

Cateéira Extraordinaria de Pediatria.
Prof. A. Atútzis.
Hospital Luis Calvo Mackenna.

LA RINO-FARINGITIS DEL LACTANTE

Por J. SCHWARZENBERG L.
Jefe de Servicio.

y SAMUEL COSTA
Ayudante.

La rino-faringitis del lactante, su sintomatología local, sus complicaciones y la repercusión que puede tener sobre el estado general y el desarrollo del niño, se conceptúan como demasiado conocidas, de tal manera que un estudio de esta afección puede aparecer como de poco interés y aun como redundante e inútil. Verdad es que se sabe que la puerta de entrada de gran parte de las enfermedades del niño pequeño se encuentra en esa región del árbol respiratorio; pero hemos caído, a nuestra manera de ver, en un menosprecio evidente de la clínica, la terapéutica y aun de la profilaxis de las afecciones inflamatorias corrientes de ella. Es que la preocupación del pediatra está absorbida por las grandes investigaciones de actualidad y frente a esta "alta ciencia" desaparecen como de poca monta, las inflamaciones del rino-farinx, las supuraciones retro-nasales de difícil pesquisa y las obstrucciones nasales permanentes o recidivantes, que, sin embargo, tienen un valor etiológico y patogénico innegable para muchos de los síndromas, que podríamos llamar "de moda". Cuando no se niega su existencia, se pretende desvirtuar la comprobación objetiva de una inflamación más o menos extensa de la mucosa de la parte superior del árbol respiratorio, reemplazándola por el concepto vago de una "virulencia" o se llega a afirmar que existe una rino-faringe normal en pequeños pacientes, en los cuales no faltan, a más del compromiso del estado general, ninguno de los síntomas locales, directos e indirectos, ni generales de aquella. Algunos sostienen además que la rino-faringitis no tiene ninguna importancia en la génesis de los tras-

tornos nutritivos agudos y crónicos, para no señalar más que las enfermedades que más saltan a la vista en sus inter-relaciones con este tipo de infecciones. Y como argumento final, para justificar el desinterés del pediatra por "esta vulgaridad", se dice que se trata de una afección que es más del resorte del especialista oto-rino-laringólogo, que de aquél.

Sea como fuere, nuestra experiencia y la observación cuidadosa de algunos años, nos convence, más y más que la rino-faringitis se menosprecia y desconoce con demasiada ligereza y frecuencia por el pediatra en forma por demás peligrosa para su orientación clínica, terapéutica y profiláctica y sobre todo en lo que se refiere a este último punto. Reconocemos la ayuda que presta y la importancia que tiene la intervención del oto-rino-laringólogo en estas circunstancias, conceptuándola como indispensable la mayoría de las veces; pero estimamos de enorme utilidad el señalar el valor inmenso que tiene el conocimiento exacto por parte del pediatra de la sintomatología local, directa e indirecta de la rino-faringitis y su repercusión sobre el estado general del lactante. Estimamos que a él le corresponde en primer término la responsabilidad del diagnóstico y del tratamiento, por la apreciación que solamente él puede hacer en forma amplia de sus modalidades clínicas, de sus causas y de sus consecuencias. El especialista debe ser, ante todo, el que define y comprueba el diagnóstico anatómico y el que orienta la terapéutica local. El pediatra es el que tiene que englobar todas las parcialidades en el conjunto nosológico. La cooperación entre las dos especialidades es, pues, para nosotros ineludible, tanto para el diagnóstico, como para la terapia de la rino-faringitis y de sus complicaciones.

La importancia que tienen la piel y el aparato digestivo en la patología del lactante no se discute y es reconocida en toda su amplitud. En cambio, el árbol respiratorio no ha corrido la misma suerte, a pesar que es abordable al examen con relativa facilidad y que la morbilidad de los servicios de lactantes tiene hoy día su origen y su causa en un porcentaje muy elevado, precisamente en las vías respiratorias superiores. Puede que ello se deba a que la constitución anatómica del rino-farinx del lactante sea distinta a la del niño mayor y a la del adulto y que por eso se nos escapen sus alteraciones en muchas ocasiones. Es por eso también, que muy frecuentemente debe hacerse el diagnóstico a base de síntomas indirectos, que tienen tanto mayor importancia cuanto menor es el lactante. Las dificultades diagnósticas resaltan aun más, si se tiene en cuenta que muchos de los síndromas generales (deshidratación, toxicosis, distrofia, etc.), que pueden ser la consecuencia o el acom-

pañante de una rino-faringitis, producen alteraciones de las mucosas, que pueden encubrir la lesión inflamatoria inicial. Razones son éstas, por las cuales estas lesiones dificultan con relativa frecuencia hasta el control del oto-rino-laringólogo, aun cuando tenga una gran experiencia en el examen de este tipo de niños. En muchas oportunidades hemos discutido y analizado estos inconvenientes con nuestros especialistas, sobre todo, con motivo de aquellos casos en que el diagnóstico clínico tuvo que esperar algunos días, hasta obtener su comprobación anatómica por parte de ellos.

No es raro que se vean recién nacidos que con una primera rino-faringitis o un coriza, a veces una simple obstrucción nasal, inician una cadena de infecciones, que se repiten con la sintomatología inicial o que se extienden al oído, a los bronquios, etc., que se acompañan de dispepsias, toxicosis o sepsis y que terminan tarde o temprano, en una distrofia, pese a toda la técnica dietética, que se ponga en juego. La hipertrofia e hiperplasia precoz del aparato linfático del rino-farinx es otra de las consecuencias de estas inflamaciones sucesivas. Son ellas también las que, muy a menudo, revelan o despiertan un estado diatésico determinado. Si este no se reconoce oportunamente, si no es atacado en su raíz, progresa y retarda el desarrollo del niño por mucho tiempo y favorece, a su vez, las repeticiones de la infección local. La relación de causa a efecto que existe entre estas infecciones repetidas y las piurias que se ven aparecer en estas condiciones en todas sus formas, el raquitismo, las anemias, etc., nos parece fuera de toda discusión y aun creemos que ellas desempeñan un valor determinante también en la génesis del ozena. Las inflamaciones repetidas o crónicamente mantenidas pueden producir alteraciones anatómicas y funcionales de la mucosa nasal, que en cierto terreno pueden llegar a ese tipo característico de atrofia tisular. La disergia del distrófico y de cualquiera de las formas de carencia vitamínica tiene su expresión más frecuente y más evidente en los catarros del árbol respiratorio y entre ellos sobresalen sin contrapeso, las inflamaciones de la nariz y del cavum rino-faríngeo.

Los hechos esbozados a grandes rasgos y las reflexiones que anteceden, nuestra experiencia en la clientela privada y la observación cuidadosa hecha durante varios años en nuestro Servicio de la Casa Nacional del Niño, y después en el Hospital "Luis Calvo Mackenna", cuyo material presenta la gran ventaja de una permanencia prolongada y la posibilidad de un control periódico, sistemático y meticoloso de sus manifes-

raciones, constituyen la base de este trabajo. Nos hemos preocupado especialmente del estudio de los síntomas nasales y faríngeos, del compromiso ganglionar, de los síntomas bucales, de la repercusión sobre el estado nutritivo y general, de las complicaciones y de la evolución del síndrome, tal como de las divergencias entre nuestra comprobación clínica y la del otorino-laringólogo en ciertos y determinados casos. Puede adelantarse desde luego, que la resultante de esta labor no puede ser más halagadora, si se mira desde un punto de vista práctico, o sea, que pueda contribuir a aclarar y a restablecer conceptos, que se olvidan, y a fundamentar nuestras determinaciones médicas y sociales, que suelen perderse en la apreciación de las consecuencias, ignorando u olvidando la causa primitiva, su raíz.

Hemos estudiado todas las observaciones de los lactantes ingresados desde comienzos del año 1938 hasta mediados de 1942. Junto con comprobar la pésima calidad orgánica de la mayoría de los niños que se recibieron, puede deducirse que son muy pocas las curvas que no presenten algunas febrículas, cuando no una cadena interminable de ellas, cuyo origen, salvo muy raras excepciones, se encuentra en una rinitis o rino-faringitis, complicada a veces, otras no. De un total de 1.105 ingresados, 918 presentaron tarde o temprano los síntomas característicos de la afección que nos preocupa, frente a 880 casos de otras infecciones agudas, que se diagnosticaron durante su estada en el establecimiento. Distróficos y prematuros suman 763 casos y sólo 155 niños se catalogan como eutróficos. Si la morbilidad de nuestro Servicio era dominada antes en forma aplastante por los trastornos nutritivos y gastro-intestinales agudos, ellos desaparecen hoy día con un porcentaje ínfimo, frente a la proporción elevada de las afecciones del árbol respiratorio, cuya iniciación y mantención se encuentra para casi todas ellas en el rino-farínx. Y esto se observa a pesar de todas las precauciones que se toman para evitar este tipo de infecciones. Los boxes aislados y el uso estricto de la mascarilla por parte de todo el personal, la prescripción de vacunas y de vitaminas con fines preventivos, la hemoterapia y la proteínoterapia profilácticas, etc., todo ha sido inútil. De nuestra experiencia con las transfusiones sanguíneas hablaremos más adelante.

De 99 niños que ingresaron antes de los 15 días de edad, 89 llegaron al Servicio de Recepción con una rino-faringitis ya, y de 160 que lo hicieron después de la primera quincena y antes del 1½ mes de edad, 149 presentaban todos los síntomas de ella. Si se excluyen los recién nacidos, 117 lactan-

tes de este grupo eran distróficos y solamente 43 eutróficos. Salvo estos enfermos que han ingresado ya con una infección de las vías respiratorias y a pesar de las salitas de aislamiento de que se dispone y de los tratamientos preventivos ensayados durante largos períodos, los niños revelan con rarísimas excepciones, entre la fecha de ingreso y el término de la primera quincena de su estada, los primeros signos de una rinitis serosa o muco-purulenta o de una rino-faringitis. Interesante es que los eutróficos, distróficos prematuros y recién nacidos no se diferencian a este respecto más que por la intensidad con que atrapan y la frecuencia con que repiten la enfermedad.

Por lo demás, las ráfagas de este tipo de infecciones y localizaciones gripales, como las llamamos corrientemente, pasan por el Servicio de tiempo en tiempo y están condicionadas por el ambiente social del que provienen los asilados, por su estado nutritivo, por su constitución morfológica y funcional, tal como lo insinúan las cifras anteriormente expuestas, y, por último, por el hospitalismo, que se establece en ciertos niños, tarde o temprano en el asilo, a pesar de todas las precauciones. La mayoría de las veces nos ha sido imposible verificar la fuente de contagio para estas verdaderas epidemias. Curioso es, además, que aunque la frecuencia con que se presentan es mucho mayor en los meses fríos del año, su aparición no deja de impresionar en la primavera y aun en el verano.

La disposición para atrapar esta clase de infecciones disminuye en nuestros pequeños asilados notablemente alrededor del año de edad: en algunos un poco antes; en otros, meses después. Esto vale tanto para los niños que ingresan como para los que están internados ya durante un tiempo prolongado. Sin embargo, la disergia se prolonga a veces en forma alarmante si el estado somático y funcional —distrófia, raquitismo, diátesis, etc.—no se ha logrado corregir en forma definitiva.

La repercusión sobre el estado general y nutritivo puede ser manifiesta, y ella es en muchos casos el único síntoma anunciador de la localización inflamatoria que podrá comprobarse solamente después. Va desde el trastorno del balance o la deshidratación interna, hasta la toxicosis y los cuadros, que a través de una sepsis lenta, terminan con la descomposición o la caquexia. En términos generales puede decirse, que es menos manifiesta y de menor gravedad, mientras mayor sea el lactante, y mientras más cercano a la normal se encuentre su estado constitucional y nutritivo. Sin embargo, veremos más adelante cómo infecciones de otra etiología pueden estallar o exacerbarse durante la evolución de una rino-faringitis, sin

que en la génesis de aquélla intervenga para nada, la alteración funcional, ni somática del organismo infantil (salmonelosis, shigellosis, etc.).

Las manifestaciones generales son de tipo metabólico, diatésico o séptico, y están representadas por casi todo el campo de la patología de este período de la vida. Recalcamos que con esto no queremos establecer que todas las afecciones de la época de la lactancia dependen o tienen su origen en una rino-faringitis, la cual no es en su esencia más que una de las muchas infecciones que pueden producirlas y entre ellas, seguramente, una de las más frecuentes.

La sintomatología local es más clara, más perceptible, en el lactante mayor de tres meses. Antes de esta época es generalmente muy discreta y como ya lo dijimos, de difícil comprobación. Predominan francamente los síntomas generales, a tal punto, que muy a menudo no se logra más que llegar al diagnóstico de una sepsis o de un trastorno nutritivo agudo o a la comprobación de una otitis, bronconeumonía, meningitis, etc., manifestaciones frente a las cuales, la afección inicial ya pierde toda su importancia. En realidad, para la terapéutica del momento ella carece de valor; pero lo conserva en toda su integridad para la apreciación del porvenir de los enfermitos y para la prevención de las recidivas. Y ahí reside para nosotros la importancia enorme que tiene la pesquisa de los síntomas locales, que aunque de muy difícil ubicación en muchos casos, pueden establecerse siempre, aunque sea indirectamente, con una anamnesis bien captada y una apreciación clínica cuidadosamente tamizada. La trascendencia de estos hechos la expresaba en forma muy drástica uno de nuestros Profesores de Pediatría, cuando hablaba hace ya algunos años de las "dispepsias y distrofias rino-faríngeas", calificativo con el que señalaba la causa, el punto de partida, de muchos de esos trastornos nutritivos.

Sabido es que la rino-faringitis es una enfermedad infecciosa del tipo de las que comúnmente llamamos infecciones gripales, en las cuales puede prevalecer el pneumococo, el bacilo de la influenza, el estreptococo, el micrococo catarral y otros más, según sea la epidemia. Su modalidad, las complicaciones y su repercusión sobre el estado general de los pequeños enfermos, también dependen del carácter epidémico. Las hemos visto complicarse unas veces con preferencia de bronconeumonías; otras, de otitis en un porcentaje muy elevado. Hay épocas en que la inflamación de la mucosa no sobrepasa el área de la región rino-faríngeo-bucal y en cambio, nos hemos encontrado con períodos en que casi todos nuestros pacientes presentaban trastornos nutritivos de carácter grave. Y sin em-

bargo, y a pesar que hasta los síntomas locales suelen tener características específicas para una epidemia determinada, no nos atreveríamos a ensayar una clasificación a base del material estudiado. Los tipos de la enfermedad cambian con demasiada frecuencia y aun dentro de una misma epidemia, en períodos tan cortos y con ubicaciones regionales tan caprichosas, que todo intento de tipificación resulta utópico. En términos generales, sólo diremos que rino-faringitis puras, hemos observado en 112 casos; acompañada de trastornos nutritivos, en 294 casos, y complicadas con cualquiera de las formas de otitis, en 512 casos.

Al abordar el estudio de las afecciones inflamatorias del rino-farinx, consideramos como unidad patológica todo el complejo de la mucosa de esta región, incluyendo el aparato linfático y aun las cavidades anexas, salvo que el compromiso de éstas haya adquirido, como sucede en un porcentaje relativamente pequeño, una expresión independiente o predominante. (Entre nuestros casos de rino-faringitis complicados con otitis, sólo alrededor del 25% nos impuso la paracentesis). Este punto de vista nos parece de especial interés, porque casi siempre el compromiso amigdaliano se completa con una tonsilitis, el del oído, como una otitis, etc., siendo que en realidad las afecciones catarrales corrientes de estos órganos, no son más que acompañantes secundarios, sin trascendencia, de la inflamación del complejo rino-faríngeo en su totalidad. Para el diagnóstico tiene además el valor de establecer que la comprobación de una rino-faringitis puede hacerse objetivamente a pesar de la ausencia de una tonsilitis, otitis, etc., o de la presencia discutible de una leve inflamación de esos órganos, que "no explicaría la fiebre, la alteración del estado general y los demás síntomas del enfermito", como se nos objeta muy a menudo. Se olvida que en el niño y en el lactante más que en el infante mayor, la inflamación de la pared posterior de la faringe (coloración de la mucosa, secreción serosa, mucosa o purulenta, infarto de los folículos linfáticos, etc.), el infarto de los cordones laterales, la inflamación del velo del paladar y de la úvula, los síntomas nasales, linguales y ganglionares, constituyen un conjunto objetivo, que basta para fijar el diagnóstico y orientar el concepto nosológico.

Este concepto y ciertas peculiaridades de la rino-faringitis del lactante se justifican y explican por la constitución anatómica de esta región en esa edad. Nos atenderemos para estudiarla a la descripción magistral que ha hecho de ella F. Göppert y a lo que hemos podido comprobar personalmente

en numerosas autopsias. Desde luego, salta a la vista que la parte oral de la faringe es infinitamente pequeña frente al rino-farinx y a la nariz misma. El rino-farinx presenta una inclinación más ascendente que en edades posteriores y se estrecha notablemente en su paso hacia la nariz. En los comienzos de la nariz propiamente tal, su límite superior asciende casi verticalmente, para descender en seguida en dirección hacia las coanas. Estas casi no existen y no se presentan más que como pequenísimas aberturas circulares o canaliculos, que establecen una separación neta de las conchas del rino-farinx. Este canalículo de 1-2 mm. de largo, ha sido designado por Göppert con el nombre de "canal coanal", cuya mucosa tiene la peculiaridad de hincharse con mucha facilidad, sobre todo en su límite superior, o sea, el que mira hacia la faringe. Más tarde, en el transcurso del primer año de la vida, las coanas se ensanchan, conjuntamente con el crecimiento del resto del esqueleto de la cara. Desaparece así la causa anatómica más importante para la obstrucción nasal que se observa como síntoma cardinal del "resfrío" del lactante.

Después de la reunión de los dos "canales coanales", el rino-farinx sigue un trecho más o menos apreciable en dirección netamente horizontal, ensanchándose hacia atrás hasta la fosa de Rosenmüller, que no está muy marcada todavía y frente a la cual adquiere su mayor amplitud. A esta altura dobla bruscamente hacia abajo y corre, haciéndose más estrecho, en ángulo obtuso con respecto a la horizontal, hasta unirse a su porción laríngea. (Recuérdese que en el adulto el ángulo de bajada es recto). La parte horizontal presenta una superficie completamente lisa y es el asiento de la tonsila faríngea, rudimentaria casi siempre en el primer año de la vida. El plano inferior de esta porción faríngea está limitado por el paladar blando, cuya posición es también, contrariamente a lo que pasa en el adulto, francamente horizontal hasta en su última parte, el velo del paladar.

El ángulo obtuso, que forma la parte inferior del rino-farinx con esa horizontal, trae por consecuencia una elevación más oblicua de toda la base de la lengua y un adosamiento más amplio de ella a la pared posterior de la faringe.

Para completar la visión topográfica de esta región es indispensable que recordemos, aunque no sea más que someramente, la anatomía de las vías linfáticas de la nariz y del rino-farinx. En ella encontraremos la explicación de una serie de síntomas indirectos, pero importantes, para el diagnóstico de las inflamaciones catarrales que nos ocupan.

Aunque desde el punto de vista de su función y de su patología, son de importancia solamente secundaria, hay que recordar que a la altura del paladar blando y un poco por detrás de las tonsilas, se encuentran 1-3 nodulitos linfáticos, que reciben la linfa de la mayor parte de la nariz y del rino-farinx. En el niño muy pequeño existe además frente al borde superior de la segunda vértebra cervical otro pequeño nódulo, que desaparece más tarde. Estos ganglios (faringeos laterales y medios o retro-faringeos), cuyo compromiso inflamatorio es comprobable generalmente nada más que por la palpación digital, tienen en clínica la importancia de ser el punto de partida para los abscesos o flegmones retro y látero-faringeos. Como con la edad, los medios desaparecen por completo y los laterales parcialmente, sucede que su compromiso se hace más y más raro después del segundo año.

La corriente linfática principal del interior de la nariz se dirige hacia las coanas y se acumula en las paredes laterales inmediatamente detrás del paladar duro. Del tabique la linfa llega hacia allá por los vasos del piso de la nariz y de la cara posterior del velo palatino. De ahí la corriente va en su mayor parte a los ganglios cervicales, llamados también cervicales laterales profundos o profundos de la nuca. Las vías linfáticas de la faringe y de la bóveda van de preferencia, junto a las de la parte superior de la nariz, hacia esos mismos ganglios. Mientras menor sea el lactante, tanto más regularmente se comprometen los ganglios de la nuca a consecuencia de una infección rino-faríngea y esta reacción es uno de los signos de la localización del mal.

El resto de los vasos linfáticos que provienen de la nariz se une a los del paladar y de las tonsilas y se dirige con ellos a los ganglios cervicales medios profundos, que clínicamente se designan como ganglios yugulares. El compromiso de estos ganglios es tanto más raro cuanto menor sea el lactante.

La topografía descrita tiene su expresión clínica en la mayor importancia que tienen en el lactante las enfermedades del rino-farinx en comparación con las afecciones de la parte oral de la faringe y obliga al pediatra a recurrir a una técnica diagnóstica especial, que siendo sencilla y práctica, debe darle el máximum de seguridad en la inspección visual. Sabido es, desde luego, que para abordar la faringe no basta con bajar la lengua, sino que es necesario apretarla hacia abajo y adelante, y la razón para ello está en el recorrido oblicuo, tanto de la faringe como de la base de la lengua, hacia atrás y hacia abajo. Para la inspección de la nariz nos ha servido siempre

la técnica que ya recomendaba Göppert. Basta con comprimir la punta de la nariz con el pulgar, tratando de levantarla un poco, para alcanzar a presentar aun en el recién nacido y sobre todo cuando el niño no llora, la parte anterior de la concha inferior y un trozo apreciable del tabique. Muchas veces y con más frecuencia, cuando se logra mantener una respiración tranquila y profunda, se logra ver hasta una parte de la coana y de la concha media. Para ampliar el campo visual, o porque el niño llora o grita, suele ser necesario abrir un poco el ala de la nariz, tirándola hacia afuera por medio de un pequeño espéculo, que puede ser una horquilla angosta doblada en forma de gancho. Para llegar a observar el piso de la coana inferior tiene que tirarse el piso del vestíbulo nasal un poco hacia abajo. La limpieza y eliminación de costras y secreciones por medio de torulitas secas no debe hacerse; es fácil que se produzcan pequeñas hemorragias y las escoriaciones resultantes pueden cubrirse después de pequeñas membranas que dificultan la exclusión de una difteria. Para evitarlo, basta con que las torulitas estén empapadas en vaselina esterilizada. Como se ve, el método es sencillo y prácticamente da lo que el pediatra necesita para su orientación objetiva; lo que va más allá, es a nuestra manera de ver, del resorte exclusivo del oto-rino-laringólogo y la inspección de las cavidades anexas (oídos, etc.) se la entregamos siempre a él.

En el lactante es relativamente raro que encontremos a la simple vista una nariz húmeda en su parte vestibular; la secreción es generalmente poco fluida y demasiado escasa para producir el fenómeno corriente del "romadizo", del coriza. En cambio, no faltan casi nunca las costras o acumulaciones de secreción espesa que se establecen entre el vestíbulo nasal y la cavidad misma. Aunque la región vestibular de la nariz se mantenga seca, ya desde el segundo o tercer día para adelante la cavidad se encuentra más o menos ocupada por secreciones. Durante el llanto éstas suelen observarse rodeando las conchas como un líquido espumoso, en el que la supresión del aire puede formar burbujas más grandes y perfectamente visibles. Es que el cuadro corriente de la rinitis anterior con abundante secreción e inflamación de la mucosa vestibular, no es frecuente en el lactante, sobre todo en lo que podríamos llamar el ataque agudo de la rino-faringitis. Tan es así que la tumefacción y congestión de la mucosa de la parte anterior de la nariz no guarda en general, ninguna relación con los síntomas clínicos (dificultad respiratoria, temperatura, infartos ganglionares, etc.). En cambio, la inspección atenta del inte-

rior nos da muy amenudo desde el comienzo una concha inferior intensamente roja y tumefacta; pero con frecuencia observamos una tumefacción solamente discreta y que puede aumentar y disminuir durante el examen mismo. En todo caso el color normal, blanco-grisáceo de la mucosa, está siempre alterado y con una rubicundez más intensa en la parte que corresponde al tabique. Estas pequeñas alteraciones y la presencia de una secreción más o menos abundante en la cavidad nasal, sin que haya escurrimiento al exterior, no son tomadas en cuenta comúnmente con la valoración sintomática que se merecen. Ellas indican por sí solas que es la parte posterior de la nariz (rinitis posterior) y el rino-farinx el sitio de localización predominante del mal (rino-faringitis).

La inspección directa del rino-farinx no la podemos hacer y la rinoscopia posterior es a esta edad una operación difícilísima aun para el especialista más experimentado, tan es así que nuestro oto-rino-laringólogo estudia y busca un rinoscopio especial que pueda facilitarle este examen. En consecuencia, nuestro diagnóstico tiene que basarse y puede hacerlo con seguridad, en la comprobación de los síntomas indirectos.

La saburra en la lengua y la descamación intensa de su base, tal como el olor característico de la boca, son síntomas que ya Czerny describió como típicos para la rino-faringitis del lactante. Mientras menor es el enfermito, tanto menos pronunciados se encuentran estos síntomas. Aparece en cambio una opacidad especial de la superficie de la lengua, una prominencia muy marcada de las papilas sobre todo en la región de la punta, y un enrojecimiento, a veces uniforme, otras puntiforme, del borde lingual en las vecindades de su extremo anterior.

A ambos lados de la úvula pueden encontrarse inmediatamente por encima del borde del velo, dos o más nodulitos rojos, del tamaño de una cabeza de alfiler, que se comprueban con mucha frecuencia y que nos parecen ser la expresión de un compromiso linfático de esa región. Si al hacer este examen el niño hace una arcada, se ve simultáneamente la pared posterior de la úvula intensamente enrojecida, rubicundez que muchas veces llega hasta la cara anterior en forma de un rodete rojo que contornea sus bordes. No tan regularmente suele apreciarse un ribete rojo, que corre a 1-2 mm. del borde del velo, paralelo a él y que no llega hasta las tonsilas. De vez en cuando tiene en el comienzo una coloración violácea. Las pequeñas papulitas tonsilares descritas primero por Moro y después por Birk y Göppert también, las hemos encontrado una que otra vez. Toda esta sintomatología tiene su explica-

ción en la topografía del sistema linfático de esta zona. Se agrega a ella la prueba más evidente del compromiso del rino-farinx, la tumefacción de los ganglios cervicales laterales profundos o de la nuca, que ya Czerny señalaba como satélites de esta zona de la mucosa respiratoria, mucho antes que se descubrieran las relaciones y comunicaciones de la red linfática de esta región.

Más al fondo y junto a la pared posterior de la faringe enrojecida, se logra observar a veces un tapón mucoso o mucopurulento, que se exprime desde arriba por detrás del velo del paladar. En otras ocasiones esta secreción se presenta en forma de filamentos grisáceos, amarillentos o verdosos, que penden a lo largo de la pared posterior o que pueden observarse en los surcos laterales. Sucede que se comprueban en un instante del examen, pero pueden desaparecer en seguida con las degluciones, constituyendo así uno de los mayores obstáculos para su comprobación. El aspecto típico de lo que han llamado la faringitis granulosa después del cuarto mes de edad, lo hemos observado con mucha frecuencia también en los lactantes más pequeños. El infarto de los cordones laterales, que para la mayoría de los autores, es un signo de propagación de la inflamación de la mucosa rino-faríngea hacia la zona oral de la faringe, es un síntoma para nosotros muy frecuente y también se observa en el lactante menor. Se trata de dos cordones paralelos, que corren verticalmente inmediatamente detrás de los pilares posteriores, que corresponden a los haces del elevador de la faringe y que durante la arcada se proyectan hacia la línea media con una rubicundez más o menos intensa. Como toda la sintomatología anteriormente descrita, también ésta se hace más y más rara, mientras menos sea el niño. Por lo demás, no es raro que falten por completo en los primeros dos días de la enfermedad, que aparezcan solamente cuando el niño ya ha hecho la curación clínica de su afección rino-faríngea, cuando ya el estado general ha mejorado y la fiebre ha desaparecido.

La amigdalitis en todas sus formas es relativamente rara en el lactante: tumefacción y rubicundez de las tonsilas hemos observado sólo excepcionalmente y en general las encontramos con su palidez normal, salpicadas una que otra vez de las papulitas rojas ya mencionadas anteriormente. Mientras más pequeño es el lactante, tanto más raro es el compromiso de estos órganos. Se hace más frecuente con la edad mayor y con las repeticiones frecuentes de la afección; es más precoz también en los diatésicos (exudativos, linfáticos, etc.).

De entre todos estos síntomas, lo más seguro, constante y más sencillo también, es lo que nos da la inspección de la nariz (mucosa del tabique, conchas, etc.) y el compromiso de los ganglios cervicales laterales profundos, o de la nuca, como se les llama corrientemente.

Clinicamente los síntomas más aparentes son en general los que se deben a la obstrucción de la nariz y entre ellos figura en primer término el estridor nasal, que puede ser más o menos intenso, desde el ronquido pasajero que sólo se oye al comenzar el llanto, hasta el estridor permanente que puede percibirse a varios metros de distancia. En ocasiones, solamente una boca entreabierta indica que los "canales coanales" están obstruidos; en otras, por el contrario, entran en juego todos los músculos auxiliares de la respiración, tal como sucede en un crup. Cuando el cierre de la nariz es apreciable puede aparecer un ligero grado de opistotono, posición que niños muy pequeños suelen mantener durante semanas y aun meses, si la rinitis posterior no cede por completo o se repite muy seguido. Si este cuadro es muy acentuado y se le agregan vómitos, sed, gran agitación o somnolencia, y una fontanela anterior tensa, síntoma que no es raro, la suposición de una meningitis se impone y suele ser difícil precisar en esas condiciones un diagnóstico. En realidad, en algunos de estos casos hemos podido comprobar una hipertensión pasajera del líquido céfalo-raquídeo y excepcionalmente, las alteraciones de una meningitis serosa, que desaparecen con la atenuación de la rino-faringitis. Estos síntomas no guardan un paralelismo estricto con la intensidad de la afección local y es por eso que estimamos que se deben más a la acción de las toxinas bactericas, que a una congestión venosa (edema colateral), que para algunos autores explicaría esta complicación.

Por pequeña que sea la obstrucción nasal, en todos estos niños que en esas circunstancias respiran muy superficialmente con el biberón requiere de mucha paciencia. Cuando ella es más intensa, cuando la rinitis posterior es de evolución arrastrada o cuando se trata de lactantes con estado nutritivo muy deficiente, las molestias son de mayor trascendencia. Las retracciones inspiratorias se hacen muy manifiestas, aparecen períodos de apnea y una cianosis que se va acentuando; pero hay niños la mamada se hace con dificultad y aun la alimentación te y con un ritmo muy acelerado (Finkelstein). En los primeros la respiración suele hacerse irregular, se presentan estados de verdadera asfixia, la alimentación se hace casi imposible y el niño se alivia apenas teniéndolo en brazos y en posi-

ción semisentada. Vuelto a su posición horizontal, los estados asfícticos se repiten en forma alarmante. En recién nacidos y prematuros, tal como en lactantes muy distróficos, hemos visto producirse la muerte durante uno de estos ataques. Aunque la autopsia ha podido eliminar toda complicación pulmonar, suele ser muy difícil excluir en estas condiciones el diagnóstico de una bronquitis capilar o de una bronconeumonía, cuyos síntomas objetivos pueden estar encubiertos por la dificultad respiratoria.

Es un hecho conocido que el lactante traga una gran cantidad de aire, cuando sufre de una obstrucción nasal. Esto explicaría en parte la exacerbación de su dificultad respiratoria, por el meteorismo que esto acarrea. Aunque se sostiene por algunos, que obteniendo la expulsión del aire del estómago por medio de una sonda, se aliviarían las molestias de la respiración, nosotros nunca hemos tenido la oportunidad de recurrir a ese método. Cuando hemos encontrado un meteorismo muy acentuado, el estado general del lactante ha estado tan profundamente comprometido, que la causa de aquél ha residido para nosotros en la intensidad de la toxi-infección, o sea, en una paresia o parálisis intestinal (compromiso esplácnico), tan es así, que en muchos casos él ha sido el precursor de una neumonía o de una bronquitis capilar. Si por lo demás, Nassau recurre para la interpretación de ciertos tipos de infecciones bronconeumónicas del lactante (formas cardio-vasculares, atónicas, etc.) a una explicación semejante, no puede extrañarnos que el organismo infantil pueda reaccionar frente a una rino-faringitis, infección también, en una forma parecida. En todo caso, la aparición de un meteorismo muy acentuado debe ser interpretado como síntoma de mucha gravedad.

En comparación con lo anteriormente expuesto, el compromiso buco-faríngeo, da una sintomatología clínica relativamente pobre. La tos de origen faríngeo puro no es muy frecuente y cuando existe es generalmente provocada por la ingestión de alimentos. No es fácil excluir por completo en esas circunstancias un compromiso del árbol respiratorio inferior, aunque falten todos los signos de auscultación. Solamente es posible hacerlo cuando no aparece el aleteo nasal y cuando esos signos pulmonares no se comprueban en los días sucesivos de la evolución. En general, podemos afirmar que la tos faríngea acompaña aquellas formas en que la pared posterior y los cordones laterales están intensamente rojos y tumefactos o en las que se observa esa granulación fina de la pared posterior de la faringe, típica para la llamada por

Göppert y otros, faringitis granulosa, que a más de la tos, va acompañada de gran dolor a la deglución y en consecuencia, de mayores dificultades en la alimentación.

En los lactantes muy distróficos, con deficiencias groseras y prolongadas en su alimentación, suelen verse cuadros pseudo-diftéricos hasta con crup (Steeger y Eberhardt, Steeger y Banfi), que son atribuidos a infecciones estreptocócicas y en los cuales el exudado membranoso ha podido comprobarse por el especialista hasta en la misma glotis. Esta posibilidad debe tenerse presente tanto por las dificultades diagnósticas que producen, como por el pronóstico sombrío que tienen estas formas (Göppert). De una manera semejante debe valorarse la aparición en esos casos de una algorra más o menos intensa, ya que es sabido que ella indica una baja apreciable de las defensas.

(Continuará).