

LAS CONJUNTIVITIS DEL RECIÉN NACIDO (*)

Por los Dres. RAUL ORTEGA, JOSE C. QUIROGA, FIDEL URRUTIA,
JOSE DAL BORGIO y ALBERTO LARENAS

Hospital Clínico de Concepción. Sección Pediatría, Jefe: Dr. Raúl Ortega.
Sección Obstetricia, Jefe: Dr. Alberto Larenas.

Entre mayo de 1945 y diciembre de 1947 nacieron en nuestra Maternidad 5,058 niños vivos; en 269 de ellos apareció supuración conjuntival que requirió tratamiento. En otra serie (véase Profilaxis), entre 3,000 nacidos vivos, hubo 193 que presentaron la afección. De este modo, la infección conjuntival apareció en 462 de 8,058 nacidos vivos, es decir, en el 5,7 %. Estas cifras, variables según los establecimientos y según las series, colocan a la oftalmía neonatorum en el primer plano de frecuencia de las enfermedades infecciosas del recién nacido.

Terminología.

En la literatura se emplea como sinónimos las designaciones de: conjuntivitis del recién nacido, oftalmía neonatorum, blenorrea del recién nacido, oftalmoblenorrea, para designar a estas afecciones en general, sin presuponer nada acerca del agente infeccioso responsable. Sin embargo, esta variada y, en cierto modo, ambigua terminología, ha conducido a menudo a creer —y en esto muchos autores deben ser culpados— que la mayor parte de la casuística sería de origen gonocócico. Tan grande era el justificado temor por esta última forma que cualquiera de estas designaciones estaba asociada en nuestras mentes, con el gonococo.

Etiología.

Desde muy antiguo se avanzó la opinión de que la conjuntivitis es infec-

iosa y de que la infección la recibiría el niño, en buen número de casos, a su paso por el canal genital materno durante el parto. Una cita de Abadie nos ilustra sobre las interrogantes que, sobre este punto, existían en el siglo pasado, antes de la bacteriología.

Dice Abadie en 1876: "He aquí lo que leemos en Mackenzie: A fin de comprobar hasta qué punto la oftalmía purulenta de los recién nacidos podía ser ocasionada por un flujo proveniente de los genitales de la madre, el Dr. Cederschold hizo interrogar durante el año 1832 a todas las mujeres que se presentaron a parir a la Maternidad de Estocolmo para saber si estaban o no afectas de flujo".

"360 mujeres parieron; después de deducir los mortinatos o los que murieron algunos días después del nacimiento, quedaron 328 mujeres, cuyos hijos pudieron ser observados. Sobre esas 328 mujeres, 137 estaban afectadas de un flujo de las partes genitales y 181 estaban exentas; 30 niños tuvieron oftalmía purulenta, 20 provenían de madres con flujo y 10 no lo tenían".

"Resulta de allí que los flujos de las partes genitales son muy comunes en las mujeres encinta, que todas ellas no comunican necesariamente la oftalmía a sus niños y que, en fin, la oftalmía puede sobrevenir en niños cuyas madres no tenían flujo. Prueba de que la enfermedad puede reconocer otras causas. Pero si se considera que 20 niños sobre 137 provenían de madres con flujo, o alrededor de 1 sobre 7, han tenido la oftal-

(*) Presentada a la Sociedad de Pediatría de Concepción el 18 de abril de 1950.

mía, mientras que 10 solamente, o alrededor de 1 sobre 18, provenían de madres sin flujo, han tenido la misma afección y que la proporción de los primeros es por consiguiente cerca de tres veces más considerable que la de los segundos, se puede afirmar el hecho de que un flujo genital en la madre es una causa más frecuente de esta enfermedad, aunque no sea la causa única".

Las conclusiones son perfectamente lógicas y después de un siglo de progreso, conservan su valor. Credé y Fuchs las confirmaron y Wecker y Masselon, en 1889, establecieron que no toda mujer "atacada de blenorrea de la vagina debe por eso mismo dar a su niño una conjuntivitis purulenta, lo que aumentaría singularmente el número de estas afecciones". En nuestra época bacteriológica, Lehrfeld (1935) ha mostrado que de 13 madres con frote positivo para el gonococo, nacieron 10 niños que escaparon a la infección y 3 enfermaron (profilaxis con nitrato); en otra serie, de 10 de iguales condiciones y tratados profilácticamente con Metaphen no enfermó ninguno.

A la inversa, no toda infección conjuntival del recién nacido es consecuencia de su paso por el canal infectado. Con la sola excepción tal vez de la producida por virus, toda conjuntivitis que aparece más allá del quinto día debe hacer pensar que ha sido inoculada después del nacimiento por las manos de la madre, contacto con otros adultos o niños u objetos contaminados. Las que ocurren antes del quinto día, no pueden por eso sólo estimarse como de contagio intranatal; es mucho más lógico suponer que las producidas por estafilococos, estreptococos, neumococos, etc., sean de contagio ambiental, como son la mayor parte de las otras enfermedades que estos gérmenes provocan en el recién nacido. Tampoco puede justificarse una excepción en este sentido para el gonococo, desde que sabemos que la gonorrea puede tener un período de incubación tan corto como 8 horas.

En suma, no puede afirmarse otra cosa que las conjuntivitis posteriores al

quinto día son con seguridad de contagio extranatal, con la sola excepción de algunas de las producidas por virus, y que, las anteriores a esa fecha pueden haber sido contagiadas, tanto por los genitales de la madre, como por factores ambientales posteriores al nacimiento.

En la etiología de la ofalmía neonatorum, hay, seguramente otros factores que los bacteriológicos, como lo demuestra la investigación de Taylor y Calman (cit. Lancet. Annotations), quienes encontraron organismos en el saco conjuntival (especialmente estafilo y coli) de 6 de 340 niños en el momento de nacer; repetido el examen 7-10 días más tarde en 220 niños, de las cuales 102 habían recibido 1 gota de nitrato de plata y 118 no tuvieron profilaxis, encontraron considerable frecuencia de gérmenes: 17,6 % en los tratados y 15,4 % en los no tratados; clínicamente muchos de estos ojos no estaban infectados, aunque los gérmenes eran de la misma variedad de los que se encuentran habitualmente, con excepción del gonococo.

Bacteriología.

En 206 de 269 conjuntivitis se practicó examen directo y del cultivo del pus conjuntival y en 113 se hizo, además, un raspado de la conjuntiva para la investigación de inclusiones en células epiteliales.

En el cuadro siguiente se resumen los resultados, indicando sólo los gérmenes más frecuentes. De manera algo arbitraria, pero que no altera fundamentalmente los resultados, se estableció una jerarquía, en la que el gonococo ocupa la posición más importante sobre los gérmenes colocados más abajo; de este modo, los otros agentes encontrados en los mismos exámenes fueron considerados como de asociación. Los 9 casos que no figuran en el cuadro corresponde a Koch Weeks, corynebacterium y difteromorfo.

Asociaciones

Agente	Gono.	Estaf.	Morax.	Otros	Neumo.	Total	%
Gonoc.	18	1	—	2	3	24	12.2
Estaf.	—	60	—	8	—	68	34.5
Morax.	—	6	10	3	3	22	11.2
Neumo.	—	2	—	4	12	18	9.1
Sin germ.	65	—	—	—	—	65	33.0
						197	100.0

Los porcentajes colocados en la última columna derecha dan una idea del aporte de cada germen, lo cual se anota como un dato ilustrativo acerca de la frecuencia. Mucho más importante nos parece la cifra por mil nacidos vivos que, en este caso, hay que tomar con alguna reserva en atención a que 63 de los 269 casos no fueron investigados bacteriológicamente: de todos modos, como la investigación se hizo a través de cerca de 3 años, es de suponer que los resultados en los 63 casos habrían sido semejantes a los de los examinados.

El gonococo se encontró 24 veces, 18 puro y 6 asociado. Sobre 5,058 nacidos vivos, representaría casi 5 por cada mil o tal vez 6, en atención a lo que decimos en el párrafo anterior.

El estafilococo es mucho más frecuente; en esta serie es responsable de una tercera parte de las conjuntivitis y compromete a unos 15 de cada mil nacidos.

El b. Morax, neumococo y otros gérmenes tienen una frecuencia mucho menor.

La conjuntivitis por virus o blenorrea de inclusión fué investigada en 113 casos por raspado conjuntival y tinción con Giemsa o Wright. Se encontraron células con inclusiones en 6 casos, 4 veces con estafilococo y 2 sin germen. Entendemos que ésta es la primera vez que en la literatura pediátrica nacional se demuestra la existencia de la afección entre nosotros. Gantes y Thierry la han mencionado como posible, pero no aportaron casuística.

Las cifras que hemos encontrado son demasiado bajas y hay que suponer alguna deficiencia en nuestro estudio, con tanta mayor razón cuanto que, en 65 de los 205 casos no se encontró gérmenes. Howard estima que la blenorrea de inclusión aporta del 10 al 20 %; Sorsby, en su recuento de agosto de 1947, encontró 63 casos de 198 producidos por virus.

La presencia de inclusiones en las células epiteliales fué descrita, primero por Prowazek y Halberstaedter, según Gifford y por Heymann en 1909, según Howard. Se las encuentra en el tracoma, blenorrea de inclusión del adulto, conjuntivitis de las piscinas, etc. La interpretación de su presencia —también se las encuentra en la vagina— ha sido muy discutida. Lazar, en 1931, sostenía que tales inclusiones pueden ser provocadas artificialmente por irritación química o por agentes bacterianos, opinión de la que parece haber participado Gifford, el cual, en su Manual las atribuye a virus.

El período de incubación para esta forma se estima de 5 a 10 días.

Clínica.

Al describir las conjuntivitis que aparecen en los primeros días de la vida, los autores de tratados y de muchas publicaciones dejan constancia expresa o lo insinúan, que se refieren a la producida por el gonococo. Es ésta una especie de costumbre o hábito que ha quedado de la época prebacteriológica, en la que, como hemos dicho al comienzo,

existía esta tendencia, que no han conseguido hacer desaparecer del todo los numerosos estudios publicados. En fecha tan antigua como 1892, Steinbüchel demostró la aparición de "afecciones oculares blenorroides" en 4,15 % de los recién nacidos y 1,28 % producida por gonococo; a pesar de ello, Heubner (en 1911) estima que "es discutible si también otros organismos distintos del gonococo son capaces de determinar la enfermedad".

No es raro entonces que se haya pretendido describir un cuadro típico de la conjuntivitis gonocócica: comienzo temprano, antes del tercer día; a menudo unilateral, abundante secreción purulenta e intensa quemosis, serían los signos más destacados. Es cierto que estos síntomas acompañan con frecuencia a la conjuntivitis gonocócica, pero ninguno de ellos, aislados o en conjunto, le son propios ni permiten excluir otras formas si no se tiene el resultado del examen bacteriológico. Así lo hacíamos presente (Ortega y Quiroga) en la Sociedad de Pediatría de Concepción (sesión del 16-XII-1945), y lo hemos visto confirmado por Lewis y Sorsby.

En lo que toca a fecha de aparición, en nuestro material de 18 conjuntivitis gonocócicas, en las que el gonococo se encontraba puro en los cultivos, 3 casos aparecieron antes del tercer día, 7 entre el 4º y el 5º y 8 después de 5 días de edad. Con el estafilococo hubo 30 en menores de 3 días; 13 entre el 4º y el 5º y 17 después de esa fecha; distribuciones semejantes se observaron para el *Morax* (3, 2 y 5) y para el neumococo (6, 2 y 4). Consideradas en conjunto, 42 de las 100 conjuntivitis "puras" aparecieron dentro de los 3 primeros días; 24 entre el 3º y el 4º y 34 más allá del 5º día; es decir, que la fecha de aparición no es característica de ninguna de las formas. No deja de llamar la atención la gran cantidad de casos que aparecen tardíamente, lo cual confirma lo que decíamos acerca del contagio ambiental.

El carácter del exudado purulento, la quemosis o el edema palpebral, tam-

co son síntomas distintivos. Recordamos entre otros, el caso de un prematuro con conjuntivitis unilateral, de aparición precoz, gran edema palpebral, quemosis y abundante pus que resultó ser producida por Koch Weeks.

Por otra parte, hay conjuntivitis gonocócicas que aparecen como banales, mucho más hoy día en que el tratamiento es eficaz y se inicia precozmente. Todavía más, la blenorrea de inclusión evoluciona, a menudo, con los caracteres que se atribuyen a la gonocócica y, a veces, con una particular rebeldía a los tratamientos. Apenas parece necesario señalar que las lesiones corneales son más o menos propias de la gonocócica y que hoy día se las ve por excepción.

Tratamiento.

Hasta hace algunos años el tratamiento se hizo a base de colirios de sustancias elegidas según las particulares preferencias del tratante. En la gonocócica se empleaban frecuentes lavados con soluciones antisépticas débiles y soluciones de nitrato de plata en pincelaciones. El procedimiento era tedioso y exigía la intervención del oculista o, por lo menos, de persona adiestrada en curaciones oculares; la eficacia era relativa y a menudo ocurrieron lesiones yatrogénicas (Abadie).

Después de la aparición de las sulfas, los ensayos terapéuticos mostraron la eficacia de estas drogas. Los resultados fueron muy superiores a los obtenidos hasta entonces y fueron más o menos independientes de la forma de administración: colirios instilados repetidamente (Mairlot, Weislowitz); insuflación de sulfa en polvo, local e inyección intramuscular o intravenosa (Poliak y Gerasimenko); administración oral (Sorsby). Antes de la sulfa, la conjuntivitis exigía de 6-46 días para curar y las complicaciones eran numerosas (artritis, abscesos metastásicos, compromiso del otro ojo, etc.); después de la sulfa, la duración llegó a ser de 1-7 días y se eliminaron las complicaciones (Blumberg y Gleich). Sorsby es un po-

co más reservado dentro de su entusiasmo por estas drogas cuando expone que, en 333 casos, un 30 a 40 % curaron dentro de 3 días y más del 80 % dentro de 8 días con el mejor resultado en las de origen gonocócico; sin embargo, sin considerar el agente, la respuesta fué floja o pobre en más o menos 15 %.

La penicilina significó un nuevo adelanto. Sorsby y Hoffa (1945), con instilaciones en concentración de 500 a 2,500 u. vieron excelentes resultados en todas las formas, superiores a los de la sulfa. Lewis trató adultos, niños y lactantes por vía intramuscular (20,000, 10,000 y 5,000 cada 3 horas), con un total de unas 100,000 u. para el recién nacido, y tratamiento local en concentración de 1,000 a 2,500. Antes de la sulfa. el promedio de días de hospitalización de la conjuntivitis gonocócica era de 20.3 días, con la sulfanilamida se redujo a 8.9, con sulfatiazol a 6.2, con sulfadiazina a 5.7 y con la penicilina a 4.6. Sorsby, en 1947, estima a las sulfas como anticuadas y propone dos planes con penicilina, una local y uno general. En el primero coloca 1 gota (10,000 u. por cc) cada minuto durante media hora, al final de la cual el pus invariablemente desaparece; continúa con una gota cada 5 minutos durante otra media hora y después cada media hora, cada 1 y cada 2 horas, hasta completar 22. En caso de preferirse la vía intramuscular recomienda 4 dosis de 200,000 u. cada una, repartidas cada 3 horas (?).

Nuestra experiencia nos ha mostrado que, en nuestro medio, resulta poco menos que imposible ceñirse al esquema intensivo local de Sorsby; significa distraer 2 personas (una que instila y otra que mantiene el niño en la faldita) durante por lo menos media hora, lo cual es mucho más de lo que puede tolerar nuestra escasez de personal. Ello no nos causa, sin embargo, ninguna pena, pues, con la instilación de una gota cada 10 minutos 500 a 5,000 u. por cc), los resultados son igualmente favorables; la mayor parte de las madres son capaces de practicar el tratamiento, lo que es

beneficioso también desde el punto de vista educativo.

De 85 conjuntivitis tratados con sulfatiazol (0.10-0.20 g por kg) peroral, 8 curaron en 2 días, 24 necesitaron 3 días, 49 curaron en 5 días y 4 (3 gonocócicas y 1 estafilocócica) requirieron el agregado de penicilina.

Curaron en días.

Drogas	—2	3	5 y más	Total
Sulfat. per os	8	24	53	85
Penicil. local	98	5	3	106

En cambio, con la penicilina —en la época de esta experiencia usamos concentraciones de 2,500 u. por cc—, de 106 casos hubo 98 que curaron en 2 días (de ellas 61 en 1 día) y 3 en 5 y más.

Otros métodos, como los colirios de sulfatiazol (thioseptil), penicilina intramuscular, sulfa per os y penicilina local, etc., han sido empleados más por las complicaciones o disponibilidad de drogas que por el deseo de investigar, por lo cual la casuística muestra gran dispersión. Con todo, conviene anotar que el colirio de sulfatiazol mostró muy buenos resultados: 15 de 18 casos curaron antes de 3 días (9 en 2 días), de tal manera que da mucha seguridad cuando no se dispone de penicilina; la instilación debe ser muy frecuente, cada 20-30 minutos al comienzo.

Los resultados que se obtienen actualmente, son igualmente valiosos con cualquiera de los agentes habituales, con alguna rebeldía en las conjuntivitis por virus. Estos éxitos fáciles tienden a que el médico entre a mirar las conjuntivitis como asunto de secundaria importancia, a dejar su cuidado enteramente abandonado a quienes ejecutan el tratamiento y a no insistir en los detalles; esto debe tenerse en cuenta para juzgar los posibles fracasos.

El procedimiento más recomendable nos parece la instilación de penicilina. Con concentraciones de 500 u., hemos obtenido buenos éxitos, pero es preferi-

ble un margen de seguridad y emplear 5,000 u. por cc. Damos 1 gota cada 5 a 10 minutos al comienzo, después de arrastrar o no el pus con suero salino, hasta la disminución del exudado y seguimos cada 15 minutos y, después de unas 3 horas, cada media hora. En las Policlínicas no siempre es posible hospitalizar a los niños y no se puede confiar en el cumplimiento del tratamiento por madre no vigilada, por lo cual es conveniente comenzar con una inyección intramuscular de 30 a 40,000 u., y mientras ella se prepara, se instruye a la madre en la instilación; como a menudo pueden esperar 2 ó 3 horas, puede incluso, darse una segunda inyección. El examen bacteriológico debe solicitarse con vistas al eventual tratamiento de la madre, pero el tratamiento del niño no puede detenerse en espera del resultado.

Profilaxis.

Entre 1880 y 1883, Credé introdujo el famoso método profiláctico que lleva su nombre. Sus cifras han sido reproducidas en casi todos los tratados y artículos sobre el tema, sin que en ninguno de ellos se dé las referencias de las publicaciones originales; la única excepción es tal vez la de Lehrfeld al mencionar a Fuchs, que en 1884 mostró las estadísticas de Credé, según las cuales, antes del nitrato, apareció conjuntivitis en el 10,8 % de 2,897 niños, y después del empleo de la droga, en 0,1-0,2 % de 1,160 niños. Nosotros hemos logrado conocer una publicación de Credé que, probablemente, fué la primera o una de las primeras. Según ella, la blenorrea del recién nacido apareció en:

el año 1880 una vez en 200 niños
 el año 1881 una vez en 400 niños
 el año 1882 dos veces en 418 niños

en tanto que en años anteriores afectaba del 12 al 15 % de los recién nacidos. Estas cifras se refieren no sólo a la supresión "de la legítima blenorrea, sino que a la eliminación de las otras inflamaciones de la conjuntiva y párpados" y se obtuvieron por el uso exclusivo de la

instilación de nitrato de plata al 2 %; los lavados vaginales hechos a la parturienta, para combatir la gonorrea, son considerados por el autor como de importancia secundaria por lo bajo de su concentración. El mecanismo de infección lo atribuye Credé —para las conjuntivitis que aparecen antes del 5º día— a inoculación durante el paso por el canal genital.

Estas cifras resultan sorprendentes para nosotros que —con profilaxis— hemos visto aparecer más de 5 % de conjuntivitis ("blenorrea"). Sorprendentes también para Mayou que, entre 1915 y 1930, no obtuvo que sus cifras de St. Margareten Hospital de Londres se acercaron a las de Credé; en 1935, Lehrfeld, entre 27,873 fichas de recién nacidos en los Hospitales de Filadelfia, encontró un 2,2 %, lo cual representa 22 veces la cifra de Credé. Sorsby (cit. Lancet), sobre 92,865 partos, comprobó que en donde se usaba nitrato, la conjuntivitis gonocócica alcanzaba a 1 % y donde se usaban otras drogas, a 0,7 %.

En suma: 1) Credé logró bajar el porcentaje de conjuntivitis. 2) Este éxito lo atribuyó a la instilación profiláctica de 1 gota de nitrato de plata al 2 %. 3) Las cifras de Credé no han sido reproducidas posteriormente.

Se puede deducir que efectivamente se produjo un descenso, aunque no de la importancia que el autor indicó, y que en este descenso intervinieron otras causas, además del nitrato de plata. Desde luego que la higiene de la época ha debido ser tan deficiente como para que de las 328 mujeres citadas por Abadie —y otros autores dan cifras semejantes—, 137 estuvieran afectas de flujo genital; tan deficiente que, según declara Fuchs, entre 1854 y 1866 se presentaron en la Casa de Huérfanos de Viena, 1,413 casos de blenorrea contagiada en el establecimiento; recordemos que Semmelweis murió en 1865.

Por otro lado, Kalténbach (citado por Skutsch) sostuvo en la época que las antiguas grandes cifras de morbilidad de muchos establecimientos eran explicables, menos por infección primaria en el par-

to que por transmisión tardía de ojo a ojo; que la profilaxis de Credé, al impedir las enfermedades primarias, había impedido también las transmisiones secundarias y que, además, las infecciones por secreciones genitales serían evitables por la mayor y sistemática limpieza. Consideró entonces que sería suficiente desinfectar cuidadosamente la vagina durante el parto y lavar los ojos del recién nacido con agua destilada. Cifrándose a estos principios, Nebel, en un período de 2 años, atendió en Giessen 330 casos, en ninguno de los cuales se presentó blenorrea. Korn obtuvo muy buenos resultados con el método de Credé y practicó también ensayos con el de Kaltenbach; con el empleo de lavados vaginales a la madre y agua destilada en los ojos del niño, la morbilidad alcanzó en los primeros mil niños a 0,3 % y en los últimos 420 partos no apareció ninguna blenorrea; la introducción de medidas más estrictas —contacto del niño con la madre sólo para lactancia, aseo de las manos de la puerpera— se tradujo en la desaparición de las conjuntivitis precoces y tardías.

Hubo todavía numerosas objeciones al método de Credé; hubo discusión acerca de si debía aceptarse sólo para el medio hospitalario (Koenigstein) o también en la práctica privada (Grossman). Neisser recomendó un método de Keilman más inocuo que el de Credé; v. Herft recomienda el método de Kaltenbach, tan seguro como el de Credé y sin los inconvenientes de la conjuntivitis argéntica; van der Straten insiste en la importancia de la desinfección de la madre, aspecto que Fuchs había dejado bien consignado en su Lehrbuch de 1891. Pero ni las experiencias ni las advertencias fueron tomadas en cuenta y el empleo del nitrato de plata pasó a ser, no el eje de la profilaxis de Credé, sino "la profilaxis de Credé", ley en muchos estados y especie de talismán traspasado de padres a hijos en la familia médica. La satisfacción, empero, no ha sido nunca completa, como lo prueba el hecho de que el nitrato ha sido reemplazado por derivados argénticos o

por numerosas otras drogas, entre las cuales las sulfas y la penicilina no podían faltar a la cita.

La gonorrea de la mujer se incluye naturalmente en las campañas anti-venéreas, la de la embarazada no ha merecido la especial atención que requiere. En la encuesta de Filadelfia (1935) Lebrfeld quedó impresionado por la falta de esfuerzos para curar la gonorrea materna y por las notables diferencias de conjuntivitis gonocócicas en aquellos hospitales que dedicaban alguna atención a este aspecto. En Chile, miles de mujeres reciben atención a través de cientos de miles de consultas prenatales y entendemos que no existe un esfuerzo sistematizado para la búsqueda de la gonorrea en la embarazada para tratarla, no sólo con vistas al niño, sino a ella misma. Con esto no queremos atacar a nadie —seríamos los primeros en entonar el mea culpa—, sino señalar que parece existir un divorcio entre obstetras y pediatras para abordar este punto; nos acusamos desde luego de que sólo por excepción —o tal vez por accidente— hemos denunciado al tocólogo la presencia de conjuntivitis gonocócica, la de más importancia para la madre y el niño. Queremos señalar también que la relativa indiferencia por la gonorrea en la embarazada y el divorcio entre tocólogos y pediatras deben cesar, y que son imprescindibles los esfuerzos destinados a revivir un plan Kaltenbach, modernizado con estudios bacteriológicos y en el que los lavados vaginales con sublimado sean reemplazados por la penicilina intramuscular. Como esto no es todo lo que se requiere para la profilaxis de las conjuntivitis, apresurémonos a decir que la mayoría de nuestras Maternidades están en carencia de personal y elementos que les permita cumplir, adecuadamente, con las normas higiénicas.

Los estudios que llevábamos practicados hasta 1947 acerca de la etiología, de la frecuencia de los diversos tipos y, sobre todo, del éxito del tratamiento, nos habían convencido de que era conveniente suprimir la profilaxis de Credé en

nuestra Maternidad y extremar, en cambio, la vigilancia en la aparición y cuidados de las conjuntivitis. Tuvimos, sin embargo, los naturales escrúpulos de eliminar un procedimiento que durante cerca de 70 años ha merecido el respeto y la consideración universales. Decidimos entonces iniciar una nueva investigación: un estudio comparativo, alternado en niños con Credé y sin la profilaxis, empleando el procedimiento original: nitrato de plata al 2 %, preparado 2 veces por semana. Desde julio de 1948 a noviembre de 1949 nacieron 3,000 niños: 1,787 recibieron nitrato de plata y 1,513 no fueron tratados.

ron como eficaces y que él mismo puso en vigor; dicho de otro modo, Credé no presentó muestras comparables sino fuertemente seleccionadas.

Si estas demostraciones no bastasen, habría que considerar todavía que, aceptar la eficacia del método de Credé significa aceptar también que todas o la mayoría de las conjuntivitis del recién nacido son de contagio intranatal, lo cual fué demostrado ya antiguamente como falso y conduce a oscurecer el criterio profiláctico post natal; significa reconocer, además, que hay drogas que, a la dosis de una gota de su solución, son gonococidas y bactericidas en general.

Agente	Con Credé		Sin Credé		Total	
	Nacidos	Conj.	Nacidos	Conj.	Nacidos	Conj.
Gonococo		5		6		11
Estafilococo		60		67		127
Neumococo		12		12		24
Otros		17		14		31
Total	1,787	94	1,513	99	3,000	193

En este estudio la proporción de conjuntivitis fué semejante a la de la investigación anterior (Bacteriología): la conjuntivitis gonocócica un poco menos frecuente y considerablemente mayor el aporte de la estafilocócica

Si miramos ahora a las cifras comparativas, veremos que la morbilidad fué algo más elevada en los sin Credé (6,5 %) que en los con Credé (5,2 %), pero en una proporción sin significación estadística. Igual cosa se observa para las diversas formas, incluido el gonococo, que se presentó en 0,3 % con Credé y en 0,4 % sin Credé. De esta manera, podemos concluir que la profilaxis de Credé no ofrece protección y que, seguramente, la causante de la antigua disminución de las conjuntivitis no fué la gota de nitrato de plata. Credé entregó sus cifras divididas en "antes y después", en el que el "antes" no fué definido y el "después" fué atribuído al nitrato de plata, sin considerar para nada las otras medidas que, en su época, muchos demostra-

Mientras nuestra investigación comparativa estaba en marcha, apareció la publicación de Jacobs (marzo 1949), el cual, con nitrato de plata al 1 %, vió aparecer 16,5 % de flujo conjuntival, con penicilina 15,2 % y sin drogas 8,2 %. Aunque sus cifras fueron obtenidas en períodos distintos, no en casos alternados, apoyan nuestros puntos de vista de que los beneficios observados en tiempos de Credé no derivaron del empleo de una droga sino de medidas generales de aseo y antisepsia, y probablemente, asepsia que simultáneamente se pusieron en vigor,

Queremos agregar, finalmente, que esta forma de profilaxis ha creado a menudo una falsa sensación de seguridad. Esto es especialmente cierto en los partos a domicilio atendidos por matronas, a las cuales nos parece que, más importante que el empleo de gotas al nacer es recomendarles la vigilancia diaria del recién nacido y la denuncia inmediata cada vez que aparezcan síntomas inflamato-

rios oculares por mínimos que sean. Quedaría por considerar hasta qué punto no sería conveniente equipar a la matrona rural con drogas e instrucciones para iniciar el tratamiento.

Resumen.

Las conjuntivitis constituyen la manifestación infecciosa más frecuente del recién nacido.

La infección sólo en parte tiene lugar durante el nacimiento, al paso por el canal genital materno infectado; en la mayoría se produce después del nacimiento.

Como agentes microbianos actúan el gonococo, estafiloco, neumococo, estreptococo, b. Morax, b. Koch Weeks, difteromorfo, virus, etc.

No hay signos clínicos que permitan identificar el germen causante.

El tratamiento con instilación de soluciones de penicilina en la conjuntiva da garantías seguras contra todos los agentes microbianos habituales.

La profilaxis de Credé debe suprimirse en cuanto a instilación de gotas al nacer. En lo que toca a la conjuntivitis gonocócica, hay que dirigir los esfuerzos para diagnosticar y curar la gonorrea en la embarazada, parturienta y púerpera para evitar los contagios intra y post natales. En cuanto a las otras formas, la profilaxis ha de guiarse por las normas higiénicas destinadas a combatir en general las infecciones en el recién nacido.

Junto con la supresión debe instruirse a toda persona que atiende recién nacidos, en el sentido de la denuncia precoz de cualquiera manifestación inflamatoria ocular. Por lo demás, esta medida es conveniente difundirla en todo caso.

Summary.

Conjunctivitis is the most frequent infectious disease during the newborn period.

Contagion occurs but rarely during birth, and most infections develop extraneously.

Virus and bacterial agents such as gonococcus, staphylococcus, Koch Weeks, diptheromorphs, streptococcus, were found to be responsible of 462 conjunctivitis appearing among 8,058 newborn infants.

It is impossible to anticipate a bacteriological diagnosis on clinical grounds only.

Penicillin locally (500-5,000 U. per ml.) is absolutely effective against every kind of conjunctivitis. Credé prophylaxis is absolute and inefficacious. In relation to gonococcal conjunctivitis, efforts should be directed towards correct diagnosing and curing gonorrhoea in pregnant and confined women in order to avoid intra and extraneous infections of the newborn. Other forms can be best avoided following the general hygienic and common rules to fight newborn infections.

Ophthalmia neonatorum should be considered as a communicable disease.

Bibliografía.

- ABADIE, CH. — *Traité des maladies des yeux*. Doin, Paris, 1876.
- ABADIE, CH. — *Eitrige Ophthalmie des Neugeborenen*. Komplikationem durch unzweckmassige Behandlung. *Rev. mens. mal. de l'enf.* Julio 1896. *Ref. Central f. Gynak.* 20: 1183, 1896.
- BLOXSOM, A. — Penicillin locally in the eyes of newborn infants to prevent ophthalmia neonatorum. *J. of Ped.* 27: 447, 1945.
- BLUMBERG, M. L. and GLEICH, M. — The simplified treatment of gonococcal ophthalmia neonatorum with chemotherapy. *J. A. M. A.* 123: 132, 1943.
- CREDE, C. — *Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen*. *Arch. f. Gynak.* 23: 2, *Ref. Fortsch. der Medicin* 1: 366, 1883.
- COSTENBANDER, F. G. — Ocular affection of the newborn. *West. Virg. med. J.* 44: 36, 1948. *Ref. I. M. D.* 52: 364, 1948.
- CHARLES, F. H. — Penicillin drops for prophylaxis against ophthalmia neonatorum. A single instillation method. *S. med. J.* 41: 320, 1948. *Ref. I. M. D.* 53: 43, 1948.
- FUCHS, E. — *Lehrbuch der Augenheilkunde*. F. Deuticke, Leipzig und Wien, 1891.

- GIFFORD, J. R. — A textbook of ophthalmology. W. B. Saunders Co. Philadelphia and London, 1941.
- GLEICH, M.; BLUMBERG, M. and MASON, A. S. — Prophylactic value of sulfathiazole against gonococci conjunctivitis. *Am. J. Dis. of Child.* 67: 472, 1944.
- GROSSMANN, L. — Ueber die Ophthalmoblenorrhoe Neugeborener. *Gyógyászat* 1895, N 1. N^o 1. Ref. *Centralbl. f. Gynak.* 20: 231, 1896.
- HERFT, VON. — Relato del trabajo de Steinbüchel. *Fortsch. der Medicin* 10: 997, 1892.
- JACOBS, I. — Prophylaxis of ophthalmia neonatorum. *Lancet* 1: 414, 1949.
- KOENIGSTEIN, L. — Die Therapie der Ophthalmia neonatorum. *Centralbl. f. d. ges. Therap.* I. Jahrg. 6. Heft.
- KORN. — Ueber die Verhütung der Augenentzündungen der Neugeborenen. *Arch. f. Gynak.* 31: 2. Ref. *Fortschr. der Medicin* 6: 69, 1888.
- LANCET, THE. — Annotations 1: 313, 1949.
- LAZAR, N. K. — Types of ophthalmia neonatorum not due to gonococcus. *Arch. of Ophth.* 6: 32, 1931. Ref. *Zbl. f. Kinderheilk.* 26: 357, 1932.
- LEHRFELD, L. — Limitations of use of silver nitrate in prevention of ophthalmia neonatorum. *J. A. M. A.* 104: 1468, 1938.
- LEWIS, PH. M. — Penicillin in gonococci conjunctivitis. *Am. J. Ophth.* 29: 694, 1946.
- HOWARD, W. A. — Inclusion Blenorrhoea. *J. of Ped.* 12: 1939, 1938.
- MAIRLOT, M. R. — Treatment of gonococcal conjunctivitis neonatorum. *Arch. de la Soc. Oft. Hispano-ameríc.* 6: 209, 1946. Ref. *Am. J. Ophth.* 30: 792, 1947.
- MAYOU, M. S. — Observations on ophthalmia neonatorum. *B. M. J.* 3699: 973, 1931. Ref. *Zbl. f. Kinderheilk.* 26: 571, 1932.
- NEBEL. — Zur Prophylaxe der ophthalmoblenorrhoe neonatorum. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* 14: 1. Ref. *Fortschr. der Medicis* 6: 69, 1888.
- NEISSER. — Verhütung der Blenorrhoe neonatorum. *Centralbl. Gynak.* 20: 230, 1896.
- FOLIAK, B. L. and GERASIMENKO, T. N. — Epidemiology, clinical course and sulfatherapy of gonoblenorrhoea. *Vestnik. oft.* 25: 26, 1946. Ref. *Am. J. Ophth.* 30: 793, 1947.
- SKUTSCH. — En la relación de trabajos de Korn y Nebel. *Fortschr. der Medicin* 6: 69, 1888.
- SORSBY, A. and HOFFA, E. — Local penicillin therapy in ophthalmia neonatorum. *Brit. J. Ophth.* 29: 141, 1945.
- SORSBY, A. — Penicillin therapy in ophthalmia neonatorum. *B. M. J.* 2: 322, 1947.
- STEINBÜCHEL. — Zur Frage des Einflusses der Gonorrhoe auf das Wochenbett und auf die Augenerkrankungen der Neugeborenen. *Wien. kl. Woch.* 1892, Nos. 21-22. Ref. *Fortschr. der Medicin* 10: 977, 1892.
- STRAATEN, VAN DER. — Prophylaxie de l'ophtalmie du nouveau-né. *Bull. Soc. Franc. Ophth.* 43: 113, 930. Ref. *Zbl. f. Kinderheilk.* 25: 711, 1931.
- STUART, R. D. and MAC WALTER, D. — Primary meningococcal conjunctivitis in children. *Lancet* 1: 246, 1948.
- THIERRY, I. — La conjunctivitis del recién nacido. *Rev. Chil. de Ped.* 4: 41, 1933.
- WECKER, L. DE et MASELON, I. — Manuel d'ophtalmologie. Lécrosnier et Babé. París, 1889.
- WEISLOWITZ, E. — Treatment of ophthalmia neonatorum and serpiginous ulcer with sulfonamides. *Ophthalmologica* 1944, 5: 108, 1949. Ref. *Am. J. Ophth.* 29: 763, 1946.