

Desvitalización de los neumococos.—Ross ⁷² comunica que los neumococos cultivados en leche pueden ser desvitalizados a una temperatura de 60° C. y servir todavía para preparar vacunas bastante eficaces por vía bucal. Sin embargo, las desvitalizaciones mejores correspondieron a neumococos virulentos desecados y disociados mecánicamente (en un mortero de ágata), a los matados con ácido clorhídrico, y a los disueltos en bilis o en glicocolato de sodio y filtrados por Berkefeld. Fué alentadora la rapidez con que se presentó inmunidad específica para tipo después de la vacunación bucal con esos neumococos desvitalizados. La resistencia ya reveló aumento a las 48 horas de ingerir el material, y puede a veces distinguirse al cabo de 24 horas. En las pocas pruebas clínicas hechas hasta ahora, Ross no observó malestar alguno tras la ingestión de neumococos matados con ácido, a dosis mucho mayores que si se hubieran calculado tomando por base el peso. Las investigaciones de Ross sobre el asunto comenzaron en 1926, y desde entonces ha publicado varios trabajos.

Autohemoterapia.—Taylor ⁷³ probó en 38 casos consecutivos de neumonía las inyecciones intrapulmonares de sangre íntegra y autóctona. De los 38 murieron 12, ó sea 31.5 por ciento. La mortalidad neumónica en la división de Guatemala promedió 39.9 por ciento en los años 1922-1927. Las inyecciones, pues, no rindieron efecto contraproducente y quizás fueran beneficiosas.

MENINGITIS

Estados Unidos.—Williams ⁷⁴ declara que los informes recibidos por el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos para los últimos cinco años indican que ha habido un aumento gradual en el número de casos de meningitis meningocócica. El coeficiente ha aumentado en el área de registro de los Estados Unidos, de 0.4 por 100,000 en 1910, a 3.9 en 1917. Luego disminuyó, para aumentar nuevamente de 1.6 en 1927 a 2.6 en 1928. Las estadísticas para 1929 no están completas todavía, pero revelan coeficientes muy distintos para diversas partes del país. El número de casos en los últimos cinco años ha sido: 1925, 1,859; 1926, 2,226; 1927, 3,204; 1928, 5,781; y 1929, 9,660. No se pretende que estas estadísticas sean completas. El problema de control de la meningitis es sumamente difícil. Al parecer lo más importante es: Rápido reconocimiento de los casos; pronta notificación a las autoridades de higiene; supresión del hacinaamiento; mantenimiento de la resistencia física; esterilización de los

⁷² Ross, V.: Jour. Exper. Med. 51: 585 (ab.) 1930.

⁷³ Taylor, K. P. A.: XVIII An. Rep. U. F. Co. Med. Dept., 1929, p. 125.

⁷⁴ Williams, R. C.: Pub. Health Rep. 29: 1658 (jul. 18) 1930.

platos y utensilios de mesa; abundancia de aire puro y de sol para portadores y convalescientes.

Estudio clínico.—Smithburn y colaboradores⁷⁵ estudian una serie de 144 casos de meningitis meningocócica observados durante la epidemia que comenzara en la ciudad de Indianapolis, E. U. A., en noviembre de 1929. En los casos fulminantes, la administración intratecal de suero parece insuficiente, aun mejorando rápidamente el líquido cefalorraquídeo. Los signos de infección orgánica parecen indicar inyección intravenosa del suero, si bien pueden presentarse reacciones anafilácticas peligrosas. De 119 enfermos, en 63.8 por ciento el hemocultivo fué positivo para meningococos. Se observa una notable relación entre la frecuencia de petequias, el porcentaje de hemocultivos positivos y la mortalidad. La eficacia del suero puede guardar relación con la fase de la epidemia en que se emplea. La mortalidad por edades varió de 48 por ciento a la edad de 10 a 20 años, y 50 por ciento a la edad de 5 a 10 años, a 80 en los menores de un año y de 20 a 30 años, y 100 por ciento en los mayores de 50 años. Tres enfermos murieron antes de poder tratárseles en el hospital y 25 dentro de 24 horas de ingresar, cuando sólo habían recibido un tratamiento. De los 92 muertos, sólo 25 habían estado en el hospital más de 72 horas.

Filipinos.—Un estudio⁷⁶ realizado en los puertos de Honolulu, Seattle, y San Francisco, E. U. A., con respecto a la frecuencia de casos de meningitis en filipinos llevados a esos puertos, revela lo siguiente: San Francisco, 1928, 9 casos y 3 muertes, 1929, 58 y 22, 1930 hasta mediados de agosto, ninguno; Seattle, ninguno, 83 y 18, 2 y 1; y Honolulu, 14 y 2, 136 y 55, y 17 y 4, respectivamente. El total llega a 319 casos y 105 muertes, o sea una mortalidad de 33 por ciento, lo cual es bastante bajo. El mayor número de casos en un buque fué de 43, lo cual representa aproximadamente 6 por ciento de los pasajes de tercera.

Distribución en tipos.—En el Laboratorio Higiénico del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, Branham⁷⁷ clasificó 155 razas de meningococos aislados en los últimos 18 meses. De ellos un 90.8 por ciento correspondieron a los 4 grupos de Gordon, en tanto que un 9.2 por ciento parecían quedar fuera de ellos. Una comparación con los años epidémicos 1918-19 revela hoy día mayor predominio de los tipos I y III (que para muchos forman el mismo grupo), disminución marcada del tipo II, marcado aumento del tipo IV, y disminución del número de razas sin clasificar.

Nuevo microbio meningococoides.—De 155 razas meningocócicas recibidas en el Laboratorio Higiénico en Washington, E. U. A.,⁷⁸

⁷⁵ Smithburn, K. C., y otros: Jour. Am. Med. Assn. 95: 776 (sobre 13) 1930.

⁷⁶ Geiger, J. C.: Calif. & West. Med. 32: 322 (mayo) 1930.

⁷⁷ Branham, Sara E.: Pub. Health Rep. 45:1131 (mayo 16) 1930.

⁷⁸ Branham, Sara E.: *id.*, 845 (ab. 18) 1930.

durante 1928-29, 90.8 por ciento pudieron ser identificadas según la clasificación de Gordon y Murray, en tanto que el restante 9 por ciento, representando 14 razas, no correspondían a los cuatro grupos serológicos reconocidos, y no eran aglutinadas por ninguno de los sueros polivalentes estudiados, formando un grupo antigénico homogéneo, cada cepa del cual era aglutinada por antisueros preparados de las demás del grupo. Las 14 cepas procedían de un brote observado en la ciudad de Chicago en 1928, y formaban parte de un grupo mayor, de 47, del cual 33 eran típicas. Morfológicamente, las 14 cepas no pueden distinguirse de los otros miembros del género *Neisseria*, pero se diferencian en la producción de pigmento, falta de acción fermentante, y como se ha dicho, en relación antigénica. La autora propone el nombre de *Neisseria flavescens* para la nueva especie. Como ésta no se halla representada en ninguno de los sueros polivalentes manufacturados ahora, y como la mortalidad en esos casos fué por lo menos de 30 por ciento, vale la pena considerar la frecuencia de ese microbio en la meningitis epidémica.

Líquido cefalorraquídeo.—Ferris y Stookey⁷⁹ estudiaron el líquido cefalorraquídeo en 45 casos de meningitis epidémica, en los cuales la mortalidad llegó a 40 por ciento. La numeración globular media al ingreso fué de 16,903, el máximo de 57,000, y el mínimo de 415; y en 14, de 20,000 o más. En casi todos los casos había 95 por ciento o más de leucocitos polimorfonucleares. El meningococo fué identificado en todos, menos uno, que había recibido suero meningocócico. La fórmula leucocitaria promedió 22,609, oscilando entre 45,000 y 4,000. De los 27 enfermos que se repusieron, al terminar el tratamiento la numeración globular en el líquido era en 2 de 6,300 y 2,650, y en el resto entre 90 y 1,800, y el porcentaje polimorfonuclear de 87 y 66 en los 2 primeros, y en el resto de 13 a 90, con un promedio de 53.6. Para los autores, el cese del tratamiento está indicado por un líquido abacteriano, con una numeración total de unos 1,000, y con 50 por ciento o más de linfocitos en el recuento diferencial.

Tratamiento de la forma supurada.—Mann⁸⁰ hace notar que el pronóstico en la meningitis supurada es todavía desfavorable. Hay numerosas terapéuticas, a saber: punción lumbar, administración de suero, próteo y seroterapia, y metenamina, pero la última puede evocar complicaciones nerviosas. Otro tratamiento consiste en irrigar con suero fisiológico o solución de Ringer el espacio subaracnoideo tras la punción lumbar o suboccipital. La última, sin embargo, permite acceso mejor al foco, pero es más peligrosa. Casi siempre hay que repetir la irrigación cada día o 2 días. En 3 casos del autor, la irrigación aclaró el líquido cefalorraquídeo; en 2 más, no bastó con irrigar por vía lumbar y hubo que destruir las adherencias

⁷⁹ Ferris, C. R., y Stookey, P. F.: Mo. St. Med. Assn. Jour. 27:98 (mzo.) 1930.

⁸⁰ Mann, W.: Deut. med. Wchnschr. 56: 1306 (agto. 1) 1930.

del agujero mayor con irrigaciones suboccipitales en uno, y en el otro, en que no se utilizó ese método, el desenlace fué fatal. El líquido obtenido por vía suboccipital acusó más alteraciones patológicas que el obtenido por vía lumbar. El obtenido durante la reposición reveló siempre coagulación en tela de araña de 2 a 4 horas tras la extracción, patentizando que ese signo no es diacrítico de meningitis tuberculosa.

Paratifoidea-enteritis.—En la literatura aparecen 15 casos de meningitis en que se aislaron bacilos del grupo paratifoentérico, a los cuales Lynch y Shelburne⁸¹ agregan otro. La mayor parte de los enfermos fueron niños, y todos los de un año o menos de edad murieron, incluso el de los autores. En todos los casos anteriores en que se hicieron hemocultivos, éstos resultaron positivos, pero en el actual fueron negativos los autópsicos.

Bacilo de Pfeiffer.—Entre 3,000 lactantes observados por Pelfort⁸² durante 6 años, 39 padecían de meningitis supurada: producida por el meningococo en 18, por el bacilo de Pfeiffer en 10, por el neumococo en 8, y por bacterias sin identificar en 3 casos. En 13 casos que corresponden a los últimos 3 años, el factor fué el neumococo en 4, el bacilo de Pfeiffer en 3, el meningococo en 3, y bacterias sin identificar en 3.

Forma purulenta debida al bacilo de Pfeiffer.—Para Mogilnicki,⁸³ la meningitis purulenta es más frecuente en los lactantes que en adultos. La intervención del bacilo de Pfeiffer no es muy rara, y el pronóstico es malo. Los síntomas clínicos no varían de los de las otras formas de la meningitis purulenta, y sólo el examen del líquido cefalorraquídeo pondrá en claro la etiología. Para el autor, la meningitis purulenta producida por el bacilo de Pfeiffer es más frecuente en los niños judíos que en los cristianos, y en los varones que en las mujeres. La enfermedad puede presentarse como complicación de la influenza.

Tratamiento.—Starlinger⁸⁴ dice que sus estudios en animales revelaron la inutilidad de las dosis masivas de metenamina en la meningitis purulenta. Una combinación de la solución al 40 por ciento por vía suboccipital y al 10 por ciento por vía venosa con la punción cisternal, sólo surtió efecto en uno de 4 casos de meningitis estreptocócica experimental. Ocho animales murieron a consecuencia de una meningitis con piocefalia, ya tratados o no. El tratamiento no pareció hacer mal en ningún caso.

Seroterapia en la meningitis neumocócica.—González Olaechea⁸⁵ cita 2 casos de meningitis neumocócica en que la seroterapia precoz

⁸¹ Lynch Jr., F. B., y Shelburne, S. A.: Am. Jour. Med. Sc. 179:411 (mzo.) 1930.

⁸² Pelfort, C.: Arch. Lat.-Am. Ped. 23:901 (dbre.) 1929.

⁸³ Mogilnicki, T.: Rev. Fran. Péd. 5:717 (dbre.) 1929.

⁸⁴ Starlinger, F.: Archiv klin. Chir. 156:474 (dbre.) 10) 1929.

⁸⁵ González Olaechea, M.: Crónica Méd. 47:29 (fbro.) 1930.

afectó favorablemente el pronóstico. En el primer caso el diagnóstico parece algo dudoso. Para el autor, siempre que en el curso de una neumococia se observa el menor signo meningítico, se debe poner en práctica sin tardanza la seroterapia intrarraquídea y subcutánea.

Bloqueo raquídeo.—Según las observaciones de Stookey y colaboradores,⁸⁶ la causa más frecuente del bloqueo raquídeo como complicación de la meningitis epidémica, consiste en una inflamación de la médula. En esos casos deben instituirse el drenaje y la instilación del suero de Flexner por la cisterna magna, con la inyección intravenosa de dextrosa al 50 por ciento, con mira a mermar el edema medular.

ENCEFALITIS

Brote en una población de los Estados Unidos.—En la población de Nueva Albany, Estado de Indiana, E. U. A., denunciaron 21 muertes de encefalitis epidémica del 1º al 15 de septiembre de 1930. No se conoce el número de casos. Todas las muertes menos una fueron en personas de más de 63 años, y 90 por ciento en varones. No se observó historia de contacto, salvo en un enfermo que había visitado al hermano, también afectado, y ambos murieron. Para los médicos, la encefalitis se debía a influenza de forma nerviosa. (*Pub. Health Rep.* 45:2748 (nbre. 7) 1930.)

Etiología.—Ante la Academia de Medicina de París, Aldershoff⁸⁷ describió sus experimentos sobre la etiología de la encefalitis epidémica, que para él es idéntica a la poliomiélitis aguda y debida a una monilia que descubrió en la garganta de los enfermos. Al ser inoculado en los conejos y monos, el microbio hizo aparecer los síntomas y lesiones de las dos enfermedades y pudo ser aislado después en el cerebro y médula espinal. Estas observaciones están aun por comprobar.

Bacteriología y terapéutica.—Stewart y Evans⁸⁸ aislaron el bacilo de Pfeiffer de los cultivos nasofaríngeos en 100 por ciento de los enfermos de encefalitis crónica estudiados. El suero aglutinó la raza Hammett de dicho bacilo en 100 por ciento, y la floculorreacción fué también siempre positiva. Hasta ahora, ningún otro microbio comprobado ha revelado una aglutinación tan constante. Los cultivos aislados de 18 enfermos no sólo aglutinaron el suero del respectivo enfermo, sino también la raza Hammett. En la serie de testigos el bacilo de Pfeiffer fué aislado en 46 por ciento de los cultivos nasofaríngeos, pero 114 de 122 sueros no encefalíticos ni aglutinaron ni flocularon el bacilo. De 20 casos de parkinsonismo encefalítico

⁸⁶ Stookey, P. F., Elliott, B. L., y Teachenor, F. R.: *Jour. Am. Med. Assn.* 95:106 (jul. 12) 1930.

⁸⁷ Carta de París: *Jour. Am. Med. Assn.* 95:59 (jul. 5) 1930.

⁸⁸ Stewart, W. B., y Evans, M. J.: *Am. Jour. Med. Sc.* 180: 256 (agto.) 1930.