

Para tomar media cucharada de las de café una vez al día, y desde el tercer día media por la mañana y media por la tarde, con observación; y cuando se acabe la fórmula se suspende, porque la estriquinina se acumula.

Después se prescribirá:

Tartrato férrico potásico.....	2 gramos.
Agua destilada.....	15 »
Jarabe de canela.....	150 »

Disuélvase y mézclese.

Para tomar una cucharada de las de café con cuchara de madera al tiempo de comer y de cenar.

Debe prescribirse también la *lecitina*, siendo un preparado recomendable el Granulado de lecitina Lemaitre.

Se empleará, además, el masaje; se procurará que el niño trate de mover ó mueva si puede, varias veces al día, las partes paralizadas; las fricciones con la mano ó con un guante de lana; la electricidad; y la irrigación con agua salada caliente de la parte afecta, si es que la región en que asienta la parálisis se presta á ello.

Hipertrofia de las amígdalas.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — Aunque puede presentarse en los primeros tiempos de la vida, y aun ser congénita, su aparición suele tener lugar de los tres á los seis años, ó más tarde.

Las causas hállanse representadas por la *herencia*, cuya interpretación patológica entra en las líneas generales de esa admirable transmisión de la modalidad orgánica de padres á hijos; el *temperamento linfático* y los estados morbosos circunvecinos, como *rinitis crónica*, *adenitis* y *dermatosis*, conjunto de causas que engloba bajo el lazo común de la íntima relación que con el sistema linfático tienen las amígdalas; las influencias *irritantes* de todo género, como la viciación que experimenta el aire en habitaciones poco ventiladas, las sustancias alimenticias de malas condiciones y la erupción dentaria, hallándose el fundamento de su acción en el anormal estímulo que en las tonsilas ocasionan; y sobre todo, la *amigdalitis* repetida, pues como toda inflamación, produce exudados intersticiales cuya desaparición es más ó menos lenta; y cuando la flegmasía recidiva en plazos cortos va acumulando residuos anatómo-patológicos, á la vez que provoca la hiperplasia, dando lugar á un proceso mixto, es decir, á una hipertrofia, y á ese estado pasivo que sigue á muchas flegmasías incompletamente curadas, que se llama induración, constituido principalmente por la presencia de parte de los exudados inflamatorios y por la proliferación del tejido conectivo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La hipertrofia tonsilar ofrece dos modalidades somá-

ticas: la *blanda* y la *dura*. En la primera los folículos son más numerosos y de mayor volumen, mientras que el estroma conectivo es delgado y las amígdalas ofrecen escasa consistencia. En la segunda hállase muy reducido el número y el volumen de los folículos, en tanto que los tabiques conjuntivos ofrecen un estado esclerósico y la consistencia de la amígdala es considerable. En los niños es más frecuente la hipertrofia blanda.

PATOGRAFÍA. — Los síntomas son de dos clases: *objetivos* y *funcionales*. Los *objetivos* los apreciamos por simple inspección. En muchos niños se puede verificar el examen sin necesidad de depresor de la lengua, pues sin duda por la costumbre de tener casi constantemente la boca entreabierta, basta invitarles á que la abran más para que se vea con gran facilidad todo el istmo gutural. Si bien puede existir el proceso en un solo lado, lo general es que sea doble, pero en unos casos ofrecen ambas amígdalas un volumen análogo, mientras que en otros es mayor la de un lado que la opuesta; el grado de tumefacción es variable, pudiendo ser tal que estén casi en contacto las dos tonsilas; tumefacción que, sin embargo, no se verifica siempre en la misma dirección, pues en unos niños, que es lo más común, la proyección es hacia adentro, estrechando, por consiguiente, el istmo de las fauces, en tanto que en otros el aumento de volumen es antero-posterior, por lo que, empujando los pilares, les imprimen una convexidad bastante acentuada; el color es distinto también en cada niño; pues puede ser el normal, que es, según mis observaciones, el que ofrecen en la inmensa mayoría de casos, ya más pálido, ó bien rojo obscuro ó morado; así como su consistencia al tacto, que ora es normal, ora es más escasa que de ordinario ó está aumentada. La superficie de las amígdalas es unas veces lisa, mientras que otras es granulosa, pudiendo estar excavada por lagunas debidas probablemente á la dilatación de los orificios de las criptas.

Los *síntomas funcionales* son muy numerosos. La deglución se encuentra más ó menos entorpecida cuando es grande la tumefacción de las amígdalas, si bien los niños no se quejan de ello, ni aun se aperci-ben siquiera, por serles habitual; la voz es gangosa; hay ordinariamente tos, algo de dificultad respiratoria y en ocasiones fuerte disnea y aun ataques de sofocación; se produce ronquido durante el sueño; ruido de oídos y torpeza de la audición, que puede llegar hasta la sordera, debido á la compresión que experimenta la trompa de Eustaquio y al catarro que se propaga á la embocadura de éste, aunque pudiera originar también de otras causas; los ojos están con frecuencia prominentes; la boca algo abierta, lo cual comunica al rostro una apariencia

angustiosa y á veces estúpida; el cuello puede aparecer algo abultado; la jaula torácica se presenta estrechada y plana, á consecuencia de la poca amplitud de las inspiraciones; y por último, ofrecen los niños escaso desarrollo y cierto sello de atonía muscular y de languidez, debidos á lo deficiente de la hematosis.

PATOCRONIA.—Este estado morboso es, no sólo de marcha crónica, sino de duración indefinida, presentando los niños comúnmente predisposición á las anginas agudas, las cuales se desarrollan por influencias ligeras y contribuyen á suministrar un nuevo contingente á la tumefacción tonsilar.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—Como es un proceso cuyos fenómenos objetivos constituyen un conjunto tan característico y son además apreciables de una manera directa, el diagnóstico no ofrece dificultad alguna; pero sí es preciso tener en cuenta al formularle la circunstancia de que no en todos los niños sanos presentan las amígdalas el mismo volumen, sino que, por el contrario, se observa extraordinaria variedad; debiéndonos fijar para la justipreciación de si en un caso dado se trata de hipertrofia ó de un estado normal, no sólo en las dimensiones de las tonsilas, sino en si existen ó no perturbaciones funcionales, y en si el niño ha padecido con frecuencia anginas.

Hay que tener presente además un hecho que tiene lugar en el momento en que practicamos el reconocimiento, y es la mayor prominencia hacia adentro que forman las amígdalas á consecuencia del esfuerzo que el niño hace, en el que pone en acción el músculo constrictor superior de la faringe, lo cual las da apariéncia de un volumen mayor que el que realmente tienen. Salvaremos semejante dificultad fijándonos en si hay ó no síntomas funcionales, y muy especialmente en el estado de las amígdalas *al principio de la exploración*; pues poniendo cuidado, observaremos que es menor su prominencia en el momento en que comenzamos á deprimir la lengua para verificar la exploración, y que aumenta á medida que el niño realiza el involuntario esfuerzo que este examen le provoca. Semejante advertencia sirve, no sólo para el diagnóstico, sino para la justipreciación del grado de abultamiento en el caso de que exista verdaderamente la hipertrofia.

PRONÓSTICO.—Si bien no es grave relativamente á la afección considerada en sí misma, no deja de ser desfavorable cuando ha tomado bastantes proporciones, por las perturbaciones y el entorpecimiento en el desarrollo que hemos visto produce.

TRATAMIENTO.—Lo primero que tenemos que hacer es aconsejar al niño un género de vida adecuado, prohibiéndole los gritos, la lectura en alta voz y las demás influencias fonéticas inconvenientes, así como las bebidas muy frías ó muy calientes, pues ambas son nocivas: las primeras por la reacción que en las amígdalas provocan; y las segundas, por el estímulo directo que en ellas producen; de igual manera que los alimentos picantes, y en una palabra, todo lo que pueda excitar la parte afecta.

Aunque los recursos tópicos farmacológicos son inútiles y algunos perjudiciales, voy á proponer, sin embargo, uno, y fundo mi recomendación en su acción fisiológica. Me refiero á la *glicerina*, que aplicada sobre una mucosa es hidragoga, es decir, determina una especie de flujo acuoso, cuyo efecto en las amígdalas supongo que ha de ocasionar alguna reducción en su volumen; aunque tal vez no sea mucho, por la naturaleza anatomo-patológica del proceso; y digo que *tal vez* no sea mucho, porque dadas las condiciones de la región y el tratarse de niños, es difícil ó imposible realizar la comprobación de los efectos hidragogos. Pero, en fin, creo debe ensayarse este recurso, practicándose tres embrocaciones diarias de la amígdala afecta con glicerina neutra y pura, por medio de un pincel suave y sin ocasionar estímulo de ningún género; y según lo que se observe, se continúa ó se suspenden las pincelaciones; por supuesto, que si el niño opusiera resistencia, no se empleará, porque los esfuerzos que realizaría agravarían el proceso.

Otro medicamento que tal vez pudiera ser útil es el *guayaco*, pues se le ha supuesto notable acción sobre la mucosa de la boca y faringe, y en opinión de Mackenzie es capaz de yugular una amigdalitis que se encuentre en su fase inicial.

Si como por desgracia ocurrirá, fracasa este medio, no hay otros que la *cauterización* y la *excisión*; mas he de decir que no están indicadas una ú otra por el sólo hecho de existir hipertrofia, pues varía mucho la trascendencia de esta en cada caso, sino que tan sólo existirá indicación cuando la índole ó el grado de las perturbaciones que la hipertrofia produce hagan necesario, ó por lo menos muy conveniente, uno ú otro de estos procedimientos quirúrgicos.

La cauterización es molesta, porque se necesitan varias sesiones para obtener la necesaria disminución de la amígdala, lo que en un niño es sumamente difícil por su natural indocilidad; y aun aparte de esto, no me satisface la acción intrínseca de la cauterización; porque si bien es verdad que destruye los tejidos en que obra directamente y

que la retracción cicatricial consecutiva contribuye al achicamiento de la tonsila, es también innegable que á la cauterización subsigue una flegmasía, una verdadera amigdalitis, que ha de dejar sus residuos anatómo-patológicos, representados por exudados y elementos de neoformación, y que son un nuevo contingente de hipertrofia. Constituye este procedimiento, á mi juicio, un círculo vicioso, en el que, si triunfa la cauterización, es á fuerza de sesiones y, por lo tanto, no la encuentro recomendable. Si alguna vez se creyera necesario apelar á ella porque estuviera indicado el rebajar el volumen de la amígdala y no fuera practicable la amigdalotomía, téngase mucho cuidado de hacer la cauterización lo bastante superficial, para no correr jamás el riesgo de herir órganos vecinos importantes, como la carótida interna, que sólo está separada de la amígdala por el espesor, que es muy escaso de la pared faríngea. La cauterización se practica con el gálvano ó con el termo-cauterio; pero considero preferible el primero, porque se enrojece y se apaga en el mismo instante en que se crea conveniente, y se evita con gran facilidad toda quemadura innecesaria.

Creo muy preferible la amigdalotomía. *¿Cómo debe practicarse?* No obstante la opinión de Saint-Germain favorable al bisturí, yo le considero muy inferior al *amigdalótomo*, porque, dada la indocilidad de los niños, puede fácilmente y de un modo involuntario hacerse actuar el corte del bisturí en una profundidad inconveniente ó en partes que, como los pilares, no se deben interesar.

Yo siempre he empleado el amigdalótomo, que es un ingeniosísimo y cómodo instrumento, no deteniéndome á explicar cómo se practica con él la sección de la amígdala, porque está descrito en las obras de operaciones; pero sí haré algunas advertencias que considero de gran interés.

1.^a Debe colocarse entre las muelas una cuña de madera, para que el niño no cierre la boca.

2.^a La anilla debe ser de diámetro proporcionado al volumen de la amígdala.

3.^a Se incluirá en la anilla toda la porción de amígdala que sobresale de los pilares—hacia adentro, es decir, hacia la úvula—; pero de ninguna manera debe interesarse á los pilares ni á la porción de amígdala cubierta por ellos.

4.^a Téngase mucho cuidado, al aplicar la anilla y al atravesar con la saeta la parte de tonsila que se va á escindir, porque con mucha facilidad se desvía el instrumento y no cogemos más que una pequeña porción de amígdala; y como la saeta tiene un pincho como las banderi-

llas, es ya imposible sacarla, y por consiguiente, imposible también el rectificar la aplicación

5.^a Antes de proceder á la operación, reconózcase detenidamente el amigdalótomo, para persuadirse de que la guillotina corta bien, de que sus diferentes piezas funcionan fácilmente y de que ofrecen la necesaria solidez.

6.^o Hay que tener siempre dispuestas pinzas suficientemente largas, por si se rompiera el instrumento durante la operación poder coger con ellas inmediatamente el fragmento ó para si se presenta hemorragia practicar la necesaria compresión.

7.^o A ser posible, considero preferible practicar la operación sin emplear el depresor de la lengua, como yo lo he hecho algunas veces y he quedado muy satisfecho, pues con el mismo amigdalótomo se comprime la lengua; doy este consejo, porque como la cavidad bucal es pequeña y no deja el niño de forcejear con la lengua, constituyen demasiado volumen el depresor y el amigdalótomo, y puede romper el primero á este último, accidente que me ha ocurrido á mí una vez, felizmente sin consecuencia alguna desagradable.

Puede también efectuarse la escisión de la porción exuberante de la amígdala mediante el *asa galvánica*.

Antes de practicarse la amigdalotomía, y lo mismo debe hacerse en caso de cauterización, se limpiarán los dientes del niño con polvos muy finos de carbón y cepillo, mandándole después enjuagar repetidas veces con la solución de ácido bórico en agua hervida al 4 por 100; y después de la operación se le dará unos días como único alimento leche, ni caliente ni fría, sino tibia, pues el calor favorece la hemorragia, y el frío excesivo pudiera también provocarla por la reacción que determina; después se le dan alimentos blandos, como sopas y huevos pasados por agua, y cuando ya se crea oportuno se le permitirá volver poco á poco al régimen ordinario. En los días subsiguientes á la operación se prohibirá al niño hablar, cantar, etc.

La amigdalotomía, y lo mismo la cauterización, están contraindicadas cuando se halla inflamada la amígdala ó lo ha estado recientemente; pues como se vasculariza mucho por la inflamación sobrevendría hemorragia; y además se vuelve más blanduja, lo que dificultaría la sección con el amigdalótomo; y por consiguiente, es de precepto *no practicar* la operación sino cuando no exista flegmasía; y en el caso de que haya sufrido el niño angina, se aguardará para operarle á que transcurran cuarenta días, á contar desde la desaparición de ésta.