

De MT. 86 / 79.

REPUBLICA DE COLOMBIA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA JAVERIANA

FACULTAD DE MEDICINA
PABLO E. NARVAEZ FRANCO

T I T U L O :

LA LIGADURA EN LA AMIGDALECTOMIA

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE DOCTOR
EN MEDICINA Y CIRUGIA.

Bogotá, año de 1951

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA JAVERIANA
FACULTAD DE MEDICINA.

Rector de la Universidad:

R.P Emilio Arango.

Decano de Estudios de la Facultad:

Dr. José del C. Acosta.

Decano de disciplina y Secretario de la Facultad:

R.P. Alberto Duque S.J.

Presidente de Tesis:

Dr. Luis González Torres.

Examinadores:

PARAGRAFO: " Ni la Universidad ni los miembros del Jurado de Tesis se hacen responsables por los conceptos emitidos por el alumno en su trabajo de tesis. Sólo velarán porque no se publique nada contrario al dogma ni a la moral católica, y porque la tesis no contenga ataques personales y únicamente se vea en ella el anhelo de buscar la verdad científica ".

DEDICATORIA :

A mis padres

A mis hermanos

A mi señora

A mi hija.

COMO TESTIMONIO DE AGRADECIMIENTO A LOS DRS.

JORGE E. CAVELIER

LUIS GONZALEZ TORRES.

S U M A R I O

- 1o.- Anatomía.
- 2o.- Histología.
- 3o.- Fisiología.
- 4o.- Patología. Infección Focal.
- 5o.- Signos locales, manifestaciones a distancia.
- 6o.- Tratamiento. La ligadura en la amigdalectomía.
- 7o.- Estadística de amigdalectomías con tiempo de coagulación y sangría normal. Estadística de amigdalectomías con tiempo de coagulación y sangría anormal.
- 8o.- Conclusiones.

NOCIONES ELEMENTALES DE ANATOMIA QUIRURGICA DE LAS AMIGDALAS PALATINAS.

Las amígdalas palatinas junto con la amígdala faríngea de Luschka, constituyen, en cuanto a volumen, la parte más destacada del complejo linfoide, que se halla distribuido en forma de collar a la entrada de las vías aéreas y digestivas, vulgarmente se conoce con el nombre de anillo de Waldeyer. El resto de él lo forman otros órganos de menor tamaño: las amígdalas tubáricas o de Gerlach, la amígdala lingual y numerosos folículos linfoides de distribución difusa, que establecen un puente de unión entre estas destacadas formaciones amigdalinas.

Estas otras pequeñas formaciones adenoideas tienen por lo general, un tamaño aproximado de 4 mm de diámetro. Son numerosas en la parte posterior de la faringe, en la cara superior del velo blando y a los lados de ambos pilares posteriores.

Amígdala palatina o tonsila bucal.- La amígdala palatina es un órgano linfoide agregado a la mucosa del istmo de las fauces.

Se las designa con el nombre de amígdalas palatinas, para diferenciarlas: a) de la amígdala faríngea que ocupa la parte superior de la faringe inmediatamente por detrás de las fosas nasales; b) de la amígdala o amígdalas linguales, situadas en el dorso posterior de la lengua, y c) de la

amígdalas tubáricas, situadas alrededor de la trompa de Eustaquio.

Situación: En número de dos una derecha y otra, las amígdalas palatinas están situadas en la pared lateral de la faringe, - inmediatamente por detrás de la boca, por dentro de la región cigomática y del espacio maxilofaríngeo, delante de la pared posterior de la faringe bucal, debajo de la región palatina, y encima de la región lingual.

De forma ovoidal o aplanada. Generalmente miden el estado normal, de 20 a 25 mm de altura, por 15 de anchura y 10 de espesor.

En toda amígdala hay que considerar: a) una cara interna o bucal; b) una cara externa o parietal; c) un borde anterior; d) un borde posterior y dos polos: superior e inferior.

Cara interna o bucal. Revestida por la mucosa faríngea. Presenta un gran número de orificios que conducen a las criptas amigdalinas, algunas de las cuales se extienden, en el espesor de la masa glandular, hasta el centro, o, hasta la vecindad de la cara externa. En estas criptas se aglomeran mucosidades, que se condensan a veces en grumos blanquecinos, el caseum tonsilar.

Cara externa o parietal. Esta cara está en relación con el músculo amigdalo-gloso.

Borde anterior. Este borde está en relación con el pilar anterior.

Borde posterior. Está en relación con el pilar posterior.

Polo superior. Corresponde al ángulo de separación de los dos pilares, del cual se halla separado por la fosita supra-amigdalina.

Polo inferior. Está vecino a la base de la lengua de la que dista unos 5 mm.

Cápsula amigdalina. La cápsula amigdalina se halla constituida por una tupida red de fibras elásticas, musculares y es triadas y vasos sanguíneos. Es resistente y gruesa en el polo superior, va adelgazándose hacia abajo hasta desaparecer en el polo inferior de la amígdala.

Vasos tonsilares. Las amígdalas están irrigadas por arteriolas de procedencia diversa que siempre entran por su cara externa.

La irrigación de la amígdala depende generalmente de la carótida externa. Las arterias tonsilares que nutren la porción media e inferior, provienen directamente de la carótida externa, algunas veces, y las más, por intermedio de la arteria lingual, facial, palatina inferior o ascendente (rama a su vez de la facial, o de la faríngea ascendente, también llamada inferior.

Generalmente el polo superior está irrigado por la tonsilar superior, rama de la faríngea superior o descendente (llamada también palatina superior o descendente) rama a su vez de la maxilar interna.

Casi siempre la arteria tonsilar principal se introduce en la amígdala por su cara externa (tercio inferior), y es colateral de la facial.

Las tonsilares inferiores provienen de la dorsal de la lengua.

Venas. Las venillas que provienen de las redes capilares foliculares e interfoliculares se dirigen hacia afuera en un trayecto inverso al de las arteriolas.

Nervios. El polo superior está inervado por los nervios palatinos ramas del trigémino. El tercio medio e inferior, por el plejo tonsilar de Andersch, constituido por el lingual y el glossofaríngeo.

Linfáticos. En las amígdalas palatinas no han podido ser puestos en evidencia vasos linfáticos aferentes.

Los linfáticos eferentes de las redes intrafoliculares e interfoliculares, se dirigen, por los tabiques, hacia la cara externa de la amígdala. Desde aquí se dirigen hacia afuera y van a terminar en los ganglios cervicales profundos, de preferencia en los yugulares que costean el borde inferior del digástrico. Estos ganglios corresponden al ángulo del maxilar inferior (grupo de Chassignac). El ganglio principal de este grupo está por encima del nivel de la bifurcación de la carótida y generalmente se llama digástrico o amigdalino. Aquí es donde se encuentran los ganglios infiltrados en las lesiones inflamatorias metastásicas de la amígdala.

La fosa, celda o nicho amigdaliano. La fosa, celda o nicho amigdaliano, está situada en la parte anterior y lateral de la faringe, excavada a expensas del paladar membranoso, adoptando la forma de una depresión triangular en la que hay que distinguir: un vértice superior, una base inferior, una pared anterior, una pared posterior y una pared externa.

Pared anterior. Llamada también pilar anterior, está constituida por el músculo glosostafilino o estafilogloso.

Pared posterior. Llamada también pilar posterior, está constituida por el músculo farigostafilino o estafilofaríngeo.

Pared externa. La pared externa está constituida por el entrecruzamiento de los siguientes músculos: constrictor superior, constrictor medio, el estilogloso, el estilofaríngeo y el amigdalogloso.

Vértice. El vértice está formado por el ángulo de separación de los dos pilares.

Base. Forma la parte más inferior de la celda, y se continúa sin línea de demarcación por el canal glosofaríngeo y la pared lateral de la faringe.

Plano de desconexión extracapsular. Entre la cápsula amigdaliana y la pared muscular, existe un lugar de menos resistencia, zona laxa y débil al estado normal, llamado plano de desconexión o despegamiento. Esta zona, espacio virtual, es receptáculo frecuente de colecciones purulentas peritonsilares. Cuando han existido estos procesos quedan como secuelas adherencias y bridas cicatrizales entre la cápsula y la pared muscular, que

son obstáculo a una fácil desconexión.

HISTOLOGIA.

Las amígdalas están constituidas por la enorme acumulación de folículos cerrados en el corión de la mucosa. Los folículos están diseminados debajo del epitelio o se agrupan en los sitios de desembocadura de las glándulas constituyendo trayectos especiales en las depresiones que se llaman criptas; con centro claro muy aparente y rodeadas de una membrana fibroelástica, a veces forman verdaderos lobulillos separados por tejido conjuntivo. Todo el tejido conjuntivo que forma el corión está infiltrado por gran cantidad de linfocitos producidos por los folículos que luego se dirigen a la superficie de la mucosa para caer en las cavidades faríngea y bucal.

El epitelio, pavimentoso estratificado, a veces es irreconocible por la infiltración leucocitaria. Las células están separadas por los trayectos que siguen los glóbulos blancos para caer en la faringe, pero quedan unidos por puentes anastómóticos que les da aspecto esteliforme. Además, entre ellas se encuentran enormes lagunas, como quistes que tienen una masa caseosa, formada de células epiteliales, linfocitos degenerados y gérmenes microbianos como espirilas, bacilos y cocos; sobre todo es streptococo.

En las amígdalas hipertrofiadas se encuentran además de los elementos mencionados plasmocitos que son células banales de toda inflamación crónica y unos pocos granulocitos. Los granulocitos abundan en las amigdalitis y pueden llegar a producir

supuración de las amígdalas en cuyo caso hay destrucción del tejido linfopoyético y por lo tanto el órgano viene a quedar inútil para su función.

FISIOLOGIA.

Un hecho constante, desde el punto de vista ontogénico, es la existencia de tejidos de transición entre partes de órganos o aparatos que ofrecen aspectos funcionales diferentes. Solamente existe en el tubo digestivo, entre la boca y la faringe (iniciación del esófago), un órgano linfoide: el anillo de Waldeyer. Las estructuras del estómago y del intestino delgado, se hallan separadas por las formaciones linfoideas específicas del duodeno. Análogamente ocurre entre el intestino delgado y el grueso con la presencia de la apéndice y de los folículos linfoides de las proximidades de la válvula ileocecal.

Respecto al papel fisiológico del anillo linfático de la faringe, y, especialmente de las amígdalas palatinas, hay una diversidad de opiniones muy contradictorias, más o menos bien fundamentadas.

No se asigna a las amígdalas una función específica, ni se valora el pretendido papel de secreción interna amigdalina sobre el crecimiento; tampoco se acepta su papel plenamente esterilizador del primer filtro linfático, que dispondría el organismo contra toda clase de infecciones por vía oral.

Korner-Steurer creen en una función de protección y defensa, del anillo linfático de la faringe, especialmente de las amígdalas palatinas, contra los agentes morbosos que llegan a la cavidad bucal, y que solo se cumple cuando el estado de salud es

normal, en tanto que pierden la capacidad de actuar como filtro, y en cierto modo de órgano captador de bacterias, cuando se alteran a causa de frecuentes infecciones, constituyendo la puerta de entrada de los agentes morbosos que originan diversas afecciones: reumatismo, endocarditis, etc. etc.

Gambrelin, cree que la amígdala ejerce una función defensiva de tipo inmunizante como lo había señalado Heiber al precisar, que durante la ~~infancia~~, no juegan papel alguno esta clase de formaciones; que durante la infancia adquieren el máximo de desarrollo por la gran sensibilidad para las infecciones en esta edad, y, por último, por la involución de las amígdalas, cuando el organismo disfruta de la inmunidad adquirida indispensable para luchar contra los agentes externos.

El concepto de amígdala como ganglio abierto al exterior, es defendido tenazmente por Schlenner, con las corrientes linfáticas centripetas amigdalinas, que han pretendido ser demostradas por Voss. La introducción de sustancias coloreantes en suspensión en la rinofaringe serían transportadas por estas supuestas vías al interior de la amígdala.

Killiam afirma que las amígdalas representan un papel defensivo local para preservar el organismo de los gérmenes procedentes del exterior. La existencia de una amigdalitis inicial en buen número de enfermedades infecciosas y de las producidas por virus favorecen esta hipótesis.

Cardini: Las amígdalas representan los primeros filtros

de microbios, la trinchera de primera línea, y también la primera estación que elabora la inmunidad.

Paternina: Se puede sin pecar de exagerar, considerar a las amígdalas como las avanzadillas de la línea de defensa que nuestro organismo opone a la infección, sea endógena o exógena. Si ellas caen en poder del enemigo, amígdalas infectadas crónica o pseudocrónicamente, lejos de proporcionar esta defensa, son punto de apoyo para que aquella lance sus ataques contra otras posiciones internas: senos paranasales, riñón, apéndice, endocardio, articulaciones, próstata, ovarios, aunque al parecer con especial preferencia por las serosas (pericardio, sinoviales, articulaciones) bien sea por afinidad tisular o bacteriana con estos territorios.

Nosotros creemos, particularmente, que en los primeros años de la vida su papel es simplemente linfopoyético; más tarde, acaso, por el enorme número de gérmenes que habitan dentro de la cavidad bucal y que penetran por las criptas, su función se hace inmunizadora, pues los microbios que llegan al interior están en estado atenuado y en número más restringido, lo que provoca la formación de anticuerpos. Por lo tanto las amígdalas son órganos inmunizadores cuyo principal papel es defender al organismo de la flora séptica de la cavidad bucal, al mismo tiempo que atenuar los gérmenes que dentro de su tejido penetran.

PATOLOGIA. - INFECCION FOCAL.

La amígdala se infecta como todas las superficies en comunicación con el exterior a las pocas horas de nacer, y son

Los gérmenes de la cavidad bucal quienes originan la contaminación.

La entrada a las criptas es por lo tanto un fenómeno secundario. Mientras los gérmenes hagan vida saprofita no se establece en mecanismo defensivo reaccional. Las reacciones defensivas del tejido linfoide amigdalino son los primeros signos de la infección.

Cambrelin y Jiménez Díaz coinciden en aceptar tres periodos en la infección tonsilar: Primero, los gérmenes que han penetrado en la amígdala permanecen en ella, sin que provoquen graves trastornos. Este sería el periodo de latencia de la infección amigdalina. Segundo, de amigdalitis, estaría caracterizada por la lucha entre el órgano infectado y el germen infectante, pudiendo ocurrir dos cosas: o bien que los gérmenes queden encapsulados en la tonsila merced a un proceso de reacción celular y de reacción humoral, formándose en la sangre estreptolisinas, aglutininas y precipitinas, y las amigdalitis cura, con lo que el proceso termina simplemente, o en otro caso, el germen barriendo la barrera defensiva, penetra en el torrente linfático o sanguíneo. El organismo entonces reacciona adecuadamente según esté en estado hiperérgico, hipoérgico o anérgico.

Es decir, por lo que parece, hay tonsilas que conviven con los gérmenes, que luchan con ellos y que se dejan vencer por los mismos. En el primer caso por el paso continuo y lento de toxinas a la sangre, determinaría la formación de anticuerpos, favoreciendo la inmunización, siendo éste el único -

beneficio que deberíamos a la amígdala.

Por lo general, la infección de las criptas no se manifiesta ostensiblemente sino hasta el primero o segundo año de la vida. Si los gérmenes patógenos han alcanzado el fondo de las criptas y el drenaje de las mismas no se verifica normalmente, la reparación del proceso es casi siempre incompleta, quedando por lo tanto en el fondo de las criptas una infección latente.

Infección focal. La infección focal explica muchos trastornos y enfermedades cuya parogenia permanecía oscura.

AMIGDALITIS CRÓNICA.

En la amigdalitis crónica se distingue una forma hipertrófica simple y una críptica. Ambas pueden ser la consecuencia de repetidas amigdalitis agudas.

Una amigdalitis aguda, a su turno, puede volverse crónica.

La amigdalitis aguda es una infección reciente, de comienzo brusco, dolorosa y acompañada de reacción bien marcada de tipo general: elevación de la temperatura, pulso rápido, escalofríos, cefaleas y quebrantamiento general. El examen objetivo muestra una amígdala francamente aumentada de volumen, con relación a los días anteriores, y la presencia de exudados en las bocas de las criptas.

La retención de productos de secreción y descamación epitelial, ácidos grasos, cierta cantidad de leucocitos y una flora microbiana variable en sus aspectos y virulencia, a nivel de las criptas, constituye la amigdalitis crónica.

Desde el foco amigdaliano se diseminan por vía linfática y sanguínea productos tóxicos y bacterias virulentas, así que no está en cierto modo interrumpida la comunicación del foco inflamatorio con el organismo. Esto sucede cuando se produce un aumento de presión en el foco amigdaliano purulento, de tal modo que los productos tóxicos penetran directamente en los tejidos circunvecinos. Puede ocurrir que la compresión de dicho foco séptico no produzca la salida de pus hacia la cavidad bucal, por obstrucción pasajera de las criptas, por tapones de caseum, o porque la impide de modo definitivo estrecheces y adherencias de la amígdala con los pilares. Mas, si no hay ningún obstáculo que impida la salida de pus hacia la cavidad bucal, la intensa eliminación purulenta que ingiere la cavidad en la deglución, especialmente, durante la noche, va a ser absorbida por el intestino (pus, microorganismos y toxinas) las que producirán trastornos a distancia.

Al alterarse la función de las amígdalas se encuentran signos locales, signos de vecindad y manifestaciones a distancia. Esta última la podemos dividir en generales y metastásicos.

Signos locales.

1o.- Pequeñas molestias faríngeas no bien determinadas que duran pocas horas y se repiten con cualquier enfriamiento o aún sin él. El dolor, a veces, es tan pequeño que el enfermo no le concede importancia.

2o.- Antecedentes más o menos lejanos de peque-

fias o grandes anginas de repetición en cualquier edad.

3o.- Amígdalas pequeñas, esclerosas, retraídas.

4o.- Amígdalas con criptas llenas de caseum fé-
tido, quísticas o de consistencia dura.

5o.- Amígdalas de cuyas criptas sale pus lí-
quido a la presión (exudación flúida de coloración y aspecto
semejante a la leche).

6o.- Amígdalas hiperplásicas o hipertróficas.

Signos de vecindad.

Sensibilidad del lecho amigdaliano, sobre to-
do a la presión externa ejercida desde el subángulo del maxilar
bien sea simple molestia, sensación de pinchazo o de dolor in-
tenso.

2o.- Presencia del ganglio tonsilar o sub-
digástrico. Es significativo cuando es permanente o semiperma-
nente, no obstante que otras afecciones bucofaríngeas lo oca-
sionan (focos dentomalares, especialmente cordales, gingivitis,
inflamación del vestibulo nasal, etc.)

3o.- La presencia de otras adenitis cervi-
dales. Cuando la adenitis o poliadenitis cervicales coexisten
con el ganglio tonsilar y se han descartado otros orígenes pró-
ximos (boca, cuero cabelludo).

Manifestaciones generales.

a) Sensibilidad al frío. Cualquier enfria-
miento en las extremidades inferiores, o la permanencia por va-
rios minutos en un ambiente húmedo o expuestos a una débil co-

rriente de aire fresco, da origen a una reacción inmediata de la faringe que puede abarcar todos los grados: desde una sencilla carraspera de corta duración, con sensación de picor o escozor que obliga a toser o no; una coriza más o menos intenso con crisis estornutatorias, nasotraqueítis o afonías banales.

Aun cuando hoy se pretende por muchos achacar esta hipersensibilidad tan solo a causas alérgicoendocrinas, en las que el frío actúa como desencadenante, (Zondell), es lo cierto que un número elevado de estos enfermos, son portadores de una infección focal de sus amígdalas.

b) Astenia intensa y alteraciones del sueño. Estos enfermos desde que se levantan y aún sin sentir dolor alguno, experimentan una necesidad irrefrenable de sentarse, - presos de cansancio completamente injustificado si esto obedeciera tan solo a la actividad desarrollada. El cansancio es físico y moral. Claro que la astenia no siempre llega a manifestarse en una forma tan acentuada.

El deseo de dormir es constante, y si en ocasiones por la noche se mantiene largo y profundo, en otros pasadas las primeras horas, resulta menos que imposible. Tanto en una como en otra forma el paciente no se levanta despejado, si no de manera idéntica a aquella antes de acostarse.

c) Irritabilidad injustificada de carácter. Es posible que el mal humor, a veces constante, suele ser debido no solo a la sépsis atenuada, sino a un déficit en horas de sueño.

d) Anorexia. Ausencia del estímulo ape-

tito por toxemia, irritación gástrica debido a la mucopiofagia, y a la dificultad mecánica en presencia de amígdalas hipertrofiadas.

e) Palidez del semblante. Se encuentra frecuentemente en los portadores de amigdalitis crónica.

f) Febrícula.

Manifestaciones metastásicas.

1o.- Manifestaciones reumatoideas.

Artralgias (erráticas o nó).

Artritis o poliartritis (aguda o crónica).

Miositis, tendovaginitis, eritema nudoso.

Estas derivaciones son frecuentes en cualquier edad. En los niños son de observación diaria.

La inmensa mayoría de los casos de reumatismo agudo son precedidos de inflamación de las amígdalas.

Toda poliartritis que comience coincidiendo con una angina puede considerarse como dependiente del foco amigdalino.

Los músculos o los tendones también resultan, con grandísima frecuencia afectados. Mialgias del muslo, pantorrillas, brazos, cuello (torticulitis), región escapular o lumbar (muy común) y dolores tendinosos en la garganta del pié, por ejemplo, son de observación diaria.

2o.- Manifestaciones respiratorias.

Adenorrinobronquitis de repetición.

Larinitis fáciles

Pleura.

Las dos primeras se observan muy comúnmente a cualquier edad.

Hay adultos especialmente propensos que se resfrían al menor descuido, dando lugar a un catarro espasmódico, que luego desciende por la faringo-laringe a las vías aéreas inferiores.

Las laringitis, afonías banales, pueden ser originadas por mecanismo puramente vecino. El acúmulo de exudados y los esfuerzos al toser, o al hablar, en los profesionales de la voz, determinan un estado congestivo o inflamatorio semipermanente, y el aumento de volumen e infección amigdalina contribuyen a su mantenimiento.

La tendencia a la afonía, al menor esfuerzo de vocalización o por enfriamiento, las traqueítis y las bronquitis, ceden espectacularmente a la amigdalectomía y poco a los tratamientos balsámicos.

La pleuresía purulenta, las alveolitis no tuberculosas y ciertos abscesos y gangrenas pulmonares coinciden a menudo con amigdalitis crónica.

Manifestaciones cardíacas y vasculares.

Palpitaciones en posición horizontal y en reposo.

Taquicardia.

Angustia o pseudoangina de pecho.

Extrasístoles.

Miocarditis.

Endocarditis con o sin asiento de gérmenes en las válvulas.

Diversas flebitis (yugulares latentes, por ejemplo, y otras postanginosas).

Ciertas hipotensiones.

En un primer estadio de la enfermedad las palpitaciones cardíacas súbitas, llaman la atención del enfermo, (por lo general neuro-vegetativo), al presentarse, no por esfuerzo violento o fuerte impresión psíquica, sino sin fundamento alguno durante el reposo más absoluto.

Frecuentemente, la exploración más minuciosa, no puede confirmar en estos casos, la existencia de lesión orgánica alguna. Los enfermos son clasificados entonces como afectos de neurosis cardíacas.

Pero no siempre sucede así. Debido a causas desconocidas (tóxicas o infecciosas) en individuos jóvenes, con motivo de cualquier acceso reumático o fiebre reumática, las cardiopatías de origen amigdalino hacen su aparición.

4o.- Manifestaciones digestivas.

Hinchos gástricos infantiles.

Dispepsias pseudo crónicas.

Úlcera gástrica y duodenal.

Enteritis mucosomembranosa.

Apendicitis recidivante.

Hepatitis diversas (colecistitis sobre todo).

Algunas de estas manifestaciones son de observación diaria en pediatría, por causa adenoidea o amigdalar.

Las alteraciones gastrointestinales en los adultos, son igualmente corrientes y abarcan todos los grados, desde simples anomalías de secreción (dispepsias, hiperacidez, estreñimiento que alterna con diarreas) hasta auténticas úlceras gástricas o duodenales.

Son también de observación diaria las afecciones hepá-

ticas y la colecistitis crónica.

Las apendicitis de origen amigdalino, sin la intervención no puede esperarse su curación.

5o.- Manifestaciones Renales.

Albuminurias febriles.

Glomerulonefritis.

Nefrosis.

Ciertas cistitis y trigonitis a bacterianas.

Nefrolitiasis.

Pielitis.

Siempre que nos hallemos en presencia de un foco renal infeccioso, debemos investigar sistemáticamente el estado de los dientes y amígdalas. La mayoría de los autores están de acuerdo en hacerlos derivados de las amígdalas hasta un 75% de todas las enfermedades renales.

6o.- Manifestaciones neurológicas.

Cefaleas tenaces o fáciles.

Jaquecas.

Ciáticas, neuralgias.

Corea menor infecciosa.

Polineuritis varias.

Las cefaleas y las jaquecas que a veces se achacan a abusos de alcohol y de tabaco, así como las neuritis, son de observación común en los adultos.

7o.- Manifestaciones alérgicas.

Urticaria.

Asma de determinados tipos.

Rinitis y rinofaringitis localizadas.

Bronquitis asmátiformes.

Hoy se atribuye un 50% de las manifestaciones alérgicas a la amigdalitis crónica.

8o.- Manifestaciones dermatológicas.

Determinados herpes zóster y zonas.

Lupus eritematoso. Otras piodermitis varias: tendencia a la forunculosis, eczemas, acnés, urticarias y psoriasis de origen desconocido.

9o.- Manifestaciones tiroideas.

Boxios tóxicos. La causa más frecuente parece ser la amigdalitis crónica. Opinión sustentada por varios autores.

10o.- Manifestaciones oftálmicas.

Iritis.

Iridociclitis.

Queratitis.

Ciroiditis.

Ulceras corneales.

Blefaritis.

Retinitis hemorrágicas.

11o.- Manifestaciones genitales.

En el hombre:

Prostatitis.

Impotencia.

En la mujer:

Flujos anespecíficos.

Ciertos abortos.

Ciertas anexitis.

Algunas infecciones puerperales.

Desprendimientos de placenta.

Abscesos de la mama.

También se señala como posible la influencia del foco séptico de la gestante sobre el feto, citándose como única causa apreciable en ciertos casos de permanencia de la perforación del tabique cardíaco.

Las derivaciones óticas: artritis de la cadena de los huesillos, neuritis del acústico, los vértigos y ciertas alucinaciones auditivas, pueden ser aceptadas algunas veces.

Otro tanto puede decirse de ciertas osteomielitis.

En general, esta etiopatogenia, se acepta hoy para toda una serie de enfermedades de origen desconocido.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la amigdalitis aguda es médico; no debe operarse en caliente.

En la amigdalitis crónica el tratamiento médico no elimina, ni puede eliminar el foco séptico; no actúa mejor el lavado ni la cauterización de las criptas; tampoco la amigdalotomía. Aunque se ha usado la Roentgenterapia, aparte de la posible acción inhibidora de las glándulas salivares, el resultado no es definitivo, porque si se obtiene la reducción de la hipertrofia linfática, nada opera sobre la flora microbiana. Así que el tratamiento más eficaz es la amigdalectomía total extracapsular, previos los exámenes de laboratorio que, en el Hospi-

tal de la Samaritana, sistemáticamente consisten en tiempo de sangría, tiempo de coagulación, eritrosedimentación y examen de orina.

En la Samaritana se acostumbra hacer la amigdalectomía por el método de disección clásica, tanto en adultos como en niños y esto es lo que hemos venido practicando.

Ligamos sistemáticamente los vasos que irrigan el polo superior y los vasos del pedículo sangren o nó durante el acto operatorio, y ello porque hemos observado, durante nuestro internado, que eran las ^{vasos} ~~arterias~~ que casi siempre sangraban en las hemorragias postoperatorias. Por otra parte ligamos los demás vasos solamente cuando sangran persistentemente durante el acto peratorio. Desde el principio de nuestro internado quisimos saber si la ligadura tenía o no importancia en la prevención de las hemorragias postoperatorias, y, por eso, operamos todos los pacientes con tiempos de coagulación y de sangría normales o anormales sin preparación previa y sin la aplicación de hemostáticos después de la amigdalectomía. Estos solamente los aplicamos en presencia de la hemorragia.

Siendo tan sencilla de operar la ligadura de los vasos en la fosa amigdaliana, requiriendo solamente un buen entrenamiento en el cirujano, y en presencia de esta nutrida estadística de casos que me tocó en buena hora operar en el Hospital de la Samaritana y a la vista de esos resultados obtenidos con esa ligadura previsiva, considero que de la sala de cirugía no solamente debe salir el enfermo con las fosas tonsilares limpias de toda sangre sino también con una seguridad mayor de que los vasos que habitualmente viene a ser la perturbación del cirujano y de su prestigio y la angustia de los familiares del enfermo están cerrados convenientemente.

La estadística que presentamos la dividimos en dos partes:

a) Pacientes operados con tiempos de coagulación y de sangría normales, con el número de la historia y

las iniciales del paciente.

b) Enfermos con tiempos de coagulación y de sangría anormales también con sus iniciales y el número correspondiente a su historia clínica.

a) Pacientes operados con tiempos de coagulación y de sangría normales.

Número de historia clínica	Iniciales del paciente
69.791	P. H.
69.789	M.M. del C.
69.669	A. L. R.
69.604	G. J. H.
69.512	F. G.
69.378	F. C.
63.312	R. A.
69.311	R. H.
69.282	Q. A.
69.252	R. A. J.
69.128	R. H.
69.089	L. L. C. de.
68.948	D. R. A.
68.891	P. A.
68.695	D.D.
68.573	S. M.
68.495	G. R. M.
67.336	H. H.
65.935	G. I.
64.354	S. A.
61.443	R. E.
60.060	P. J.
38.302	P. A. M.
69.914	C. A. L.
69.933	C. R.

70.095	-----	P. M. A.
70.133	-----	M. A.
70.135	-----	V. E.
70.140	-----	R. R. E.
70.436	-----	R. J.
70.497	-----	C. C.
70.542	-----	T. E.
70.583	-----	R. L. E.
70.771	-----	T. J. M.
70.875	-----	E. R.
70.882	-----	E. A.
70.866	-----	C. L. A.
70.905	-----	T. M.
70.925	-----	G. R.
70.959	-----	C. H.
71.023	-----	U. L.
71.089	-----	R. G.
71.092	-----	B. R.
71.151	-----	D. E.
71.230	-----	J. V.
71.231	-----	P. L.
71.234	-----	C. I.
71.273	-----	R. V.
71.384	-----	S. A.
71.385	-----	V. A.
71.516	-----	C. F.
71.626	-----	G. H.
71.745	-----	P. T.
71.747	-----	M. C. R.
71.750	-----	M. N.
71.795	-----	Ch. P.
71.807	-----	G. R.
71.864	-----	C. E.
71.865	-----	R. P.
71.948	-----	T. L.
72.086	-----	R. B.

72.128	-----	A. S.
72.754	-----	R. M.
72.358	-----	Q. G. P.
72.735	-----	G. R.
72.644	-----	G. C. G.
72.738	-----	R. J. M.
72.782	-----	T. L.
72.793	-----	R. J. M.
72.840	-----	R. T.
72.869	-----	P. J. C.
72.911	-----	R. E.
73.057	-----	E. C.
73.125	-----	E. C.
75.023	-----	V. M.
77.297	-----	F. E.
77.582	-----	B. J. H.
77.695	-----	C. R.
77.677	-----	L. L.
77.719	-----	P. M.
77.723	-----	R. M.
77.708	-----	R. G.
78.036	-----	A. R.
78.182	-----	LL. J.
78.279	-----	G. A. T.
78.203	-----	F. H. L.
76.691	-----	R. R.
78.452	-----	C. C.
77.327	-----	C. T.
77.001	-----	T. C. J.
77.331	-----	V. B. de.
77.466	-----	A. M. de
77.521	-----	D. M.
77.241	-----	P. C. J.

41.217	-----	N. E.
79.133	-----	G. L.
64.617	-----	C. C.
78.277	-----	P. H.
79.482	-----	G. L. A.
77.751	-----	C. C.
77.120	-----	P. G.
77.819	-----	H. E.
78.114	-----	M. G.
77.921	-----	C. T.
73.024	-----	V. G.
72.891	-----	M. G.
76.631	-----	R. B. A.
77.223	-----	C. E. L.
76.632	-----	R. B. de
76.624	-----	S. B. T.
76.014	-----	C. G.
76.435	-----	H. E.
76.171	-----	C. R.
75.114	-----	B. C.
73.025	-----	O. J. E.
77.998	-----	G. L. E.
67483	-----	M. L. L.
80.150	-----	P. R. A.
67.483	-----	M. L. L.
80.046	-----	M. R.
80.111	-----	R. A. F.
80.061	-----	F. L.
80.486	-----	I. D.
80.047	-----	N. H. B. de
80.377	-----	A. R.
80.612	-----	M. A. M.
80.724	-----	Q. E.
80.257	-----	R. M. A.
80.808	-----	C. A. V.

90.935 ----- C. G. de
80.934 ----- A. S.
80.933 ----- A. L.
80.870 ----- C. E.
80.809 ----- C. M.
80.148 ----- B. J.
80.657 ----- M. L. A.
82.773 ----- M. R. C.
82.803 ----- G. C.
82.836 ----- A. A.
82.782 ----- L. M. de
82.913 ----- Q. G.
82.841 ----- S. M.
82.840 ----- H. V.
82.615 ----- S. E.
82.318 ----- R. E.
82.357 ----- G. R.
82.490 ----- P. E.
82.433 ----- M. D. C.
82.267 ----- L. J. V.
82.097 ----- C. I.
82.111 ----- P. E. P.
82.037 ----- R. M.
83.025 ----- E. C.
83.026 ----- J. A. R.
83.027 ----- J. L.
83.149 ----- D. J. M.
83.237 ----- R. H. M.
83.252 ----- H. A. M.
83.288 ----- R. L. A.
83.353 ----- G. B. S.
83.455 ----- P. B.
83.390 ----- E. E. de
83.420 ----- J. M.

83.431	-----	S. N. vda.de
83.682	-----	R. A. R.
83.739	-----	R. M. H.
83.828	-----	S. J.
77.717	-----	A. G.
77.762	-----	T. J.
78.178	-----	A. C. de
78.472	-----	T. J. H.
78.637	-----	A. G.
78.954	-----	P. C.
79.015	-----	C. N.
79.330	-----	T. A.
79.315	-----	M. A.
79.514	-----	A. M. R.
79.564	-----	C. F.
76.796	-----	A. E.
79.932	-----	L. B. C.
75.127	-----	L. A.
75.162	-----	U. M.
75.322	-----	R. L. H.
75.452	-----	M. C.
75.458	-----	R. A. O.
75.492	-----	O. L. E.
75.513	-----	P. Ch.
75.593	-----	R. B.
75.710	-----	V. C. J.
75.731	-----	S. B.
76.319	-----	G. J.
76.696	-----	C. A.
76.766	-----	M. G.
76.794	-----	S. L.
76.847	-----	C. A.
76.858	-----	G. M. I.
76.278	-----	R. P.
74.418	-----	D. C.
74.494	-----	A. L.

74.547	-----	M. C.
74.701	-----	A. C.
74.740	-----	D. V.
74.820	-----	F. A. V.
74.829	-----	Z. C. M.
74.840	-----	R. V.
74.866	-----	B. F.
74.909	-----	D. J.
74.959	-----	S. A.
73.111	-----	O. J.
73.204	-----	H. I.
73.258	-----	A. L.
73.264	-----	G. M.
73.287	-----	C. G.
73.319	-----	M. A. M.
73.330	-----	J. I.
73.758	-----	N. B.
73.868	-----	B. C. de.
73.913	-----	L. J.
63.659	-----	C.G. C. de.
65.764	-----	G. F.
70.488	-----	A. C.
72.382	-----	G. S.
72.573	-----	B. R.
66.249	-----	C. R.
68.993	-----	P. Fl
50.130	-----	P. C.
56.614	-----	U. A.
60.595	-----	G. R.
61.219	-----	F. L. A.
61.443	-----	R. E.
79.451	-----	S. J.

(normoclotin doble, vía endovenosa, inmediatamente después de la operación). A pesar de ello, la hemorragia continúa. - El interno de turno le colocó una pinza hemostática por cin-

co horas y la hemorragia se detuvo. Este paciente, con tiempo de coagulación de 7' 8" y tiempo de sangría de 45", fue operado el 12 de septiembre de 1949 y salió del Hospital el 17 del mismo mes.

b) Pacientes operados con tiempos de coagulación y de sangría anormales.

82.358; G. M. Soltero. Albañil. Edad 21 años.

Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica

" Anatomopatológico: " "

Tiempo de coagulación: 16'39".

Tiempo de sangría: 1'.

Fecha de operación: 23-XII-49.- F.de salida:
26-XII-49.

Ligaduras: Sí.

Hemostáticos postoperatorios: No.

Hemorragia postoperatoria: No.

82.854. C. A. Edad: 6 años. Estudiante.

Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.

" Anatomopatológico: " "

Tiempo de coagulación: 12'6".

" " sangría: 1'30".

Fecha de la operación: 21-XII-49.- F.de salida
23-XII-49

Ligaduras: Sí.

Hemostáticos postoperatorios: No.

Hemorragias postoperatorios: No.

82.054. C. R. Edad: 19 años. Soltera. Modista.

Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica supurada

" Anatomopatológico: " "

Tiempo de coagulación: 15'35".

" " sangría: 1'15".

Ligaduras: Sí.

Hemostáticos postoperatorios: No.

Hemorragia postoperatoria: No.

83.159. L. A. Edad: 13 años. Soltera. Sin oficio.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" Anatomopatológico: No se hizo"
Tiempo de coagulación: 12'15".
" " sangría: 45"
Ligaduras: Sí.
H. P. No.
Hemorragias postoperatorias: No.

83.193. B. de G. Edad: 27 años. Empleada.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" Anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 12'7"
" " sangría: 53"
Fecha de operación: 28-I-50.
" " salida: 29-I-50.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos Postoperatorios: No.
Hemorragias postoperatorias: No.

82.545. G. E. Edad: 16 años. Estudiante.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica
" Anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 15'30".
" " sangría: 2'30".
Fecha de la operación: 23-I-50.
" " salida: 24-I-50.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias postoperatorias: No.

82.911. J. C. Edad: 9 años.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" Anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 13'10".
" " sangría: 1' 15".

Fecha de operación: 23-I-50.
" " salida: 4-I-50.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

82.970. S. M. Edad: 18 años. Soltera. Sin oficio.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" Anatomopatológico: " aguda.
Tiempo de coagulación: 15'55".
" " sangría: 45".
Fecha de operación: 10-II-50.
" " salida: 11-II-50.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

82.772. E. G. Edad: 10 años.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" Anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 12'15".
" " sangría: 45".
Fecha de operación: 3-II-50.
" " salida: 4/II-50.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos Postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

82.956. C. M. Edad: 17 años. Soltera; oficios domésticos.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" Anatomopatológico: " aguda.
Tiempo de coagulación: 13'39".
" " sangría: 1'.
Fecha de operación: 30-I-50.
" " salida: 31-I-50.

Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

82.476. P.M.I. de. Edad: 30 años. Casada. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.

" anatomopatológico: " "

Tiempo de coagulación: 16'50".

" " sangría: 2".

Fecha de operación: 3-I-50.

" " salida: 4-I-50.

Ligaduras: Sí.

Hemostáticos postoperatorios: No.

Hemorragias " No.

76.410. M. L. Edad: 12 años.

Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.

" Anatomopatológico: " "

Tiempo de coagulación: 11'30".

" " sangría: 1'.

Fecha de operación: 15-II-49.

" " salida: 16-II-49.

Ligaduras: Sí.

Hemostáticos postoperatorios: No.

Hemorragias " No.

74.618. C.M. L. Edad: 34 años. Soltera. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.

" Anatomopatológico: " "

Tiempo de coagulación: 18'

" " sangría: 4"

Fecha de operación: 15-II-49

" " salida: 16-II-49

Ligaduras: Sí.

Hemostáticos postoperatorios: No.

Hemorragias " No.

73.131. M. T. Edad: 15 años. Soltera. Estudiante.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" Anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 11'.
" " sangría: 1'.
Fecha de operación: 14-I-49.
" " salida: 15-I-49.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

80.327. V. T. Edad: 30 años. Soltero. Empleado.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico: " aguda.
Tiempo de coagulación: 14'25".
" " sangría: 45".
Fecha de la operación: 23-IX-49.
" " " salida: 24-IX-49.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

80.026. L. I. Edad: 15 años. Oficios domésticos.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 18'29".
Tiempo de sangría: 3'15".
fecha de operación: 23-IX-49.
" " salida: 24-IX-49.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

80.481. J. M. Edad: 19 años. Casada. Oficios domésticos.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" Anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 14'55".
" " sangría: 1'.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

80.655. G. F. de. Edad: 21 años. Casada. Oficios domésticos.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 12'15".
" " sangría: 2'.
Fecha de operación: 18-XI-49.
" " salida: 19-XI-49.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

79.229. I. J. Edad: 17 años. Soltero. Mecánico.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico: " aguda.
Tiempo de coagulación: 15'4".
" " sangría: 1'45".
Fecha de operación: 22-VIII-49.
" " salida: 23-VIII-49.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

79.358. R. B. Edad: 38 años. Casado. Comerciante.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	" "
Tiempo de coagulación:	14'.
" " sangría:	45".
Fecha de operación:	27-VIII-49.
" " salida:	30-VIII-49.
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos postoperatorios:	Nó.
Hemorragias "	Nó.

79.221. J. L. Edad: 42 años. Casado. Comerciante.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	" "
Tiempo de coagulación:	15'
" " sangría:	45".
Fecha de operación:	14-VIII-49.
" " salida:	15-VIII-49.
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos postoperatorios:	Nó.
Hemorragias "	Nó.

65.876. A. H. Edad: 15 años. Soltera. Estudiante.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	No se hizo.
Tiempo de coagulación:	14'.
" " sangría:	5'30".
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos postoperatorios:	Nó.
Hemorragias "	Nó.

78.764. R. J. M. Edad: 28 años. Casado. Empleado.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	" "
Tiempo de coagulación:	12'30".
" " sangría:	1'30".
Fecha de la operación:	5-VIII-49.
" " " salida:	6-VIII-49.
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos postoperatorios:	No.
Hemorragias " "	No.

88.783. M. E. Edad: 15 años. Soltera. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	" aguda.
Tiempo de coagulación:	12'45".
" " sangría:	1'45".
Fecha de la operación:	25-VII-49.
" " " salida:	26-VII-49.
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos: postoperatorios:	No.
Hemorragias postoperatorias:	No.

72.887. R. E. Edad: 15 años. Soltera. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	" "
Tiempo de coagulación:	12'35".
" " sangría:	2'30".
Fecha de la operación:	31-XII-49.
" " " salida:	3-I-49.

Ligaduras: N6.
Hemostáticos postoperatorios: N6.
Hemorragias " N6.

74.565. U. B. Edad: 14 años. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica
" anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 17'10".
" " sangría: 2'35".
Fecha de la operación: 1-IX-49.
" " " salida: 2IX-49.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: N6.
Hemorragias " N6.

72.793. R. M. A. Edad: 25 años. Soltero.

Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica
" Anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 15'
" " sangría: 1'45".
Fecha de la operación: 6-XII-48.
" " " salida: 8-XII-48
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: N6.
Hemorragias " N6.

77.716. S. M. del C. Edad: 25 años. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica
" anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 15'25".
" " sangría: 1'.
Fecha de la operación: 20-VI-49.
" " " salida: 21-VI-49.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: N6.
Hemorragias " N6.

71.747. M. C. R. Edad: 17 años. Soltera.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	" "
Tiempo de coagulación:	15'.
" " sangría:	1'1/2.
Fecha de la operación:	10-I-49.
" " " salida:	11-I-49.
Ligaduras:	nó.
Hemostáticos postoperatorios:	Nó.
Hemorragia postoperatorias:	Nó.

54.845. P. J. Edad: 7 años. Estudiante.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" Anatomopatológico:	" "
Tiempo de coagulación:	14'.
" " sangría:	5'1/2".
Fecha de la operación:	3-I-49.
" " " salida:	4-I-49.
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos postoperatorios:	Nó.
Hemorragias "	Nó.

73.057. C. E. Edad: 20 años. Soltero. Estudiante.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	" "
Tiempo de coagulación:	16'40".
" " sangría:	1'.
Fecha de la operación:	10-XII-48.
" " " salida:	15-XI-48.
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos postoperatorios:	Nó.
Hemorragias postoperatorios:	Nó.

78.036. A. R. Edad: 15 años. Estudiante.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	" "
Tiempo de coagulación:	12'57".
" " sangría:	45".
Fecha de la operación:	8-VII-49.
" " " salida:	9-VII-49.
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos postoperatorios:	Nó.
Hemorragias "	Nó.

77.922. V. J. R. Edad: 20 años. Soltero.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	" "
Tiempo de coagulación:	11'15".
" " sangría:	45".
Fecha de la operación:	26-VII-49.
" " " salida:	27-VII-49.
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos postoperatorios:	Nó.
Hemorragias "	Nó.

78.887. C. A. Edad: 15 años. Soltero, Empleado.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	" "
Tiempo de coagulación:	11'30".
" " sangría:	1'.
Fecha de la operación:	17-VIII-49.
" " " salida:	18-VIII-49.
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos postoperatorios:	Nó.
Hemorragias "	Nó.

77.866. M. I. de. Edad: 28 años. Casada. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	" aguda.
Tiempo de coagulación:	15'50".
" " sangría:	45".
Fecha de la operación:	26-VIII-49.
" " " salida:	28-VIII-49.
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos postoperatorios:	Nó.
Hemorragias "	Nó.

69.512. G. F. Edad: 14 años. Estudiante.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico:	" aguda.
Tiempo de coagulación:	17'10".
" " sangría:	1'.
Fecha de la operación:	17-IX/48.
" " " salida:	18-IX-48.
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos postoperatorios:	Nó.
Hemorragias "	Nó.

72.634. G. R. Edad: 16 años. Soltera. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico.	Amigdalitis tipo hipertrófico.
" anatomopatológico:	" crónica.
Tiempo de coagulación:	15'1/2".
" " sangría:	1'15".
Fecha de la operación:	31-XII-48.
" " " salida:	3-I-49.
Ligaduras:	Sí.
Hemostáticos postoperatorios:	Nó.
Hemorragias postoperatorias:	Nó.

69.933. C. R. Edad: 18 años. Soltero. Estudiante.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis tipo-hipertrófico.
" anatomopatológico: " crónica.
Tiempo de coagulación: 12'.
" " sangría: 45".
Fecha de la operación: 21-VIII-48.
" " " salida: 23-VIII-48.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

72.358. P. J. Q. Edad: 30 años. Casado. Empleado.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 12'.
" " sangría: 1'.
Fecha de la operación: 13-XII-48.
" " " salida: 15-XII-48.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

67.336. H. H. Edad: 25 años: Soltera. Oficios Domésticos.
Diagnóstico clínico: Amigdalitis crónica.
" anatomopatológico: " "
Tiempo de coagulación: 12'.
" " sangría: 2'.
Fecha de la operación: 1-XI-48.
" " " salida: 5-XI-48.
Ligaduras: Sí.
Hemostáticos postoperatorios: No.
Hemorragias " No.

70.925. G. R. Edad: 28 años. Soltera. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico:	Amigdalitis crónica.
" Anatomopatológico:	" "
Tiempo de coagulación :	12".
Tiempo de sangría :	1'.30".
Fecha de la operación :	29-IX-48.
Fecha de la salida :	30-IX-48.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos postoperatorios :	Nó.
Hemorragias: "	No.

70.866. C. L.A. Edad : 14 años. Estudiante.

Diagnóstico clínico :	A. tipo hipertrófico.
" Anatomopatológico :	A.C.
Tiempo de coagulación :	12'30"
Tiempo de sangría :	1' 40".
Ligaduras :	Nó.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.
Fecha de la operación :	18-X-48.
Fecha de la salida :	19-X-48.

70.095.P.M.A. Edad : 8 años.

Diagnóstico clínico :	A. H.
" Anatomopatológico :	A. C.
Tiempo de coagulación :	15'
Tiempo de sangría :	1".
Fecha de la operación :	20-X-48.-
Fecha de la salida :	21-X-48.
Ligaduras :	Nó.
Hemostáticos :	Sí.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

71.745, P.T, ~~Edad:~~ 14 años. Soltera. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico :	A.C.
" Anatomopatológico :	No se hizo.
Tiempo de coagulación :	11'
Tiempo de sangría :	1'
Fecha de la operación :	17-XII-48.
Fecha de la salida :	18-XII-48.-
Ligaduras :	Nó.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

72.086.R.B.13 años. Estudiante.

Diagnóstico clínico :	A.H.
" Anatomopatológico :	A.A.
Tiempo de coagulación :	12'30"
Tiempo de sangría :	30".
Fecha de la operación :	10-XI-48.
Fecha de la salida :	11-XI-48.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

71.806.G.R.

G.R. Edad : 34 años. Soltera . Oficios Domésticos.

Diagnóstico clínico.	A.C.
" Anatomopatológico :	"
Fecha de la operación :	12-1-49.
Fecha de la salida :	13-1-49.
Tiempo de coagulación :	15'.
Tiempo de sangría :	1'.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

71.948.T.L. Edad : 53 años. Soltera. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico :	A. C.
" Anatomopatológico :	"
Tiempo de coagulación :	13'30".
Tiempo de sangría :	1'30".
Fecha de la operación :	22-XII-48.
Fecha de la salida :	26-XII-48.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Complicaciones operatorias :	Nó.

77.143.P.J. Edad : 10 años. Estudiante.

Diagnóstico clínico :	A.C.
" Anatomopatológico :	A.C.
Tiempo de coagulación :	15'
Tiempo de sangría :	1'40"
Fecha de la operación :	27-VI-49.
Fecha de la salida :	28-VI-49.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

78.636.A.R. Edad : 15 años. Estudiante.

Diagnóstico clínico :	A.C.
" Anatomopatológico :	"
Tiempo de coagulación :	13'
Tiempo de sangría :	45"
Fecha de la operación :	8-VII-49.
Fecha de la salida :	9-VII-49.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

83.276. V.F. Edad : años.
Diagnóstico clínico : A. C.
" Anatomopatológico : "
Tiempo de coagulación : 16'39"
Tiempo de sangría : 1' 29"
Fecha de la operación : 2-11-50.
Fecha de la salida : 4-11-50.
Ligaduras : Sí.
Hemostáticos : No.
Hemorragia postoperatoria : No.

78.593. B.V.J. Edad : 4 años.
Diagnóstico clínico : A.C.
" Anatomopatológico : "
Tiempos de coagulación : 12'
Tiempo de sangría : 1'.
Fecha de la operación : 4-1-50-
Fecha de la salida : 5-1-50.
Ligaduras : Sí.
Hemostáticos : No.
Hemorragia postoperatoria : No.

79.429. P.A. 31 años. Casado. Obrero.
Diagnóstico clínico : A.C.
" Anatomopatológico : "
Tiempo de coagulación : 16' 5".
Tiempo de salida : 1' 15".
Fecha de la operación : 12-IX-49.
Fecha de la salida : 13-IX-49.
Ligaduras : Sí.
Hemostáticos : No.
Hemorragia postoperatoria : No.

79.447.G.J.E. Edad : 2 años .

Diagnóstico clínico :	A. C.
" Anatomopatológico :	"
Tiempo de coagulación :	17'15".
Tiempo de sangría :	45".
Fecha de la operación :	16-IX-49.
Fecha de la salida :	17-IX- 49.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

79.466.M.R. Edad : 16 años. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico.	A.C.
" Anatomopatológico :	Nos se hizo.
Tiempo de coagulación:	14' 30".
Tiempo de sangría :	45".
Fecha de la operación :	12-IX-49.
Fecha de la salida :	13-IX-49.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

74.051.R.C.A. Edad : 22 años. Soltero. Estudiante.

Diagnóstico clínico :	12' 30".
" Anatomopatológico :	"
Tiempo de coagulación :	12' 30".
Tiempo de sangría :	4".
Fecha de la operación :	2-11-49.
Fecha de la salida :	3-11-49.
Ligaduras :	Nó.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

74.098. M.C. Edad : 20 años. Casada. Oficios domésticos.
Diagnósticos clínico. A.C.
" Anatomopatológico : "
Tiempo de coagulación : 12'20".
Tiempo de sangría : 30".
Fecha de la operación 25-IV-49.
Fecha de la salida : 26-IV-49.
Ligaduras : Sí.
Hemostáticos : No.
Hemorragia postoperatoria : No.

74.128. M.L. de Edad : 35 años. Casada. Oficios Domésticos.
Diagnóstico Clínico : A.C.
" Anatomopatológico : "
Tiempo de coagulación : 18' 25".
Tiempo de sangría : 2'.
Fecha de la operación : 26-I-49.
Fecha de la salida : 28-I-49.
Ligaduras : Sí.
Hemostáticos : No.
Hemorragia postoperatoria : No.

74.321. S.M.J. Edad : 24 años. Casado.
Diagnóstico clínico : A.C.
" Anatomopatológico. : A.A.
Tiempo de coagulación : 11'.
Tiempo de sangría : 40".
Fecha de la operación : 11-II-49.
Fecha de la salida : 12-II-49-
Ligaduras : Sí.
Hemostáticos : No.
Hemorragia postoperatoria : No.

74.447. F.R. Edad : 52 años. Soltera. Oficios Domésticos.

Diagnóstico clínico :	A.C.
" Anatomopatológico :	"
Tiempo de coagulación :	15'50"
Tiempo de sangría :	30".
Fecha de la operación :	12III-49.
Fecha de la salida :	15-III-49.-
Ligaduras :	Nó.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

74.522. B.M.I. Edad : 12 años . Estudiante.

Diagnóstico clínico :	A.C.
" Anatomopatológico :	"
Tiempo de coagulación :	20'15".
Tiempo de sangría :	45".
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

75.476. O.C.A. Edad : 30 años.

Diagnóstico clínico :	A.C.
" Anatomopatológico :	"
Tiempo de coagulación :	13'
Tiempo de sangría :	5'.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

73.775. M. M. E. Edad : 13 años. Estudiante.

Diagnóstico clínico :	A.C.
" Anatomopatológico :	"
Tiempo de coagulación :	11' 40".
Tiempo de sangría :	5'.
Fecha de la operación :	4-II-49.
Fecha de la salida :	5-II.49.-
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

73.957.C.C. Edad : 14 años . Estudiante.

Diagnóstico clínico :	A. tipo hipertrófica.
" Anatomopatológico :	A.A.
Tiempo de coagulación :	14' 15".
Tiempo de sangría :	1'.
Fecha de la operación :	4-II-49.
Fecha de la salida :	5-II-49.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

68.108.F.F. Edad : 18 años.

Diagnóstico clínico :	A. C.
" Anatomopatológico :	A.A.
Tiempo de coagulación :	12'
Tiempo de sangría :	1'
Fecha de la operación :	7-XII-49.
Fecha de la salida :	8-XII-49.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

68.708. Edad : 28 años . Casada. Oficios Domésticos.

Diagnóstico clínico :	A.C.
" Anatomopatológico :	A.A.
Tiempo de coagulación :	12'.
Tiempo de sangría :	45".
Fecha de la operación :	10-XII-49.
Fecha de la salida :	11- XII-49.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

58.662. T.R. Edad : 27 años : Sontero. Sastre.

Diagnóstico clínico :	A.C.
" Anatomopatológico :	"
Tiempo de coagulación :	12'4".
Tiempo de sangría :	1'.
Fecha de la operación :	29-VIII-49.
Fecha de la salida :	30-VIII.49.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria .	Nó.

70.925. G.R. Edad : 28 años . Soltera. Oficios domésticos.

Diagnóstico clínico :	A.C.
" Anatomopatológico :	"
Tiempo de coagulación :	12'
Tiempo de sangría :	1'30".
Fecha de operación :	29-IX-48.
Fecha de las salida :	30-IX-48.
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos :	Nó.
Hemorragia postoperatoria :	Nó.

80.707. L.P.L. Ead: 23 años. Empleado.

Diagnóstico clínico:	A.C.
" Anatomopatológico:	A.A.
Tiempo de coagulación:	178 35".
Tiempo de sangría:	45".
Ligaduras :	Sí.
Hemostáticos:	Sí.
Hemorragia postoperatoria:	Sí.
Fecha de la operación:	21-X-49.
Fecha de la salida:	24-X-49.

La operación principió a las 9 a.m. y terminó a las 9 y 25 minutos. A eso - de las 3 p.m principió a sangrar, se le prescriben dos ampolletas de normo-clotín, vía endovenosa cada media horas hasta completar 4. La hemorragias - se detiene. Por la noche empezó de nuevo a sangrar, el interno de turno, - le formula 250 cc. de plasma y la hemorragia se inhibe.

Como puede verse por la estadística que acabamos de transcribir solamente dos casos de hemorragias se presentaron. Uno el correspondiente a la historia clínica número 80.707, con mal tiempo de coagulación y de sangría, y el otro, el correspondiente a la historia clínica número 79.451, en condiciones aparentemente normales según el laboratorio, lo cual confirma mi acerto respecto de las ligaduras previas.

Hay razón para no hacerlas siendo tan sencillas y quitando unos pocos minutos al cirujano ?

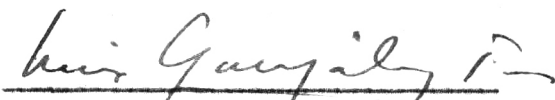
CONCLUSIONES :

- 1).- De 299 enfermos, de los cuales 231 tenían tiempos de coagulación y de sangría normales, y 69 los tenían anormales que fueron operados con ligadura previa, 0,43% de los primeros y 1,47% de los últimos, dieron hemorragia postoperatoria.
- 2).- Siendo tan bajo el porcentaje de hemorragias y tan fácil de practicar la ligadura previa, nox hay razón para no hacerse sistemáticamente.

EL SUSCRITO MEDICO CIRUJANO

CERTIFICA :

Que las historias presentadas, en el estudio para -
Tesis del Doctor PABLO E. NARVAEZ FRANCO, son au --
ténticas.


LUIZ GONZALES TORRES

B I B L I O G R A F I A

- 1º.- M. Aubry. A. Lemariéy : Précis D^oOto-rhino-laryngologie.
- 2º.- Georges Laurens :
- 3º.- Miguel de Paternina : Amigdalitis crónica.
- 4º.- Koner-Steurer : Enfermedades del oído, nariz y garganta.
- 5º.- Georges Portmann : L'exploration clinique en Otorhinolaringologie.
- 6º.- Laurence R. Boies : Fundamentals of Oto laryngology.
- 7º.- Segura, Canuyt, Errecart y Viale del Carril. Práctica de Otorrinolaringología.
- 8º.- Guizzes : Otorrinorología.
- 9º.- Archivos Venezolanos de la Sociedad de Otorinoringología, Oftalmología, Neurología, número 1 del primer trimestre de 1943.
- 10º.- Testut y Lataryet : Anatomía Humana.
- 11º.- César Cardini : Terapéutica Clínica (Ojos, oídos, nariz y garganta).
- 12º.- C. M. Pava : Conferencias de Histología.

Instituto Nacional de Cancerología



INC002055