos estorbosa para el cirujano. El ayudante sostiene en la mano izquierda el aspirador del aparato de succión y en la derecha el baja-lengua.

Prefiero como método operatorio, el método de disección, por parecerme el método de elección en esta operación, no solamente por ser el único que a mi entender asegura la completa extirpación de la glándula dentro de su cápsula, sino también por ser el único que respeta la integridad de los pilares y en especial del pilar posterior, punto éste de capital importancia si se quieren evitar ciertas faringitis rebeldes post-operatorias ocasionadas siempre por técnicas defectuosas, seguidas de cicatrices estrelladas y de retracción de los pilares. Además, es la operación en esta forma un acto quirúrgico limpio, de técnica siempre igual, en la cual el cirujano en todo momento es capaz de dominar cualquier incidente y que deja la impresión de una cosa bien hecha; muy distinta de las operaciones parciales que todos practicábamos antiguamente con la pinza de Ruault, manejada las más de las veces cegados por la hemorragia que cubría por completo el campo operatorio, y como resultado general, una pobrísima operación que dejaba al paciente peor de lo que estaba antes de ser operado. A casi todos estos enfermos hemos

tenido necesidad de operarlos nuevamente por persistencia de los síntomas que indicaron la primera intervención y muy especialmente por las anginas flegmonosas de repetición, con el agravante de que en tales casos la disección es muy difícil; por cuanto el verdadero plano de clivaje ha desaparecido, siendo reemplazado el tejido conectivo flojo entre la cápsula y la celda, por un tejido cicatrizal duro, resistente y fibroso.

El instrumental operatorio es bien conocido: pinza de garras (existen muchos modelos), dos o tres pinzas hemostáticas largas y ligeramente curvas en su extremidad, modelo de Schmidt, un disector romo para la disección de los pilares (Hurd), un baja-lengua, las tijeras curvas (instrumento para mí el más importante), la cánula de succión ya mencionada, un guillótomo de asa fría, dos pinzas para taponos (Foerster), varios taponos de tamaño apropiado provistos de una cuerda para retirarlos y dos tubos catgut N^o 1. El cirujano sentado enfrente del paciente y un poco más alto, coloca el baja-lengua y con la pinza de garras hace la prehensión de la glándula, teniendo cuidado de hacerla suficiente y segura, por debajo de los pilares; de otra manera se correría el riesgo de herirlos y desgarrarlos durante la intervención. En este momento el cuidado del bajalengua pasa a manos del ayudante, el cual debe tener alguna experiencia en esta clase de intervenciones. Sostener el bajalengua en su sitio es uno de los tiempos difíciles de la operación; debe tenerse cuidado de no dejarlo deslizar ni hacia afuera ni tampoco hacia adentro; su sitio más conveniente es justamente en la parte media de la lengua; más afuera no serviría y más adentro provocaría seguramente el reflejo de la náusea, la mayor dificultad de la operación con anestesia local. La maniobra que mejor resultado me ha dado para evitar este reflejo es recomendar al paciente tratar de respirar fuertemente por la boca durante la intervención. Cuando colocamos un bajalengua para inspeccionar la faringe, instintivamente el examinado contiene la respiración cerrando la glotis, y sobreviene la náusea; naturalmente, si interrumpimos el reflejo obligando al paciente a respirar fuertemente, la náusea no se presenta. El cirujano, haciendo tracción sobre la glándula para facilitar su enucleación, separa con la punta de la tijera al nivel del tercio superior de la glándula, el borde del pilar anterior, seccionando su adherencia a este nivel con el borde interno de la cápsula glandular. Algunos operadores hacen uso de un bisturí apropiado para verificar este primer punto de ataque, pero yo encuentro siempre mejor la punta de la tijera. Es importante en este momento, aumentar la tracción sobre la glándula, porque en esta forma los pilares se distienden, dejando aparecer mejor la glándula entre ellos. En seguida se continúa la separación del pilar anterior de la cara exterior de la glándula, siempre hacia su polo superior, para pasar luego muy fácilmente a la disección del pilar posterior de la cara posterior de la glándula, disección que, como ya lo

hemos anotado, es de grande importancia. Se completa en esta forma la separación del pilar anterior como del posterior hacia el polo inferior de la glándula, levantando la pinza para alcanzar mejor la porción inferior. Habitualmente me sirvo para esta disección del borde romo de la punta de la tijera curva, que en este caso obra como separador, otros hacen uso del disector especial de Hurd. En cuanto al punto de ataque, todos los cirujanos aconsejan empezar siempre por el polo superior de la glándula (pliegue triangular de His), porque es allí en donde el tejido de conexión entre la glándula y sus pilares es más flojo, más abundante, y menos adherente; tanto es así que la gran mayoría de los flegmones amigdaleanos deben buscarse en este sitio, porque es allí en donde el pus encuentra mayor y más fácil espacio para recolectarse. Completada la enucleación de la glándula se pasa el asa fría del guillótomo y aumentando la tracción sobre la glándula para alejarla de los planos posteriores, se secciona lentamente el pedículo. En este momento y con la pinza para taponos de Foerster, se introduce un tapón en la celda vacía, el cual al llenarla, y siendo siempre sostenido por la pinza, hace una fuerte compresión y controla la hemorragia. Si al retirar el tapón la hemorragia continuare siempre prefiero ligar lo que sangre, localizando el sitio y valiéndome del aspirador para controlar la hemorragia. Generalmente son uno o dos pequeños vasos los que sangran, situados casi siempre en el ángulo superior de la herida en la unión de los dos pilares; otras veces en el fondo y hacia la parte media. De todas maneras, es fácil pincharlos y ligarlos. Se han ideado muchos modelos para facilitar la ligadura, pero yo personalmente encuentro mejor valerme tan sólo de la pinza hemostática de Schnidt. Con alguna práctica no es difícil pasar la ligadura por detrás de la pinza, haciendo bajar por el ayudante el mango de ésta, de manera que la punta se levante y permita la colocación del hilo. En esta situación, ciérrase la ligadura valiéndose de las pinzas hemostáticas para fijar cada extremidad, advirtiéndole al ayudante que suelte la pinza en el momento oportuno. El margen de seguridad que dá la ligadura, vale la pena de detenerse un momento más en la operación. Es muy satisfactorio y tranquilizador para el cirujano dejar a su paciente con la seguridad de no ser molestado horas después con una hemorragia, cuando ya la anestesia ha desaparecido y que por lo mismo se hace particularmente difícil contener.

Como cuidados post-operatorios, en estos pacientes: reposo en la cama durante cuarenta y ocho horas, bolsa con hielo en el cuello, la que no solamente calma el dolor sino que también impide la hemorragia. En el primer día se calman los dolores mediante la aplicación de una o dos picaduras de morfina; en los días siguientes, con la administración bucal de la siguiente prescripción, que siempre he encontrado muy eficaz: aspirina 0,35 ctgrs.; fenacetina, 0,25 ctgrs.; codeína 0,01

ctgrs., en una papeleta; cada tres o cuatro horas y según el dolor. Después de dos días acostumbro hacer levantar al operado y le prescribo gargarismos suaves alcalinos como medida de limpieza. Un toque diario, durante tres o cuatro días, con solución de mercurocromo al 3%, bastan en la generalidad de los casos para asegurar la cicatrización.

Es conveniente advertir al enfermo que durante uno o dos meses notará todavía una sensación de atirantamiento y de sequedad en la garganta, molestia que irá desapareciendo.

Anestesia general. Todos los cirujanos especializados en esta clase de operaciones están de acuerdo en aceptar que la mayor dificultad en las intervenciones orales es sin duda alguna la anestesia general: un campo operatorio demasiado estrecho, sitio de reflejos delicados y de repercusiones no bien conocidas, común al anestésista y al cirujano, son circunstancias que concurren todas a dificultar enormemente esta anestesia.

Durante mi permanencia de algunos meses en el hospital de Panamá a fines del año de 1930 y principios del 31, me llamó la atención la combinación que allí se usaba de la avertina-éter como anestesia de rutina, no solamente para las anestésias orales y nasales, sino en todas aquellas intervenciones en las cuales era necesaria una narcosis completa, excepción hecha de los casos de maternidad. Tuve ocasión de presenciar, interviniendo en algunas anestésias, 403 casos de operaciones efectuadas con esta anestesia, sin ningún accidente. La estadística llevada por el doctor Raymond, cirujano anestésista, era hasta ese entonces de 1527 casos sin ninguna muerte (en el año 32 esta estadística pasaba de 3,000 casos sin ningún accidente). A mi llegada a Bogotá ya la avertina estaba siendo usada en el hospital San José por el doctor Rafael Silva Gamboa, quien en su importante trabajo de tesis sobre narcosis publicó 100 observaciones y se mostró decidido partidario de la avertina no obstante haber presenciado 4 muertes atribuibles todas, según su concepto, a la hiperdosificación y a las malísimas condiciones de los pacientes. En el mismo año el doctor Raul Van Praag, de Venezuela, en su trabajo de tesis sobre este mismo tema de la avertina, en 54 anestésias practicadas, no tuvo ningún fracaso. Este autor aconseja de preferencia esta clase de anestesia por considerarla la menos tóxica y la más agradable para el enfermo. Por último el doctor Gonzalo Botero, de Medellín, en el mismo año, publicó su trabajo de tesis también sobre este tema con 75 operaciones con la avertina, y entre sus conclusiones tiene la siguiente: "Si alguna vez me viere en la obligación de colocarme en una mesa de operaciones, sólo subiría tranquilo cuando viera en la mesa del anestésista el lavado de avertina".

He aquí la técnica de esta narcosis: Media hora antes de la intervención, practicase un lavado intestinal al paciente y una picadura de

un centígramo de morfina con atropina, excepción hecha de los niños. Inmediatamente después, se pesa al enfermo para obtener la dosis (0,08 ctgrs. a 10 ctgrs. por kilo). Por ningún motivo se debe aumentar esta dosis y la mezcla debe prepararse a 38 grados de temperatura para lo cual se usa un termo común como recipiente y la temperatura se obtiene con un termómetro apropiado de escala grande. Siempre hice uso de la solución de avertina líquida titulada al 100%, es decir, 1 c.c. de la solución igual a un gramo de la solución. Inmediatamente antes de administrarla al paciente diluída en solución al 1%, se hace la prueba del rojo congo para comprobar su normalidad. La aplicación de la solución se hace fácilmente por medio de una sonda rectal. Al cabo de tres a cinco minutos, el enfermo entra suavemente en un sueño tranquilo sin fenómenos de excitación previa. No se aconseja dar comienzo a la operación antes de veinte minutos de aplicada la avertina; de lo contrario, como la anestesia no es aún completa, el enfermo trata de despertarse. Además, inmediatamente antes de empezar la intervención es preciso completar la anestesia con la administración de éter, gota a gota, y en pequeñas dosis. En otros términos: la anestesia quirúrgica no se pretende alcanzar con la sola administración de la avertina sino que ésta se administra solamente como anestesia base y debe siempre completarse con otro anestésico, el que generalmente es el éter, por ser éste el anestésico que mejor conviene en estos casos, y el que da mayor margen de seguridad. La anestesia quirúrgica completa, con absoluto reposo abdominal y supresión total de los reflejos, solamente se obtendría haciendo uso de la avertina en dosis mayores de 10,00 ctgrs. por kilo, las que son consideradas como peligrosas si se tiene en cuenta el margen variable desconocido que necesita cada individuo en particular. De ahí la necesidad para llenar este margen de apelar al éter en mayor o menor proporción, según el caso. El sueño de la narcosis avertina-éter, se caracteriza principalmente por una respiración lenta y tranquila y por un absoluto reposo abdominal; algunos enfermos tienen tendencia a cianosarse, pero si la cianosis se acentúa ésta desaparece activando el centro respiratorio con una inyección de lobelina, droga de acción inmediata, estimulante del centro respiratorio. En cuanto a la acción de esta anestesia sobre la circulación algunos experimentadores sostienen que existe una ligera baja de la tensión arterial; en los casos en los cuales tuve cuidado de registrar la tensión con el esfigmomanómetro de mercurio, no encontré nada anormal. Por el contrario, en los pacientes muy emotivos, de pulso acelerado, rápidamente recobraba éste su normalidad haciéndose lento, regular y de buena tensión.

Por lo demás, los autores que han registrado una ligera baja de la tensión arterial, también anotan que ésta se levanta rápidamente bajo la acción de una inyección de adrenalina o de efedrina. Ordinariamente la anestesia se prolonga por espacio de dos horas, ventaja muy aprecia-

ble para el enfermo, quien de esta manera sufre menos, economizando fuerzas para su convalecencia.

Primero en el Hospital San José, luégo en la Clínica de Marly, y casas de los enfermos, hice uso de esta anestesia como rutina en todos mis operados, no solamente de garganta sino también de nariz, valiéndome de la técnica ya mencionada, es decir, usando la avertina como anestesia base únicamente y siempre completándola con éter en inhalación. No se presentó más que un accidente fatal, el cual más adelante mencionaré. Hice uso solamente de siete a ocho cgrs. por kilo y pude observar que los pacientes más gordos eran los que dormían mejor. Nunca hubo fenómenos de rectitis ni irritaciones renales o albuminurias atribuibles a la eliminación de la anestesia, y en todos, la convalecencia fue absolutamente normal. Tan sólo en tres casos hube de aplicar lobelina para excitar un poco el centro respiratorio, por parecerme la respiración un poco lenta y superficial. En ninguno de mis pacientes hubo alarma por accidente circulatorio, como caída del pulso; en todos se completó la anestesia con el éter en inhalación por ser insuficiente la avertina, cosa que no me llamaba la atención porque justamente la seguridad del método consiste en ser anestesia base o inductiva y necesitar acentuarse siempre con el éter.

Analizaré brevemente el accidente desgraciado en esta anestesia. Tratábase de un niño de catorce años de edad. Peso, 60 kilos; talla, 1,75 cms. Este niño había sido operado en años anteriores de sus amígdalas y adenoides, pero unas y otros se habían reproducido, a tal punto, que los fenómenos obstructivos e infecciosos eran muy marcados, habiéndosele presentado muy frecuentemente otitis rebeldes a todo tratamiento, las que amenazaban el porvenir de su audición y aconsejaban de manera inaplazable la intervención. Este niño llamaba la atención por su talla exagerada, la cual ni guardaba proporción con su edad ni se efectuaba en condiciones normales, siendo notorio el aumento de su estatura de un mes para otro. Sin embargo, el examen general del resto de su organismo, practicado no solamente por mí, sino por otros más competentes colegas, mostró ningún otro síntoma anormal que desautorizara la anestesia general. Este niño recibió una dosis de 7 cgrs. por kilo, teniendo en cuenta su peso exagerado para su edad y según la técnica rigurosa ya mencionada, e interviniendo en su administración el anestesista de la casa de Marly y un distinguido colega, médico muy conocido por su competencia y reconocida habilidad profesional. Después de esperar los veinte minutos indicados y al examinar al enfermo para comprobar su anestesia, éste se incorporó en la mesa de operaciones, cosa que no nos llamó la atención puesto que usábamos solamente la anestesia base en dosis más bien baja. El anestesista hubo de darle buena cantidad de éter por inhalación para completar la anes-

tesia y permitir la intervención; en el curso de la cual hubo necesidad de repetir la administración de éter, no solamente con la cánula del aparato de presión comúnmente usado en estas operaciones para el mantenimiento de la anestesia, sino también por ser éste insuficiente, por medio de la compresa en la boca sobre la cual se administraba el éter, y esto por tres veces en el curso de la intervención; lo que estaba probando que la dosis de avertina había sido un poco baja. Fue ya al terminar la operación y cuando el anestesista administraba el éter cuando sobrevino el síncope cardíaco que ocasionó la muerte.

¿Fue la avertina la que produjo el síncope en este enfermo? No lo creo, por cuanto, según dejo anotado, la dosis que se le dió no fue ni siquiera suficiente para llevar la anestesia a su período quirúrgico y antes bien hubo de completarse con el éter en inhalación en cantidades mayores de las comúnmente empleadas en esta anestesia combinada, y esto en tres ocasiones durante la intervención, porque el paciente trataba de despertarse. El accidente que causó la muerte inmediata fue un clásico síncope blanco o cardíaco, el cual le sobrevino cuando se le administraba el éter y ya al terminar la operación. No revistió por consiguiente los caracteres de la intoxicación atribuibles a una hiperdosificación de la avertina (sueño profundo, debilitamiento progresivo de la respiración, cianosis, etc.) La acción tóxica de la avertina, como lo dejo anotado, se manifiesta especialmente sobre el centro respiratorio debilitando progresivamente el ritmo respiratorio y haciéndolo más superficial. En estos casos aparece una cianosis muy marcada, en la piel y las mucosas.

En los cuatro casos fatales citados por el doctor Silva Gamboa en su tesis de grado "Contribución a la práctica de la narcosis en cirugía general", los únicos de que se tiene noticia en literatura médica sobre la avertina, la muerte se produjo horas después de la operación en tres de ellos, y la más próxima, después de 20 minutos en uno de los operados. En todos presentóse un sueño profundo y un agotamiento progresivo de la respiración. Además, las dosis administradas fueron de 10, 12 y 13 cgrms. por kilo, con enfermos de 60, 52 y 48 años de edad, de salud muy quebrantada y posiblemente no muy bien examinados.

Es más aceptable pensar que hubiera sido un síncope atribuible al éter por cuanto se presentó durante la administración del éter, y aun cuando este anestésico preferentemente hace síncope respiratorios, también se conocen casos de síncope blancos en esta anestesia. No debe perderse de vista en este enfermo que se trataba evidentemente de un paciente anormal por su crecimiento exagerado, lo que pudiera hacer creer en una persistencia del thymo, anomalía ésta que hace extremadamente peligrosa la narcosis. Numerosos autores han llamado la atención sobre "el status linfáticus" caracterizado por el crecimen-

to anormal de todo el sistema linfoide del organismo, a saber: amígdalas (Anillo de Waldeyer), thymo, glándulas mesentéricas, placas de Peyer del intestino, bazo, apéndice, observándose además una hiperplasia de las paredes arteriales la cual reduce y empobrece la circulación general. Estos enfermos son particularmente delicados para cualquiera anestesia, en la cual mueren súbitamente de shock o síncope, y se han citado casos de niños que habiendo soportado el éter en operaciones anteriores sin ninguna alarma, murieron repentinamente en la tercera ocasión que se les suministró. (Caso relatado por el doctor Pinto Leite en el "British Medical Journal". Septiembre 13 de 1919, página 363). Estos estados linfáticos son muy difíciles si no imposibles de diagnosticar previamente durante la vida, y solamente se han comprobado en las autopsias. (Bosworth. "Diseases of the nose and Thorat", pág. 541. St. Claire Thomson. London. "Diseases of the nose and Thorat", pág. 334. W. J. M'Cardie. "British Medical Journ." January, 25 1928. Le Boutilier, "Archives of Pediatrics". May, 1915. H. C. Cameron. "British Medical Journ." June, 1927. Haver Emerson. London. Payson Clark. Boston, Howlard. Filadelfia).

Después de este fracaso abandoné definitivamente el uso de la avertina-éter, no obstante mi convicción de que la pérdida de este enfermo no se debió a su administración. Como factor de mayor seguridad seguí aplicando sistemáticamente en mis anestias generales la combinación de los gases con el éter. Teniendo en cuenta que toda anestesia es un envenenamiento provocado con un fin quirúrgico, el factor mayor de seguridad en la narcosis, aparte naturalmente de la menor toxicidad, es sin duda alguna la rapidez y facilidad de su eliminación; en caso de accidente, el anestésico ideal será aquel que instantáneamente pueda eliminarse del organismo, para que con la misma rapidez desaparezca el peligro; e indudablemente son los gases los que hasta ahora llenan mejor este requisito. Por desgracia para el oto-rino-laringólogo, solamente pueden usarse los gases en el primer tiempo de la anestesia o período de inducción, porque una vez obtenida ésta, al ser preciso abrir la boca del paciente, se retira la mascarilla del gas y se continúa la anestesia por medio del éter suministrado con el aparato de Yan-kauer.

Por lo demás la operación con anestesia general tiene la misma técnica de la operación con anestesia local. En los niños casi siempre concurre el síntoma adenoideo y es preciso terminar la operación con la ablación de las vegetaciones adenoides.

En estos últimos años ha ganado mucho terreno la técnica de la amigdalectomía, según el procedimiento de Sluder. Durante mi permanencia en Berlín, en el año de 1921, lo vi practicar en el "Charite Kraken Hause", pero entonces no me llamó la atención, su técnica no me satisfizo y eran muchas todavía las objeciones que en este tiempo se

hacían al procedimiento. No obstante me traje el gillótomo de Sluder, que figuró desde ese tiempo entre mis instrumentos sin uso. Sedújome el método de la disección que ya allí se practicaba ampliamente y el cual fue perfeccionado en los Estados Unidos. Conforme dejo anotado, son los cirujanos americanos quienes han dado preponderancia a este método, el cual sin duda, seguirá siendo el procedimiento de elección para la amigdalectomía en el adulto y en muchos casos de niños. Más tarde el gillótomo original de Sluder fue modificado en su mango por Ballanger. Por último, Poppert ha presentado otro modelo, muy interesante de aplicar en algunos casos, de amígdalas completamente móviles y bien pediculadas.

La técnica de Sluder, si bien requiere cierta habilidad, seduce desde el primer momento por su rapidez sorprendente; bastan pocos segundos para efectuar la operación de ambas amígdalas dejando una celda limpia y es éste, en mi concepto, el valor principal del método. En efecto, según he manifestado en otra parte de este escrito, la anestesia general me inspira un santo temor en esta clase de intervenciones, muy principalmente por el factor incomodidad para el cirujano. Teniendo en cuenta que para efectuar una operación por el método de disección se requieren de diez a quince minutos, según el caso y según la habilidad del operador, es claro que todo este tiempo dura el peligro de la narcosis. Por consiguiente si existe una técnica para la amigdalectomía total, aplicable en el niño en un gran porcentaje de casos, que respete la integridad de los pilares y que al mismo tiempo requiera una anestesia muy rápida, es obvio que tal técnica debe llamarnos la atención y ocupe un sitio preferente en esta cirugía.

La característica del método consiste principalmente en la maniobra de Van der Shuren o movimiento de supinación alrededor del dedo índice de la mano libre, maniobra que no solamente completa la enucleación valiéndose de la torsión que se imprime a la glándula alrededor de su eje horizontal, sino que también protege al pilar anterior contra su desgarramiento y contribuye además a la hemostasis. Quédanme algunas dudas respecto a si efectivamente los dos pilares no sufren en esta maniobra, pero la excelencia del procedimiento es tan evidente que basta verlo ejecutar para conquistar nuestras simpatías.

También se ha objetado al Sluder el no hacer la extracción total de la amígdala dentro de su cápsula; faltaba la prueba histológica. Henry Proby (Presse Médicale 1932, febrero), publica un artículo a este respecto y presenta la prueba; en los cortes histológicos que se han hecho de una amígdala enucleada con el Sluder se demuestra que la glándula se presenta completa y dentro de su cápsula. Naturalmente todas las amígdalas no permiten echar mano de este método; quedan todavía fuera de su aplicación el inmenso porcentaje de los adultos en los cuales al perderse el plano de clivaje de tejido co-

sentaba un tiempo de coagulación de 25 minutos, ocho días antes de la operación, y fue operado solamente cuando un nuevo examen practicado después del tratamiento dio un tiempo de 10 minutos.

Operados por algias diversas de muy variada localización (región posterior del cuello, región clavicular, tórax, muñeca, brazo, antebrazo, lumbago, ciáticas); en estos pacientes se habían eliminado cuidadosamente por riguroso examen practicado las más de las veces por otros colegas, las otras causas, y ellos habían aconsejado el examen de garganta. Casi todos sufrían con frecuencia de anginas de repetición, pero en algunos fue una verdadera sorpresa que se les hablara de su garganta infectada, 228.

De estos enfermos 186 curaron sus dolencias, 30 mejoraron notablemente y solamente 7 no obtuvieron mejoría. A algunos no fue posible obtener mejoría y solamente 7 no obtuvieron mejoría. A los restantes no me fue posible seguirlos observando. En los curados y mejorados, curación y mejoría se obtuvo en los primeros días de la intervención, y casi todos fueron operados con anestesia local.

Operados por presentar pus en la orina, todos en mujeres de 10, 14 y 20 años, (pielitis rebeldes al tratamiento), y en los cuales se obtuvo curación, 3.

Operados por presentar temperaturas vesperales de 37° a 38° y sin ninguna otra causa, y con curación en todos 3.

Por lesiones valvulares cardíacas y concurrencia de angina de repetición. En dos de estos enfermos el soplo casi ha desaparecido, 3.

Corea de Sydenhan (curación), 1.

Taquicardia paroxística esencial (mejoría), 1.

Epilepsia (ninguna mejoría apreciable), 1.

Enuresis nocturnas (dos mejorías), 3.

Albuminurias, 4.

Dos de éstos, adultos, uno de ellos obtuvo la desaparición de su albuminuria después de haber ensayado muchos tratamientos. El otro caso no pude observarlo. En los otros dos, tratábase de nefritis albuminúricas después de ataques repetidos de anginas; niños el uno de 12 años de edad, quien llegó a hacer manifestaciones eclámpticas de uremia que hicieron temer por su vida y fue operado dos meses después, obteniéndose la curación. El otro paciente, una niña de 11 años, curó también de su albuminuria solamente con la operación.

Sorderas por catarros tubares, zumbido de oídos (adultos), 12.

Curación en 7 casos; otros dos mejoraron después de suprimida una desviación del tabique nasal. Los demás no mejoraron.

Laringitis catarrales de repetición, 15; mejoría en su mayor parte.

Tos espasmódica del adulto (dos curaciones, 1 insuceso), 3, el que curó con la resección del tabique nasal torcido.

Respiración bucal permanente. (Adenectomías simples), 16.

En algunos de estos pacientes se conservaron las amígdalas por considerarlas en buen estado; en otros por tratarse de niños menores de tres años y en los demás, porque sus familiares no permitieron la amigdalectomía. En 3 de estos pacientes hubo de practicarse la amigdalectomía algún tiempo después.

Blefarconjuntivitis tenaces y rebeldes, 6.

Mejorías 3, curaciones 3.

Reumatismos, de manifestaciones en los tobillos, manos y rodillas; curación en dos y mejoría en uno, 3.

Otorreas, 14.

Nueve de estos enfermitos obtuvieron la curación definitiva; dos mejoraron notablemente; 3 hubo necesidad de operarlos de mastoides.

En los casos restantes, más de 200, las indicaciones operatorias fueron: respiración bucal permanente, respiración sonora de noche, otitis de repetición, anginas frecuentes, traqueobronquitis, deformaciones palatinas y torácicas, nutrición retardada, fenómenos de cloroanemia, inapetencia. En todos estos casos sin excepción, la mejoría fue sorprendente y muy rápida.

Conclusiones.

Toda persona adulta que presente mialgias de múltiples localizaciones y manifestaciones reumáticas repetidas de causa no bien conocida, se hace sospechosa de su garganta, la cual debe examinarse cuidadosamente mediante la expresión de la glándula, único medio de poder apreciar su estado. En muchas ocasiones, las glándulas pequeñas son las más infectadas.

En los niños, son los fenómenos obstructivos (boca abierta permanente), las complicaciones auditivas y los catarros y bronquitis de repetición, los principales síntomas que deben llamar la atención hacia el estudio de su garganta.

La operación de amigdalectomía debe ser total, tanto en el niño como en el adulto, para evitar las recidivas y puesto que quedan las demás glándulas linfáticas del anillo de Waldeyer.

BIBLIOGRAFIA

Testut.—Anatomie descriptive.

Moure.—Technique Chirurgicale D'Oto-rhino-laryngologie.

Barnhill.—The Nose Throat and Ear.

Cleason.—Manual of diseases of the Nose Throat and Ear.

Thomson.—Diseases of the Nose and Throat.

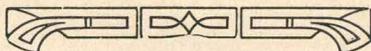
Phillips.—Diseases of the Nose Troat and Ear.

R. Silva Gamboa.—Contribución a la práctica de la narcosis en cirugía general. (Tesis de grado).

Raul Van Praag.—Algunos ensayos de anestesia por el tribromo-etanol. (Tesis de grado).

Gonzalo Botero.—Avertina y consideraciones sobre anestesia general. (Tesis de grado).

Thibaul.—La infección focal y sus manifestaciones clínicas. (Monde Médical. Sep. 1930).



LOS TUMORES DEL SENO

**Exposición hecha por el Dr. Juan N. Corpas en la Academia
Nacional de Medicina el día 22 de mayo de 1934.**

(Versión de Roberto Ezpeleta).

Señor Presidente:

En la honrosa compañía del doctor Alfonso Esguerra vengo a rendir un informe sobre el trabajo presentado por el doctor Eliseo Montaña en la sesión pasada de la Academia, que se nos confió en comisión.

La exposición tan seria y documentada del doctor Montaña termina con una serie de preguntas de un alcance extraordinario que sería muy difícil considerar en una sesión de la Academia dedicada exclusivamente a estudiarlas, cuánto más para una comisión que debe informar en el corto plazo de ocho días.

Serían estas preguntas capaces de ocupar la atención de todo un Congreso de Cancerología, no ya sobre el total de las preguntas consignadas en el magnífico trabajo del doctor Montaña sino sobre una parte de ellos.

Tan vastas y complicadas son estas preguntas, que la comisión se ha considerado incapaz de considerar y contestar algunas de ellas, como la referente a la etiología del cáncer, punto tan debatido como tan oscuro todavía.

Por mi parte me voy a ocupar solamente de las preguntas referentes a la cirugía y a las relaciones de ésta con el cáncer.

Mi informe sobre el particular será muy sucinto, ya que la parte más importante y extensa será desarrollada por mi compañero de comisión, el señor doctor Alfonso Esguerra.

Me concretaré únicamente a exponer algunas ideas sobre los tumores del seno, especialmente los neoplasmas.

A este respecto es necesario distinguir entre los tumores desarrollados en la glándula mamaria misma y los desarrollados fuera de ella.

De éstos, los principales son los neoplasmas tegumentarios o neoplasmas cutáneos, y la llamada enfermedad de Paget.

Los primeros se presentan consecucionalmente a eczemas o intertrigos descuidados, pudiendo transformarse por infección secundaria en tumores malignos.

Cuando se ven en su principio, deben tratarse quirúrgicamente o por las radiaciones, siendo preferibles estas últimas en la mayoría de los casos.

Si su estado es avanzado, deben considerarse como tumores del seno o glandulares, por haber invadido ya la glándula mamaria propiamente dicha.

En semejantes circunstancias deben tratarse quirúrgicamente por medio de la extirpación completa.

La enfermedad de Paget es también un neoplasma cutáneo, pero que merece especial atención en razón de sus caracteres propios.

Dicha entidad no es otra cosa que una disqueratosis que comienza generalmente al nivel del mamelón por una costra que después se ulcera y exuda y se acompaña de prurito.

En tal estado es más que todo del dominio de la dermatología, mejorando con aplicaciones locales. Es sólo con el transcurso de los años cuando invade los canales galactóforos, los cuales se infectan y se ven atacados por la neoplasia que se hace ya glandular propiamente dicha. En esta etapa de su evolución, lenta de por sí, se debe tratar quirúrgicamente por medio de la extirpación total teniendo gran cuidado de extirpar también los ganglios que hubieren sido atacados.

Los tumores del seno, a más de su localización meramente cutánea, pueden atacar también al tejido glandular y al tejido conjuntivo que lo constituyen.

La hiperplasia de uno y otro tejido hecha atípica o metatípicamente da lugar a diversos tumores del seno de un gran interés para el médico y para el cirujano.

Considerando el tejido glandular propiamente dicho sabemos que éste sólo puede ser a veces asiento exclusivo sin modificación atípica ni metatípica, y tenemos entonces el adenoma puro del seno. Este puede ser acinoso o tubulado, según que predominen los acinos o los tubos glandulares.

El adenoma puro del seno puede presentarse en una mujer joven, caso el más frecuente, o en una que haya pasado los cuarenta años. En el primer caso se debe obrar quirúrgicamente por medio de una operación conservadora y con una incisión lo más estética posible en razón de la menor gravedad del tumor y de la edad de la persona. Cuando el adenoma se presenta en una mujer de más de cuarenta años es preciso hacer la extirpación total de la glándula porque ya ésta ha sufrido la degeneración.

Pero sucede a veces que la hiperplasia de la glándula está acompañada de la del tejido conjuntivo rodeante y se presenta entonces el fibroadenoma del seno, en lo cual hay una marcada proliferación del tejido conjuntivo, que según su desarrollo alrededor de las cavidades

acinosas o tubulares o dentro de éstas, da lugar a dos variedades de fibroadenoma intracanalicular.

La predominancia misma de la proliferación conjuntiva sobre la glandular, da lugar a la pérdida casi total de la estructura propia de la glándula, haciéndose ésta irreconocible muchas veces, al contrario del adenoma puro.

El fibroadenoma puede ser circunscrito, caso el más frecuente, y estar envuelto completa o incompletamente por una cápsula; puede ser difuso, muy frecuentemente bilateral.

A veces se presentan en el interior de estos tumores, cavidades quísticas de número, tamaño y asiento variables, que se conocen con el nombre de adenocistomas o adenomas quísticos.

En todos estos tumores se encuentra hiperplasiado el tejido conjuntivo y el epitelio de una manera típica, sin perforación de la membrana basal y con caracteres histológicos muy distintos de los que se presentan en los sarcomas. La evolución, casi siempre lenta, puede ser rápida otras veces.

La línea de conducta que se debe seguir en el fibroadenoma y en el adenocistoma es la misma que para el adenoma puro. Es decir: si se presenta en una mujer joven, operar conservadora y estéticamente; si en una mujer de más de cuarenta años, hacer la extirpación total y amplia con resección de todos los ganglios invadidos.

Excepcionalmente puede el tejido conjuntivo proliferar solo, y en tal caso se tendrá el fibroma puro del seno, que es sumamente raro.

Al hablar del tejido conjuntivo es bueno observar que él sirve no sólo como un tejido de sostén, sino que también cumple con un papel defensivo de primer orden, oponiéndose a las infecciones. Por esto, cuando se encuentra alterado, coloca a los demás tejidos en condiciones de inferioridad manifiesta.

Con relativa frecuencia se observa la transformación del fibroadenoma en adenosarcoma, tumor maligno del seno, y que casi siempre es quístico: cistosarcoma. Este puede alcanzar un volumen enorme, y tiene como característica histológica la predominancia del estroma conjuntivo sobre el epitelio.

El sarcoma puede ser además encefaloide, globocelular o alveolar y fusocelular.

El adenosarcoma es casi siempre encapsulado, de gran tamaño, irregular, la piel no adhiere al tumor, el mamelón no está retraído. Por lo general los adenosarcomas evolucionan lentamente, pero algunos de ellos tales como los llamados sarcomas blandos o globocelulares, pueden evolucionar con gran rapidez.

Cuando el adenosarcoma es de poca proliferación celular, pequeño, puede considerársele como un tumor benigno y ser extirpado localmente; cuando es grande y ha invadido ya los linfáticos y los vasos, se

necesita una extirpación total lo más amplia posible con resección de los ganglios atacados. Siguiendo esta regla se ha visto cómo polisarcomas del tamaño de la cabeza extirpados total y ampliamente no se han reproducido después de muchos años de la intervención.

Al lado de estos tumores se encuentran otros tumores mixtos aún no bien estudiados, tales como los condromas, condrosarcomas, condroosteosarcomas. Estos tumores son por lo general de marcha lenta y no se les considera como tumores del seno propiamente dichos. Se les trata por la extirpación local.

Entrando al terreno de los tumores malignos propiamente dichos, debemos entender como tales aquellos en los que la hiperplasia es del tejido glandular, en especial de su epitelio, y hecha de una manera atípica o metatípica con pérdida de la estructura primitiva de los tejidos atacados.

Cuando es hecha atípicamente, el tejido conjuntivo puede reaccionar bien o mal, teniendo en este último caso el cáncer del seno, cuya importancia práctica se desprende de su frecuencia y gravedad.

Son muchas las variedades, pero entre ellas merecen especial mención los esquirros, en los que hay una gran abundancia del tejido conjuntivo compacto unas veces, y otras del epitelial.

El esquirro puede ser atrófico, y en este caso el tejido epitelial falta casi por completo; el seno está retraído, disminuído de volumen y comprimido, lo que le merece su calificativo al tumor. El tejido conjuntivo ahoga el tumor; la piel se encuentra infiltrada y dura en una gran extensión semejando una coraza, nombre con el cual se conoce esta variedad. En el esquirro en coraza son excepcionales los ganglios.

Cuando al contrario, es el tejido epitelial el que predomina, con aumento de volumen del tumor y consistencia blanda, se presenta el esquirro encefaloide; se desarrolla en mujeres jóvenes por lo regular y es de evolución rápida.

Otras veces son grandes cavidades llenas de mucus las que predominan, y se tiene entonces el esquirro coloide, de consistencia y aspecto gelatiniformes.

Ninguno de estos esquirros es del dominio de la cirugía porque son tumores de una invasión muy extensa, ahogan por completo el tejido noble de la glándula y porque con el bisturí no se hace otra cosa que verificar resiembros proliferantes, fuera de que con el shock operatorio se aumenta el peligro y se expone a la enferma a la muerte por caquexia.

Cuando el tejido conjuntivo no se defiende y prolifera solamente el glandular, se presentan distintas formas de cánceres cuyas variedades anatomopatológicas varían según las diversas escuelas.

Las de la escuela francesa, que es la que yo sigo, sobre el particular, son las siguientes, descritas someramente:

1º La enfermedad de Reclus o enfermedad quística del seno, caracterizada por un tumor de la glándula mamaria compuesto de muchas nudosidades quísticas que invaden frecuentemente a ambos senos; la piel resbala fácilmente sobre el tumor, hay secreción anormal por el mamelón, los ganglios axilares son lo más a menudo normales, hay poco dolor; su evolución es sumamente lenta y se le considera como un tumor benigno cuyo tratamiento no siempre corresponde a la cirugía, pues con sólo un tratamiento médico sintomático y a base de higiene mejora notablemente muchas veces.

2º Los quistes del seno que son de diversa naturaleza, generalmente son solitarios, un poco dolorosos a la presión y de una evolución casi siempre rápida. Su diagnóstico diferencial con la enfermedad de Reclus es a veces difícil. Como en esta última, los quistes contienen un líquido amarillento muy semejante al pus sin serlo, o grasoso como en los quistes sebáceos.

3º El epiteloma dendrítico o intracanalicular, que es bastante raro y caracterizado por un tumor quístico encapsulado que contiene y secreta a veces un líquido sanguinolento, carácter éste que algunos consideran patognomónico; en el interior de los quistes se encuentran numerosas vegetaciones intracanaliculares de un aspecto característico; su evolución es lenta, raramente se ulceran y el dolor es muy poco.

Cuando se observan al principio de su desarrollo se debe seguir una terapéutica expectante, pues se consideran como tumores benignos aunque es preciso tener en cuenta que a semejanza de la enfermedad de Reclus pueden convertirse secundariamente en tumores malignos.

4º El epiteloma banal del seno desarrollado en forma de un núcleo duro, fibroide, no encapsulado, con numerosas prolongaciones o raíces, produciendo un "jugo canceroso" al raspado. La amputación amplia del seno con vaciamiento de los ganglios axilares y supraclaviculares es la línea de conducta que se debe seguir.

5º El cáncer diseminado, cuyo solo nombre lo describe, con grandísima frecuencia ataca el seno del lado opuesto. Su evolución puede ser lenta o aguda. En el primer caso se debe hacer la extirpación de ambos senos junto con los músculos pectorales y los ganglios atacados. En el segundo caso es inútil la cirugía, pues el tumor se reproduce local o metastásicamente con una actividad sorprendente.

6º El cáncer en masa o mastitis carcinomatosa de Klotz y Volkmann es una forma de una gravedad extrema. Crece con una rapidez sorprendente, y en dos meses puede alcanzar un volumen enorme. Se observa con frecuencia en las mujeres jóvenes, especialmente en la época de la lactancia, y se presenta bajo los caracteres de una evolución aguda. Puede ser bilateral de conjunto y producir generalizaciones viscerales. La cirugía no sirve en este caso. Cuando se presenta en una mujer joven se aconseja la castración ovariaria doble, fundándose en las estrechas

relaciones existentes entre el ovario y las glándulas mamarias, relaciones observadas en muchos estados de la vida genital de la mujer.

Hay unos cánceres voluminosos en los que el tejido conjuntivo no se defiende: cánceres encefaloides y coloides de que hablé atrás. La extirpación es lo aconsejable cuando es todavía posible.

Dejo resumido aquí de una manera muy sucinta e imperfecta el papel del cirujano ante algunos tumores del seno. Pero ante los cánceres inoperables el médico no debe cruzarse de brazos, y es preciso que intente algo en beneficio del enfermo; y si no logra curar debe al menos procurar aliviar por cuantos medios sea posible; radiumterapia y rayos X, por ejemplo.

Uno de los factores más trascendentales en la consideración de los cánceres del seno y de su operabilidad es el de la invasión linfática y ganglionar, pues esta es generalmente la primera etapa de la invasión visceral y general.

Esta invasión, que puede hacerse por neoplasia o por infección, acaba con la vida del paciente.

Un estudio metódico y profundo de los sistemas linfáticos y ganglionares es de la más alta importancia para el cirujano, de modo que pueda formarse un pronóstico lo más exacto posible, y decidirse o no a una intervención dada. Este conocimiento es capital en tratándose de los tumores malignos del seno.

Los ganglios que se infectan con más frecuencia son los de la axila del mismo lado, del lado opuesto y los claviculares: infra y supraclaviculares.

La invasión de estos últimos ha sido la norma de operabilidad para algunos cirujanos, y como decían Fargue y Reclus: "la clavícula es la frontera de las intervenciones razonables". Así, pues, muchos cirujanos son abstencionistas cuando los ganglios supraclaviculares están atacados.

Yo creo que cuando éstos están invadidos, pero no los axilares, como sucede a menudo, todavía se puede operar con éxito.

Cuando se encuentran atacados los ganglios de una axila se deben buscar los del otro lado, que también deben extirparse.

La generalización cancerosa puede hacerse por vía sanguínea, y algunas veces sin invasión ganglionar previa.

Es necesario tener siempre presentes las contraindicaciones operatorias en los tumores malignos del seno: éstas son a grandes rasgos: el cáncer agudo, los esquirros en coraza, el cáncer en masa o mastitis carcinomatosa; cuando hay metastasis, sea ya por vía sanguínea, pulmones, por ejemplo, ya por vía linfática, como es de regla en los cánceres epiteliales, metastasis viscerales o esqueléticas, columna vertebral, por ejemplo, como en un caso conocido por el doctor Montaña.

Todas estas posibles metastasis deben hacer revisar cuidadosamen-

te los órganos del paciente para ver si están atacados ya, caso en el cual sería inútil y hasta perjudicial la intervención.

Quiero decir ahora algunas palabras acerca de los preceptos generales que se deben tener en cuenta en las intervenciones sobre los neoplasmas del seno. Ante todo, para que la operación sea eficaz debe ser lo más amplia posible, con vaciamiento ganglionar total y metódico, teniendo muy en cuenta las diversas redes ganglionares y su sistematización.

Como base capital del éxito en la intervención está el diagnóstico precoz de la afección.

Se debe hacer una extirpación lo más amplia posible de la piel, aunque quede descubierta una gran zona, prefiriendo más bien hacer una autoplastia ulterior.

Una condición de bastante importancia es la de reseca en cuanto más sea posible el tejido adiposo en el que con gran frecuencia se alojan ganglios ya atacados que podrían ser causa posterior de recaídas.

Igualmente los músculos pectorales deben quitarse todos, al menos el gran pectoral en su totalidad, porque a lo largo de su borde inferior van muchos ganglios que establecen la comunicación con los ganglios axilares.

Aunque yo no siempre extirpo el pequeño pectoral, creo sin embargo que debe reseca totalmente, pues aunque en un principio quede una impotencia funcional casi completa, más tarde ésta desaparece en parte.

Se debe procurar quitar en un solo bloque, en cuanto sea posible, la piel, el neoplasma propiamente dicho, la glándula atacada, los músculos pectorales, los ganglios y el tejido adiposo.

Hecha una operación con toda la técnica, sus resultados varían mucho, sin embargo, cualquiera que sea la forma anatomopatológica del tumor. En ocasiones se presentan recaídas verdaderamente misteriosas después de haber seguido todos los requisitos y los más nimios detalles.

Es bueno observar que cuando se extirpan por completo los músculos pectorales son menos las recaídas.

El edema agudo del miembro superior es una consecuencia postoperatoria relativamente frecuente y que he tenido ocasión de observar en mi servicio. Ese edema es producido probablemente por flebitis o por obstrucción linfática. En tales circunstancias se deben reseca las aponeurosis musculares.

Dejo resumidos en estas palabras los conocimientos en extremo deficientes que he podido adquirir en mi práctica hospitalaria.

Quiero una vez más reiterar mis efusivas felicitaciones al doctor Montaña por las oportunas y trascendentales observaciones que nos presentó en la sesión pasada, y pido mil perdones a la Honorable Academia por haberla fatigado durante tan largo rato.

LA VACUNA MIXTA POLIVALENTE ARGO

Informe del Académico Dr. Jorge E. Cavelier.

Pacientes investigaciones clínicas verificadas con el empleo terapéutico de la vacuna mixta polivalente "Argo", han llevado al doctor Luis Ardila Gómez a la elaboración de un estudio que él somete a la consideración de la Academia Nacional de Medicina.

Con un espíritu altamente científico y con dotes de clínico poco comunes, ha logrado formar una doctrina, en relación con algunas fases de la vacuno-terapia que aprestigia aún más si cabe la alta personalidad del autor. Hechos evidentes observados en fehaciente trabajo de observación que comprende un período de siete años, son el fundamento de este interesante estudio. Recalca el autor sobre la importancia de la clínica y considera con justísima razón, que muchos hechos que se presentan en sus dominios, no están acordes con teorías más o menos especulativas que abundan en todos los campos de la ciencia médica.

Presenta el autor diez conclusiones, que son el fundamento de sus estudios y que han nacido de la observación de los enfermos tratados con la vacuna mixta polivalente "Argo". Estas conclusiones encierran un cuerpo de doctrina científica de alta trascendencia, sobre la cual quiero llamar especialmente la atención de la Academia. Hace en seguida el autor una descripción muy detallada de la composición de esta vacuna, insiste sobre su administración exclusiva por la vía endovenosa y dá las dosis aconsejadas por su larga práctica con este producto. Analiza los fenómenos reaccionales y el poder antígeno de la vacuno-terapia y saca deducciones que alumbran muchos puntos oscuros en relación con la terapéutica biológica. Expone puntos de vista netamente personales en la terapia de las algias y termina su comunicación con el recuento de las indicaciones terapéuticas variadas que abarca la vacuna mixta polivalente "Argo".

Un punto que ha impresionado vivamente mi espíritu en esta comunicación es el que se refiere a la actividad no específica de la vacuno-terapia. Debido a la fuerza de las investigaciones del laboratorio y a las leyes fundamentales de la especificidad en las reacciones inmunológicas, la única eficacia de una vacuna ha sido generalmente dirigida, a la producción de anticuerpos específicos, y todo alejamiento de esta corriente ideológica ha sido recibida con escepticismo. Sin embargo,

esparcidas en la literatura médica se encuentran las relaciones de observaciones más o menos numerosas, que en la inmunización tanto profiláctica como terapéutica, admirables resultados se han obtenido en la prevención y tratamiento de enfermedades distintas de aquellas específicamente tocadas.

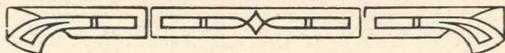
La importancia creciente de esta inmunización no específica o colateral, como la han llamado algunos, que produce la vacuno-terapia en el tratamiento de las enfermedades, ha sido ampliamente reconocida por muchos investigadores, a la cabeza de los cuales se encuentra Wright, el fundador de este ramo de la terapéutica biológica. Esta inmunidad colateral explica perfectamente los admirables resultados obtenidos por el doctor Ardila Gómez, con el empleo de la vacuna "Argo" en entidades heterogéneas en apariencia, cuyo agente productor no entra por nada en la constitución de la vacuna. Un hecho análogo al que comento fue observado en la Argentina, por Araos y Mazya, quienes anotaron que la administración intravenosa de una vacuna colibacilar hacía abortar la fiebre tifoidea. Este hecho marcó el principio de la vacuno-terapia no específica. Al año siguiente Ludke demostró que los mismos resultados podían obtenerse usando una solución proteica. De aquí surgió el nombre de proteinoterapia. Este procedimiento, con la reacción que produce, ocasiona la movilización de cuerpos inmunes, específicos y no específicos. Probablemente el organismo mantiene una reserva de anticuerpos no específicos para los casos de emergencia. La vieja literatura médica contiene referencias numerosas, de los efectos benéficos que produce una infección secundaria en ciertas enfermedades. Por ejemplo, un ataque de erisipela, puede ser muy conveniente para la tuberculosis de la piel, para la sífilis y para la lepra.

Este punto que interpreta los benéficos resultados de la vacuna "Argo" desde un concepto de proteinoterapia no específica, parece estar de acuerdo con la segunda de las conclusiones del autor, que a la letra dice: "La inyección intravenosa de los cuerpos microbianos muertos, con la *adición inseparable de las proteínas extrañas disueltas en los caldos de cultivo*, provoca reacciones febriles y nerviosas que pueden entrañar un serio peligro para el enfermo si la vacuna no ha sido sometida previamente a titulaciones determinadas, que constituyen la base empírica esencial de su inocuidad".

En verdad estoy muy agradecido del señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, por haberme discernido la honrosa distinción de informar sobre el trabajo del doctor Ardila Gómez. Ferviente admirador de este espíritu de selección y de este incansable investigador científico, no creo que se me pueda brindar ocasión más propicia que ésta, para rendir público homenaje a tan alto exponente de las ciencias médicas.

Para terminar me permito proponer lo siguiente: Dénsese al doctor

Ardila Gómez, por su interesante estudio sobre la vacuna polivalente “Argo”, las más rendidas gracias, y manifiéstesele la complacencia con que la Academia ha escuchado la lectura de sus pacientes investigaciones clínicas y de las conclusiones en que funda su trabajo. Segundo: Nómbrase al doctor Ardila Gómez miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina y publíquese el trabajo en el órgano oficial de la Academia.



LA RECTORIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTÁ

Después de la brillante actuación del doctor Jaime Jaramillo Arango en la Rectoría de la Facultad de Medicina de Bogotá y en donde demostró este distinguido médico sus capacidades intelectuales y sus sorprendentes facultades de organizador que lo llevaron al Ministerio de Educación Nacional, vino para la Facultad de Medicina un período de incertidumbre, puesto que no se veía claramente quién pudiera suceder en el cargo de Rector, tan hábilmente desempeñado por el doctor Jaramillo, pero él, conocedor del cuerpo médico nacional, llamó a reemplazarlo en el cargo que dejaba a José del Carmen Acosta, una de las figuras más modestas pero al mismo tiempo más preclaras de lo que nosotros podemos llamar de la juventud médica.

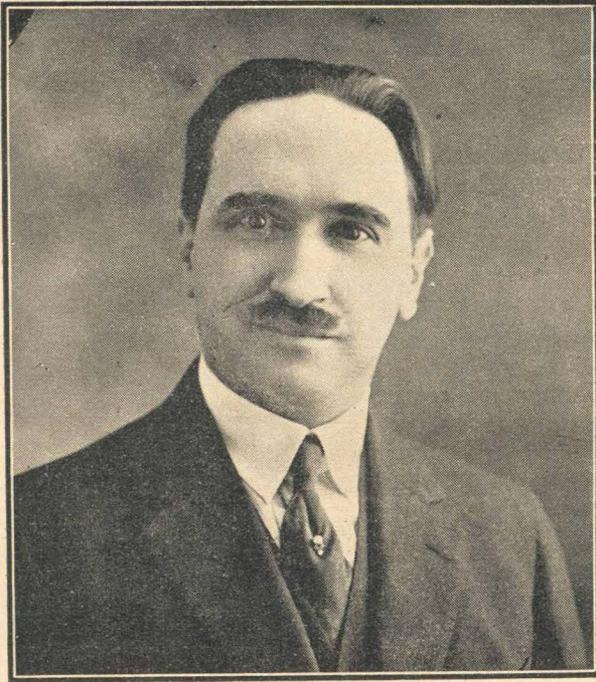
Este acertado nombramiento llenó de júbilo a todos los que se interesan por el progreso y bienestar de nuestra querida Facultad. Se vió el acierto, el tino, del nuevo Ministro de Educación Nacional al llamar al alto cargo de Rector a uno de los más entusiastas y más abnegados paladines de todo lo que represente seriedad, hombría de bien y capacidades intelectuales.

Motivo de orgullo para los viejos profesores es José del Carmen Acosta, puesto que ha sido formado exclusivamente por maestros colombianos y, al lado de esos viejos luchadores, José del Carmen Acosta triunfó como estudiante; desempeñó la mayoría de los cargos que se pueden obtener por concurso en los laboratorios y en las clínicas; y así salió con su título bien ganado de Médico y Cirujano de nuestra Facultad, y pronto se dedicó a una de las ramas más azarosas y difíciles de la medicina, como es la obstetricia, y al lado de Miguel Rueda,



Dr. José del Carmen Acosta
Ex-Rector de la Facultad de Medicina.





Dr. Calixto Torres Umaña
Rector de la Facultad de Medicina.



que tanto impulso le dio a este ramo de la medicina, pronto lo vimos ocupar una saliente posición entre los especialistas de la ginecología y la obstetricia, y en el curso de pocos años, con el beneplácito general, vino a ocupar primero la cátedra obstetricial, y más tarde, cuando la muerte arrebató la saliente personalidad del doctor Rueda, Acosta, por sus méritos personales, su consagración al estudio y su interés por su *alma mater*, llenó la vacante producida en la clínica obstetricial por la muerte del insigne maestro Miguel Rueda A.

Tocóle en suerte al llegar al rectorado ver terminada la construcción y dotación del nuevo edificio en donde hoy se alberga la Facultad —a la cual en épocas anteriores le había tocado en suerte como Secretario de ella, dar principio a la organización de que hoy disfruta. Acosta, y el Ministro Jaramillo, reunieron en Bogotá a los rectores de las Facultades de Medellín y Cartagena, de donde salió un decreto en el cual se unifica el plan de estudios médicos para toda la República, paso éste de la mayor importancia que nos ha sido posible conocer; pero desgraciadamente las múltiples ocupaciones de Acosta y sus compromisos profesionales, lo obligaron a dejar el honroso cargo de Rector de la Facultad de Medicina de Bogotá.

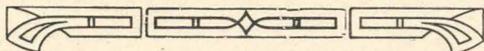
Gracias a que la cizaña política no ha podido entrar a la Facultad de Medicina, en donde se ha tenido y cultivado con el mayor esmero la independencia, por decirlo así, de la intelectualidad médica, vino a llenar esa vacante otro de los jóvenes médicos que por su amor a la investigación, al adelanto de las ciencias médicas en el país, y al amor por la juventud, vino, decimos, a regentar la Facultad el doctor Calixto Torres Umaña, nombre preclaro en la literatura médica, no solamente en el país sino fuera de él.

Torres Umaña sin duda continuará en la labor de mejorar la enseñanza médica en Bogotá; íntimamente ligados a él, sabemos de los graves problemas que confronta actualmente con la carencia de recursos para dotar la Facultad del personal docente que requiere la enseñanza de la Medicina, y sabemos de sus luchas y angustias para ver de mejorar el presupuesto de entradas para el sostenimiento correcto y siempre creciente de la Facultad, pero no dudamos de que, con sus capacidades, su amor por la enseñanza y su tenacidad para lograr lo que

se propone en bien de la sociedad en general, plenamente demostrado en sus trabajos científicos principalmente relacionados con la alimentación infantil y la de las clases menesterosas, pondrá la escuela de Medicina a una gran altura, ahí están, para sacar adelante esta afirmación. los trabajos sobre el metabolismo de las clases pobres de Colombia y los no menos importantes acerca de la acidosis infantil, los cuales no solamente le han dado reputación a Torres Umaña en Colombia sino que los hemos visto citados en libros y artículos científicos publicados en otros países, para honra de su autor y de sus amigos colombianos.

No tenemos sino palabras de agradecimiento para el Presidente de la República y su Ministro de Educación Nacional, y votos de felicitación por la designación que han hecho en Calixto Torres Umaña para Rector de la Facultad de Medicina de Bogotá.

J. M. M.



SEÑORES MEDICOS

Nos permitimos poner en su conocimiento que la primera serie anual de la "Revista Médica de Bogotá" ha terminado con el

Número 512

y por tanto rogamos a ustedes se sirvan cubrir el abono a la segunda serie, de la cual se han publicado los números 513 a 521.

Las suscripciones que no estén cubiertas en oportunidad se considerarán canceladas y suspenderemos el despacho.

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Administración:

Editorial CROMOS. Apartado 442. BOGOTA.

