

su pulso llegó a 180 pulsaciones por minuto, y temíamos un desenlace fatal. Previo reposo de unos veinte días, administración de quina, antitiroidina y digital, cuando hubo una ligera calma, practicámosla extracción intracapsular, obteniendo una curación absoluta de todos los síntomas. Esta enferma la volvimos a ver un año después, y la curación se mantenía.

ENFERMEDADES DE LA GARGANTA

BOCIO—(Observaciones números 1,753 a 1,760). Con frecuencia acuden los enfermos a los especialistas de la garganta. Hemos visto ocho, de los cuales operámos dos sin accidente y con éxito.

VARIA—Al especialista acuden también con frecuencia enfermos atacados con enfermedades del cuello, que propiamente no tienen relación con la especialidad. Así puede verse en nuestras observaciones una tiroiditis aguda reumatisal (observación 1,761); dos casos de ganglios tuberculosos del cuello, que operámos (observaciones 1,762 y 1,763); un flemón del cuello, también operado (observación 1,764), y una actinomicosis de la región cervical anterior (observación 1,765), que había sido tomada por una fístula del cuello y que curó rápidamente con el yoduro de potasio.

ANGINA CATARRAL—(Observaciones números 1,766 a 1,771). La inflamación aguda de la garganta, o angina catarral aguda, ya revista el tipo tonsilar o difuso, no lleva por lo general al enfermo a consultar con el especialista, y por lo común éstos son tratados por un médico general o con remedios caseros. De aquí su poca frecuencia en esta estadística (seis casos) (1), siendo una afección que aunque cura fácilmente, debe tratarse con cuidado en vista de posibles complicaciones (inflamación del oído por la trompa de Eustaquio, transporte de microorganismos a diversos puntos del organismo con localizaciones ganglionares o articulares, etc.)

ANGINA HERPÉTICA—(Observaciones números 1,772 y 1,773). Esta angina, que según Lermoyez «es algunas veces una verdadera herpes de localización gutural,» no es específica, y es debida a infecciones varias (estafilococos, estreptococos, etc.) de marcha aguda, febril, dolorosa y acompañada de fenómenos generales, y presenta como signos locales vesículas diseminadas y placas pseudomembranosas.

En lo general, como en la anterior, es tratada por el médico más que por el especialista.

(1) Nos referimos a anginas primitivas y no secundarias, a ciertas pirexias, gripe, escarlatina, sarampión, etc.

ANGINA DIFTÉRICA—(Observaciones números 1,774 a 1,778). La angina diftérica o infección aguda de la faringe provocada por el bacilo de Klebs Loeffler es bastante frecuente en Bogotá, y en los boletines de higiene municipal se ve anotada mensualmente con muchos casos. En lo general, los enfermos no acuden al especialista y se hacen tratar por el médico general, y no acuden a aquél sino en los casos complicados. De los cinco casos cuyas observaciones pueden verse, por tratarse probablemente de anginas asociadas, dos tuvieron desenlace funesto, y de los otros tres en uno hubo que hacer la traqueotomía.

Las complicaciones observadas por esta infección quedan anotadas al tratar de cada uno de los órganos afectados.

ANGINA DE VINCENT—(Observación número 1,779). En la observación que citamos, no sólo había angina sino también estomatitis, y nos maravilló el resultado sorprendente que obtuvimos con una inyección intravenosa de *914*.

FARINGITIS GRANULOSA—(Observaciones números 1,780 a 1,801). Una de las lesiones faríngeas que con mayor frecuencia hace que se nos consulte es la faringitis granulosa, que no es sino una variedad de faringitis crónica hipertrófica, en que los folículos cerrados adenoidianos de la pared posterior de la faringe se hipertrofian produciendo alteraciones particulares.

Como causas hemos encontrado todas aquellas que producen una irritación faríngea (alcohol, tabaco, polvo), y sobre todo la falta de respiración nasal.

Es tan común encontrar en la faringitis granulosa la obstrucción nasal, que como puede verse en nuestras observaciones, entre veintidós enfermos examinados, trece presentaban lesiones nasales (espolones del tabique, desviaciones, hipertrofia de los cornetes).

La entrada del aire frío y seco por la garganta produce a la larga los fenómenos de irritación en los folículos de la faringe.

Esta afección siempre la hemos encontrado en los adultos.

Nosotros para establecer un tratamiento lo primero que hacemos es corregir los defectos nasales y luego obramos sobre las granulaciones (cauterizaciones).

CÁLCULOS DE LA AMÍGDALA—(Observaciones números 1,802 a 1,804). Cuando el conducto que permite a las glándulas de la amígdala eliminar los productos de secreción, se cierra, se produce una especie de quiste de pequeño volumen que levanta la mucosa y la adelgaza, viéndose por transparencia de un color blanco amarilloso, que cuando no se reabsorbe sufre la incrustación calcárea tomando lo que se

ha llamado cálculos de la amígdala, que pueden ir desde el volumen de un grano de trigo hasta el de una fresa pequeña.

Los cuatro casos observados los operámos haciendo su extracción.

FLEMÓ PERIAMIGDALIANO — (Observaciones números 1,805 a 1,809). Las criptas amigdalianas cuando se infectan son punto de partida de colecciones flemonosas, ya en el tejido mismo de la amígdala, ya del tejido periamigdaliano.

No nos detendremos en su descripción, y únicamente diremos algo sobre el modo particular como nos valemos para operarlos.

Se sabe que el único tratamiento en estos casos es la incisión. El edema localizado, el inflamamiento de uno de los pilares y el dolor en punto determinado indican la supuración sin poder afirmarla; en todo caso, como dice Guisez, «una incisión precoz no expone a ningún peligro y produce, aun si no descubre la colección purulenta, una especie de descongestión por sangría local.» Así, pues, no tememos nunca hacer una incisión precoz que prepare el camino para la abertura espontánea, haciendo que el pus tenga que atravesar tejidos de menor espesor.

Como la anestesia local es difícil de obtener en regiones así de inflamadas, usamos en estos casos de tocamientos con el líquido de Bonain (partes iguales de mentol, ácido fénico nevoso y cocaína).

La incisión la hacemos en el pilar anterior sobre la amígdala o en el pilar posterior, según que la colección sea periamigdaliana, amigdaliana o retroamigdaliana.

Los autores insisten sobre que se haga una incisión amplia, pero que se tenga cuidado de no profundizar mucho el bisturí para no herir los vasos profundos, y para esto aconsejan no dejar descubierta sino la punta, en una extensión de un centímetro a centímetro y medio, recubriendo el resto con esparadrapo o un pedazo de gasa.

Nosotros suprimimos del todo el bisturí y hacemos la perforación de los tejidos introduciendo cerrada una pinza acodada de garganta, que una vez perforados los tegumentos abrimos dentro de la herida, haciendo así una incisión tan amplia y profunda como se quiera sin ningún peligro. También nos servimos en otros casos de la pinza de Matzianu, que da los mismos resultados que el anterior, pero que presenta un modo más fácil de introducción, debido a lo poco romo de sus puntas y al ligero filo que tiene en sus bordes externos.

CRIPAS DE LA AMÍGDALA — (Observaciones números 1,810 a 1,836). En este grupo, bastante numeroso, comprendemos la inflamación crónica de las criptas de las amígdalas palatinas.

Cuando las glándulas mucíparas se inflaman, se abren en las criptas donde vierten exudado patológico que con restos alimenticios y descamaciones epiteliales llenan poco a poco estas cavidades, que se transforman en receptáculos que sirven de cultivo a una rica flora microbiana.

La inflamación de la mucosa oblitera muchas veces el orificio de la cripta, produciendo fenómenos de retención y constituyendo la forma enquistada.

Se dice en los libros de patología especial que este proceso inflamatorio produce siempre en los niños la hipertrofia de la amígdala y en los adultos la esclerosis y hasta la atrofia de la glándula. Así lo hemos encontrado nosotros muchas veces; sin embargo (y no sabemos por qué causa), hemos visto en seis ocasiones (observaciones 1,828, 1,832 a 1,836) verdaderas amigdalitis crónicas de los adultos, entre los catorce y los quince años, evolucionar produciendo una verdadera hipertrofia muy grande en muchos casos. Esta afección por lo general es dolorosa, da sensación de fastidio continuo en la garganta y se diagnostica fácilmente al examinarla, teniendo cuidado de explorar con el estilete como los repliegues y criptas, de donde se ve salir un magma caseoso, cuando no los cálculos de que hablamos anteriormente.

La generalidad de los autores aconseja como tratamiento el quirúrgico por el procedimiento de desbridación con la hoz de Ruault y el gancho de Mignet, etc., con las que se abren ampliamente las criptas y se rompen las bridas fibrosas.

Nosotros lo hemos ensayado en la mayoría de los casos y no hemos tenido éxito duradero; a los pocos meses volvían los enfermos sensiblemente en el mismo estado que antes de la operación. Desilusionados con este tratamiento resolvimos en los casos siguientes hacer la amigdalectomía con la pinza de Ruault, obteniendo en todos los casos excelentes resultados, menos en uno (observación 1,811) en que había un poco de esclerosis y atrofia amigdalina; lo reoperamos haciendo una amigdalectomía total, y así el enfermo curó.

Así, en los adultos no somos partidarios de hacer la amigdalectomía con la pinza de Ruault, que siempre deja restos de amígdalas, sino que hacemos una disección total de la amígdala en su celda, valiéndonos de una espátula roma y de la uña del dedo índice; empezamos por el polo superior hasta que, fijada con una pinza, llegamos al inferior, donde cortamos el pedículo, con un serranudo. Este procedimiento nuevo es la práctica faringológica, es el único que da verdaderas garantías en el adulto, tanto bajo el punto de vista de hacer una operación completa, como por poner al abrigo de hemorragias, que son frecuentes con la

pinza de Ruault en las amígdalas esclerosadas, como nos ha sucedido en dos casos (observaciones 1,821 y 1,832).

HIPERTROFIA DE LAS AMÍGDALAS PALATINAS—(Observaciones números 1,837 a 1,979). La hipertrofia de las amígdalas puede observarse en las amígdalas palatinas, la lingual y en la tercera amígdala o amígdala de Luschka (vegetaciones adenoides).

Hasta ahora no hemos tenido ocasión de tratar en Bogotá ningún caso de hipertrofia de la amígdala lingual. Nos ocuparemos aquí solamente en la hipertrofia de las amígdalas palatinas.

Como factores etiológicos encontramos el linfatismo. Así como durante la infancia, cuando el sistema linfático está más desarrollado, es cuando la hipertrofia de las amígdalas se observa en mayor número. En el adulto las amígdalas sufren una regresión como todos los órganos linfoides.

Al decir linfatismo, se dice mucho y no se dice nada, pues la causa que lo produce nos es bastante desconocida, pero sí observamos que en muchos casos se encuentran como factores muy principales la tuberculosis y sobre todo la sífilis y el alcoholismo de los padres. Así, entre las ciento cuarenta y dos observaciones que citamos de hipertrofia amigdaliana, hemos encontrado claramente la sífilis de los padres ocho veces; mas como en muchos casos no es posible obtener este dato preciso, no sería aventurado decir que en el 8 o 9 por 100 de las hipertrofias amigdalianas, la heredosífilis tiene el principal papel etiológico.

Todos los otros casos de inflamación, como las anginas agudas repetidas, producen la hipertrofia amigdaliana, lo mismo que las infecciones generales (gripe, sarampión, escarlatina, y sobre todo la sífilis en su período secundario).

No nos detendremos a estudiar la sintomatología de los casos observados, por no haber encontrado en ellos qué agregar en lo dicho en los tratados de patología.

Hacemos notar únicamente la asociación que sufren en la hipertrofia de la amígdala palatina, la amígdala faríngea; en los ciento cuarenta y dos casos observados, ciento once estaban acompañados de vegetaciones adenoides. (Observaciones 1,867 a 1,979).

Las alteraciones nasales, como hipertrofias óseas y mucosas de los cornetes, espolones y desviaciones del tabique nasal, catarro de la trompa de Eustaquio y fenómenos auriculares, han sido observados con suma frecuencia.

Hemos empleado el tratamiento médico en los casos benignos, cuando la hipertrofia era blanda y los enfermos rechazaban el quirúrgico o estaba contraindicado; así es que de las ciento cuarenta y dos hipertrofias amigdalianas, fueron operadas ochenta y ocho, casi todas con

la pinza de Ruault y no teniendo como accidentes sino unas pocas hemorragias postoperatorias en los adultos, que cedieron fácilmente.

ADENOIDES—(Observaciones número 186 a 2,018). Como dijimos antes, se designa con el nombre de vegetaciones adenoides un estado patológico producido por la hipertrofia de los órganos linfoides del rinofaringe, tejido normal en el niño y que desaparece con la pubertad. Pero como dice Guisez, «hay que saber que en el estado normal, este conjunto linfoide debe existir en todos los individuos donde presenta un volumen y forma siempre apreciables a los medios de exploración de que disponemos: vista, tacto, rinoscopia posterior, y sólo su hipertrofia lo hace patológico.»

En cuanto a su etiología, no tenemos nada que agregar, en lo que hemos observado nosotros, a lo dicho en el párrafo anterior sobre etiología de la hipertrofia en las amígdalas palatinas.

No siendo el objeto de estas apuntaciones el hacer un tratado completo de patología, pasamos por alto la descripción de la tan conocida sintomatología adenoidiana; únicamente nos limitamos a decir que en los casos observados encontramos, como dijimos antes, muy frecuentemente la hipertrofia de las amígdalas palatinas (ciento once veces en ciento cincuenta y dos adenoidianos). Las demás alteraciones del aparato rinofaríngeo son más frecuentes en los adenoidianos que en los atacados de hipertrofia amigdaliana, a los que deben agregarse las deformaciones faciales y alteraciones del estado general, juntamente con las complicaciones auriculares, que muchas veces llegan a otitis supuradas o a otitis adhesivas y esclerosas que pueden evitarse o mejorarse mucho mediante una oportuna intervención.

Como tratamiento no empleamos el médico sino en los niños menores de dos años, y en los brotes agudos en que esté contraindicado el quirúrgico, que muchas veces hacemos aun en niños menores de dos años cuando es indispensable.

Así, de los ciento cincuenta y dos enfermos observados hemos operado ochenta y ocho con la cureta de Moritz Schimith en un solo tiempo y no valiéndonos de la pinza de Chatellier sino para quitar los despojos que en algunos casos ha dejado la cureta. Con frecuencia hemos observado parálisis del velo del paladar en operados de adenoides, parálisis bastante marcadas en los primeros días que siguen a la operación y que hacen que los líquidos se vuelvan por la nariz. Estas parálisis las hemos visto sólo en los casos de grandes adenoides que se han operado tardíamente y en que el velo del paladar ya había perdido completamente el hábito de pegarse a la pared posterior de la faringe du-

rante la deglución, debido a la presencia del paquete adenoidiano. Por lo general eran transitorias y cesaron siempre con los ejercicios respiratorios.

SÍFILIS DE LA FARINGE—(Observaciones 2,019 a 2,030). No hemos observado la sífilis faríngea sino en el segundo y tercer período bajo la forma de placas, úlceras y gomas de la amígdala, que hemos tratado con *606* y *914*, observando maravillosos resultados.

TUMORES—(Observación 2,032). No observamos sino un papiloma de la úvula, que operámos.

HIPERTROFIA DE LA ÚVULA—(Observaciones números 2,032 y 2,032 A). En los individuos que frecuentemente están atacados de anginas y de irritaciones faríngeas, es muy frecuente observar un crecimiento anormal de la úvula, que llega a una verdadera hipertrofia, produciendo un cosquilleo de la parte superior de la epiglottis con frecuentes náuseas y tos.

La resección de la parte hipertrofiada, de un tijeretazo, produce un inmediato alivio de los síntomas, como hemos tenido ocasión de observarlos.

HERIDAS DE LA GARGANTA—(Observación número 2,033). Sólo observámos una cortante del pilar posterior, producida por un hueso, que curó sin necesitar de sutura.

CUERPOS EXTRAÑOS DEL ESÓFAGO—(Observaciones números 2,034 a 2,037). Desde que el instrumental y manual operatorio de las intervenciones en el esófago, la tráquea y los bronquios han alcanzado el grado de perfeccionamiento a que han llegado en nuestros días, que permiten la visión directa de estos órganos, el diagnóstico y tratamiento de los cuerpos extraños del esófago y de las vías aéreas se ha simplificado mucho.

En las cuatro observaciones que narramos con algún detalle, los cuerpos extraños eran de naturaleza muy variable y habían permanecido enclavados en el esófago desde unas pocas horas hasta treinta y dos días. Según su mayor o menor facilidad para extraerlos nos valimos del canastillo de Graefe, de los rayos x y de la esofagoscopia directa. Este último es el método que nos parece más racional y práctico por permitir hacer un diagnóstico exacto y un tratamiento verdaderamente efectivo y científico.

CATARRO NASOFARÍNGEO—(Observaciones números 2,038 a 2,047). El catarro nasofaríngeo crónico se presenta bajo dos formas, según se trate del niño o del adulto. En el primero se confunde con los brotes de adenoiditis y evoluciona hacia la forma hipertrófica; en el segundo, que es del que tratamos ahora, la inflamación crónica de la mucosa del *cavum* es ocasionada también por hipertrofia del tejido adenoidiano, siempre menos marcada que en el niño; es la forma húmeda o blanca. Puede también producir la atro-

fía de todos los elementos de la mucosa constituyendo la forma seca o atrófica.

El catarro nasofaríngeo crónico es casi siempre secundario a una serie de brotes inflamatorios del rinofaringe, y otras veces es crónico desde su principio

Entre sus causas hemos anotado como factor esencial el coriza crónico, las sinusitis maxilares y frontales y sobre todo la obstrucción nasal que impidiendo la salida de las mucosidades hace que éstas vayan a caer en la parte posterior de las fosas nasales.

Es una de las afecciones más pertinaces del rinofaringeo, y sólo combatiendo en absoluto las causas y haciendo un tratamiento muy apropiado, se logra aliviar a algunos enfermos.

Como tratamiento debemos combatir la causa, desinfectar el *cavum* y avivar la mucosa, para lo que usamos lavados nasales y del rinofaringe; pinceladas con glicerina yodada cuyo título varía del 1 al 3 por 100, según los casos.

En los casos en que había ozena, no hemos logrado ningún éxito, a pesar de enérgicos y continuos tratamientos.

TUMORES NASOFARÍNGEOS—(Observaciones 2,048 a 2,051). De los cuatro casos observados de tumores del nasofaringe, uno era para nosotros de naturaleza desconocida (observación 2,049); se trataba de una señora de treinta y nueve años; el tumor estaba implantado sobre la apófisis bacilar, sangraba, y viéndolo con el espejo aparecía con el aspecto de un epiteloma; la enferma no permitió hacer una biopsia y menos una intervención sangrienta. Aunque no había antecedentes sífilíticos y el Wassermann era negativo, aplicámos tres inyecciones de 606, las que bastaron para hacer regresar una lesión que según todas las apariencias no era sífilítica.

Los otros tres casos se refieren a fibromas, y hubo de raro en el número 2,048 la edad de la enferma (treinta y seis años), quien se presentó con un tumor que había invadido no solamente el *cavum* sino las fosas nasales, produciendo una horrible deformación de la cara. No se dejó operar, y no hemos vuelto a tener noticias suyas. Los otros dos casos fueron en jóvenes que se operaron por las vías naturales con éxito absoluto y sin reproducción.

CUERPOS EXTRAÑOS DE LA LARINGE—(Observación número 2,051 A). Sólo vimos una, que extrajimos, de la parte superior de la glotis, en una niña de tres años que se había pasado un hueso de membrillo. Extracción.

LARINGITIS CATARRAL—(Observaciones números 2,052 a 2,061). Los bruscos cambios de temperatura que se experimentan en la Sabana de Bogotá, son un preponderante factor etiológico en la producción del catarro agudo de la laringe que hemos observado, sobre todo en los individuos

cuyos oficios les obligan a hacer frecuente uso de la voz o exponerse a cambios térmicos.

SÍFILIS LARÍNGEA—(Observaciones 2,062 a 2,066). Hemos observado lesiones en los varios períodos. La más frecuente es la laringitis sifilítica caracterizada por un eritema rojizo de las cuerdas vocales, que produce la disfonía.

Vimos un caso de edema (observación (2,062) de los repliegues aritenoespiglotícos, con fenómenos de sofocación subaguda, que cedió con el tratamiento mercurial.

La estenosis laríngea, de origen sifilítico por lo general, no figura en los tratados de patología: la hemos observado en el consultorio externo de San Juan de Dios varias veces y una en nuestra clientela civil (observación 2,063). Su marcha es lenta e insidiosa; la epiglotis va perdiendo su elasticidad y estrechando sus paredes una contra otra, encartuchándose y dirigiéndose hacia atrás hasta producir fenómenos graves de asfíxia que en muchos casos llegan hasta la muerte del individuo si no se hace una traqueotomía a tiempo.

TUBERCULOSIS LARÍNGEA—(Observaciones números 2,067 a 2,070). La tuberculosis laríngea es rara entre las clases acomodadas de Bogotá y frecuente en las clases pobres. A diferencia de las otras localizaciones de la tuberculosis que en Bogotá, debido a su clima, tienen una marcha mucho más benigna de la que se observa en las tierras calientes y en los países de la zona templada, la tuberculosis de la laringe afecta casi siempre una marcha rápida, destruyendo en pocos meses el órgano y produciendo la muerte de los enfermos.

PÓLIPOS DE LAS CUERDAS VOCALES—(Observaciones números 2,071 y 2,072). Aunque en los tratados de patología se dice que los pólipos de las cuerdas vocales son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, en la proporción de **uno a tres**, los dos casos que observámos eran ambos en mujeres' papilomas. Operámos una con éxito y la otra rehusó operarse.

CÁNCER DE LA LARINGE—(Observaciones 2,073 a 2,075). Los casos observados son entre los treinta y dos y cincuenta y dos años, todos endolaríngeos y de marcha rápida y fatal. Sólo operámos uno (número 2,073), a quien tuvimos ocasión de observar al principio de la enfermedad. Vimos entonces, al hacer el examen laringoscópico, un pequeño tumor polipoide de forma vegetante, que ocupaba la cuerda vocal derecha y que nos apresuramos a extirpar lo más completamente que nos fue posible. El enfermo siguió bien los primeros días, luego lo perdimos de vista, y volvió al consultorio a los ocho meses con la glotis invadida completamente por el tumor. Pretendimos hacer otra extirpación, pero el enfermo no se sometió a ella, y no volvimos a verlo.