

INFECCIONES FARINGEAS E INFECCIONES GENERALES

—
POR EL DR. MANUEL ESCONTRIA

EN el transcurso del año pasado me fue dable observar los enfermos cuyas historias clínicas voy a relatar, pensando que lo observado en ellos puede ser motivo de comentarios que no carezcan de interés. Disímbolas estas historias, desde muchos puntos de vista, tienen sin embargo puntos de contacto en lo que concierne a la etiología y por ello es que las he agrupado.

1.—R. P. de 5 años de edad, con peso de 12.900 kilos y 93 centímetros de talla; hijo de padres sanos, criado al pecho, y con antecedentes de bronco-neumonía a los 2 años y catarros nasales y faringeos leves, pero muy frecuentes desde que tuvo la bronconeumonía. Principió su padecimiento actual el 15 de Enero de 1929 por una coriza y dolor a la deglución; los tres primeros días el padecimiento es apirético, desde el cuarto hay fiebre remitente moderada y al séptimo el niño empieza a quejarse de dolores en ambos tobillos y puños. Al noveno día y sin que haya habido desaparición de las artralgías ni aumento en la fiebre, aparece en los cuatro miembros, pero más acentuado en los inferiores, un eritema poliformo, doloroso, y con ese motivo fuí llamado a observarlo. Había ligera inchazón de ambos tobillos, ambos puños y rodilla derecha; vi el eritema a que antes me he referido. Había poliadenopatía inguinal, axilar y en el cuello; y al examinar la faringe encontré la mucosa enrojecida en general, y ambas amígdalas algo crecidas y con pequeñas criptas y en pequeñas porciones la mucosa recubierta de un exudado blanquecino. Se le trató haciendo limpieza de la cavidad buco faringea con agua oxigenada diluida y toques en las anginas con solución de mercurocromo. Las manifestaciones articulares desaparecieron con rapidez, pero la fiebre si bien dejó de ser remitente para cambiar a tipo intermitente y aún dejó de existir por tres días consecutivos, siguió por espacio de 6 semanas en cuyo

tiempo hubo apariciones sucesivas de eritema. En esas seis semanas el aspecto de la faringe se había modificado pero no el tamaño de las amígdalas que sin ser exageradamente grandes, si en cambio permanecía estacionario. Estudiado el tiempo de coagulación y encontrándolo normal se hizo el 10 de Marzo amigdalotomía y raspa de las vegetaciones adenoides; desde entonces desapareció la fiebre y no volvió a haber nuevos brotes de eritema. Vi al niño la última vez en Diciembre próximo pasado y había ganado K. 4.700, en diez meses y 7 cms. de talla y en el curso del año no había vuelto a tener ninguna coriza.

2. MCGG. De 6 años de edad con 1 metro 04 de talla y peso de kilos 17.200. Con motivo de una bronquitis vi a esta niña en los últimos días de Enero de 1928. Al examinarla encontré que tenía una hipertrofia considerable de sus anginas puesto que estas llegaban a estar en contacto con la úvula. Manifesté a la familia la necesidad de tratar, pasado un tiempo oportuno después del padecimiento para el que era consultado, las amígdalas de la enfermita. En 18 de Febrero se me llamó por que la niña tenía un día de estar con fiebre ligera (38°) pero "estaba orinando sangre". Había un brote agudo de su vieja infección amigdaliana y el riñón había sido tocado. Era digno de notarse que a pesar del gran enrojecimiento de la faringe y del dolor intenso a la deglución, la adenitis del cuello era muy ligera. Dieta hídrica durante 3 días y después leche en pequeñas cantidades, reposo y desinfección de la faringe fué el tratamiento y al cabo de 10 días la sangre había desaparecido macroscópica y microscópicamente de la orina. Dos semanas más tarde, sin ningún desorden en el régimen y por un enfriamiento se repite el cuadro anteriormente descrito; nuevo tratamiento idéntico al implantado anteriormente, funcionamiento normal del riñón, con un régimen ya muy amplio, al cabo de 6 semanas y cuando ya se había fijado fecha y se estaba en vísperas de tratar quirúrgicamente las amígdalas, nuevo brote séptico en ellas con idéntica repercusión renal. Por fin fue operada a fines de Mayo y desde entonces hasta febrero de este año, sin estar sujeta a ningún régimen alimenticio especial, todas las observaciones que se han hecho de su funcionamiento renal han sido satisfactorias.

Número 3. L. W. de 10 años de edad. Talla 1.030, peso 23 kilos 80. A fines de Febrero de 1928 principió con fiebre alta, pocas horas después apareció (según me refirieron, pues yo vi a esta niña el 10 de Marzo) una erupción en todo el cuerpo que me describieron con caracteres semejantes a los de la escarlatina (rash?) y que se extinguió en me-

nos de 12 horas. Un día después dolor intenso a la deglución y observaron las anginas crecidas, muy rojas y con pequeños puntos blancos. La fiebre persistió continua y alta 39.5° y 40° durante todo ese tiempo y el día 7 de marzo apareció diarrea (3 a 4 evacuaciones muy fétidas), el 9 de Marzo dolor muy intenso en el puño derecho y codo izquierdo con aumento de volúmen en esos sitios. El día 10 fuí llamado a verla y encontré amígdalas crecidas (sin llegar a hacer contacto con la úvula) mucosa de la faringe muy roja, lengua seca, saburral, ligera adenopatía submaxilar, inchazones en el puño derecho, codo izquierdo y cara externa de la pierna derecha en el tercio medio, muy dolorosa la presión en todos esos sitios; orina escasa y turbia, fiebre de 39.8° y delirio. Examinada la orina de ese día se encontró 0.40 de albúmina sin observarse cilindros. Este cuadro persistió durante una semana con la sola modificación de la desaparición de la diarrea y que en el codo izquierdo, puño y pierna derechos, aparecieron signos claros de existencia de supuración. Durante ese tiempo la temperatura tendió a modificarse, pues las remisiones diarias que anteriormente eran menores de 1 grado, llegaron a ser de 2 grados, siendo la temperatura mínima de 38°. Se le había estado haciendo desinfección de la naso faringe, inyecciones de septisemina y aceite alcanforado, calor húmedo local en los sitios inchados, alimentación con jugos de frutas y atoles ligeros. El 17 de Marzo se vaciaron por punción las colecciones purulentas que existían en el codo y puño y por incisión amplia la que existía en la pierna y se envió el pus a ser examinado y a ser posible para preparar vacunas autógenas. Se encontró un estreptococo y desde el día 20 se empezaron a aplicar las vacunas. En el curso de unas dos semanas la fiebre cambió al tipo intermitente y tendió a ser menos alta siendo al final de esas dos semanas, en que se le aplicaron 10 inyecciones de vacuna autógena, de 38.2°. El absceso de la pierna sanó en ese tiempo y las colecciones purulentas del codo y puño fueron puncionadas dos veces (el 22 y 30 de Mayo). Un nuevo examen de orina, fué negativo en cuanto a la albúmina y elementos renales. La alimentación fué más amplia desde el 17 de Mayo (leche, legumbres cocidas sin sal, frutas). Se continuó el tratamiento por vacunas autógenas y el 10 de abril (sin motivo aparente) reaparición del dolor a la deglución, fiebre continua durante 3 días, al cabo de los cuales aparece una inchazón en el puño izquierdo. Las artritis del puño derecho y del codo izquierdo habían disminuído para esa fecha al grado de que en la punción que se hizo el día 10 de abril, (al ver subir la fiebre) no permitieron extraer líquido. El puño

izquierdo fué puncionado el día 12 extrayendo 5 cc. de pus, fué de nuevo puncionando el día 18 extrayendo 15 cc., y por tercera vez el 24; en esta última vez sin extraer nada. Desde el 13 de abril la fiebre fué aminorando y para fin del mes quedaba una elevación térmica intermitente de menos de un grado.

En el mes de Mayo el estado general mejoró a ojos vistas, lo único que persistía era el crecimiento de las amígdalas y un ligero movimiento febril de unas décimas todos los días. Se le hizo la amigdalectomía el 6 de Junio; ese día la temperatura subió a 38.5° para bajar al día siguiente y no volver a tener ya más trastornos en su salud hasta el mes de febrero de este año en que la observé por última vez.

4. R. B. de 6 meses. Peso K. 7.200. En Febrero de 1928 una coriza intensa y febril durante 4 días, una semana sin fiebre y reaparición de ésta con tipo intermitente y máxima de 38.5°. La niña duerme mal y empieza a palidecer. Tratamiento local de la nasofaringe con gomenol, y aplicación de inyecciones de eucaliptina. Durante un mes persiste el mismo estado y ha perdido de peso $\frac{1}{2}$ kilo a pesar de que toma bien sus biberones. Se cambia el tratamiento instilando por la nariz solución de neo silvol y aplicando baños de Luz Ultravioleta sin lograr modificación ninguna en la fiebre y con pérdida de 600 gramos en el peso durante este segundo mes de enfermedad.

Ya desde finalizar el primer mes la niña había sido vista por un otorinolaringólogo y de acuerdo con él se había propuesto la raspa de las vegetaciones adenoideas, lo que no había sido aceptado por la familia. Fué hecha por fin esta intervención el 2 de Abril y desde luego desapareció la fiebre y la curva de peso marcó desde la primera semana un ascenso de 350 gramos. Al año de edad (mes de Julio) pesaba 9 kilos 120 gramos y su salud era buena.

5. M. G. L. de 3 años, peso 12 kilos 500 gramos. Talla 89 cms. Observada por mí en diversas ocasiones por perturbaciones digestivas, había encontrado desde la primera vez (al año y medio de edad) anginas algo crecidas. El 15 de abril de 1928 fuí llamado por presentar la niña una hematuria. Hacía dos días que la niña tenía fiebre continua que había llegado a 38.5° y desde el primer día manifestó dolor a la deglución. Ambas amígdalas estaban algo crecidas, rojas y en el polo superior de la izquierda había un depósito pultáceo; ligera adenopatía submaxilar, orina escasa y hemorrágica. Reunida la que emitió en 24 horas fué de 240 gramos encontrándose hematíes, cilindros hemorrági-

cos y 0.60 de albúmina. Dcs días de dieta hídrica, toques a las amígdalas con una solución de plata (neosilvol) y calor seco en la región lumbar, hicieron desaparecer la fiebre y la orina, perdió macroscópicamente su aspecto hemorrágico. Un nuevo examen de orina reveló 0.20 de albúmina y ausencia de los hematíes y elementos renales. El régimen que había sido de leche y jugos de frutas se amplió con legumbres sin sal. Un nuevo examen a la siguiente semana dió una orina normal. Se permitió pan y legumbres con sal y féculas (papas, camote). A fines de Junio y sin motivo aparente hubo un nuevo brote infeccioso en sus anginas y a las 48 horas el examen de la orina mostraba algunos hematíes, cilindros hemorrágicos y 0.50 de albúmina. Se repitió el tratamiento dietético y medicamentoso aplicado en la ocasión anterior, y un mes más tarde tenía su orina 0.10 de albúmina. Se hizo a principios de julio la amigdalotomía sin ningún accidente y una semana después la orina era normal y su funcionamiento renal no ha dejado nada que desear hasta fines del año en que la observé por última vez.

Número 6. M. L. de 7 años de edad. Talla 1 metro 15 centímetros peso 17 kilos 200 gramos. En junio próximo pasado tuvo en Orizaba (lugar donde reside) una infección de la boca que al decir de la familia fue aftosa y que invadió la lengua, carrillos y amígdalas. Repuesta en una semana, salvo la persistencia de una fiebre ligera ($\frac{1}{2}$ grado) observaron la aparición de edemas palpebrales y con ese motivo examinaron por primera vez su orina encontrando hematíes, cilindros hemorrágicos, 0.75 de albúmina y 500 de cloruros (no había régimen especial en ese momento). Se sujetó a dieta láctea durante un mes, se modificó la orina en cuanto a desaparición de los elementos renales y disminuir la albúmina a 0.20 pero la fiebre persistió en igual grado y en algunos días llegó a 38.

La examiné por primera vez el primero de agosto. Tinte pálido, ligero edema palpebral, angina derecha pequeña, la izquierda grande sin llegar a estar en contacto con la úvula y con pequeñas criptas. Los exámenes de orina hechos durante el mes de agosto siguieron revelando pequeñas cantidades de albúmina, y el reposo y la dieta de leche y jugos de frutas no modificaron la fiebre. En 4 de septiembre se hizo la amigdalotomía de la angina izquierda y raspa de las vegetaciones adenoides. No hubo ningún incidente, la fiebre no volvió a presentarse desde el cuarto día de ser operada y se permitió un régimen de leche, pan, frutas, legumbres y féculas. La albúmina no volvió a encontrarse en la orina y desde fines de octubre no hubo ya ningún régimen especial. Los últimos

informes, que tengo llegan a febrero de este año siendo del todo satisfactorios.

Número 7. M. L. C. de 6 años. Peso 15 kilos 700 gramos. Talla 1 metro 0.3. Desde los 4 años viene padeciendo de amigdalitis febriles; hace año y medio se quejaba de dolores articulares que radican principalmente en ambas rodillas y en ambos tobillos y según refiere la madre de la enfermita estos dolores son más acentuados cuando está convalesciendo de una amigdalitis. El médico que la ha visto anteriormente y como tratamiento a esas artralgiás ha prescrito arsenicales, pensando en especificidad sin que se haya visto una modificación apreciable a pesar de haber sido intenso y sostenido el tratamiento. En mayo de 1928 veo a la niña; hace una semana que tuvo una amigdalitis febril de dos días, estuvo tres días apirética y hace dos días nuevo ascenso de la temperatura, dolor intenso en el puño derecho y tobillo izquierdo con inchazón manifiesta en este último sitio. Al explorar la cavidad bucal encuentro las amígdalas algo crecidas y en el polo superior de la izquierda huellas de reciente ulceración; ganglios submaxilares un poco crecidos y dolorosos. Tratada la atropatía por reposo, calor seco y salicilato, ceden en tres días los fenómenos agudos, pero persiste dolor moderado y una semana después se presenta dolor en el tobillo derecho. A mediados de junio se hace raspa de las vegetaciones y ablacion de las amígdalas. Desde el mes de agosto la niña no vuelve a acusar más dolores articulares (todo tratamiento medicamentoso había sido suspendido desde que se operó) y vista en enero de este año ha ganado 4 kilos en 8 meses y no ha tenido más artralgiás.

Número 8 C. V. Talla 1 metro 0.5. Peso 13 kilos 100 gramos. Bronconeumonía a los dos años, difteria a los 4. Corizas, traqueobronquitis y amigdalitis muy frecuentes desde esa época. En 7 de septiembre pasado ataque de amigdalitis aguda con fiebre muy alta durante 3 días, remisión de la fiebre y de los fenómenos inflamatorios de la faringe durante dos días, nueva alza de la temperatura y aparición de exantema purpúrico, hemorragias gingivales, nasales, intestinales y renales el día 13. Crisis dolorosas abdominales y renales, ese día (el 13) y el siguiente, me tocó observar a la niña desde la aparición del síndrome purpúrico que tuvo una duración de 4 semanas, en el curso de las cuales hubo 3 veces fenómenos idénticos a los que se presentaron el día 13 aunque siendo cada vez tanto la fiebre, las crisis dolorosas como las hemorragias, menos intensas cada vez. Fue tratada por reposo, cloruro de calcio y adrenalina, desinfección de la nasofaringe y alimentación con jugos

de frutas y atoles. Tres exámenes de orina practicados el 14 y 26 de septiembre, y el 12 de octubre revelaron presencia de cilindros hemorrágicos y albúmina que fue de 2 gramos, 180 y 0.40 respectivamente. Un examen hecho el 30 de octubre no permitió encontrar elementos renales y hubo solamente huellas de albúmina. Durante todo ese tiempo las amígdalas se redujeron poco de tamaño y permanecían rojas, y había liger dolor a la deglución del infarto ganglionar siempre fué muy moderado. Un examen de tiempo de coagulación practicado el día 30 de octubre dió 22 minutos. Durante un mes se trató de corregir ese trastorno (como tiempo preparatorio para operar las amígdalas) administrando un gramo diario de cloruro de calcio con 10 gotas de solución de adrenalina y una inyección cada tercer día de solución de peptona Witte al 5% en dosis progresivas de 1 cc. hasta 5 cc., obteniéndose el 15 de Noviembre la coagulación en 14 minutos y el 30 de Noviembre en 8 minutos. Fue operada el 3 de diciembre habiendo sangrado la angina derecha durante un cuarto de hora con cierta abundancia pero sin que fuera alarmante. No hubo ningún trastorno posterior y la niña pesaba el 28 de Febrero 16 kilos 700 gramos, siendo su peso a principios de diciembre de 13 kilos 300.

Número 9 A. M. G. de 3 años 2 meses. Peso 11 kilos 200 gramos. Talla de 81 cms., el 2 de enero de este año la examiné. Refirió la madre que este niño, en julio pasado con motivo de una fiebre alta acompañada de vómitos y diarrea le habían administrado en una sola dosis 0.20 de calomel y que el día siguiente se presentaron evacuaciones numerosas, sanguinolentas que duraron 15 días y que la fiebre persistió durante 10 días. A mediados de agosto hubo una amigdalitis febril con aparición a los dos días de manchas purpúricas, en los miembros inferiores, la fiebre bajó a los 4 días y desde entonces hasta fines de Septiembre quedó con tipo intermitente con máxima de 38 grados. El 1 de octubre nueva amigdalitis, fiebre continua durante 4 días, aparición, el día 3 de octubre de manchas purpúricas, cuadro que dura unos 10 días y después mejoría general con persistencia de fiebre intermitente hasta el 31 de diciembre en que de nuevo hay amigdalitis intensa con fiebre alta y al siguiente día 1o. de Enero, aparición de manchas purpúricas. Cuando la examiné por primera vez el día dos de Enero, había anginas moderadamente crecidas, rojas con manchas pultáceas, enrojecimiento general de la mucosa buco faringea, ligera adenitis bilateral del cuello, manchas purpúricas pequeñas y muy numerosas en los miembros inferiores, pared abdominal y cuello, el hígado grande y doloroso, ligera esplenomegalia

y fiebre alta (40 grados). Se prescribió desinfección buco faringea con solución alcalina, toques a las amígdalas con fenol, glicerina e ictiol y poción con cloruro de calcio y urotropina y como alimentación jugos de frutas. La fiebre bajó en dos días a la normal para volver a subir con ascensos vesperales de menos de un grado. A mediados del mes tanto las manchas purpúricas como el estado inflamatorio de Visu en la faringe, habiendo desaparecido, persistiendo solamente un crecimiento moderado en ambas amígdalas y fiebre intermitente ligera. Desde la segunda semana de enero el régimen fue ampliándose a lactovegetariano al principio y se amplió a carne desde mediados del mes. En la segunda quincena se le administró cloruro de calcio con adrenalina y el 10. de Febrero se le hizo amigdalotomía y raspa de las vegetaciones adenoides, sin ningún accidente. Desde el 3 de febrero desapareció la fiebre y el día último de Marzo de este año el niño había ganado 4 kilos respecto al peso del mes de Enero.

Las historias anteriores las he asentado en el orden cronológico en que observé los enfermos, pero en estos breves comentarios las agruparé por lo que de semejanzas presenten entre sí.

La observación número 4 tiene de interesante que en una criatura tan pequeña la infección de su naso faringe haya llegado a producir, por la difusión en el organismo de las toxinas allí elaboradas, trastornos serios en el estado general y se asemeja tan sólo a los otros casos observados en que los resultados del tratamiento quirúrgico fueron inmediatamente observados en la marcha favorable de su desarrollo ponderal.

Las observaciones enumeradas en 20, 50, y 60 lugar son sensiblemente semejantes, Amigdalitis de repetición sin carácter especial alarmante, aumento moderado del tamaño de las anginas en la 5 y 6 y grande en la 2 pero en todas ellas la adenopatía no es muy acentuada. La infección gana el torrente circulatorio y produce nefropatías de tipo hemorrágico. La ablación de los órganos infectados, punto de origen de la nefropatía, corrige los trastornos generales y trae un funcionamiento normal del riñón.

Las observaciones marcadas con los números 1, 8 y 9 tienen muchas semejanzas; el tamaño de las amígdalas es moderado, la adenopatía ligera, en los tres enfermos se presenta un síndrome purpúrico y como diferencias, en la observación 1 hay artropatías y en la 8 el examen de la orina comprueba una nefritis aguda. En las tres observaciones el tratamiento quirúrgico de las anginas y adenoides infectadas, hace desaparecer los trastornos generales y trae la salud a los pacientes.

En la observación número 7 son las artropatías, dolorosas, persistentes, la manifestación lejana de la infección de puntos de entrada faríngeo, y sanan al ser tratada su nasofaringe. En este caso como en todos los demás que delato, la defensa ganglionar es débil, la adenopatía ligera.

En el caso relatado con el número 3 los fenómenos culminan rápidamente hasta llegar a una piohemia; ya no hay barreras, la lucha del organismo contra el germen se libra en pleno torrente circulatorio y cuando las condiciones son favorables y se extirpan los órganos infectantes, triunfa el organismo en la ardua lucha que ha venido sosteniendo.

De los hechos anteriormente relatados y de la breve compilación que les sigue lo que más hiere mi atención es que los fenómenos agudos inflamatorios de la mucosa de la nasofaringe y de los órganos de defensa que en conjunto forman el anillo de Waldeyer han sido moderados, fuera de proporción puede decirse con las secuelas que los han sucedido sea en el riñón o en las articulaciones o bien en el estado general del paciente, y en paralelismo con esa desproporción ya mencionada se observa en estos casos la débil defensa ganglionar.

Todo ello me sugiere recordar que no es solamente en las infecciones rino faríngeas aparatosas, con gran dolor a la deglución, infartos ganglionares muy marcados y fiebre muy alta, cuando se presentan infecciones a distancia. Las reacciones moderadas, en apariencia simples, son más frecuentemente seguidas de infecciones generales graves. Es por eso que a poco que una infección tienda a hacerse crónica, con pequeños brotes subagudos, la profilaxis de una nefropatía o de cualquier otra infección grave a distancia es el tratamiento quirúrgico adecuado de los órganos infertantes, sin esperar a hacerlo que el tamaño de las amígdalas o la aparición de fenómenos a distancia nos forcen la mano a hacer lo que es más provechoso para el enfermo si se hace precozmente.

MANUEL ENCONTRIA.