

cancerosos, encontró un 65.36 por ciento de positivas, y entre 3,067 lesiones neoplásicas, sólo 5 por ciento de positivas.

Necesidad de estadísticas.—Wood³⁵ aboga porque se haga el cáncer una enfermedad notificable. Eso excitaría al médico a hacer el diagnóstico temprano, y el registro oficial alentaría al enfermo a utilizar el mejor tratamiento accesible y cohibiría al charlatán, que se vería así expuesto a la publicidad. La notificación obligatoria de todos los casos de cáncer también serviría para comprobación de esos certificados de muerte, en que aparecen ahora los títulos de “enfermedad del corazón” o “pulmonía.” Al extenderse esa notificación, aportaría datos insuperables sobre la velocidad del desarrollo de los tumores y la duración de la vida de los enfermos. No sería mucho esperar que, dentro de dos decenios, habría un registro todavía más completo de las formas cancerosas que ofrecen bastantes esperanzas de curación.

MENINGITIS

Mendoza, Argentina.—Miyara y Basso¹ declaran que la meningitis cerebrospinal es endémica en Mendoza como en todo el país, pero llama la atención el número de casos que se han presentado desde el invierno del año pasado, indicando un brote epidémico. Este año la epidemia ha revestido menos intensidad que el anterior. El estudio de los autores comprende 17 casos. Un punto interesante es que no se trata de una enfermedad de los niños ni de los soldados, sino de sujetos de 12 a 20 años, y en un porcentaje tres veces mayor en el sexo femenino. La forma más común observada es un cuadro clínico inicial de forma septicémica con polineuritis, y pocas veces obsérvase la inicial brutal aguda. El diagnóstico debe ser lo más precoz y el tratamiento lo más intenso posible, pues se cuenta en Mendoza sólo con sueros polivalentes hechos con gérmenes de otras regiones. Gracias al diagnóstico precoz y a la seroterapia intensa, se curó un 82 por ciento de 17 casos.

California.—Según el Departamento de Sanidad Pública de California desde el 1° de enero al 31 de agosto de 1929, hubo 302 muertes de meningitis meningocócica en dicho Estado. Un 32 por ciento de los muertos, o sea 118, fueron filipinos, mexicanos, chinos y japoneses. En el mes de diciembre se denunciaron en una semana 19 casos. En el año 1929 hubo más casos y muertes de la enfermedad, que en ninguna época anterior en el Estado.

Estados Unidos.—De los varios brotes de meningitis que ha habido recientemente en los Estados Unidos, el peor parece haber sido el de la

³⁵ Wood, F. C.: Am. Jour. Pub. Health 20: 11 (eno.) 1930.

¹ Miyara, S., y Basso, G.: Semana Méd. 36: 1570 (nbre. 28) 1929.

ciudad de Indianapolis, en donde hubo unos 60 casos en el mes de diciembre, 1929 y clausuraron las escuelas para evitar la propagación.

Epidemia en una estación naval.—Coincidente con el aumento en los Estados Unidos, la meningitis cerebroespinal se presentó esporádicamente durante el año 1928 en la estación naval de entrenamiento de Newport, Estado de Rhode Island, E. U. A.² El último caso previo, el único del año, se había presentado el 20 de abril de 1927. Hubo un brotecillo de 5 casos en enero y febrero de 1928, casos esporádicos en abril y agosto, y otro brotecillo de 3 casos en septiembre; más casos esporádicos en octubre y noviembre, y otro brotecillo de 5 casos en diciembre. Hubo de nuevo brotecillos en enero, febrero, marzo y mayo, formando un total de 20 enfermos que contrajeron la enfermedad, presuntamente en la estación, del 1° de octubre de 1928 al 1° de julio de 1929, confirmando las previas observaciones en la Armada, en el sentido de que pueden presentarse brotes de meningitis cuando existen epidemias de gripe o coriza. Es de notar, que la frecuencia de la enfermedad comenzó a superar lo esperado hacia el 1° de diciembre de 1928, y alcanzó proporciones epidémicas hacia Navidad, y después de alcanzar el acmé hacia el 1° de febrero de 1929, disminuyó gradualmente, coincidiendo con la evolución de la epidemia de influenza de aquel entonces. El influjo de las condiciones atmosféricas como causa predisponente, quedó patentizado al notarse que los casos esporádicos se presentaban siempre dentro de las primeras 48 horas de una lluvia fría. Todos los que contrajeron la enfermedad pertenecían a diversas compañías, sin que se pudiera descubrir ningún contacto directo entre ellos. Desde que se presentó el primer caso el 31 de octubre de 1928, se hicieron esfuerzos pertinaces para implantar todos los medios profilácticos conocidos. La busca de portadores por medio de cultivos rinofaríngeos fué abandonada por no resultar valiosos los hallazgos, pero se practica en todos los casos entre los compañeros del enfermo. La pulverización diaria de la nariz y garganta con argirol y otras soluciones, fué suspendida por no rendir resultados apreciables, y lo mismo sucedió con la extirpación de amígdalas hipertrofiadas o adenoides. Según la literatura, los portadores crónicos lo son más bien por virtud de senos infectados, que de amígdalas o adenoides. Se abandonó también el aislamiento o cuarentena por 14 días de las compañías expuestas, por no haberse presentado casos en las unidades cuarentenadas. En las instrucciones profilácticas expedidas, se hicieron notar los siguientes puntos: transmisión por contacto directo o indirecto con personas portadoras, y objetos recién contaminados; necesidad de una ventilación suficiente y de evitar el hacinamiento en los dormitorios; de impedir enfriamientos, hipercalificación y mojaduras; de mermar la fatiga física o

² Abeken, F. G.: U. S. Nav. Med. Bull. 28: 222 (eno.) 1930.

esfuerzo en los expuestos a la infección, y prohibición de cambios de colillas de cigarrillo, escupir en el piso, o estornudar o toser en la cara de otros. En conjunto, no se instituyeron cuarentenas, pulverizaciones antisépticas, cultivos en busca de portadores, ni amigdalectomías o adenoidectomías (a menos que hubiera otras causas); pero sí se recomendó evitar enfriamientos, hipercalificación, uso de ropas mojadas, fatiga excesiva, se ordenó la inspección de la ventilación cada hora, se prescribió un espacio por lo menos de 5 y de preferencia, 7 metros cuadrados para cada individuo, y se implantó el diagnóstico temprano. Los métodos profilácticos más seguros consisten en el aire libre, el sol, y una cantidad máxima de espacio cuadrado por cada individuo.

Brotos en México.—Dickason,³ cirujano de la Compañía Minera de Peñoles, describe el brote de meningitis que atacó a la población de Ojuela, Durango, México, del 13 de marzo de 1929, en que sobrevino la primera muerte, hasta el 11 de julio, en que se notó el último caso. En conjunto hubo 30 casos, 22 de ellos mortales; 11 enfermos recibieron suero, y de éstos 6 se repusieron y 5 murieron. Ojuela tiene unos 5,000 habitantes, y los casos se distribuyeron por la población, sin que se observaran jamás 2 casos juntos en la misma casa o familia. La enfermedad no atacó a ninguno de los 50 ó más extranjeros de Ojuela. Todos los enfermos fueron tratados en circunstancias deplorables, sin enfermeras, y en una población que no hacía el menor caso de la enfermedad.

Según los periódicos, en el Estado de Sonora, México, reina desde principios de año una epidemia de meningitis cerebroespinal. En el distrito de Campas declárase que han muerto unas 94 personas de la enfermedad. Hasta el 20 de febrero se habían comunicado los siguientes casos en los siguientes distritos de la parte norte de Sonora: 7 en Cananea, 4 en Hermosillo, 1 en Nogales, 10 en El Plomo, 6 en Cumbas, y 9 en Sahuarita; con 7 muertes. Las autoridades del Estado han enviado médicos y medicamentos para combatir el brote.

Denominación del meningococo.—Negroni⁴ sostiene que la denominación de *Diplococcus intracellularis meningitidis* dada por Weichselbaum al agente causal de la meningitis cerebroespinal epidémica, no es válida por ser trinomial, y la válida designación genérica es la de *Neisseria*, Trevisan, 1885. El diplococo de Weichselbaum debe ser colocado dentro del género *Neisseria* por su estrecho parentesco con la *Neisseria gonorrhoeae*. La designación correcta es, pues, *Neisseria weichselbaumii* Trevisan, 1889. (El nombre aceptado para el meningococo por la Asociación Americana de Bacteriólogos es *Neisseria intracellularis*.—RED.)

³ Dickason, E. E.: Jour. Am. Med. Assn. 93: 1016 (sbre. 28) 1929.

⁴ Negroni, P.: Rev. Soc. Arg. Biol. 5: 519 (sbre.-obre.) 1929.

Meningococos vivos después del embalsamamiento.—Williams y sus colaboradores⁵ aislaron meningococos vivos del líquido cefalorraquídeo obtenido después de la autopsia de un niño de ocho años. El líquido fué examinado 30 horas después de la muerte y el pequeño había sido embalsamado dos horas después de morir.

Aislamiento y cultivo del meningococo.—Con un sencillo medio semi-sólido de dextrosa, Gosling⁶ obtuvo cultivos positivos del meningococo por mucho tiempo después de desaparecer los microbios del frote en los medios sólidos. De 89 líquidos cefalorraquídeos consecutivos, 81 resultaron positivos, aunque algunos de ellos tenían por lo menos 12 horas, 4 más de 24, y 2 más de 48 horas. El medio consiste en: caldo nutriente de ternera, 1 por ciento de dextrosa y 0.25 por ciento de agar. La reacción se gradúa de 7.2 a 7.4 p_H. La mezcla es esterilizada en el aparato de Arnold por una hora en 2 días sucesivos.

Reconocimiento precoz.—Los principales puntos por recordar en la meningitis cerebroespinal son los siguientes:⁷ tratándose primordialmente de una infección sanguínea, los hemocultivos están indicados en la primera semana, y es necesaria la seroterapia intravenosa durante toda la enfermedad; en la mayoría de los casos preséntanse metástasis meníngeas; el líquido cefalorraquídeo revela, por lo general, hipertensión, es generalmente positivo para el meningococo, y revela aumento de la globulina, así como del número de células, casi siempre polimorfonucleares; si se aíslan microbios en el primer cultivo, compruébese el suero por medio de la aglutinación y utilícese intravenosa e intratecalmente el suero que acuse título más elevado; después de obtener el primer frote y cultivo negativos, y de normalizarse la temperatura, pulso, respiración y fórmula celular del líquido, puede suspenderse el tratamiento diario con suero; conviene extraer y examinar líquido cefalorraquídeo tres veces para impedir toda reinvasión y posible bloqueo; la enfermedad sérica no debe impedir la medicación continuada; estése a la mira de las complicaciones que se presentan en todas las septicemias.

Forma linfocítica benigna.—Krabbe⁸ describe 11 casos de meningitis aguda con linfocitosis, en que los enfermos se repusieron. Para él, en la mayoría se trataba de infecciones afines de la influenza y de la encefalitis epidémica. En varios casos el cuadro era incierto, y sólo la punción lumbar reveló la causa. Hay que mostrar reserva en diagnosticar meningitis tuberculosa y formular un pronóstico desfavorable exclusivamente por haber una hiperlinfocitosis cefalorraquídea.

Estudio.—El análisis de Borovsky⁹ comprende 190 casos de meningitis, incluso una serie de casos múltiples en una familia. Los datos

⁵ Williams, H., Van Woert, R., y Bergstrom, V. W.: Jour. Am. Med. Assoc. 93: 437 (agto. 10) 1929.

⁶ Gosling, Ruth: Jour. Am. Med. Assn. 93: 611 (agto. 24) 1929.

⁷ Dickens, P. F.: U. S. Nav. Med. Bull. 28: 231 (eno.) 1930.

⁸ Krabbe, K. H.: Bibl. Laeg. 121: 511 (abre.) 1929.

⁹ Borovsky, M. P.: Am. Jour. Med. Sc. 179: 82 (eno.) 1930.

describen la duración media de la hospitalización de los repuestos, la frecuencia y mortilidad por edades, cuadro clínico, día en que se instituyó el tratamiento, principales complicaciones, observaciones cefalorraquídeas, reingresos hasta meses después del alta, y aparición de sordera meses después. Por fin se apunta la falta de síntomas meníngeos y la aparente futilidad de la seroterapia intravenosa.

Valor del suero.—Para Wright y sus colaboradores,¹⁰ cuando un enfermo de meningitis meningocócica no reacciona al tratamiento, no debe deducirse que la raza microbiana sea resistente a la seroterapia, sino que el suero utilizado no es específico. El factor esencial es la potencia del suero más bien que la frecuencia de las inyecciones. La dosis administrada debe, en general, ser por lo menos 3 ó 4 cc. menor que la cantidad de líquido extraída. Una sola inyección intrarraquídea de 20 cc. de un suero eficaz cada 24 horas, resultó suficiente. El suero debe administrarse por la cisterna si hay signos de bloqueo espinal.

Ineficacia del suero.—En un brote de 60 casos de meningitis cerebroespinal,¹¹ tratados durante el invierno de 1928 en un hospital del Estado de Utah, E. U. A., la mortalidad llegó a 100 por ciento en los primeros 10 casos, sobreviniendo algunas muertes en menos de 18 horas y otras al cabo de varios días. En los 60 en conjunto, la mortalidad ascendió aproximadamente a 47 por ciento y 9 enfermos murieron en menos de 24 horas de su ingreso. Apenas se hizo el diagnóstico se inyectaron intravenosa e intrarraquídeamente dosis masivas de suero, el cual fué también administrado en algunos intracisternalmente. El tratamiento fué aplicado 2 ó 3 veces diarias en las primeras 72 horas. Un suero obtenido del Departamento de Sanidad de un Estado importante pareció rendir mejores resultados, pues con él la mortalidad disminuyó a 33.3 por ciento, en tanto que fué 21 por ciento mayor entre los otros. La mayor mortalidad correspondió a 9 casos fulminantes, es decir, que murieron en 24 horas o menos. El microbio aislado no correspondió a los tipos I, II ó III. El valor terapéutico de los sueros comerciales varió mucho. Los dos sueros eficaces aglutinaron el microbio aislado.

Normalización del suero.—Los experimentos citados por Shwartzman¹² demuestran que puede medirse cuantitativamente la potencia neutralizante de los sueros antimeningocócicos, por medio del fenómeno de la reactividad cutánea local. El título de anticuerpos determinado con ese método no guarda ninguna relación aparente con el de las aglutininas. Para la titulación se utilizaron conejos.

Portadores de gérmenes.—Al aparecer una epidemia de meningitis cerebroespinal todas las primaveras y otoños en un internado de Bel-

¹⁰ Wright, I. S., De Sanctis, A. G., y Sheplar, A.: Am. Jour. Dis. Child. 38: 730 (obre.) 1929.

¹¹ Anderson, J. M.: Jour. Am. Med. Assn. 93: 1613 (nbre. 23) 1929.

¹² Shwartzman, G.: Jour. Am. Med. Assn. 93: 1965 (dbre. 21) 1929.

grado, las autoridades sanitarias encargaron a una comisión que estudiara las causas y organizara la profilaxia sistemática.¹³ En todos los casos estudiados en diciembre de 1925 y febrero de 1926, se aisló del líquido céfalorraquídeo un diplococo que presentaba todas las características del meningococo, pero no era aglutinado por los sueros específicos A, B, C y D. De 400 personas del medio ambiente de los enfermos se encontraron meningococos en 25 por ciento, en la mayor parte del mismo tipo anterior, pero en 7 de los tipos A y B. En un caso mortal observado en julio de 1926, se identificó un meningococo aglutinado por el suero B. Al practicar una investigación bacterioserológica de 485 personas del medio ambiente, 41.46 por ciento resultaron portadoras de microbios del tipo B. Esas investigaciones ponen una vez más de manifiesto que la sola presencia de los gérmenes causantes no tiene en la meningitis epidémica la misma importancia que en otras enfermedades infecciosas, y que para que se produzca la dolencia, es necesario sobre todo que el germen encuentre un organismo predispuesto. Para suprimir la fuente de la infección, se formaron tres grupos: no portadores, portadores, e intermedio. Los portadores fueron tratados por los métodos habituales, lográndose suprimir los meningococos en 49 por ciento tras 10 días de tratamiento; en el resto fué difícil hacerlo y a los 3 meses todavía restaban unos 10 portadores. Los casos han desaparecido gradualmente.

Tratamiento con urotropina.—Fundándose en los informes de la literatura y sus propias observaciones clínicas y experimentales, Rostock¹⁴ deduce que el efecto de la urotropina es favorable en los casos de ligera infección meningítica. La inyección intravenosa es preferible a la intramuscular, pues la última es muy dolorosa. Si se practica la paracentesis, puede inyectarse el medicamento directamente en el canal raquídeo. En las infecciones graves con bacterias virulentas la acción de la metenamina no es fidedigna.

Forma otógena.—Para rebatir las afirmaciones de que en el Brasil son raras las meningitis otógenas, Porto¹⁵ describe cuatro casos estreptocócicos, tres de ellos mortales.

Papel de los cuerpos de Pacchioni.—Guiándose por un estudio de 1,131 cerebros procedentes de sujetos normales, epilépticos y dementes, y de animales, Bateman¹⁶ cree que los cuerpos de Pacchioni desempeñan un papel importante en la circulación del líquido cefalorraquídeo. El tratamiento de una leptomeningitis purulenta, ya difusa o localizada, debe ser idéntico al de una piogenia abierta en cualquiera otra parte del cuerpo. Debe establecerse el drenaje sobre la corteza cerebral. Si la inflamación es generalizada, puede utilizarse la sero-

¹³ Simitch, T.: Bull. Off. Int. Hyg. Pub. 21: 1338 (agto.) 1929.

¹⁴ Rostock, P.: Deut. Zeitschr. Chir. 217: (jul.) 1929.

¹⁵ Porto, G.: Brasil Méd. No. 39 (sbre. 28) 1929.

¹⁶ Bateman, J. F.: Ohio St. Med. Jour. 25: 970 (dbre. 1º) 1929.

terapia específica hasta descubrir el foco primitivo y establecer el drenaje. En muchos casos, el drenaje lumbar difunde un proceso localizado, impidiendo el tratamiento quirúrgico apropiado.

Meningitis y tuberculosis.—Couvelaire y Lacomme¹⁷ han observado cuatro casos de meningitis tuberculosa entre 600 enfermas de la maternidad para tuberculosas de la clínica de Baudelocque. De las cuatro, dos no eran portadoras de lesión tuberculosa. En las cuatro la meningitis sobrevino después del sexto mes de la gestación, y en tres de las cuatro en una época bastante próxima al término. El diagnóstico fué casi siempre difícil, y en un caso la meningitis tuberculosa fué confundida con eclampsia. La meningitis no determinó el parto antes de la muerte de la madre más que una vez entre las cuatro. Una vez la madre murió bruscamente sin dar a luz. En los otros casos se practicó una cesárea. De los dos niños aparentemente viables, ninguno sobrevivió. Uno murió de tuberculosis congénita. Tres veces se buscó el bacilo de Koch, y en dos casos la pesquisa fué positiva. Para el autor, en presencia de una meningitis tuberculosa en el curso de la gestación, conviene practicar la cesárea si el feto parece viable.

Meningitis neumocócica cerebrospinal.—En los 3 casos de Corcàn,¹⁸ la meningitis neumocócica purulenta se hallaba localizada exclusivamente en las meninges cerebrales, predominando las lesiones de la convexidad de los hemisferios. No se observaron síntomas típicos de meningitis durante la breve duración de la enfermedad, y el líquido cefalorraquídeo también era normal. El exudado purulento con neumococos sólo fué descubierto en la autopsia.

RAQUITISMO

Estudio internacional.—En la conferencia de nipiología celebrada en julio de 1929 en Londres, se decidió proponer a la Comisión de Higiene de la Liga de las Naciones que lleve a cabo una encuesta internacional sobre el raquitismo, con el objeto de determinar la etiología y sacar conclusiones relativas a la profilaxia. Convendría llevar a cabo las mismas pruebas en diversos países, a fin de unificar el estudio, escogiéndose para ello varios distritos, principalmente urbanos. Por ejemplo, podrían escogerse distritos en que nacen cada año unos 100,000 niños, cada uno de los cuales sería examinado 5 veces: a la edad de 3, 6, 12, 18 y 24 meses. La investigación abarcaría además, el clima, viviendas, alimentos y hábitos del niño. El estudio debe estar a cargo de pediatras, con la ayuda de fisiólogos, bioquímicos y físicos. Una encuesta relativa a la mortalidad infantil en ciertos

¹⁷ Couvelaire, A., y Lacomme, M.: *Ginéc. & Obst.* (ero.) 1929.

¹⁸ Corcàn, P.: *Rev. Franç. Péd.* 4: 780 (dbr.) 1928.