

CRÓNICAS

MENINGITIS

Frecuencia en los últimos años.—Según un estudio realizado por la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones, la meningitis meningocócica disminuyó después de las epidemias de la Guerra Mundial, pero ha revelado nueva tendencia ascendente desde 1922. El máximo fué alcanzado en 1929 en los países del sur y centro de Europa, pero sólo en 1931 en Inglaterra, Escocia y Holanda. En Inglaterra, los casos aumentaron de 666 en 1930 a 2,160 en 1931, y en los primeros meses de 1932 hubo un nuevo aumento. En los Estados Unidos, el máximo fué alcanzado en 1929, con más de 10,000 casos denunciados. La enfermedad ha revelado constante aumento desde 1923 en Rusia, aunque parte se atribuye a una notificación mejor. En Egipto hubo una epidemia intensa de noviembre de 1931 hasta la primavera de 1932. En los grandes puertos del Lejano Oriente, la enfermedad se ha mostrado endémica por varios años, con epidemias esporádicas, por ejemplo en Schangai en 1929 y en Hongkong y Macao en 1932.

São Paulo.—En el Estado de São Paulo, el número de defunciones debidas a la meningitis cerebroespinal epidémica ha descendido de 110 en 1922 a 50 en 1929, y el coeficiente sobre 100,000 habitantes, de 2.28 a 0.69. Para la ciudad de São Paulo, las muertes han descendido de 29 a 7, y el coeficiente de 4.54 a 0.65. Durante la Guerra Mundial y después, fué que comenzaron a registrarse en São Paulo casos de meningitis cerebroespinal epidémica, habiendo una muerte en 1914, 2 en 1918, 3 en 1919, y no faltando de 1920 en adelante. En el Hospital de Aislamiento, la mortalidad ha variado de 15.3 en 1924 a 35.7 en 1928, y de 27.5 en 1920 a 20.8 en 1929. En el total de 452 enfermos tratados con antisuero, la mortalidad arroja 28 por ciento. Assumpção ha comprobado que no todos los meningococos de São Paulo son aglutinados por sueros extranjeros, pero algunos se mostraron aglutinables al año de aislados, de lo cual deduce el autor la poca aglutinabilidad de las razas recién aisladas. Con antisueros franceses, Assis, de Nietheroy, comprobó el predominio del grupo A, presentándose un solo meningococo B y uno C. El autor ha estudiado 50 ejemplares, casi todos aislados en 1929 y 1930, empleando antisueros americanos, franceses, nacionales y locales. De los estadounidenses, sólo los sueros de tipos I y III se prestan para determinación, pues los meningococos locales del tipo II, no son comparables con los estadounidenses. Los antisueros franceses y nacionales dieron mejores resultados. Con antisueros locales, se realizó un estudio basado en la aglutinación y la adsorción de aglutininas, comprobándose la existencia (26 por ciento) de un grupo I, correspondiente al I americano y A francés; un tipo II (30 por ciento) poco influenciado por el antisuero II estadounidense; y un III (12 por ciento), correspondiente al C francés. Dentro del grupo I se encontraron 2 subtipos: *a* (18 por ciento); y *b* (6 por ciento). El primero es comparable al III estadounidense, y el segundo se diferencia de éste por la prueba de adsorción de las aglutininas. Cuatro muestras (8 por ciento) se comportaron irregularmente: una del grupo I, y 3 dentro del grupo II. (Travassos, J.: VI Reun. Soc. Arg. Pat. Reg., sbre.-obre., 1930.)

Meningitis de Gaertner en Cuba.—Márquez y Curbelo comunican el primer caso observado en Cuba de meningitis purulenta producida por el bacilo *enteriditis* de Gaertner. El estudio cefalorraquídeo estableció el diagnóstico. En la literatura, sólo aparecen hasta la fecha 16 casos de esa enfermedad, 2 de ellos en los Estados Unidos. (Márquez, R., y Curbelo, A.: *Rev. Méd. Cubana* 1129, obre., 1931.)

Meningitis en los Estados Unidos.—Resumiendo los movimientos de la meningitis epidémica de 1915 a 1930, Hedrich hace notar que durante las epidemias, una proporción sumamente elevada de la población puede, tarde o temprano, infectarse con el meningococo. En sitios muy hacinados, como en un campamento militar, tal vez se infecte todo el contingente. Probablemente, mucho menos de 1 por ciento de esas infecciones culminan en ataques clínicos, pues son raros los coeficientes de más de 1 por 1,000 al año. Sin embargo, la morbilidad es muy elevada, pues aproximadamente la mitad de los casos denunciados murieron durante la reciente epidemia, a pesar del empleo bastante generalizado del suero. La meningitis cobró auge en Europa poco después de comenzar la Guerra Mundial, y en los Estados Unidos poco después de entrar en la guerra y comenzar la movilización. La mayor mortalidad en Inglaterra correspondió a 1915, y en los Estados Unidos a 1918. En 1928-1930, la enfermedad tomó forma epidémica de nuevo en la mayor parte del mundo. El intervalo entre las dos cúspides epidémicas fué de 11 años en los Estados Unidos, y algo más largo en la mayor parte de los países europeos. Esos intervalos varían mucho, y suelen ser de 6 a 12 años, pero en algunas zonas han transcurrido hasta 25 años sin epidemias; por ejemplo, en Massachusetts no ha habido ninguna epidemia apreciable desde 1905, y en Nueva York sólo ha habido una, y esa pequeña, en 1928-1930. En zonas vastas, las epidemias se presentan, no como explosiones esporádicas, sino como cúspides de ondas más bien niveladas y sistemáticas, cuya alza y baja abarcan un período de tres a seis años o más. En zonas más pequeñas, por ejemplo, poblaciones, esos movimientos son menos sistemáticos. Ninguna de las dos últimas epidemias fué sincrónica en diversas partes de los Estados Unidos, pues en algunas regiones se retardaron dos años. La velocidad del desarrollo epidémico en zonas específicas y el movimiento geográfico, son mucho más lentos en la meningitis que en la influenza. En 1918, los coeficientes fueron mayores en el sur de los Estados Unidos, probablemente debido al mayor número de campamentos militares allí, y menores en los Estados de las Montañas Rocosas, sucediendo precisamente lo contrario en 1928. En el área de registro en 1929, hubo 5,208 muertes de meningitis meningocócica, o sea sólo unas 3,000 menos que el promedio anual para la difteria en los últimos años. El coeficiente de morbilidad por 100,000 habitantes para todo el país ha variado de 2.9 en 1915, a 6.6 en 1930, y de un máximo de 8.9 en 1929, a un mínimo de 1.5 en 1924 y 1925. En los países de Europa, el número de casos desde 1921 ha variado de un máximo de 4,765 en 1928-29, a un mínimo de 2,724 en 1921, siendo más notables su frecuencia en Alemania durante esos años. (Hedrich, A. W.: *Pub. Health Rep.* 2709, nbre. 13, 1931.)

Bacilo de Friedländer.—Rothschild describe un caso de meningitis provocada por el *Bacillus mucosus-capsulatus* (Friedländer) en un negro de 34 años, que se curó. En la literatura estadounidense sólo aparece un caso (fatal) de la enfermedad, y en toda la literatura sólo tres casos curados, y en ellos el diagnóstico no fué confirmado satisfactoriamente. El caso del autor es el primero curado en que se realizaran pruebas bacteriológicas satisfactorias. El autor repasa la literatura relativa al asunto. (Rothschild, K.: *Jour. Am., Med. Assn.* 1956, dbre. 26, 1931.)

Asociación del neumococo.—En la literatura, Chalier y Guichard han encontrado 45 casos de asociación meningoneumocócica en las meningitis cerebrospinales.

Presentan a su vez cinco casos inéditos, que hacen subir el total a 50. La principal importancia del dato es pronóstica, pues la simbiosis representa un factor de la mayor gravedad. De las 50 observaciones, las únicas tres curaciones son las comunicadas por Netter y Salanier entre 22 casos; es decir, que la mortalidad sube a 94 por ciento. La asociación es relativamente rara, pero hay que recordarla, pues el médico se encuentra casi desarmado ante ella. (Chalier, J., y Guichard, A.: *Progrès Méd.*, p. 2341, dbre. 26, 1931.)

Precipitinorreacción.—Kreidler y Murphy describen una rápida y exacta precipitinorreacción para el diagnóstico de la meningitis, que permite identificar el microbio causante y también descubrir cuál es el suero comercial más apropiado para tratamiento, dentro de 30 minutos de llegar el ejemplar al laboratorio. Comprobadas las precipitino con las aglutinorreacciones, los resultados convinieron constantemente. En cinco casos en que los cultivos eran negativos y, por lo tanto, no había lugar a la aglutinorreacción, la precipitinorreacción resultó positiva. (Kreidler, W. A., y Murphy, Margaret E.: *Am. Jour. Clin. Path.* 33, eno., 1932.)

Meningitis tuberculosa.—Para Herz, la meningitis tuberculosa es pasada por alto frecuentemente, en parte porque la semiología descrita en los tratados es la que se observa en los niños mayores; y en parte por creerse que la iniciación es lenta. Otra creencia absurda es que precisa una herencia tuberculosa para la enfermedad. La base positiva del diagnóstico consiste en el hallazgo de bacilos en el líquido cefalorraquídeo, al principio sólo en la tercera parte de los casos y más adelante casi siempre, pero para entonces ya hay otros síntomas, como vómito e hiperdermografía. Si, además, el líquido se muestra límpido y revela hiperglobulia y una Pandy positiva, sólo hay que diferenciar de la encefalitis o de la meningitis aséptica. La formación membranosa del líquido no es patognomónica, pues también se observa en otras meningitis. Sin embargo, la hipoglucoorraquia es un signo de la forma tuberculosa. Esta suele durar por unas tres semanas, y la mortalidad llega a 100 por ciento. La curva térmica no es característica. Hacia el final existe a veces hipertermia, pero en algunos casos hipotermia. El cuadro sanguíneo se caracteriza por ligera granulación tóxica con ligera desviación a la izquierda y marcada granulocitosis. La meningitis tuberculosa es más frecuente en los primeros dos años de la vida, y en particular en abril y mayo. Debido al pronóstico fatal, lo principal es la profilaxia. En los pequeños, en particular, el contacto íntimo con tuberculosos es un factor etiológico, pues en 57 por ciento de los casos la infección fué intrafamiliar. Las infecciones previas ejercen un efecto banal, pero para el autor, el empleo frecuente e indiscreto de la actinoterapia es a menudo un factor etiológico. Para él, los niños tuberculosos de menos de dos años deben ser colocados en establecimientos especiales, para que reciban allí la asistencia debida. (Herz, O.: *Monatschr. Kinderknd.*, 237, jul. 4, 1931.)

Tratamiento de la forma estreptocócica.—Al comunicar tres casos curados de meningitis estreptocócica, Appelbaum dice que no puede especificarse ningún procedimiento para el tratamiento de ese mal. La raquicentesis temprana puede ser considerado como un factor importante. Cuando el microbio causante es el estreptococo hemolítico, parece lógico emplear el suero antiescarlatinoso por vía raquídea. Por supuesto, la intervención cruenta es de rigor cuando se pueden eliminar focos supurados bien demarcados. La demás terapéutica es puramente experimental y, además, hay que tener siempre presente la posibilidad de las reposiciones espontáneas. Aun que Kolmer declara que la mortalidad en la meningitis estreptocócica difusa o generalizada es casi de 100 por ciento, en la literatura, contando los tres casos del autor, aparecen 46 curaciones, comprendiendo las 41 enumeradas por Rosenberg y Nottley en 1931, una de Peabody

en 1908, y otra de Leishman en 1931. (Appelbaum, E.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1253, ab. 9, 1932.)

Prueba de Levinson.—Fundándose en sus observaciones en muchos casos de meningitis tuberculosa y otros estados intracraneales, Gleich declara que la prueba de Levinson es útil. Días antes de descubrir los bacilos tuberculosos en el líquido cefalorraquídeo, cuando se descubrieron, o de que la autopsia confirmara el diagnóstico, la Levinson ya era positiva. En todos los casos de meningitis tuberculosa la reacción fué positiva. La prueba debe ser considerada junto con los antecedentes, observaciones físicas, y datos clínicos al hacer el diagnóstico. (La prueba se realiza así: colóquese 1 c c de líquido cefalorraquídeo en cada uno de dos tubos de ensayo de 8 mm de diámetro; agréguese a uno 1 c c de solución de cloruro de mercurio al 1 por ciento, y al otro 1 c c de ácido sulfosalicílico al 3 por ciento; agítense bien los tubos, tápanse, y déjense reposar a la temperatura ambiente por 48 horas. Al cabo de 24 y 48 horas mídase en milímetros la columna de precipitado en cada tubo, y cuando en el primer tubo es dos veces mayor que en el segundo, la prueba es considerada como positiva.) (Gleich, M.: *Am. Jour. Dis. Child.*, 1077, mayo, 1932.)

Glucorraquia.—Fundándose en 516 exámenes del líquido cefalorraquídeo en 217 niños con meningitis, Mogilnicki deduce que en la meningitis tuberculosa, hay siempre marcada hipoglucorraquia, pero normoglucemia. En la meningitis purulenta, disminuye el azúcar cefalorraquídeo, pero no tanto. En los casos epidémicos, la glucorraquia comienza a aumentar apenas se inicia la mejoría. En el meningismo sin meningitis, la cantidad de azúcar permanece normal o aumenta, lo cual reviste mucha importancia en el diagnóstico diferencial entre meningismo y meningitis tuberculosa. (Mogilnicki, T.: *Rev. Franç. Péd.* 353, 1931.)

Seroterapia.—Lyon recomienda que en los lactantes se introduzca el suero antimeningocócico en los ventrículos, extrayendo simultáneamente líquido del espacio subaracnoideo. Su serie comprende cinco casos. Hay que tener presente el peligro de ejercer demasiada presión en la cámara cefalorraquídea. La elevada mortalidad meningocócica en los lactantes parece justificar un procedimiento tan radical como el descrito. La producción de líquido en reacción al suero inyectado, pareció ser mayor que con otros métodos más sencillos. En las 48 horas consecutivas a la introducción de suero, se extrajo la menor cantidad posible de líquido, a fin de mantener una elevada concentración de suero. (Lyon, G. M.: *South. Med. Jour.*, 818, agto., 1932.)

POLIOMIELITIS

Estados Unidos.—Hasta el 1º de diciembre de 1931, se habían denunciado durante el año 4,125 casos de poliomiélitis en la Ciudad de Nueva York, y 1,968 en el resto del Estado, o sea un total de 6,093 casos. De esos, 34 y 31, respectivamente, corresponden al primer semestre del año. La cúspide de la epidemia parece corresponder a la semana terminada el 5 de septiembre, en que se denunciaron 206 casos fuera de la Ciudad de Nueva York. En la semana terminada el 5 de diciembre sólo se denunciaron 14 casos. Los informes de esta reseña se basan en un estudio preliminar de los datos disponibles, comprendiendo 1,789 casos denunciados después del 1º de julio. De ellos, 43.5 por ciento eran urbanos, y 56.5 por ciento rurales, comparado con una proporción de 63 y 37 por ciento de población respectiva. Un 67.2 por ciento de los casos recayeron en menores de 10 años, 33.7 por ciento en menores de 5 años, y 33.5 por ciento en niños de 5 a 9 años. Entre los varones, hubo algunos casos más entre los de 5