

EL PERQUÉ DEL FRACÁS EN MOLTES EXTIRPACIONS D'AMÍGDALES

pel Dr. LLUIS VILA ABADAL

És gran avui dia el nombre de metges que treuen amígdals; els pediatres, els cirurgians, els especialistes del coll i fins alguns que es dediquen a medicina general.

És considerada una cosa tan factible, tan sense perill, que tothom s'aventura a fer una operació de tan poca empenta, segons els sembla a la majoria, i fan de l'amigdalotomia una intervenció de petita cirurgia.

Analitzem, doncs, aquesta manera d'obrar i els resultats que porta inherents.

Seguint pas a pas nostre treball, especifiquem el procedir en cada cas, segons l'anatomia de les amígdals i relacions amb llur veïnatge.

Comencem per les grosses amígdals palatines, pediculades, vistoses, de gran efecte per als metges i els profans, que embussen una bona part de l'anell de Valdeyer i que al mínim costipat es fan oclusores de la farinx, donant aparatoses senyals d'asfíxia, etc.

Aquesta classe d'amígdals, tipus veritables d'hipertròfiques, sovint fibroses, especialment si han sigut infectades repetidament, conservant aleshores criptes varies, plenes de càseum, que s'expressen en tallar-les; en altre cas són de teixit fofo limfàtic. Aquestes són les amígdals de l'èxit, les que atrauen les mirades de tots els valents amigdalotomitzadors i la majoria fan presa de l'amígdala, especialment de la primera, i si no és massa fibrosa la tallen amb un cop de pinça de Ruault, treient-ne un

bocí més o menys gros; si no sangna la primera, la mateixa operació es repeteix en la segona i la criatura operada fa feliç a un operador en sos primers intents i amb molta freqüència ve una cicatrizació i consegüent retracció de la porció d'amígdala que resta i el malalt queda curat. Quan tallada la primera amígdala, sangna quelcom, ja la majoria dels operadors ha acabat la seva tasca, puix si bé alguns intenten mig a les fosques treure la companya, sols espessiguen un poc aquesta en mig de les protestes del pacient i amb ganes d'acabar donant l'operació per finida, quedant en què una glàndula era grossa i l'altra no tant. Alguns reserven l'extirpació de la segona per a un altre dia.

Si és un operador que s'inicia, ni en aquests casos logra l'èxit desitjat i per ell tan fàcil de lograr a primera vista. Jo he ajudat a un acreditat cirurgia general, que a pesar de la recomanació ferma de la mare del pacient, va escantellar lleugerament una amígdala i tallà la campaneta després d'inaudits esforços, donant-se per vençut. Un altre cirurgia d'empenta vaig ajudar i a la fi de bregar molt va escapar una amígdala; fent com l'altre promesa de no tornar a intentar-ho.

A què són deguts els fracassos en aquest primer cas? A obstacles d'ordre general alguns i d'ordre particular els altres.

Les primeres dificultats amb què topa l'operador en fer una extirpació d'amígdals, són la falta de fixació del pacient i la mobilitat del camp operatori; aquesta dificultat si no es solventa, fa fracassar a la majoria i sols un expert logra un èxit a voltes mitjà; mai recomanarem prou la fixació de les criatures, una fixació veritable; utilitzem per a això un individu valent i expert; valguem-nos d'aparells mecànics, utilitzem l'anestèsia general pel clorur d'etil en les criatures i la local per la cocaïna i succedanis en la gent gran. El principal per a treure unes amígdals és que el camp operatori estigui quiet; un gran nombre de fracassos ve de la falta d'immobilització del pacient.

La segona dificultat en les criatures és el camp operatori petit que no dóna llum per a passar la claror i els instruments; la llum és absolutament necessària; sinó, o bé no tallarem res o tallarem el que no deu tallar-se; busquem la llum natural que entri bé per un balcó o bé l'artificial valent-nos d'un fotòfor. Altre inconvenient en les criatures petites és la falta d'espai per a cabre-hi els instruments i veure si amb un bon il·luminador i valent-nos d'un Ruault petit que introduïrem tancat i obrirem al moment d'utilitzar traient a l'ensem l'abaixa-llengües, perquè

si tenim bona llum el mateix instrument tallant ens serveix pel doble objecte, farem el fet. La sang ens destorba la visió moltes vegades; per a lliurar-nos-en el millor és operar depressa, aprofitant la contractura dels vasos de l'amígdala tallada per a tallar l'altra. Si la sang molesta per a continuar l'operació en els grans, farem servir els gargarismes amb aigua oxigenada, el glaç a bocins en la boca i el cotó fluix com a secant; en els petits un pinzell de cotó mullat amb aigua oxigenada i tornem-ho a repetir, l'operar depressa.

Particulars a les amígdals pediculades són poques les dificultats que es presenten; per a un especialista hàbil no hi ha dificultat en aquests casos, tan si es tracta d'una enucleació amb ganxo i dits com si es serveix de Ruault, la qüestió és que la pinça sigui gran, que encabeixi tota l'amígdala, i que ràpidament en acabar de tallar la primera, sens torbar-se, talli la segona; en tres minuts pot acabar. No sempre pot fer-se això perquè hi ha amígdals que tenen filloles o bé que són massa grosses i no caben dintre el Ruault i aleshores el millor és l'enucleació o amb diferents cops de pinça es farà la feina; deu vigilar-se que el pol de dalt s'amaga en la comissura dels pilars.

El que no té experiència es troba amb les següents dificultats: amígdals fibroses pediculades saltant a la vista i semblant que han de sortir soles, però no passa així perquè el Ruault no s'obre prou per a cabre-hi l'amígdala dintre i en tancar enlloc de tallar el pedice quedant la glàndula dintre els anells de la pinça sencera, surt solament un bocinet d'amígdala i aquesta queda amagada i no se sap si és que era petita i semblava grossa o que ha sigut, i un nou intent no logra treure més amígdala i així es queda fins que a l'endemà es veu que torna a sortir, com per art d'encantament, per entre els pilars. Què ha passat? Que la mà, el braç i l'ànima de l'operador no tenen prou empenya i volent tallar una amígdala com un troç de paper que està fixe i en intentar treure l'amígdala no han tingut prou fermesa per a obrir amplament la pinça, no han sabut fixar l'amígdala empenyent-la i empresonant-la entre l'instrument i la paret externa de la farinx i en tallar l'amígdala fibrosa i per tant dura en sentir-se empesa per l'anell superior de la pinça ha reulat i la pinça ha lliscat per sobre l'amígdala que ha quedat amagada entre els pilars, en son niu, sencera o poc menys. Obrint bé l'instrument i empenyent amb força, no es fracassa mai.

Senyalem des d'ara que l'hemorràgia que es presenta en les

extipacions amigdalars és deguda a voltes a què en tallar amb una Ruault poc bona no queden els teixits seccionats del tot i en estirar ràpidament s'esquincen els pilars o el vel i ve una forta hemorràgia; per això sempre que quedi pedicle en retirar l'instrument deu fer-se suaument i seccionar per torsió, evitant així tot contratemps.

La segona mena d'amígdals que ens cal estudiar són les palatines, grosses, sòlidament agafades a la capsula i que tenen únicament son cap per entre els pilars, donant la impressió que són amígdals poc hipertrofiades.

Aquesta classe d'amígdals s'escapa moltes vegades de la pinça talladora perquè s'escorren amb una facilitat gran, molt freqüentment són dures, rodones, amagades; en intentar tallar-les si un primer cop de Ruault donat amb força no ha lograt separar el pol inferior o superior obrint forat entre els pilars per a amb un altre cop seccionar el restant de glàndula, es fracassa indiscutiblement. Amb el Ruault sol, encara que amb dificultat, poden treure's aquestes amígdals, però cal operar amb molt ímpetu i seny i sens apressaments.

Si tenim la precaució de desenganxar els pilars, valent-nos del ganxet i la pinça de garfis convertirem aquestes amígdals en amígdals penjants molt fàcils de treure, com la varietat anterior, amb un sol cop de pinça de Ruault.

En aquesta mena de glàndules queda amb freqüència amagat el cap de dalt o l'extrem inferior que després tornen a donar brots d'amigdalitis sumament comprometedors; per a aquesta feina, sens precipitacions i procurant agotar la sang, valent-nos d'una Ruault petita amb molt d'ànima seccionarem el pol superior i l'inferior, fent moure la pinça entre els pilars de baix a dalt i de dalt a baix; la base de la llengua ens amaga a voltes el pol de baix i el deixem com a record en detriment de nostra fama.

No vol dir que un petit bocí d'amígdala doni indefectiblement atacs d'amigdalitis, ni tan sols porcions molt grosses donen cap trastorn la majoria de vegades, afortunadament; del contrari, pocs, poquíssims, serien els operadors que no tinguessin un nombre creixentíssim de fracassos, però la mare naturalesa supleix els defectes d'una intervenció fent que els punts infectats de les amígdals, generalment superficials quedin destruïts per la secció i la cicatrització posterior.

Senyalem com a última mena les amígdals infectables, no

hipertrofiades. Aquesta varietat és la més difícil d'operar, les glàndules estan molt adherides als pilars, molt amagades i a voltes molt dures.

Molts ja no creuen que hi hagi amígdals en aquests pacients fent-los-hi estrany els atacs d'angines sense haver-hi glàndules.

Aquestes amígdals deuen ser arrancades en absolut, sinó rebroten els atacs d'amigdalitis amb promptitud. Els no especialistes no en treuen cap d'aquesta mena d'amígdals i els especialistes molts fan el mateix o tot lo més en mosseguen una petita porció.

Es degut això a què amb pinça tallant no pot fer-se presa perquè no hi ha massa per a agafar i els pocs teixits són resistents i s'escapen a l'instrument. Aquí es demostra la perícia d'un especialista perquè les dificultats són més grosses i a voltes no poden ser vençudes si no es va directament al desagafament dels lligams que subjecten l'amígdala; quasi podem dir que sense fer el desenganxament l'amígdala no sortirà en sa major porció.

La enucleació és el sistema ideal per a aquesta mena d'amígdals, encara que ofereix dificultats, aquestes es troben en intentar fer presa amb la pinça de garfis que si no es clava amb força apretant fort contra la paret no fa presa. Si l'amígdala és tova s'esquinça i és necessari, agafar un bon tros de la mateixa. Les adherències posteriors són fortes i no poden trencar-se amb els dits i aleshores deuen seccionar-se com a pedicle amigdal·lar amb un cop de pinça de Ruault o estisores, però aquestes donen amb més facilitat hemorràgies.

Exposades les diverses causes de fracassos en l'operació de les amígdals i les maneres de procedir per a vèncer-les he de fer notar que una de les primeres dificultats obeeix a haver rebaixat tant la valor que té l'extirpació de les amígdals que feta amb tota amplitud i completa és una operació delicada que vol pràctica de fer-la i traça per a resoldre els obstacles que surten, i lluny d'això tothom es considera capaç de fer-la i amb un cop de pinça Ruault per banda que talli el que pugui ja està l'operació acabada i així ha vingut en el nostre país a degenerar en una operació vulgar en aparença sens importància que es remunera d'una manera irrisòria i que pel mateix impossibilita l'utilitzar tots els mitjans necessaris per a portar a felicitat una intervenció difícil.

Altra classe d'amígdals són també extirpader amb èxit molt poc simpàtic, sovint són les amígdals faringies. L'amígdala de Luschka acompanyada de vegetacions adenoidees dona trastorns molt majors que les amígdals palatines. Tots sabem la relació immensa que té en el creixement de les criatures l'amígdala faríngia i la sèrie de trastorns locals i generals que ocasiona.

Doncs bé, aquí sí que es fa necessària l'extirpació completa de tot aquest teixit limfoide del càvum i els fracassos després d'extirpat aquest maremàgnum de vegetacions són freqüents, els malalts no milloren feta la intervenció. A què és degut?

Generalment a una extirpació incompleta. Aquesta operació incompleta és conseqüència de què l'operador es creu que amb un raspall de cullereta l'operació està acabada i no és així en la gran majoria dels casos.

Les culleretes per a raspats faringis no treuen tot el teixit dolent i de totes les culleretes sols el model de Fein fa la feina ben feta, els altres models no tenen eficàcia i a pesar d'empregar la cullereta de Fein no n'hi ha prou, és precis insistir amb les pinxes d'adenoides repetides vegades fins que no queda pas cap vegetació i fins si és necessari pot i deu retallar-se amb les mateixes la cua dels cornets.

Aquesta és la única manera de tenir un bon èxit i aquí més que en lloc necessitem una bona fixació i calma i serenitat suficients per a portar a bon terme nostra intervenció.

Sintetitzant tot el que hem escrit podem dir que la intervenció d'extirpació de les amígdals palatines, sigui per fracturació, sigui per enucleació, ha caigut a un nivell massa baix del qual deu sortir-ne per l'esforç de tots en bé dels pacients als que una bona extirpació pot donar-los una vida de salut.

Com a mitjans per a evitar els fracassos en aquestes intervencions puc senyalar els següents:

- 1.^{er} Immobilització del pacient i bona llum.
- 2.^{on} Tranquil·litat d'esperit amb empresa suficient per a fer una intervenció completa.
- 3.^{er} Rapidesa en l'execució de la mateixa.
- 4.^{rt} Usar el desenganxament de l'amígdala com a regla general.
- 5.^{nt} L'extirpació de l'amígdala de Luschka i vegetacions adenoidees deu ésser absoluta, precisant per això repassar amb la pinça el que pugui haver deixat la cullereta.