

Bibliográficas

Sobre profilaxis de la difteria.

Con motivo de una epidemia de difteria desarrollada en las escuelas de uno de los distritos de París, la "Liga Francesa de Higiene Escolar", fué consultada acerca de las disposiciones que debían tomarse para evitar su propagación. Entre otras de las medidas propuestas quedó acordado publicar determinadas instrucciones que se darían a conocer a las familias, como medio de obtener su cooperación en la profilaxis de la expresada enfermedad; he aquí los términos en que fueron redactadas:

"Consejos a las familias, sobre las precauciones que deben tomarse contra la difteria.

La difteria, que se caracteriza por la presencia de falsas membranas en la garganta (angina diftérica) o en la laringe (crup), es una *afección muy contagiosa, que es posible evitar.*

La diseminación de la enfermedad se realiza no solamente por las falsas membranas, sino también por las secreciones naso-faríngeas (mucosidades nasales, expectoración, saliva), que contienen el bacilo diftérico.

Son contagiosos:

1.º Los niños atacados de *angina diftérica o de crup*;

2.º Los niños *convalecientes de difteria*, quienes aún mismo después de su completa curación, pueden conservar el bacilo diftérico en la nariz o en la garganta y diseminarlo en su alrededor;

3.º Los niños atacados de un corrimiento nasal (que se parece al resfriado de cabeza), contra el cual no se toma ninguna precaución, no obstante ser provocado por una *afección diftérica ("rinitis")*;

4.º Ciertos niños, al parecer absolutamente sanos y que se sienten bien, que no tienen ni enrojecimiento de la garganta ni corrimiento nasal, y que, sin embargo, son *portadores de gérmenes diftéricos*.

Aún cuando generalmente se tiene el cuidado de protegerse

contra los enfermos de la primera categoría, no se desconfía de los niños de las tres últimas categorías, siendo así que unos y otros, diseminando por todas partes el bacilo diftérico, desempeñan un papel muy importante en la propagación de la enfermedad y son la causa de ciertas epidemias.

Los niños en buen estado de salud, pero *portadores de gérmenes*, son, pues, peligrosos para todos aquellos que viven en contacto con ellos (hermanos, compañeros de juegos o de escuela), y son igualmente peligrosos para sí mismos, porque son susceptibles de contraer la difteria.

Por lo tanto:

Todo niño portador de bacilos diftéricos debe ser:

- 1.º *Aislado de los otros niños.*
- 2.º *Tratado por un médico.*

a) AISLAMIENTO:

El niño portador de gérmenes no debe tener ningún contacto con otros niños; no debe volverse a la vida común sino después de la desaparición completa del bacilo diftérico contenido en su garganta y en su nariz, desaparición comprobada por medio de dos exámenes bacteriológicos practicados a distancia de ocho días.

b) TRATAMIENTO:

Debe ser aplicado por el médico de la familia.

Consiste en la desinfección de la garganta y de la nariz, "guardas" del bacilo diftérico, por medio de gargarismos, irrigaciones, inhalaciones o pulverizaciones de medicamentos que tengan la propiedad de destruir los gérmenes de la enfermedad.

Este tratamiento puede bastar en los casos *aislados* de difteria, pero en un *medio epidémico* (epidemias de familias, de casas, de escuelas) no es suficiente.

Cuando los peligros de contagio son grandes, cuando el aislamiento de los niños es imposible, es necesario *inyectar preventivamente suero antidiftérico, no solamente a los niños portadores de gérmenes, sino también a todos aquellos que han estado expuestos a la contaminación.*

"La sueroterapia preventiva en los niños, empleada por el médico de la familia, siguiendo ciertas reglas, no presenta absolutamente peligro alguno".

TRATAMIENTO DE LA DIFTERIA.

“El doctor Toledo Piza (“Annales Paulistas de Med. e Cir.” San Paulo), abunda en la idea lógica de inyectar grandes cantidades de producto serológico o antitóxico específico en la difteria, lo que disminuye la mortalidad, y a este tenor dice que en los casos leves pueden ser suficientes dosis de 10,000 a 20,000 V. A. y en los graves no debe bajarse de 25,000 a 30,000 o 35,000 V. A., haciendo la inyección de una vez.

Ciertamente tiene razón el autor, pues nosotros, atendiendo las indicaciones en tal sentido orientadas del profesor Martínez Vargas, hemos siempre inyectado grandes cantidades de antitoxina, sin tener en cuenta, sobre todo si la gravedad del caso lo requería, la edad del paciente.

Ante un caso de difteria, por benigna que sea, y aunque no se trate de localización infecciosa laringea, hay que desechar las pequeñas dosis que, más que nada, perjudican, puesto que confían al clínico inexperto y dan lugar a la presentación de cuadros asfíxicos.

La norma general es inyectar suero lo antes posible y en buenas dosis, repitiendo las inyecciones prontamente si la mejoría no se inicia, y a ser posible inyectar un producto que en poco volumen contenga gran número de V. A.

No hay que temer a la anafilaxia, fenómeno que nosotros no hemos visto más que en dos ocasiones en una misma niña, cuyo temperamento fué — no cabe duda — el causante de la anafilaxia.

Usando suero fresco, no debe haber miedo en *inyectar mucho, pronto y repetidamente*. Esta es la norma que hay que seguir.

En el gran número de casos inyectados por nosotros en el Servicio de Infecciones del Hospital Clínico de Barcelona, siempre hemos seguido tal norma y nunca se han presentado fenómenos anafilácticos.

Pero en la difteria, no todo es el tratamiento por el suero o la antitoxina específica.

Hay el asunto de las *difterias asociadas* (motivo de un trabajo original que preparamos) que, a simple vista, resta importancia al tratamiento, pues se quiere curar con suero antidiáftérico solamente, procesos asociados de bacilo de Klebs-

Loeffler y estreptococo o de aquel germen con el *coccus* de Bressou o con los diferentes estafilococos.

A nuestro juicio se debe obrar en el tratamiento de la difteria, del modo siguiente:

Al tener la duda de que se trate de tal enfermedad, inyectar suero, es decir, hacer todo lo contrario de lo que se hace en la operación de la hernia, que en la duda de si lo que se encuentra es el saco, se abstiene uno; *en la difteria, en la duda, obrar.*

Y obrar inyectando dosis crecidas, sin esperar a que el examen microbiológico nos diga si se trata de infección pura o asociada.

Si el caso, en vez de atenuarse, se agrava, repetir las dosis fuertes, asociando a la inyección de suero antidiftérico las de suero antiestreptocóctico, si es el estreptococo el que preside como germen asociado, o antiestafilocócico, si es el estafilococo.

De este modo ahorraremos muchas vidas de infantes.

Es decir, preparamos a la par que el suero antidiftérico, los sueros de asociación, y hasta debemos inyectar algunos de éstos en los casos en que no nos sea dable practicar examen de laboratorio. Además, tenemos la costumbre de hacer toques faríngeos con una torunda estéril, empapada en suero, y dar gotas de suero en la leche que el niño toma.

Así es, pues, como nosotros entendemos el tratamiento de la difteria, aparte de las intervenciones posteriores de *intubación y traqueotomía y consiguiente escobilladura tráqueo-bronquial*. ("Gaceta Médica Catalina", Anal. por el Dr. Rosique Cebrián).

TRATAMIENTO DE LA DIFTERIA.

B. Weill-Hallé, en un trabajo publicado en enero del corriente año, en el "Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux", de París, declara haber obtenido resultados superiores, administrando la antitoxina en una sola dosis intramuscular, masiva. Por regla general practica la inyección en los glúteos, inyectando 250 unidades en casos moderados, *por kilo de peso*, y 500 o 600 unidades en los más graves. Rara vez se hace necesario complementar este tratamiento con inyecciones subcutáneas. ("Journal A. M.", E. E.).