

versos procedimientos de lograrla; refrigeración, aplicaciones locales de cocaína e inyecciones del mismo alcaloide, precisando las dosis. Observa que ha encontrado casos en que después de una inyección de morfina ha sobrevenido anestesia más o menos completa y piensa que si, previa constricción de la región vecina, se inyectara morfina en dosis de dos o tres centigramos, podría obtenerse una buena anestesia.

Cierro esta nota bibliográfica con el último trabajo que sobre anestesia figura en el órgano oficial de la Academia: se titula "De las causas de la muerte por el cloroformo" y su autor fué el Dr. José María Bandera (*Gaceta Médica*. T. XXXVI. No. 3. 1o. de febrero de 1889). Examina las dos causas de muerte: el síncope respiratorio y el síncope cardíaco. Respecto del primero se muestra partidario de las ideas de Richet, quien afirma que la muerte no sobreviene por deficiencia respiratoria. La suspensión de la respiración puede remediarse y el corazón sigue latiendo a pesar de la supresión de los movimientos respiratorios. Respecto al síncope cardíaco, dice que la excitación de un nervio sensitivo difícilmente puede ocasionar el paro del corazón, como lo demuestran diversas experiencias y, si acaso se logra, es momentáneo; se necesita entonces que el cloroformo haga al corazón más sensible a las inhibiciones reflejas, para que se explique el accidente inicial. Examina, por último, los accidentes en período de resolución y afirma que éstos se deben a exceso de cloroformo, señalando las ventajas de la respiración artificial y los otros medios que se recomiendan para combatir tal estado.



La adenoiditis aguda de la primera infancia *

Por el Dr. SOLON VERAS

Socio Correspondiente en Atenas, Grecia.

La adenoiditis aguda, que es el término médico con que se designa la inflamación de los folículos linfáticos de la amígdala-faríngea, es una enfermedad que por largo tiempo fué desconocida, pues fué hacia el fin del siglo último cuando la faringe llegó a ser objeto de estudios formales.

* Trabajo de ingreso leído en la sesión del 7 de diciembre de 1938. Traducción del original francés por el académico de número Dr. Alfonso G. Alarcón.

La sintomatología y la anatomía patológica de las vegetaciones adenoides han sido establecidas en 1868, en una monografía magistral, por W. Meyer, de Copenhague, cuyas publicaciones sucesivas han llamado la atención de los médicos sobre la importancia capital que podía tener la amígdala faríngea en la salud física y psíquica de numerosos niños.

Fué Moure más tarde (en 1892), quien descubrió primero la adenoiditis aguda junto con la amigdalitis aguda, demostrando que la amígdala de Luschka podía estar expuesta a las mismas causas patológicas que las amígdalas palatinas. Los trabajos de este gran laringólogo, así como los de sus discípulos de la Escuela de Bordeaux, han llegado a ser clásicos entre los médicos especialistas en las enfermedades de la garganta, pero desgraciadamente no son bastante conocidos por los pediatras. El profesor Ausset de Lille y su discípulo Dorión, fueron los primeros médicos de niños que estudiaron esta afección en 1901.

Y, sin embargo, la adenoiditis aguda está muy extendida entre los niños y, por lo tanto, es menos rara de lo que se había creído antes de que fuese bien conocida. También afecta muy a menudo a la primera infancia, que no está exenta de infección tonsilar faríngea, puesto que la amígdala de Luschka aparece ya hacia la segunda mitad del sexto mes de la vida intrauterina y llega a su constitución perfecta alrededor del segundo año de la vida. En el lactante el cavum nasofaríngeo está ocupado por diversos nódulos linfáticos muy separados y hasta alejados entre sí, que alcanzan el volumen de un chícharo, y otros nódulos se encuentran a lo largo de las paredes tubarias. (Cuomo).

Ahora bien, en los casos de hipertrofia de estos nódulos linfáticos, la que no es imposible a esta edad, aun cuando ha sido negada por algunos autores, nos encontramos con trastornos mecánicos, que se manifiestan en el lactante por un coriza a menudo intenso, una respiración ruidosa y ronca, análoga a la del estridor laríngeo congénito; después, por todos los trastornos generales y los fenómenos reflejos que derivan de esta situación. En los casos de infección de las vegetaciones adenoides tendremos la sintomatología de la adenoiditis aguda.

Esta afección, propia de la primera edad, es, por decirlo así, según la expresión de G. Laurens, el pivote de la patología in-

fantil por su extrema frecuencia, por la localización de sus síntomas y por las complicaciones graves que puede producir. Yo pienso igualmente que la frase famosa de Armand Delille "se ha podido decir sin paradoja que la mitad de la patología infantil era consecuencia de las vegetaciones adenoides", no está muy lejos de la verdad.

La adenoiditis aguda de la primera infancia pertenece más quizás al dominio de la pediatría que al de la otorrinolaringología, ya que son los médicos de niños los que más a menudo son llamados a curarla. Esta enfermedad principia casi siempre por fenómenos generales, que recuerdan los de todas las enfermedades infecciosas; el niño de pecho presenta bruscamente todo el cuadro de un gran estado febril, la temperatura alcanza rápidamente 39 y aún 40 grados y hasta más. A menudo la fiebre es acompañada de estado nauseoso y de trastornos gástricos; a veces se anuncia por una crisis convulsiva. Los trastornos funcionales, que llaman la atención hacia la faringe, sobrevienen más tarde; la respiración llega a ser entonces ruidosa e irregular. El niño duerme con la boca abierta y ronca; con frecuencia sufre tos seca y repetida, particularmente cuando descansa en decúbito dorsal; a veces la obstrucción nasal es de tal intensidad que el niño se encuentra en la imposibilidad de mamar, porque la succión provoca la asfixia. Si se examina la garganta del niño, se nota que una masa mucopurulenta desciende del cavum. Aun se puede demostrar, por un examen más minucioso, cierto infarto en los ganglios del cuello y más especialmente de los situados detrás del músculo esternalomastoideo (ganglios cervicales laterales).

Con más frecuencia esta afección evoluciona muy rápidamente; la curva formada por el diagrama de las altas temperaturas dura de uno a tres días y el movimiento febril cede al cabo de seis a ocho días. Hay casos, también, en que la fiebre no dura más que cuatro días. En cuanto a la obstrucción nasal, desaparece también casi al mismo tiempo que la fiebre o cede gradualmente.

En esta forma común de la adenoiditis aguda, que no es rara en la primera infancia, el pediatra no tiene otra cosa que hacer que vigilar a su enfermito y aconsejar medidas de antisepsia nasofaríngea y de higiene general; no tendrá que apelar al concurso del laringologista.

Pero la adenoiditis aguda en el lactante no sigue siempre una evolución tan corta; a veces la fiebre persiste más largo tiempo (yo he tenido casos en que ha durado más de tres semanas) y toma un carácter septicémico con una curva térmica irregular, en la que se advierte yuxtaposición de oscilaciones de amplitud variable, y gran distancia entre las dos temperaturas extremas del día. Esta es la adenoiditis **aguda prolongada**, según el término muy justo propuesto por Robert Rendu.

El interés que se concede a estas adenoiditis agudas prolongadas es ciertamente considerable, como lo ha dicho Verger, porque quizá aquí esté una de las causas principales de las fiebres prolongadas de tipo septicémico de la primera infancia.

En estas formas de movimiento febril prolongado, el diagnóstico no es siempre fácil. La rinoscopía en el lactante es casi imposible y la exploración digital no es muy fácil dada la estrechez del cavum nasofaríngeo. En ausencia de síntomas específicos no puede llegarse al diagnóstico más que por eliminación. Ciertamente, la obstrucción nasal, la facies adenoidea, la tumefacción de los ganglios cervicales hablan en favor de la adenoiditis; pero estos fenómenos no son siempre de una evidencia característica y, por otra parte, puede suceder que un niño adenoideo sufra a la vez de fiebre ocasionada por otra enfermedad. Será necesario, entonces, eliminar toda afección que pueda presentar curva térmica más o menos análoga a la de las formas prologandas de la adenoiditis aguda. Se eliminará por los medios conocidos (examen de sangre, análisis de orina, radiografía, etc., si es necesario), las infecciones del tubo digestivo, las pielitis, las fiebres tuberculosas y, en general, las infecciones bronco-pulmonares. Por un examen más profundo se harán a un lado también las otitis, así como las infecciones nasales, sin desconocer las que sean de origen diftérico.

En algunos casos de adenoiditis aguda, en los que he procedido a un examen de sangre, siempre he encontrado leucocitosis muy pronunciada y cierto aumento de los polinucleares neutrófilos; aun cuando estos datos se encuentren en otras enfermedades, no deben dejar de tomarse en consideración.

Las complicaciones que deben temerse son: las infecciones bronco-pulmonares, la otitis supurada y el absceso retrofaríngeo. Para estas dos últimas, la intervención de un laringólogo es indis-

pensable. Debo, sin embargo, añadir que la presencia del laringólogo es necesaria en todos los casos de adenoiditis aguda prolongada.

Durante toda la enfermedad, los oídos del niño serán vigilados con atención y se intentará la desinfección relativa del *cavum*, empleando alternativamente antisépticos líquidos variados, tales como el aceite gomenolado o eucaliptolado, o mejor aún una solución ligera de colargol. En casos de obstrucción nasal pronunciada, se tratará de restablecer la permeabilidad de la nariz por la instilación en las fosas nasales de dos gotas de aceite adrenalinado (al 1 por 20), cinco minutos antes de la mamada. Deben aconsejarse fumigaciones, haciendo hervir en el agua un poco de alcohol mentolado o eucaliptolado.

Se puede, además, administrar al niño de pecho pequeñas dosis de quinina bajo la forma de aristoquina, si la fiebre persiste; recurrir a las inyecciones de metales coloidales (electrargol), a la proteinoterapia (inyecciones de leche, omnadina), o a la quimioterapia (prontosil).

Sin embargo, se fracasa muy a menudo aun empleando todos estos tratamientos; los fenómenos locales pueden disminuir, pero las grandes oscilaciones de la fiebre continúan. En estos casos no hay que vacilar en aplicar el tacto rinofaríngeo, preconizado por Rendu, porque es un medio de curar que no se debe ignorar ahora.

El tacto faríngeo acentuado es una práctica popular en Grecia, llamada vulgarmente "presión de la garganta", que es ejercida por ciertas mujeres especializadas en esta maniobra y que pretenden curar todas las afecciones de la garganta por este medio. Esta práctica ha debido producir resultados favorables, si puede juzgarse por el empeño con el cual las gentes del pueblo someten el caso a esta intervención. No se puede decir, sin embargo, que la presión digital, tal como se practica por las mujeres del pueblo, sin gran precaución de asepsia, sea completamente inofensiva, porque he tenido ocasión en mi larga carrera, de haber sido llamado a tratar infecciones de la faringe que resultan de esta intervención intempestiva. Es por esta razón que yo acogí con cierto escepticismo las primeras comunicaciones de Rendu sobre la aplicación del tacto rinofaríngeo. Pero después de las pu-

blicaciones de Rendu siguieron las de Gameleia y Michon, de Leibault, de Cadenaule, de Junca, de Calogero, de Verger, de Aubry, de Leroux y de Rossi, que alaban los resultados sorprendentes de esta operación. Gameleia y Michon han llegado a hablar del **dedo providencial**, para designar el índice que aplasta las vegetaciones y cura al enfermo. J. Comby publicó recientemente en los "Archivos de Medicina de los Niños" una revista general sobre la adenoiditis aguda y la aplicación de este nuevo tratamiento.

Es cierto que los casos publicados de adenoiditis aguda, que han sido curados por la aplicación del tacto rinofaríngeo y que se refieren a la primera infancia, no son muy numerosos. Yo mismo he decidido mi primera intervención en 1934, en un niño de edad de ocho años. Pero he tenido ocasión este mismo año de tratar a muchos lactantes afectados de adenoiditis aguda prolongada y ante el fracaso de toda medicación anti-infecciosa general, he abandonado mis primeras vacilaciones y me he admirado de comprobar los resultados favorables inmediatos que siguen a esta intervención terapéutica, basada, como hemos visto, en un simple empirismo. Sobre esto último, he enviado a París un artículo que será publicado próximamente en los "Archivos de Medicina de los Niños".

Yo creo que el tacto rinofaríngeo acentuado, cuando se aplica bien, puede considerarse como un tratamiento de elección en las formas prolongadas de la adenoiditis aguda de la primera infancia.

En el lactante, la práctica del tacto rinofaríngeo no es difícil. Se introduce rápidamente en la boca del niño el índice de la mano derecha, cubierto por un dedal de goma esterilizado, e insinuándose detrás del velo del paladar, comprime las vegetaciones adenoides con una presión ligera, pero apoyada, ejercida de adelante a atrás y después de derecha a izquierda, o inversamente. La intervención no debe durar más de tres a cinco segundos; es necesario hacerla rápida para no provocar la asfixia.

Me permito presentar a la H. Academia Nacional de Medicina de México, mis dos últimas observaciones:

Observación 1.—E. B., de 9 meses de edad. Padres sanos. Ninguna enfermedad precedente. Se alimenta con leche materna y con leche de vaca y harinas. El 24 de septiembre de 1938 fué llamado para verla porque 18 días antes había tenido fiebre oscilante

entre 37.4 y 39 grados. El médico que la cuidaba atribuyó este estado febril a una gripa, porque el niño tosía y presentaba fenómenos traqueales.

A la auscultación, encontramos una respiración ruidosa y algunos estertores en la región traqueal; nada del lado de los pulmones. Examinando la faringe, observamos una masa muco-purulenta que descendía de la cavidad nasofaríngea. El niño respiraba por la boca, estando la nariz ligeramente obstruída. 128 pulsaciones por minuto. Estado general satisfactorio. El examen de la sangre, practicado dos días antes, indicaba 20,000 leucocitos.

Diagnosticamos una adenoiditis aguda prolongada y aconsejamos la antisepsia de la rinofaringe, e inyecciones de prontosil.

Fueron aplicadas 4 inyecciones de prontosil (días 24, 25, 26 y 28 de septiembre), sin ningún resultado efectivo. El 1o. de octubre fué llevado el niño a mi clínica y procedí inmediatamente a un tacto rinofaríngeo acentuado; desde el día siguiente, la fiebre terminó, permaneciendo el niño completamente apirético.

Observación 2.—P. K., de 11 meses de edad. Padre y madre sanos. Ligeros trastornos gástricos en el verano pasado.

El niño fué llevado a mi consulta el 8 de octubre, porque desde 13 días antes presentaba una fiebre irregular, de grandes oscilaciones; durante todo este período de tiempo, había presentado frecuentes vómitos y evacuaciones diarreicas, por lo cual se había creído que la fiebre provenía de estos trastornos gastro-intestinales.

Examinado el niño, comprobé que presentaba cierta obstrucción nasal y que una pequeña cantidad de mocus descendía del cavum. Las amígdalas parecían un poco más rojas que de ordinario. Los ganglios cervicales laterales estaban ligeramente aumentados de volumen. La auscultación no demostraba nada en los pulmones. 130 pulsaciones por minuto. Buen estado general.

Aconsejé desde luego una antisepsia nasofaríngea con una solución de colargol y, como medicación anti-infecciosa general, inyecciones de omnadina. La fiebre persistió después de dos inyecciones de omnadina y el 12 de octubre procedí a la aplicación del tacto faríngeo acentuado.

Desde el día siguiente la fiebre comenzó a caer y un día después la temperatura era normal.

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

- ARMAND-DELILLE P. F.—Article "Végétations adénoïdes" dans *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, par Sergen, Ribadeau-Dumas et Babonneix. Ed. Maloine. Paris, 1923. T. XIV. p. 1055.
- AUBRY M.—*Presse Médicale*.—29 Novembre, 1933. p. 1935-1936.
- AUSSET et DORION.—*Arch. de Médecine des Enfants*. 1901.
- CADENAULE Ph.—*Gazette Méd. de France*.—15 Janvier 1930. p. 44-46.
- CALOGERO G.—*Sez Nápoletana della Soc. Ital. di Pediatria*.—*Seduta del 28 de diciembre 1930*.
- COMBY J.—*Arch. de Médecine des Enfants*.—1933, No. 7. p. 462-466.
- CUOMO G.—*La Pediatria*.—1932, No. 2. p. 1122-1130.
- DORION.—*L'amygdalite pharyngée aigue primitive chez les enfants*.—Thèse de Lille. 1901.
- GAMELEIA N. et MICHON P.—*Presse Médicale*.—15 Juin, 1929.
- HELME.—*Bull. Franc. d'otologie et de Laryngologie*.—1895. p. 3.
- JUNCA E.—*Gazette Méd. du Sud-ouest*.—15 avril 1930.
- LAURENS G.—*Précis d'oto-rhino-laryngologie*.—Ed. Masson. Paris, 1931, p. 739.
- LEROUX L.—*Bull de la Société de Pédiatrie de Paris*.—1934. p. 628.
- LIEBAULT G.—*Paris Médical*.—7 septembre, 1929. p. 215-217.
- MOURE J.—*Manuel pratique des maladies des fosses nasales*. 2me. édition. Paris, 1893. p. 437.
- MOURE J.—*Revue hebd. de laryngologie, otologie et rhinologie*.—29 Janvier.
- RENDU R.—*Annales des Maladies de l'oreille, du Larynx, du nez et du Pharynx*.—1928, No. 1, p. 31-39, et No. 4, p. 397-398. *Arch. de Médecine de Enfants*, 1928, No. p. 73-85.
- RENDU R.—*Les annales d'oto-laryngologie*.—1935. No. 2. p. 83-90.
- REY J. F. V.—*Contribution à l'étude de la pathologie de l'amygdale pharyngée*. Thèse de Bordeaux, 1892.
- ROSSI V.—*Policlinico Infantile*.—Gennaio, 1937.
- VERGER G.—*Presse Médicale*.—8 Juillet, 1933, p. 1083-1085. *Archives de Médecine des Enfants*, 1934. No. 1 p. 21-28.

●

Comentario al trabajo del Dr. Solón Veras, de Atenas *

Por el Dr. ALFONSO G. ALARCON

Miembro de Número

Interesante por todos conceptos es la memoria enviada por el señor doctor Solón Veras, como tesis de representación a la Academia, relativa a la adenoiditis aguda de la primera infancia.

El señor doctor Veras es un pediatra distinguido y experimentado. En Grecia representa importantísimo papel en el medio cien-

* Leído en la sesión del 7 de diciembre de 1938.

tífico. Es jefe de Servicio de Pediatría en el Hospital Francés de Atenas, presidente de la Sociedad Helénica de Pediatría, Miembro de la Sociedad de Pediatría de París y autor de numerosas monografías importantes. Era natural que enviara un estudio relacionado con la especialidad que cultiva y que éste se distinguiera como el que acabamos de oír, por la claridad de los conceptos, la precisión en las afirmaciones, la limpieza del estilo y la profundidad de las ideas; se trata de un maestro en la materia.

Positivamente, el concepto clínico de la adenoiditis es relativamente nuevo. Padecimiento muy frecuente en la primera infancia y que es común que pase inadvertido para la clínica. Febrículas prolongadas, estados de desnutrición de naturaleza obscura, padecimientos anemiantes y tóxicos, septicemias reptantes, afecciones de foco perdido que comprometen la salud y aun la vida de los niños, y que no les dejan crecer, les infartan los ganglios del cuello, les orillan a complicaciones graves y que, socialmente, son motivo principal de desnutrición e inferioridad para la población escolar.

La monografía del autor tiene la virtud de definir con gran precisión lo que hay de clásico en la clínica del fenómeno, así como la interpretación del mecanismo patogénico, de las complicaciones a que la adenoiditis da lugar, y por lo que hace a la acción terapéutica racional que exige el padecimiento.

La adenoiditis aguda de la primera infancia es más que una afección local, la expresión focal de una condición general. Sobre terreno linfático, sensible a las infecciones y en general a las acciones del medio exterior, las infecciones se injertan con facilidad, precisamente en los lugares en donde se acumula aquel tejido y donde se realizan a la vez las acciones de defensa. Por eso se observa en los niños de la edad mencionada que son víctimas de trastornos digestivos, que también sufren con frecuencia afecciones de las vías superiores del aparato respiratorio, lo cual hace de esos niños, seres en constante repetición de estados catarrales que se propongan al oído y a las mastoides, les hipertrofian los órganos en lucha, les infectan los senos frontales y maxilares, les ulceran la mucosa, etc., contingencias todas que se deben a esa propiedad del tejido linfoideo, de hipertrofiarse, presentar gran su-

perficie y numerosos rincones, y atrapar, conservar y fecundar las infecciones que llegan a estar en contacto con él.

El tejido adenoideo que atalaya la nasofaringe, a la entrada de la corriente del aire y en contacto con polvos que flotan en la atmósfera y sujeto a los cambios de temperatura, es propiamente una antena de la economía que capta y combate en primer lugar a los enemigos del árbol aéreo. En este tejido se realiza la lucha de avanzadas y en él se acumulan los gérmenes y se realiza la pequeña lucha de entrada, favorable a la invasión por el lugar oscuro, anfractuoso, húmedo y tibio en que se suceden los accidentes, y esta es la causa de la organización del foco propicio para la instalación de gérmenes y su asociación y prosperidad.

No quiero seguir al autor en todos los pormenores de su interesante memoria, porque hacerlo fuera tanto como torcer su propósito modesto pero magistral, de condensar y exponer lo esencial de los conocimientos en la materia que trata. Quiero, sin embargo, referirme al hecho curioso de la observación del distinguido pediatra, que se refiere al tacto nasofaríngeo, como medida terapéutica de las adenoiditis agudas, que el señor doctor Veras encuentra en la medicina popular de su país. Entre nosotros también hay una terapéutica, una maniobra que el vulgo emplea en el tratamiento de los niños "gangosos", cuyo mal se atribuye a la "caída de la mollera", aun cuando se trate de niños mayores, y el vulgo llama "paladeo" a la maniobra destinada a corregir este padecimiento. "Paladear" a un niño, entre nosotros, consiste en suspenderlo de los pies, mientras la curandera introduce el dedo índice en la nasofaringe, embadurnado previamente con "miel virgen", y exprime, tritura y arranca lo que encuentra detrás de la campanilla. Es fama vulgar que después del "paladeo" los niños curen de la voz marcadamente nasal que caracteriza el síndrome. Entre los recuerdos de mi edad infantil está el de una curandera que trataba con buen éxito y fama lo que ahora sé que eran adenoiditis, con este recurso que me parecía primitivo.

La terapéutica mencionada por el doctor Veras es irreprochable. Los descubrimientos recientes respecto a la acción específica, eficaz, de los derivados de la sulfamida sobre el estreptococo, aquí encuentran una buena aplicación. La virulencia de los gérmenes que intervienen en las adenoiditis, aun en complicaciones tan serias

como la bronconeumonía, la mastoiditis, la sinusitis y aun las meningitis, ceden a menudo a la quimioterapia de los colorantes.

La Academia Nacional de Medicina debe considerarse honrada y satisfecha con haber adquirido en el doctor Solón Veras, de Grecia, un miembro distinguido, célebre y competente en el ramo a que se dedica y que, seguramente, contribuirá, porque es trabajador infatigable, con el envío frecuente de memorias tan interesantes como la que acabamos de conocer.

Plan para el estudio de la función respiratoria en el soldado, el obrero y el campesino mexicanos *

Por el Dr. FERNANDO OCARANZA

La creación de una "mesa" de investigación médica y propaganda higiénica en la Dirección de Sanidad Militar, me ha proporcionado la oportunidad de un vasto estudio acerca de la función respiratoria en el soldado, el obrero y el campesino mexicanos. A la fecha, tengo recopiladas unas 3,000 fichas, que me permitirán llevar a cabo una relación promediada y gráfica de la función respiratoria en nuestro país, hecho de naturaleza fisiológica; pero que contendrá indispensables datos conexos de orden antropológico y de estadística.

En el momento, me dedico a recopilar, ordenar y relacionar los datos obtenidos y a su debido tiempo presentaré a esta docta Sociedad, aunque sea un extracto del extenso trabajo de resumen que me propongo realizar.

El presente, sencillo estudio, debe tomarse como preliminar del que presentaré después.

El material humano que me ha servido para el caso, se compone de los jefes, oficiales y soldados de la guarnición de México y de la Ciudad Militar de Monterrey; comprende a los que desempeñan servicio activo y los que llevan vida sedentaria en las diversas direcciones de la Secretaría de la Defensa Nacional; a un grupo numeroso de marinos (jefes, oficiales y marineros); a una

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 14 de diciembre de 1938.