Archivos hace 75 años

Año XI Febrero de 1940 Tomo XIII, N° 2

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Organo Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

La difteria del recién nacido y del lactante. Con motivo de una epidemia en recién nacidos (1)

por el

J. P. Garrahan, R. Rodríguez y H. Loizaga

La circunstancia de haber asistido al desarrollo de un foco epidémico de difteria en los recién nacidos de la maternidad a cuyo lado actuamos—cosa poco frecuente, aunque no extraordinariamente rara—nos ha inducido a referir lo que hemos observado.

Hemos dicho, "poco frecuente", y ello se explica, considerando que se da por admitido que la inmensa mayoría de los recién nacidos, tienen inmunidad contra el bacilo de Löefler. Pero hemos agregado, "no extraordinariamente rara", porque lo ocurrido en el Instituto de Maternidad que dirige el Prof. Peralta Ramos, ha sucedido también en otras maternidades del extranjero y del país (2).

Simultáneamente a la epidemia en cuestión, observamos cierto número de difterias en el servicio de lactantes a cargo de uno de nosotros en el Instituto. Por eso hemos de ocuparnos aquí de la difteria del recién nacido y del lactante, poniendo de relieve las particularidades que comprobáramos, haciendo una exposición aclaratoria sobre lo que al respecto establece la literatura y abordando

(1) Comunicación a la Sociedad Argentina de Pediatría en la sesión del 28 de noviembre de 1939.

(2) En el curso de este año se produjo un brote epidémico en la Maternidad del Hospital Ramos Mejía (Maternidad Elíseo Cantón. Director Prof. Josué A. Beruti). Con este motivo el Prof. Beruti organizó una reunión en la que se estudiaron los diversos aspectos del problama de la difteria del recién nacido y del lactante. Las actas de esa reunión no han sido aún publicadas.

la consideración desde el punto de vista práctico bajo tres aspectos el concerniente al problema de profilaxis hospitalaria, el que atañe al diagnóstico y al tratamiento, y el relativo al mismo asunto trasladado a la asistencia privada.

En agosto de 1935 coincidiendo con la aparición de dos casos de anginas diftéricas en puérperas del Instituto, se inician en los recién nacidos procesos agudos y subagudos acompañados de bacilos Löefler verdaderos casos de difteria, que por su sucesión y su número autorizaron a hablar de un foco epidémico. Las comprobaciones realizadas en la maternidad se hicieron también en el servicio de lactantes anexo a la misma. La pequeña epidemia, que llegó a su maximun en octubre, declinó en el verano. Pero luego, en el invierno de 1936 recrudeció, aunque con menor intensidad a partir del mes de julio. A continuación damos algunos datos estadísticos

Año 1935		Año 1936	
Agosto	1 caso	Mayo	1 caso
Septiembre	6 casos	Junio	1 »
Octubre	10 »	Julio	1 »
Noviembre	4 »	Agosto	7 casos
Diciembre	2 »	Octubre ...	3 »
	23 »	Diciembre	2 »
			15 »

De los lactantes de 1935, 16 eran recién nacidos de la maternidad, 5 lactantes internados, 2 lactantes de consultorio externo De los del año 1936, 5 eran recién nacidos y 10 lactantes internados.

Es muy probable que los casos hayan sido en realidad aún más numerosos rinitis sobre todo , considerando que muchas madres y recién nacidos, de las salas en que hubieron enfermos, fueron precipitadamente dados de alta, y que la pesquisa del conjunto de observaciones se ha hecho con criterio bastante restrictivo en las 238 historias clínicas que se acompañaban de la debida información bacteriológica.

Los casos más precoces se produjeron en 2 prematuros de 12 días de edad. De los 38 registrados, 18 corresponden al primer mes y 11 niños del segundo mes de vida. Habiendo nacido en el Instituto en el lapso de nuestras observaciones, 9865 niños, el número de diftéricos menores de un mes equivale al 0.18 %, cifra muy baja comparada a las dadas en otras epidemias similares.

De acuerdo a la noción clásica, la localización predominante

ha sido nasal. Ya Hutinel lo estableció en 1844 ''los lactantes «hacen» su difteria en las fosas nasales''

De nuestros 38 casos, 35 eran corizas. La coriza puede iniciarse sin carácter particular, (mucosa o mucopurulenta, obstrucción nasal , continuando así en algunos casos, mientras en otros aparece exudado sanguinolento y se perturba la nutrición. La coriza sanguinolenta se presentó a veces desde el comienzo, en otros casos, entre 5 y 10 días después, siendo unilateral o bilateral. Hemos comprobado menor frecuencia de la rinitis con sangre en los niños de menor edad. Mientras, de 16 casos de 1 a 6 meses de edad, 10 tenían ese carácter, de 18 menores de un mes, sólo 7 lo tenían, (los tres casos—2 prematuros—menores de 15 días, no tenían sangre La rinoscopia anterior practicada en algunos niños, no reveló la existencia de membranas. Se observó sólo un caso de erosión cutánea perioficial niño de 11 meses, obs. 38 En un caso de evolución fatal, la coriza se acompañó de gran adenopatía observación 1 En algunos casos la localización única fué, ostensiblemente, la coriza, pero en otros, esta no se comprobó, o se asociaba a otras localizaciones

Coriza	28 casos (16 con sangre)
Coriza y otitis	4 »
Coriza y angina	3 »
Conjuntivitis	1 caso
Otitis	1 »
Angina	1 »

En 4 casos se pudo decir que al iniciarse la rinitis había una angina sin carácter especial, cual se observa en corizas comunes. La angina diftérica pseudomembranosa, fué encontrada una vez ver historia 12

La inflamación del oído medio se produjo en 4 niños acompañando a la rinitis una vez desde el comienzo, y tres veces entre los 4 y 10 días consecutivos al comienzo de la coriza. En los 4 se produjo supuración, en 2 de ellos mediante la paracentesis, 3 casos tuvieron completa confirmación bacteriológica examen directo y cultivos) Estos tres fallecieron complicados dos de ellos con erisipela (ver historias 5, 19 y 3) Las otitis observadas por nosotros, como las comentadas por Elizalde, no se diferenciaban clínicamente de las otitis microbianas comunes.

El estado general fué afectado en grado muy diverso, como puede comprobarse en las historias clínicas. En algunos casos se

modificaba poco, en otros se producía distrofia de tipo infeccioso. La temperatura no se produjo en todos los casos, y en general no se la advirtió al comienzo del proceso.

La mortalidad fué relativamente elevada, está ella de acuerdo a las cifras dadas por otros observadores. De 35 casos, 20 curaron y 15 fallecieron 43 % de mortalidad , algunos con complicaciones pulmonares, o pleuresía purulenta o erisipela. De 3 casos se ignora la evolución.

La difteria por sí, sin la intervención de otras causas causó la muerte de 4 niños (historias clínicas 2, 7, 8, 21

Los prematuros afectados de difteria antes de los 15 días de su nacimiento—4 observaciones—fallecieron todos. (Ver historias clínicas 20, 21, 22, 25

La evolución fatal de los casos complicados, se debe en mayor número a la bronconeumonía. Coincidiendo en este punto las nuestras con las observaciones de otros investigadores.

Caso N° 1.—Carlos A. R. Reg. G. 42.568. Coriza diftérico sanguinolento. Adenopatía de cuello. A los 30 días de edad (20 VIII 35 , 3.400 grs., Schick negativo, madre Schick positivo. Inicia coriza de carácter banal, peso en descenso, a los 10 días se hace sanguinolento. Bacilos con los caracteres del bacilo de Löefler. A la semana aparece adenopatía notablemente grande en los ganglios del cuello. Tratamiento con suero antidiftérico. Fallece a los 8 días en el Hospital de Niños

Caso N.° 2.—Néstor Gerardo P Reg. G. 42.741 Coriza diftérico Otitis. Angina. Nació 5 VII 35 Al mes de edad coriza cuya secreción se hace fugazmente sanguinolenta. Mejora. A los 2 meses, otitis, que no influye sobre el estado general. Schick negativa a los 3 meses Madre positiva. En estos momentos, estado febril con manifiesta obstrucción nasal. Frotis y cultivo acusa bacilos difteromorfos. Se administra suero antidiftérico. Fallece después de corta evolución y grave repercución general

Caso N° 3.—J M. C. Reg. G 42.551. Coriza diftérico sanguinolento. Otitis diftérica. Nació 14 IV 35 Raquitismo. Reingresa a los 5 ½ meses, afectado de coriza sanguinolento, adenopatía de cuello, febril Schick anterior y reciente negativa. La otitis supura. Flora microbiana con los caracteres de lbacilo de Löefler en nariz y oído. 10.000 unidades de suero antidiftérico en dos dosis. Curación Cultivos y diferenciación proseguidos en el mucus nasal y pus de oído, acusan bacilos de Loefler

Caso N° 4.—J M. Reg. G. 43.584 Coriza diftérico. Distrofia Raquitismo. Nació 9 VII.34 A los 17 meses descenso de peso, temperatura, coriza de carácter objetivo banal. Bacilos de Loefler cultivos, diferenciación) Reacción de Schick negativa. Tratamiento local con soluciones

argénticas. La flora microbiana anterior al proceso no presentaba bacilos de Loefler

Caso N° 5.—O. R. S. Reg. G. 1654-35 Coriza diftérico. Otitis supurada. Pleuresía purulenta Nació 3 IX 35 A los 2 meses coriza fuertemente obstructivo. Schick negativa. Bacilos con los caracteres del Loefler en mucus nasal. Suero antidiftérico 12.000 unidades en dos veces Curación. Urticaria sérica. Poco después otitis supurada. Más tarde proceso pulmonar agudo, grave repercución general, pleuresía purulenta como complicación terminal.

Caso N° 6.—R. I. Reg. G. 43.831 Coriza diftérico sanguinolento Nació 6 IX 35 A los 22 días Schick negativo. Al mes de edad coriza que se transforma en sanguinolento. Bacilos con los caracteres del Loefler Suero antidiftérico 1.500 unidades dos días. Curación La prosecución del estudio bacteriológico confirmó la existencia de bacilos de Loefler La madre no acusó bacilos de Loefler en exudado faríngeo

Caso N° 7.—R. M. L. Reg. G. 43.897 Coriza diftérico. Angina Nació 17 VI 34 A los 16 meses distrofia. Coriza intenso no sanguinolento y angina Febril. Bacilos con los caracteres del bacilo de Loefler Suero antidiftérico 10.000 unidades e instilaciones de una solución de neosalvarsán Se traslada al Hospital de Niños. Fallece

Caso N° 8.—J C. S. Reg. G. 44.159 Coriza diftérico sanguinolento. Nació 29 IX 35 A los 32 días de edad Schick negativa Coriza de aspecto banal, se hace intenso y sanguinolento. Gérmenes con los caracteres del bacilo de Loefler en fosas nasales Suero antidiftérico. Se traslada al Hospital de Niños. Fallece a los 4 días de iniciada su difteria

Caso N° 9.—M. G., Reg. G. 44.759 Coriza diftérico. Toxicosis. Bronconeumonía. Nació 5 VI 35 En el transcurso de su proceso pulmonar se establece coriza con bacilos del carácter del bacilo de Loefler Se traslada al Hospital de Niños, donde fallece al tercer día

Caso N° 10.—M. C. N Reg. G. 44.081 Coriza diftérico. Angina Nació 20 XI 35 Reacción de Schick negativa en los primeros 15 días de edad; coriza con bacilos con caracteres del Loefler. A los 22 días de edad, sobre el pilar izquierdo de la faringe se descubre una zona muy roja, deslustrada, nítidamente separada de la mucosa vecina, contrastando con la palidéz de ella. Examen bacteriológico acusa bacilos con los caracteres del bacilo de Loefler. Suero antidiftérico 5 000 unidades e instilacones nasales de una solución de sulfarsenol. Curación

Caso N° 11.—M. E. C. Reg. G. 43 894 Coriza diftérico sanguinolento recidivante. Prematuro

Nació 30.IX 35 Prematuro, débil congénito, 1 800 grs., 10 días de edad Al mes coriza sanguinolento, bacilos de Loefler. Tratamiento con suero. antidiftérico e instilaciones nasales de una solución de neosalvarsán Reacción de Schick inmediata anterior positiva. Curado al 4.° día A los 40 días recidiva su coriza diftérico con el carácter de unilateral y

sanguinolento. Comprobación del laboratorio. En días sucesivos 2.500, 5.000, 3.000 unidades de suero antidiftérico Curación

Caso N° 12.—A. B. Reg. G. 44.357 Angina diftérica. Coriza simple. Prematuro. Nació 15 XI 35 Fuerte coriza sin bacilos de Löefler a los 18 días de edad, febril, sobre amígdala derecha, angina pseudo membranosa con los caracteres objetivos de la angina diftérica. Gérmenes con los caracteres del bacilo de Löefler Suero antidiftérico 5.000, 7.500, 8.000 unidades antitóxicas. Curación

Caso N° 13.—L. R. Reg. G. 40.985 Coriza diftérico Nació 1 VIII 35 Al 1½ mes coriza obstructivo intenso, se hace sanguinolento. Bacilos con los caracteres del Löefler. En dosis repetidas 50.000 unidades antitóxicas. Se traslada al Hospital Muñiz. Curación

Caso N° 14.—C. E. F Reg. G. 1685-35 Coriza. Portador prolongado de bacilos de Löefler

Nació 10 IX 35 A los dos meses se instala coriza simple que perdura hasta los 8 meses. Los exámenes periódicos de laboratorio acusan la existencia de bacilos con los caracteres del Löefler Niño eutrófico Schick negativo Tratamiento, instilaciones nasales sucesivas con soluciones de argirol, sulfarsenol, acetilarsán

Caso N° 15.—O. L. Reg. I. 1 897-35 Coriza diftérico Nació 23 X 35 Recién nacida coriza fuertemente obstructivo, con gérmenes del carácter del bacilo de Löefler. Schick negativo Madre Schick positiva Suero antidiftérico 5.000 unidades antitóxicas. El coriza se prolonga con carácter banal

Caso N° 16.—E. M. C. Coriza diftérico. Portador crónico. Pioneumotórax Nació 24 X 35 Recién nacida coriza con bacilos de Löefler Schick negativo. El coriza se prolonga con carácter banal por largo espacio de tiempo presentando obstinadamente bacilos de Löefler A los 2 años bronquioalveolitis y pioneumotórax Curó

Caso N° 17.—A. J Reg. E. 1.617-35 Coriza diftérico sanguinolento Nació 10 IX 35 A los 2 meses coriza de aspecto simple que se transforma en sanguinolento. Schick negativo. Suero antidiftérico 10.000 unidades antitóxicas. No concurre más

Caso N° 18.—J C. G. Reg. G. 44.169 Coriza sanguinolento, diftérico Nació 3 XI 35 Coriza inicial simple que sufre transformación sanguinolenta. Bacilos con el carácter de Löefler. Se hace tratamiento local

Caso N.° 19.—R. E. M. Reg. G 42.781 Coriza diftérico. Otitis diftérica. Erisipela

Nació 27 VIII 35 Prematuro. Al mes Schick negativo, madre Schick positivo. Coriza sanguinolento con gérmenes del carácter del bacilo de Löefler En el término de 10 días se administran 39.500 unidades antitóxicas de suero. Durante este lapso se complicó con otitis supurada a bacilos de Löefler. Se agrega al cuadro una erisipela. Se traslada al Hospital Muñiz.

Caso N° 20.—A. De V Reg. G. 43.369 Coriza diftérico. Erisipela Nació 14 IX 35 Prematuro. A los 12 días coriza intenso de angina roja. Gérmenes con los caracteres del bacilo de Löefler. Schick, madre y niño negativo. Suero antidiftérico 10.000 unidades antitóxicas. Su mejoría se interrumpe con una erisipela. Se traslada al Hospital Muñiz. Fallece

Caso N° 21.—J J W Reg. G. 42.898 Coriza diftérico. Nació 1 IX 35 A la edad de 15 días contrae su coriza con bacilos de Löefler Schick positiva. Se hace suero antidiftérico. Fallece

Caso N° 22.—M. del C. G. Reg. G. 37.210 Coriza diftérico. Bronconeumonía prematuro. Nació 8-IX-35 A los 12 días, febril, coriza fuertemente obstructivo con bacilos de Löefler Disneico. Se traslada al Hospital de Niños. Fallece

Caso N° 23.—R. E. R. Reg. G 42.390 Coriza diftérico sanguinolento Nació 27 X 35. A los 28 días, coriza simple con neumobacilos. Dos días más tarde la secreción se hace sanguinolenta. Bacilos de Löefler En ese momento la madre con angina diftérica. Suero antidiftérico 5.000 unidades antitóxicas. Se traslada al Hospital de Niños

Caso N° 24.—J G. O. Reg. G. 46.997 Angina diftérica. Coriza diftérico sanguinolento. Neumonía

Nació 23 IV 36 Al mes de edad coriza simple que se transforma en sanguinolento. Se acompaña de angina con carácter diftérico. Investigación bacteriológica acusa gérmenes con bacilos del carácter del Löefler Suero antidiftérico 10.000 unidades antitóxicas. Mejora. Complica con neumonía. Fallece.

Caso N° 25.—A. M. G Reg. G. 47.115 Coriza diftérico sanguinolento. Bronconeumonía Nació 19 V 36 Coriza sanguinolento a los 11 días. Investigación bacteriológica directa y por cultivo acusa bacilo diftérico Suero antidiftérico 5.000 unidades antitóxicas. Mejora. Se declara bronconeumonía. Fallece.

Caso N° 26.—N G. Reg. G 48.902 Coriza diftérico sanguinolento Nació 10 VII 36 Coriza sanguinolento unilateral a los 37 días de edad Bacilos con los caracteres del Löefler R. de Schick negativa. Tratamiento con instilaciones nasales de una solución de argirol. Cura

Caso N° 27.—M. E. V Reg. G. 48.359 Coriza diftérico sanguinolento. Nació 1 VII 36 Al mes de edad coriza intenso con abundante secreción purulenta que sufre transformación sanguinolenta. La investigación bacteriológica acusa bacilos de Löefler. En 8 días recibe en total 50.000 unidades antitóxicas de suero. Curación. Queda prolongada obstrucción nasal

Caso N° 28.—J C. A. Reg. G. 47.064 Coriza diftérico. Lúes Nació 9 IV 36 Febril. Coriza de aspecto simple. Schick negativo. Bacilos diftéricos en secreción nasal examen directo, cultivos, diferenciación Suero antidiftérico 25.000 unidades antitóxicas en 5 días. Fallece

Caso N° 29.—R. M. J Reg. G. 49.217 Coriza diftérico sanguinolento. Bronconeumonía Nació 22 VII.36 El coriza se inicia durante la evolución de un proceso pulmonar que adquiere gravedad Fallece

Caso N° 30.—L. G. Reg. G. 49.548 Coriza diftérico sanguinolento. Nació 25 VII 36 Febril. Coriza banal que se transforma en sanguinolento. Gérmenes con los caracteres del bacilo de Löefler. Suero antidiftérico 3.000 unidades antitóxicas niño de 1 ½ mes de edad) Curó.

Caso N° 31.—H. S. Reg. G.50.122 Coriza diftérico Nació 6 X 36. Al mes de edad coriza fuertemente obstructivo. Examen bacteriológico acusa bacilos diftéricos. R. de Schick negativa. Tratamiento con instilaciones nasales de una solución de tripaflavina. Mejora. Subfebril prolongado

Caso N° 32.—L. B. Reg. G. 46.207 Coriza diftérico. Prematuro Nació 3 III 36 Schick negativo a los 4 meses. A los 6 meses coriza banal con bacilos de Löefler. Suero antidiftérico 5.000 unidades antitóxicas. Se traslada al Hospital de Niños

Caso N° 33.—A. C. Ch. Reg. G. 50.102 Coriza diftérico sanguinolento Bronquitis. Nació 25 IX.36 Niño en malas condiciones. Hipoalimentado. A los 20 días coriza que sufre transformación sanguinolenta. Bacilos de Löefler en secreción nasal. Se traslada al Hospital de Niños

Caso N° 34.—M. A. M. Reg. G. 50.806 Conjuntivitis diftérica Prematuro. Nació 22 XI 36 A los 40 días subfebril, vómitos, peso en descenso. Conjuntivitis con secreción purulenta, bacilos de Löefler. Fallece a los 4 días

Caso N° 35.—J S. R. Reg. G. 51.112 Coriza diftérico sanguinolento Nació 9 XII 36 Prematuro. Coriza a los 12 días, sanguinolento Bacilos de Löefler. Schick negativo a los 15 días y 1 ½ mes de edad Tratamiento con instilaciones nasales de tripaflavina. El coriza se prolonga durante un mes, muy obstructivo y con bacilos de Löefler constantemente. Se insiste en tratamiento local Curado a los 3 meses de edad

Caso N° 36.—A. M. A. Reg. G 58.548 Coriza diftérico Al mes de edad coriza con bacilos diftéricos. Suero antidiftérico 5.000 unidades antitóxicas e instilaciones de argitrol. Curación

Caso N° 37.—B. I. M. Reg. G 49.059 Coriza diftérico Nació 17 VIII 36 Al mes y medio coriza mucoso persistente. Mucus nasal con gérmenes del carácter del bacilo diftérico. Schick negativo. Tratamiento local. Curación

Caso N° 38.—S. F Reg. L. 78-1936 Coriza seaguinolento. Nació 26. VIII 35 A los 11 meses coriza unilateral sanguinolento. Bacilos diftéricos Lesiones perioríficiales. Se trata con suero antidiftérico. Curación R de Schick, practicada con antelación al suero, positiva)

En la asistencia de los primeros casos y en la organización profiláctica, nos resultó muy efectiva la ayuda prestada por la Doctora Ercilia Ferloni, cuya colaboración agradecemos.

Como es natural, el examen de laboratorio desempeña un papel de primera importancia en el diagnóstico, siempre que la técnica y el criterio de interpretación bacteriológico sea correcto, y siempre también, que no se olvide lo relativo a ''portadores'' sanos y enfermos.

A continuación referimos, en conjunto, nuestros hallazgos bacteriológicos.

En nuestra investigación, la técnica empleada por el laboratorio en la extracción del material fué la siguiente por medio de hisopos esterilizados para la extracción de exudados faríngeos, obteniendo estos de ambas amígdalas y pilares, y para el mucus nasal, mediante una asa de platino, tratando de introducir ésta lo más profundamente posible en las fosas nasales.

La interpretación de los análisis bacteriológicos fué esta se clasificaron como ''bacilos de Löefler'', aquellos gérmenes caracterizados así por el cultivo en los distintos medios diferenciales y por la inoculación al cobayo; como flora que presenta los caracteres morfológicos, tintoriales y de agrupación del bacilo de Löefler, en los casos en que para el criterio del laboratorista los gérmenes asumían casi caracteres de certeza, pero que no permitían dar una opinión definitiva, y como ''bacilos difteromorfos'' también en exámenes bacterioscópicos a los gérmenes cuya morfología infundía dudas al observador con respecto al bacilo de Löefler, sin poder descartar la posibilidad de que lo fueran, aportando así sólo un dato para el juicio clínico, hasta tanto se efectuara el cultivo y la diferenciación

A partir de agosto de 1935, y en ese mismo año, se efectuaron análisis de mucus nasal y exudado faríngeo a 188 niños, 75 madres y 28 enfermeras y niñeras, aislándose en 22 casos, bacilos de Löefler mortales para el cobayo en un plazo de tiempo que osciló entre las 18 y 48 horas. Correspondiendo 20 exámenes a niños y 2 madres (entre ellos una madre y su hijo En 49 análisis se encuentran en mucus nasal de niños, bacilos que presentan los caracteres morfológicos, tintoriales y de agrupación del bacilo de Löefler Finalmente se observa en 50 casos, bacilos difteromorfos uno en exudado faríngeo correspondiente a una niñera de la casa, seis

a exudados faríngeos de madres y 43 a mucus nasal de niños, casos que por razones especiales no se llegaron a diferenciar En el año 1935 se practicaron 291 análisis.

En el año 1936 se realizaron 380 análisis. Correspondiendo 268 a niños, 69 a madres, 20 a médicos, 21 a personal de niñeras y enfermeras, 1 a personal agregado a la sección lactantes y 1 a personal de laboratorio. Entre ellos se encuentra 10 casos con bacilos Löefler diferenciados, 8 en niños, 1 en una madre enferma, 1 en personal agregado a la sección lactantes enferma 70 casos con "gérmenes que presentan los carácteres morfológicos, tintoriales y de agrupación del bacilo de Löefler" 62 análisis de mucus nasal en niños, 2 en madres portadoras, 1 en personal médico—portador—, 1 en personal de laboratorio enferma , y 4 en personai de niñeras portadoras Y, finalmente, 52 exámenes con bacilos difteromorfos 44 efectuados en mucus nasal de niños, 4 en madres portadoras), y 4 en niñeras portadoras Estos gérmenes no se llegaron a diferenciar Se practicaron en total, 671 exámenes bacteriológicos.

Nuestros casos catalogados como "enfermos diftéricos", presentaron además de su sintomatología clínica, la prueba bacteriológica, excluyéndose en general aquellas en que se comprobó sólo "bacilos difteromorfos"

La profilaxis se realizó del siguiente modo Se aislaron rigurosamente los casos, o se los dió de alta de inmediato cuando fué posible; se clausuraron temporariamente locales y se impartieron órdenes severas al personal que quedó a cargo exclusivo de los enfermos o sospechosos, simultáneamente se prácticó el examen bacteriológico de mucus nasal y exudado faríngeo en numerosos recién nacidos y lactantes, en madres, enfermeras, médicos, ver más arriba) Los recién nacidos y madres portadores o sospechosos de tal, fueron tratados con soluciones de neosalvarsán o argénticas, y pronto se los dió de alta. También se trataron y aislaron los escasos portadores encontrados entre el personal de enfermeras, niñeras y médicos.

Se procedió también a practicar sueroterapia de los enfermos, y se realizó la prueba de Schick en cierto número de madres e hijos

Edad-meses	Schick negativa	Positiva	Dudosa
1	27	1	
2	20	2	
3	5	2	—
4	7	2	1
5-6	3	1	1
Total 1-6	62	8	2

Hubo coincidencia de madre y niño con Schick negativa en 13 casos y con positiva en 3 casos. Hubo discordancia en 10 casos 8 madres Schick positiva con niños negativa, en 2 casos la inversa. De 12 niños que tenían Schick positiva, 10 enfermaron. Y de 72 con Schick negativo, sólo 14 enfermaron.

De acuerdo a los datos estadísticos que anotáramos más arriba, el foco epidémico de 1935 se originó y predominó en la Maternidad. El nuevo brote del año siguiente, de menor intensidad, produjo pocos casos en la maternidad y mayor número en el servicio de lactantes anexo. En los años consecutivos, hasta el presente, los casos han sido esporádicos.

Evidentemente la difteria del recién nacido y del lactante de pocos meses es rara. Por otra parte, tiene particularidades que le dan fisonomía propia. Las más llamativas son las siguientes: gran frecuencia de las rinitis, falta muchas veces de los signos generales propios de la intoxicación diftérica, rara presentación de la angina seudomembranosa, benignidad de algunos casos, resistencia a la terapéutica aún en las formas características, ineficacia del suero en otros casos.

Lo dicho podría hacer pensar que la enfermedad en cuestión es relativamente benigna. Pero no es así, y sobre todo en el recién nacido, porque el trastorno nutritivo que produce, la intoxicación a veces, y las complicaciones infecciosas, llevan a la muerte a un buen porciento de los atacados.

Las particularidades que acabamos de referir han motivado diversos estudios clínicos e investigaciones científicas. En años anteriores, una serie de trabajos franceses (Marfán, Chevalley, Ribadeau-Dumas y Chabrun, Pierret, Breton y Cambey, Ribadeau-Dumas, Loiseau y Lacomme, etc. , han informado acabadamente sobre las particularidades de la sintomatología, de la evolución y del tratamiento de la difteria del lactante. Y entre nosotros se destaca al respecto la comunicación de Elizalde, ''Estudio clínico de la difteria de la primera infancia'' Dr Pedro de Elizalde. Sociedad Argentina de Pediatría. 1931 , que tiene el mérito de fundarse en el conocimiento profundo del asunto y en vasta experiencia personal, comunicación que, por otra parte, resulta aclaratoria y práctica.

Elizalde, hace notar que es poco frecuente en el recién nacido y en el lactante la difteria genuina, similar a la de los niños ma-

yores, pero que puede alguna vez observarse, sea en forma típica (aunque las parálisis son raras, y más frecuente la bronconeumonía , sea en ''forma atípica'' ''difteria oculta'' de Ribadeau-Dumas y Chabrun), es decir, sin exudados, pero con manifestaciones específicas de intoxicación (sospechadas por el medio epidémico y confirmadas por el hallazgo del bacilo y el éxito franco de la sueroterapia

Agrega además, Elizalde, que son muy frecuentes las formas locales, y que existe otra situación particular del problema clínico, el que plantean los casos que él denomina ''enfermedades difterobacilares'' intermediarios entre las ''difterias locales'' y la simple portación de bacilos.

Las formas más frecuentes son las rinitis diftéricas, que muchas veces tienen características clínicas ver más arriba , pero que otras veces no se distinguen de las rinofaringitis comunes. Le siguen en frecuencia las formas cutáneas piodermias e intertrigos rebeldes localizadas en el surco periauricular, en el conducto auditivo externo, en el ombligo y en la región anogenital.

También pueden comprobarse otitis diftéricas, generalmente son el tipo corriente de la supuración de oído medio pero se han descripto formas seudomembranosas o necrozantes

Y, por fin, hay difterias conjuntivales, generalmente seudomembranosas.

Hace notar Elizalde, que no rara vez estas formas locales, más o menos bien toleradas no son diagnosticadas y se prolongan. Producen entonces trastornos nutritivos, a veces serios, que no tiene probablemente otra explicación que la que se dá en general para las infecciones prolongadas del lactante lo que importa decir que, no se trata de un trastorno específico, diftérico. Ello explica el fracaso del suero en ciertos casos de los anotados.

La enfermedad difterobacilar se explicaría así rinofaringitis banales u otras localizaciones infecciosas no diftéricas, en las cuales se han alojado el bacilo de Löefler Se trataría de niños portadores de estos bacilos, y enfermos de otro proceso. Esta opinión es compartida por Ribadeau-Dumas y Chabrun, y por otros.

Naturalmente que es difícil establecer con precisión los límites extremos de las ''formas difterobacilares'', que se extienden desde las formas locales benignas, hasta los simples portadores.

Las otitis diftéricas comentadas más arriba, acaso sean otitis comunes con bacilos agregados.

La síntesis esquemática de lo que antecede podría ser la siguiente Hay casos raros de difteria del lactante similar a la del niño más crecido, hay casos de difteria con síntomas específicos de intoxicación sin lesión local o con muy mínimas lesiones, hay formas locales de enfermedad producida por el bacilo de Löefler, que no se acompañan de dicha intoxicación específica (es esta la difteria propia del lactante , hay niños de pecho con localizaciones infecciosas diversas en las cuales se encuentran bacilos de Löefler en simple calidad de huéspedes sin acción patógena, y hay por fin, portadores sanos de bacilos diftéricos.

De lo que acabamos de decir se desprende esta noción práctica una rinitis, una otitis o un intértrigo, en cuyos exudados se encuentran bacilos de Löefler, pueden ser o no de naturaleza diftérica. Por eso fracasa rotundamente el suero más de una vez.

Aparte de las características clínicas no siempre específicas, tiene interés para el diagnóstico el resultado de la prueba de Schick. Sobre esto ha insistido entre nosotros el Prof. Elizalde si el caso dudoso, es Schick positivo, habrá más probabilidades de que se trate de difteria local que de enfermedad difterobacilar Por eso aconseja él que en los servicios de lactantes se practique sistemáticamente la prueba de Schick, a objeto de estar informado de inmediato en los casos dudosos, de ello nos ocuparemos más adelante.

Lo que hemos dicho respecto a criterio clínico, sumado a la información bacteriológica y a los datos de la citada prueba, son los elementos con los que el médico establecerá su juicio diagnóstico y su orientación terapéutica, cuando se enfrente con casos de difteria o de sospechosos de tal, al asistir lactantes o recién nacidos

Como es sabido, se considera que la prueba de Schick negativa expresa que el sujeto que así reacciona tiene en su humores una cantidad de antitoxina diftérica suficiente para protegerlo contra la enfermedad. Sobre esto hay acuerdo entre los investigadores, en lo que concierne a niños mayores de un año. W Park, dice al respecto, que la Schick negativa adquirida por inmunización activa natural o provocada), importa para el sujeto que así reacciona una garantía casi absoluta de defensa contra la difteria en el momento de practicada la reacción, y en el futuro. Pero tratándose de niños menores de un año y sobre todo, de recién nacidos y lactantes de pocos meses, el valor de la prueba en cuestión es menos seguro. Se ha comprobado Schick negativa en lactantes sin

antitoxina en la sangre Groer y Kassowitz y también, que niños de pocos meses pueden contraer difteria no obstante tener Schick negativa. Y se ha referido además, el caso de lactantes portadores de bacilos y con Schick positivo, que no enferman de difteria (B. Schick) Esto se ha observado también en sujetos de más edad.

Los casos nuestros muestran, también, que no es constante la protección del niño con Schick negativo, y además, que no siempre coinciden los resultados de la reacción en madre e hijo, esto exigiría la corroboración del dosaje de la antitoxina en sangre).

Elizalde insiste sin embargo en lo siguiente, a favor de la mayor fidelidad de la prueba de Schick algunos casos relatados de difteria en Schick negativos son, según él, discutibles (portadores de bacilos, o formas locales, que de suyo demuestran cierto grado de inmunidad , es necesario, además, observar la reacción también despues de 3 ó 4 días reacciones tardías

De todas maneras puede decirse que la prueba de Schick, no no es tan fiel en el recién nacido y en el lactante, como en los niños mayores. Además, como lo han hecho notar Chevalley y otros, en los lactantes dicha prueba puede variar de un momento a otro, al perderse la inmunidad pasiva transmitida por la madre De ahí, que el significado de su resultado pueda ser de valor, solo en el momento que se le practica, no para hacer juicios días después.

No hay dudas, ya lo hemos dicho, que los recién nacidos son poco predispuestos a adquirir difteria. Ello se explica, considerando que hay 80 a 90 %, de recién nacidos con antitoxina en la sangre, en cantidad considerada suficiente para defender de la difteria. Y es sabido, que a medida que los lactantes crecen disminuye esa cantidad de antitoxina, y que al año de edad, la gran mayoría de ellos no posee inmunidad antidiftérica.

Lo dicho ,es decir, lo referente a inmunidad antidiftérica humoral, explica la escasez de diftéricos de pocos meses de edad. Pero, no explica las particularidades de la difteria del lactante. Como tampoco se explica en niños mayores y adultos, con el concepto simplista del factor humoral, la patogenia de la infección diftérica.

Esta es gobernada en su producción, en primer término, casi siempre, por el grado de defensa antitóxica adquirida por vacunación o por infecciones anteriores, ostensibles o no, o por simple maduración serológica, fisiológica en Groenlandia y en Africa, donde la difteria es casi desconocida, la inmensa mayoría de los sujetos tienen inmunidad serológica Pero, se dan casos de contra-

dición deficiente antitoxina en la sangre de portadores que no enferman de difteria, y casos de enfermedad en sujetos con elevado contenido de antitoxina Lo que autoriza a pensar que intervienen otros factores condiciones de las mucosas, faríngea, amigdalina y nasal, carencias alimenticias; asociaciones microbianas, influencias meteorológicas, etc. Diversas experiencias han evidenciado la importancia del factor local.

En el recién nacido y en el lactante de pocos meses, la relativa frecuencia de la rinitis, y la gran rareza de la angina se imputa a condiciones anatómicas propias de la edad, escaso desarrollo de las amígdalas, etc.

Pero, se cree, también, que intervengan factores especiales de inmunidad para justificar las difterias locales del lactante de mucosas y de piel, sin síntomas tóxicos específicos. En efecto, se considera que las defensas humorales de los primeros meses han sido transmitidas por la madre inmunidad pasiva , y que por lo tanto, tales defensas son menos afectivas, y no impiden que piel y mucosas sufran agresiones. Lo que no ocurre en los niños mayores o adultos que han adquirido por sí o por vacunación, una inmunidad activa humoral y tisular Es evidente por otra parte, que la concentración de antitoxina en las primeras semanas, es en general inferior a la de los sujetos con inmunidad activa, y que de pronto comienza a disminuir La explicación que acabamos de dar, muy fundada, es la que ha expuesto en primer término Elizalde en su comunicación. Pero, se ha dado otra (Mlle. Dreyfus-See) existiría una inmunidad tisular, en dichos recién nacidos y lactantes, que neutralizaría en piel y mucosas la toxina diftérica, y provocaría la producción del proceso sólo en mucosas y piel. El asunto no está resuelto, pero disponemos ya, como se ha visto, de numerosos datos de observación y de experiencia, que importan sugestiones útiles, y un conocimiento por lo menos parcial del problema de la patogenia de la difteria del lactante.

La profilaxis hospitalaria se realiza mediante las instalaciones adecuadas que eviten el acúmulo de internados en un mismo lugar, y la organización higiénica rigurosa visitas, personal, etc. No obstante ello, se producen focos epidémicos, pocas veces en las maternidades, con más frecuencia en los servicios de lactantes, donde no es fácil siempre evitar la presentación esporádica de la rinitis diftérica. Naturalmente, que el aislamiento riguroso del lactante asi-

lado y el cumplimiento de las medidas de higiene ya bien estabiecidas para médicos y personal, puede llegar a atenuar, si no a resolver, el problema en cuestión.

Las medidas del momento en caso de brote epidérmico son las siguientes aislamiento riguroso de los casos, que en lo posible serán dados de alta, pesquisa bacteriológica en secreción nasal y faríngea de los casos sospechosos, y lo mismo pesquisa de portadores , en médicos, enfermeras y personal de servicio. Finalmente clausura temporaria del servicio.

A lo anotado puede agregarse, lo que hemos dicho más arriba conveniencia de practicar la reacción de Schick sistemáticamente en maternidades y servicios de lactantes, para tener una orientación—de valor relativo, naturalmente—ante cada caso de sospecha de difteria.

La vacunación antidiftérica, como es sabido, no surte efecto, en general, antes de los 8 ó 9 meses de edad. Queda a considerar en las maternidades, la posibilidad de vacunar a ciertas madres, asunto sobre el cual, sobre sus resultados, no hay aún acuerdo.

Algunos han propuesto, también, en el momento de epidemia hospitalaria, la inyección preventiva de suero antitóxico Nos parece discutible este proceder De igual modo pensamos, respecto del empleo de tal recurso profiláctico en el medio familiar

Ahora bien, quien dirija las medidas profilácticas en una institución hospitalaria maternidad o servicio de lactantes), tendrá que tener en cuenta lo que hemos anotado más arriba la frecuencia de los casos en que, los bacilos son siempre saprófitos en procesos de otra naturaleza, etc Y, además, siendo que el fundamento principal del diagnóstico es de orden bacteriológico, se cuidará de obtener *información fehaciente del laboratorio* (ver más arriba el criterio bacteriológico adoptado por nosotros) De no proceder así, podría resultar, que la epidemia—aparente en realidad—no termine de extinguirse. Lo hemos comprobado bien nosotros llegaron a desaparecer los verdaderos casos de difteria, considerados con criterio clínico y con riguroso criterio bacteriológico, no obstante seguir llegando informes de laboratorio más o menos dudosos, en casos también dudosos. Si nos hubiéramos impresionado demasiado con estos informes y hubiésemos sido demasiado timoratos, los casos probables de difteria hubieran continuado indefinidamente. Y podemos asegurar, que salvo algunos casos esporádicos, no tuvimos más difteria en la maternidad desde 1936.

Los portadores—como lo han demostrado varias investigaciones—sólo en bajo porcentaje albergan bacilos virulentos. De cualquier modo deben ser separados y tratados cuando se los descubre. Esto último no es fácil. Se han empleado diversos tópicos químicos, procedimientos bacteriológicos, y hasta Rayos X, sin resultados seguros. No obstante se logra a veces éxito. Así nos ha ocurrido a nosotros empleando sulfarsenol y neosalvarsán al 15 %.

El tratamiento debe practicarse con el suero antidiftérico, por vía subcutánea o intramuscular Además, se cuidará la dietética y se combatirá la distrofia cuando ella exista recurriendo al debido aporte de vitaminas, a la hemoterapia, etc. Finalmente será necesario aplicar la terapéutica sintomática o estimulante que el caso exija baños, coramina, adrenalina, sueros salinos o glucosados, etc.

Las dosis de antitoxina generalmente indicadas oscilan entre 3.000 a 5.000 unidades, repetidas a las pocas horas si el caso lo exige y luego reiteradas los días siguientes, tanto más veces, cuanto lo determine las condiciones del caso, como veremos en seguida.

Nosotros hemos empleado el suero antidiftérico del Departamento Nacional de Higiene, en los dosis siguientes 500 a 3.000 U A. por kilo de peso, llegando a dosis totales muy variables según el caso. Sólo en dos casos llegamos a un total de 50.000 U A.

En algunos niños la acción del suero es evidente. Ello ocurre sobre todo en los pocos casos de ''difteria genuina'', similar a la de la segunda infancia y en formas locales, sobre todo cuando se producen en lactantes Schick positivos (según lo hiciera notar Elizalde Ver nuestras observaciones 3, 10, 11 30

No obstante, en estos casos, que podríamos llamar de éxito de la sueroterapia, esta actúa casi siempre lentamente, no con la rapidez con que suele actuar en los niños mayores (observaciones 12 y 13)

Pero, con frecuencia la acción del suero es escasa o nula. Entonces se trata, a veces, de procesos de otra naturaleza con bacilos de Löefler como saprófitos ver más arriba ''enfermedades difterobacilares'' de Elizalde Pero se da el caso de verdadera difteria del lactante, rebelde y resistente a la sueroterapia. En estos casos los recursos coadyuvantes pueden tener particular significado. Destaquemos en tal sentido la importancia del ácido ascórbico. Se ha demostrado experimental y clínicamente el poderoso refuerzo de inmunidad que tal substancia confiere, en general, en las infecciones

y muy particularmente en la difteria. Por eso se ha aconsejado el empleo de la vitamina C en el tratamiento de esta enfermedad, y a grandes dosis por vía subcutánea en los casos graves o resistentes al suero.

Lo que dijéramos respecto de la ineficacia del suero en ciertos casos de difteria del lactante, y particularmente cuando se trata de corizas con bacilos de Löefler probable caso de simple portador , debe ser tenido en cuenta, para no proseguir indefinidamente con la inyección de antitoxina, esperando lograr la desaparición de una coriza y de los bacilos diftéricos, cuando ello no se ha conseguido en 10 a 15 días de tratamiento.

Quien se informe de lo que se escribe a propósito del problema de la difteria en los recién nacidos de las maternidades y en los lactantes asilados u hospitalizados, advertirá pronto que ello no está en relación con lo que se comprueba en la práctica profesional, en la asistencia domicialiaria.

En efecto, puede asegurarse que en el medio familiar, la difteria es extraordinariamente rara antes de los 7 u 8 meses de edad, y mucho más en las primeras semanas. Nosotros, después de una experiencia relativamente larga, podemos afirmar que no hemos asistido ni un sólo caso entes de los 6 meses de edad.

Esta aclaración es indispensable, porque los médicos que se inician, después de leer esta comunicación, u otras similares, han de prepararse para descubrir y luchar contra la difteria de los recién nacidos y de los niños de pecho, en el medio en que han de actuar Así dispuestos podrían llegar a sufrir la influencia, desorientadora a veces, del examen bacteriológico, y a actuar en forma desacertada.

De cualquier modo, es indispensable también para la práctica profesional, que el médico conozca el asunto en su fáz clínica y profiláctica, para la cual, quizás puedan serle útiles las orientaciones dadas en esta memoria.

Ahora bien ¿por qué, siendo que la difteria es una rareza en los niños de meses, y que, como se lo ha demostrado hace muchos años, la gran mayoría de ellos tiene inmunidad contra la enfermedad, se producen epidemias en servicios hospitalarios y hasta en maternidades?

La explicación podría ser esta es evidente que aún entre los recién nacidos, hay un pequeño porciento 10 a 15 más o menos)

de receptivos; ahora bien, algunas investigaciones de los últimos años permiten creer que, cuando mediante la vacunación antidiftérica, el número de receptivos se reduce en una colectividad (ciudad o pueblo, a dicha cifra 10 a 15 %, la difteria desaparece allí, ello explicaría también, que no haya generalmente en el medio familiar difteria del lactante, a esta razón se sumaría lo relativo al aislamiento del niño mientras tiene pocos meses; en el medio hospitalario, en cambio, la ocasión para que los pocos receptivos se infecten es mucho mayor, y naturalmente, la propagación de los casos, y la difusión de los portadores de bacilos es a su vez más grande.

Se aclararía así la discrepancia ya destacada entre la difteria de los lactantes internados y la de los que viven en sus casas.

De cualquier modo, el número de diftéricos recién nacidos y lactantes es siempre relativamente escaso aún en los hospitales, sobre todo, si se descartan los portadores que simulan rinitis diftéricas. Pero no obstante, constituyen en ciertos momentos verdadero problema de profilaxis, problema cuya importancia grande la justifican las muertes por difteria, que en los momentos epidémicos suelen producirse.