

habían disminuido los dolores de espalda y la tos, la temperatura continuaba elevada y los síntomas bronquiales persistían.

Por interrogatorio nos enteramos que el día 11 (segundo día de enfermedad) había tenido una epistaxis bastante copiosa. Nos llamó esto la atención y exploramos al enfermo con más detenimiento pudiendo reunir con ello los siguientes síntomas: lengua saburral, limpia en bordes y punta, intenso gorgoteo en fosas ilíacas y hepatomegalia; sospechando una Eberthiana pedimos auxilio al laboratorio que nos dió el siguiente informe:

Hemocultivo: negativo.

Seroaglutinación: positiva al Eberth al 1 por 400.

Leucocitos: 7.100 por milímetro cúbico.

Fórmula: N. 57; L. 38; M. 5; E. 0.

En vista de estos resultados inyectamos al día siguiente (14 de marzo) un inyectable de Yodismut, disminuyendo en seguida la fiebre y mejorando el estado general simultáneamente a los síntomas bronquiales. Se repite la inyección a los cuatro días apareciendo después de ésta una rápida lisis que duró unas 48 horas.

Consideramos este caso de mucho interés por la mejoría que pudimos apreciar de los síntomas respiratorios, ya que siendo este aparato tan asequible a la exploración la mejoría que apuntamos no nos dejó lugar a dudas de que el tratamiento instituido influía en todas las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

En todos los casos citados hemos seguido la misma técnica, que ha consistido en aplicar una inyección de 3 c. c. de Yodismut, sin tener en cuenta la edad del paciente, cada dos o tres días, retrasando más las siguientes inyecciones si fueron necesarias, dando, por tanto, las últimas cada cuatro o cinco días hasta la remisión total de la temperatura.

Hemos procurado alimentar lo más completa y variadamente posible a todos los enfermos, permitiéndoles una alimentación casi normal, exceptuando a los que presentaron trastornos digestivos, a los cuales se les indicó un régimen dietético más restringido y adecuado a su sintomatología intestinal.

Como tratamiento sintomático hemos usado, sobre todo en los primeros días, el piramidón, permitiendo solamente su uso una o dos veces al día a razón de un comprimido de 0,10 gr. cuando la temperatura era superior a los 39°. Una vez instituido el tratamiento con yodobismutato de quinina, suspendímos a ser posible el antitérmico para no influenciar con su uso la curva térmica.

En la mayoría de los enfermos se ha indicado también, principalmente en los últimos días de enfermedad y durante la convalecencia, algún preparado de vitamina A y D.

En muy pocos se ha usado también la vitamina C.

Asimismo hemos usado también vacunas específicas por vía oral, más como medio sugestivo de los familiares que como tratamiento eficazmente activo, pues, al menos en nuestra práctica, no hemos visto nunca con su uso ninguna acción curativa en casos con ella tratados.

Los resultados obtenidos con esta técnica podemos resumirlos en los siguientes puntos:

1.º El término medio de duración de la enfermedad a contar desde la primera inyección de Y. B. Q. aplicada, ha sido de once días.

2.º No se ha observado ninguna complicación o recaída en ninguno de los casos tratados.

3.º Tampoco se ha tenido que apuntar ningún síntoma de intoxicación bismútica durante el tratamiento, aun en los más prolongados no apreciándose

ni un sólo caso de albuminuria ni estomatitis que son las manifestaciones tóxicas más frecuentemente registradas en el curso de los tratamientos con preparados bismúticos.

4.º En todos los casos incluso en los de más duración la mejoría del estado general fué evidente y precoz.

5.º En los casos en que el tratamiento pudo ser precoz (en fase bacteriémica) los resultados fueron brillantes obteniéndose la remisión térmica en lisis muy rápida, en algunos casi en crisis.

6.º Los casos en que por diversas circunstancias se demoró el tratamiento se prolongó más la enfermedad, pero continuando en forma de un período anfibólico acompañado siempre de estado general inmejorable.

No dejamos de reconocer que la casuística presentada es excesivamente limitada. Por esto no tenemos la pretensión, que resultaría ridícula, de presentar o mejor de recordar, ya que no somos los primeros de haber puesto en práctica el método, a nuestros colegas el yodobismutato de quinina como una verdadera quimioterapia específica de la fiebre tifoidea. No obstante, estamos convencidos de que si se puede ampliar la experiencia clínica tan sólo esbozada con estos pocos casos se llegarán a resultados que pueden ser muy interesantes, pues creemos que los apuntados aquí son francamente alentadores.

Por otra parte nos falta comprobación experimental *in vitro* sobre el modo de acción del medicamento frente a cultivos de bacilo de Eberth, estudio que esperamos emprender muy pronto.

Para terminar, nos resta únicamente dar aquí las gracias al doctor J. RAMÓN MASERAS por la colaboración inteligente, entusiasta y desinteresada que nos ha prestado en todo momento desde su laboratorio ya que le debemos la casi totalidad de análisis citados en los cuales hemos fundado la mayoría de nuestros diagnósticos.

## MENINGITIS SEROSA INFECCIOSA AGUDA

*Meningitis serosa aséptica. Meningitis serosa epidémica*

B. PÉREZ MORENO

DEFINICIÓN. — Es una enfermedad infecciosa aguda, de presentación epidémica, comienzo brusco con signos de irritación meníngea, curso breve y terminación favorable, que ofrece numerosos casos leves y fácilmente ignorados. Tiene estrechas relaciones con la encefalitis letárgica, de la que, probablemente, es una forma particular.

HISTORIA. — El año 1925, WALLGREN y GUNNER observan la primera epidemia de esta enfermedad, que presentan como una nueva afección infecciosa, independiente, *sui generis*, sin relación, ni etiología, ni epidemiología, con ninguna otra. Por no

comprobar la existencia de gérmenes en 1. c. r. la designan, incluso, meningitis serosa aséptica.

Seis años más tarde, 1931, ECKSTEIN observa en Düsseldorf otra epidemia y, ante la negatividad de las investigaciones bacteriológicas, inicia su estudio experimental. Logra transmitir la enfermedad al mono ocasionándole lesiones identificables con las de encefalitis letárgica.

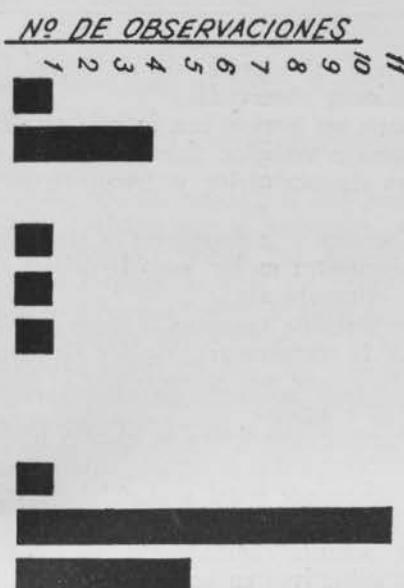


Fig. 1

Recientemente, en Kassa, del antiguo condado húngaro de Abauj-Torna, RUDOLF V. ENGEL, a continuación de una epidemia de encefalitis y mielitis, cuyos primeros casos comenzaron en 1939, tiene ocasión de observar otra segunda epidemia de meningitis serosa cuyas características clínicas son identificables con las observadas ya por WALLGREN. No cita los trabajos de ECKSTEIN y considera la enfermedad como una entidad infecciosa independiente, *sui generis*, como WALLGREN.

Hace unas semanas he informado sobre los veinte primeros casos que he observado de esta enfermedad a partir del verano de 1942. Al principio pensaba en formas frustradas de encefalitis letárgica, acentuándose más tal opinión a medida que observé nuevos casos, hasta que la observación núm. 9, con síntomas predominantemente meningíticos, encauzó mi investigación bibliográfica en este sentido, hallando las publicaciones de ECKSTEIN que aportaron una prueba experimental y otras clínica y epidemiológica a mi primitiva interpretación del cuadro que venía observando. Posteriormente, el conocimiento de las observaciones de WALLGREN y R. V. ENGEL y la observación de nuevos casos idénticos a los suyos me ha movido, primero a informar sobre los veinte primeros casos y, ahora, a hacer este estudio de la enfermedad.

**EPIDEMIOLOGÍA.** — Hasta este momento he observado veinticinco casos cuya distribución en el transcurso del año puede verse claramente en el gráfico núm. 1, en el que se advierten dos ondas: una otoñal con casos predominantemente encefalíticos, y otra primaveral, más saliente, en la que los casos

presentaron predominantemente síntomas meningíticos y algunos combinados.

En una familia atacada, compuesta de los padres, cinco hijos y la servidumbre, solamente ha afectado a tres hijos, de ocho a dieciséis años, estudiantes en diversos centros (dos en la Escuela de Comercio y uno en el Colegio de Nuestra Señora de Lourdes), quedando libres los padres, los sirvientes y dos niños de tres años (observación número 24).

Los dos internados donde he hecho el mayor número de observaciones comprenden niños de 8 a 16 años y de 6 a 18 años, el otro. En ellos la edad más afectada ha sido la de 11 y 12 años, como se ve en el gráfico número 2.

De las 25 observaciones, 23 son en varones y sólo dos en hembras, pero hay que consignar que ambos internados eran de niños y una de las niñas atacadas es hija del director de uno de ellos.

La evolución de la epidemia en las Escuelas de Cristo Rey ha sido: un caso de comienzo en agosto de 1942, seguido veinte días después de cuatro casos más, mientras muchos escolares presentaban herpes labial; un pequeño brote invernal y un último brote, más intenso, en la primavera de 1943, acompañado también de numerosos casos de herpes.

En el Colegio La Providencia hubo un primer caso en diciembre de 1942 y en primavera, casi simultáneamente nueve enfermos, a la vez que había muchos niños con herpes labial. Se hace simultáneamente una encuesta entre los niños considerados sanos y se hallan en más de la mitad signos meningíticos, con lo cual se comprueba la existencia de numerosísimos casos ignorados.

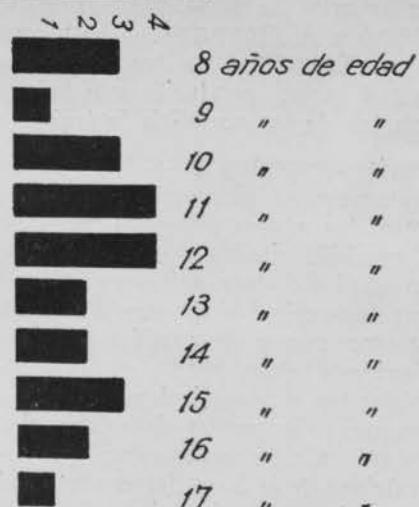
Nº DE CASOS

Fig. 2

El contagio se verificaría de enfermo a sano, jugando extraordinario papel los casos de infección silenciosa, cuya numerosísima frecuencia pude comprobar mediante una encuesta entre niños sanos del Colegio La Providencia, investigando la existencia de cefalalgie, signo de Kernig y rigidez de nuca, hallando afectados más de 55 por 100, como puede apreciarse en el cuadro número 1. Tan alta proporción de enfermos ambulatorios, quita importancia al papel que puedan desempeñar los posibles portadores de gérmenes.

Cuadro núm. 1. — RESULTADO DE LA ENCUESTA VERIFICADA ENTRE NIÑOS NORMALES DEL COLEGIO LA PROVIDENCIA, DE VALLADOLID

Fecha	Núm. de niños	Kernig			Rigidez de nuca		Cefalea	
		Negativo	Positivo débil	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo
21-V-43.	25	11 (44 %)	6 (24 %)	8 (32 %)	21 (84 %)	4 (16 %)	21 (84 %)	4 (16 %)
25-V-43.	102	46 (45,19 %)	25 (24,5 %)	31 (30,39 %)	70 (68,67 %)	32 (31,37 %)	77 (75,5 %)	25 (24,5 %)
Total...	127	57 (44,88 %)	31 (24,4 %)	39 (30,7 %)	91 (71,6 %)	36 (28,34 %)	98 (77,16 %)	29 (22,83 %)

No tengo datos para señalar la puerta de entrada en el organismo, pareciéndome lógica la transmisión por gotitas, infectando las vías aéreas.

Digna de hacerse notar es la relación epidemiológica entre la meningitis serosa aguda y la encefalitis letárgica, que, ya se presentan al mismo tiempo, ya la encefalitis precede a la meningitis, como la primera onda a la segunda de una misma epidemia.

**ETIOLOGÍA.**— La forma de presentarse, su evolución y los experimentos de Eckstein ponen en evidencia que esta enfermedad se debe a una causa infecciosa.

En otro lugar tomo en consideración la teoría de que esta enfermedad es una forma particular de la encefalitis letárgica. Conocidos de todos son los trabajos de DOERR, LEVADITI, LUGER, etc., que tratan de identificar el virus productor de la encefalitis letárgica con el que ocasiona el herpes labial. Esta afección, uno de los nexos clínicos entre encefalitis y meningitis serosa aguda, podría también considerarse como expresión común de una idéntica etiología.

En todas las investigaciones el l. c. r. de los enfermos (el de los míos ha sido estudiado por los doctores ZAPATERO y A. ORTEGA), se ha mostrado estéril. Empero, ECKSTEIN ha logrado transmitir la enfermedad al mono, produciéndole lesiones identificables con las de la encefalitis letárgica.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA.**— No existen más estudios anatopatológicos que los verificados por ECKSTEIN en los monos y los hallazgos en aquellos enfermos, también citados por él, fallecidos con el diagnóstico clínico de meningitis serosa aguda y cuyo diagnóstico de sección fué de encefalitis letárgica.

Unos y otros ponen de manifiesto la identidad de ambas afecciones, consistiendo en hiperemia de las meninges blandas y focos inflamatorios que afectan principalmente a las masas de substancia gris que rodean el ventrículo, la región subtalámica, el tálamo y demás núcleos de la base del cerebro y del bulbo raquídeo, con demostración microscópica de infiltrados linfocitarios rodeando a manera de manguito las paredes venosas y precapilares.

**CUADRO CLÍNICO.**— *Incubación.*— El intervalo entre los dos primeros casos de la onda otoñal fué de veinte días, el de los de la onda primaveral, un mes. A pesar de ello, la existencia de numerosos casos de evolución silenciosa resta valor a estas cifras.

El cuadro clínico ofrece variaciones, principalmente por la distinta intensidad de su sintomatología y menos por el predominio de determinado grupo de síntomas.

Describiré la forma más frecuente de la afección,

señalando finalmente, al repasar los síntomas, las principales desviaciones observadas.

El comienzo suele ser brusco, con intensa cefalea, sensación vertiginosa o vértigos, fiebre de 38 a 39° acompañada o no de escalofríos y frecuentemente vómitos.

El enfermo se acuesta y le desaparece la sensación vertiginosa y se encuentra mejor, pero la cefalea sigue, a veces, más intensamente.

La exploración descubre taquicardia superior a la que corresponde a la temperatura, rigidez de nuca, Brudzinski y Kernig, que nos hacen sentar el diagnóstico de meningitis aguda.

Por punción lumbar obtenemos en chorro hipertenso, líquido céfalorraquídeo de aspecto enteramente normal, que nos sorprende y del cual el laboratorio halla datos también normales.

La mejoría se instaura rápidamente, suprimiéndose los síntomas subjetivos en un par de días. Los niños se levantan antes de que hayan desaparecido la rigidez de nuca y el signo de Kernig, encontrándose bien unas veces, y otras teniendo que volver a acostarse por la reaparición de vértigos, vómitos y, con menos intensidad, cefalea.

La sintomatología más rica y notable la da, como es de suponer, el sistema nervioso. Es constante la presentación de cefalea, de intensidad casi siempre acusada, localizada algunas veces principalmente en región frontal, con menor frecuencia en regiones temporales u occipital y, la mayoría de las veces, generalizada. Es el síntoma de que se quejan con más frecuencia los enfermos y no falta en ningún caso.

Síntomas menos frecuentes son los vértigos y sensación vertiginosa.

En los primeros enfermos, de formas predominantemente encefalíticas, era el síntoma que motivaba la consulta, junto con la cefalea. Se presentan al principio de la enfermedad e impiden la continuación de la vida normal. La pérdida del equilibrio hace caer a los enfermos cuando están en pie. Si están sentados les obliga a acostarse, descargándose los enfermos de su penosa sensación, manifestándolo muy bien en la cara, que parece como si se les aclarara cuando se acuestan. Otras veces la sensación vertiginosa se presenta al final de la enfermedad cuando los enfermos se levantan prematuramente.

Los dolores a lo largo del raquis son otro síntoma que aquejan frecuentemente los enfermos, presentándose principalmente cuando ya declina la enfermedad.

En la exploración se hallan con mucha frecuencia alteraciones del equilibrio, comprobándose la existencia de Romberg "sensibilizado", explorándolo haciendo colocar al enfermo un pie tras otro.

El signo de Kernig está a menudo más acentuado en el lado izquierdo.

La rigidez de nuca y el Brudzinski, junto con el Kernig, son los síntomas que nos guían en el diagnóstico y el curso de la enfermedad.

Generalmente la rigidez de nuca es el síntoma que persiste más tiempo durante la convalecencia.

Las variaciones de los reflejos tendinosos y cutáneos no son constantes ni ofrecen nada notable.

Algunas veces he comprobado trastornos de los nervios oculares (miosis con reacción perezosa a la luz. Ptosis del párpado superior). Observaciones números 5 y 7.

Alguna vez se observa hipertonia muscular y otras veces mialgias.

Por parte del sensorio es casi constante cierto cambio de carácter, que se hace más sentido, dulce, incluso mimoso y llorón. En algunas ocasiones he observado estupor, el cual fué intenso, aunque corto en dos enfermos (observaciones números 11 y 12).

El líquido cefalorraquídeo al principio de la enfermedad sale a chorro fuerte, evidentemente hipertensivo. Esta hipertensión disminuye más rápidamente que los demás síntomas. Aunque otros autores citan que pueden existir variables alteraciones en el líquido cefalorraquídeo, en mis enfermos su aspecto era normal y su composición aproximada al principio de la enfermedad era la siguiente (observación número 9): Urea, = 0,28. Cloruro sódico, = 6,20. Albúmina, = 0,31. Glucosa, = 0,68. Células, 9 por milímetro cúbico. Polinucleares, 7. Linfocitos, 93. Examen bacteriológico, negativo.

Al final de la enfermedad y en las recidivas: Globulinas (Nonne-Apelt, Pandy y Weichbrodt) = negativas. Albúmina, = 0,40. Células, 3 por milímetro cúbico. No se observan gérmenes.

Es casi constante la taquicardia al principio de la enfermedad.

Son frecuentes los vómitos al principio de la enfermedad y en la convalecencia, cuando los enfermos se levantan prematuramente.

Por parte del aparato respiratorio es frecuente observar rinofaringitis. Pero también algunos enfermos ofrecen sintomatología pulmonar incierta (observaciones números 11, 12 y 19), que para su interpretación hay que tener en cuenta que, simultáneamente observábamos casos de típicas pulmonías lobulares con los clásicos síntomas de foco completamente evidentes y, además, otros casos en los que no podíamos más que suponer, con más o menos fundamento, la existencia de focos neumónicos centrales, que curaban sin habernos esclarecido el diagnóstico. Lo importante en esta ocasión es notar que algunos de los meningíticos de que tratamos presentaban signos subjetivos y objetivos, que nos hacían pensar en la pulmonía antes que en un proceso meníngeo, y, después, solamente éste se confirmaba.

Las temperaturas al principio suelen ser altas (alrededor de 39°), pero después y en muchos casos son subfebres y normales.

Por parte de la piel se presenta al comienzo o a los pocos días de enfermedad, herpes labial.

En una observación (número 19) apareció en un solo brote un exantema papuloso, de elementos parecidos a las picaduras de chinches, extendido princi-

palmente por la cintura escapular, tronco, raíces de los miembros y con menos intensidad en resto de los miembros, cuello y cara, dejando libre el cuero cabelludo.

Este exantema fué palideciendo, desapareciendo sin descamación.

#### FRECUENCIA DE LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS

N.º de enfermos	Cefalea	Vértigos	S. de Kernig	Rigidez de nuca	Vómitos iniciales	Herpes labial	Alteraciones oculares
25	25	13	23	22	5	9	3

**FORMAS CLÍNICAS.** — Entre las veinticinco observaciones recogidas, sin duda ninguna del mismo proceso, la mayoría ofrecen un cuadro predominante meningítico, en el que destacan la cefalea y los signos de irritación meníngea. Pero hay otras en las que predominan sobre todo los vértigos y sensación vertiginosa, acompañados de cefalea, casi siempre de intensidad menos acusada, los cuales son identificados con la encefalitis letárgica de forma frustrada. Algunos de estos casos han presentado alteraciones oculares (ptosis, miosis y reacción perezosa a la luz) y en casi todos ha aparecido herpes labial.

Las formas benignas, que no obligan al enfermo a interrumpir su vida normal son numerosísimas. Más arriba consigno el resultado de una encuesta verificada entre los niños sanos del Colegio La Providencia, en los que hallé síntomas de irritación meníngea en más del 55 por 100.

**EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.** — La enfermedad dura, aproximadamente, una semana. Los dos o tres primeros días son de cierta alarma por la elevación de la temperatura y la intensidad de los síntomas meníngeos; después, la mejoría se instaura rápidamente y casi siempre los enfermos se levantan sin que hayan desaparecido todavía los síntomas objetivos, siendo frecuente que se vean obligados a guardar cama de nuevo por la reaparición de las cefaleas, de los vértigos o de raquialgias.

Todos los casos curan por completo, incluso los que recidivan, sin que se presenten complicaciones ni secuelas.

**DIAGNÓSTICO.** — Ha de fundarse en el dato epidemiológico de la coincidencia de hermanos o compañeros afectos del mismo síndrome, en el resultado negativo del análisis del líquido cefalorraquídeo y en la benignidad del proceso, que cura tras breve curso.

**MENTINGITIS SEROSA AGUDA Y ENCEFALÍTICA LETÁRGICA.** — He llegado al diagnóstico de meningitis infecciosa aguda después de una serie de casos considerados como formas abortivas de la encefalitis letárgica.

El estrecho contacto que tengo con las dos colectividades infantiles donde he hecho la mayoría de mis observaciones me ha facilitado el estudio de muchos de los casos que de otra manera habrían pasado desapercibidos, así como la relación de unos con otros. De otra manera no hubieran llegado a mí, probablemente, más que los de síntomas más acusados, sobre todo los de tipo meníngeo, con los cuá-

les, casi seguramente, no habría relacionado tal cual enfermo "gripcal" con signos algo raros, fugacísimos y sin interés momentáneo.

Además, una circunstancia fortuita, el que el primer caso consignado padeciera en los días precedentes un forúnculo de cara, que me hizo ponerle en la más atenta observación, me facilitó la advertencia de estos cuadros.

El síntoma sobresaliente eran los vértigos que le hacían caer al suelo en medio de sus juegos u ocupaciones. Su desaparición al pasar a la posición horizontal descartaba la enfermedad de Menière. La ausencia de fiebre y la poca intensidad de la cefalea me tenían perplejo respecto a la causa del síndrome. Llegué a pensar en la existencia de simulación. El doctor GAVILÁN, catedrático de Otorrinolaringología, no halló nada anormal en el oído interno, pero descubrió la existencia de Romberg "sensibilizado", explorándolo haciendo que el enfermo pusiera un pie tras otro, lo que nos probaba la existencia cierta de una lesión orgánica. La aparición posterior de herpes labial en el enfermo y en otros escolares y, mucho más, la presentación de otros casos del mismo síndrome, me convencieron de la existencia de una causa común infecciosa y, entre todas las infecciones, la encefalitis letárgica era la que se me ofrecía más verosímil, por el herpes labial y porque sus lesiones del diencéfalo, núcleos de asociación de la vía cerebelosa, podían explicar la existencia del Romberg "sensibilizado" y de los vértigos, así como de las alteraciones oculares de algunos casos.

Faltaba la confirmación. El laboratorio no nos ofrece ninguna prueba patognomónica, pero sí puede darnos nuevos datos que completen nuestro juicio. Como no disponía de laboratorio propio y a los que amablemente se nos habían ofrecido me resistía a acudir sin motivo justificado plenamente en la práctica, no acudí a él hasta que se presentó la observación número 5. El análisis del líquido cefalorraquídeo, verificado por el doctor E. ZAPATERO, nos dió cifras normales, pero es notable y me pareció de cierto valor que el número de células (7 por milímetro cúbico) y la cantidad de glucosa (0,68) están rozando el nivel superior de la normalidad y hasta quizás el de glucosa puede considerarse aumentado, datos que no sólo no contradecían, sino que abogaban por la encefalitis letárgica.

El siguiente paso en la elaboración de mi opinión lo di cuando se presentó la observación número 9. Su evidente sintomatología meningítica orientó mis investigaciones bibliográficas por este camino, hallando los trabajos de ECKSTEIN, el cual nos brinda tres hechos que dieron firmeza a mis sospechas: 1.º Coincidencia epidémica de la afección con encefalitis letárgica. 2.º Autopsias de enfermos fallecidos con el diagnóstico de meningitis serosa, cuyo diagnóstico de sección fué de encefalitis letárgica. 3.º Sus estudios experimentales transmitiendo la afección a los monos, provocando en ellos lesiones claramente idénticas a las que produce la encefalitis letárgica.

Se comprenderá que los trabajos de WALLGREN, conocidos más tarde, no me hayan sumado a su hipótesis de individualidad de la afección y que en los trabajos de R. V. ENGEL, pese a que él se suma a la opinión de WALLGREN, haya encontrado un dato

que refuerza la conclusión de ECKSTEIN: la epidemia de meningitis serosa observada por él fué precedida por una onda (una primera onda) de encefalitis letárgica y mielitis.

Aun hay más: En las descripciones de encefalitis letárgica que hacen los autores ya tratap de esta meningitis serosa; leyendo a J. ZAPPER vemos: "Un tercer tipo de encefalitis epidémica es el representado por la forma meningítica (GLASER, DREYFUSS, WIELAND y otros). Si los síntomas meningíticos (cefalalgia, vómitos, rigidez de nuca, Kernig, hiperestesia, etc.), se presentan junto a fiebre elevada, convulsiones, coma, puede hablarse de una forma convulsivotóxica de la enfermedad. A veces los síntomas apenas se insinúan, recordando vivamente el cuadro de la meningitis tuberculosa y asombrando por la evolución favorable de la mayoría de los casos."

El porqué estas formas meningíticas se presentan de manera casi exclusiva en una epidemia es lo que habría que dilucidar.

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO. — La enorme difusión comprobada que alcanza la infección ponen en evidencia lo ilusorias que serían la desinfección de nasofaringe de los supuestos no atacados y la inutilidad de las medidas de aislamiento de los enfermos.

Terapéuticamente, aparte de las medidas generales aplicables a todo enfermo infeccioso y meningítico, que omito por no ser más extenso, me ha parecido observar indudables beneficios con la sulfapiridina por vía oral, en altas dosis fraccionadas, etc., y teniendo la misma precaución que en la meningitis intracelular, de ir disminuyendo gradualmente las dosis, en vez de suspenderlas bruscamente.

Las punciones lumbares repetidas tienen indudable eficacia sintomatológica, aliviando los síntomas de los enfermos y además tienen de ventaja que nos permiten observar los caracteres del líquido céfalo-raqüideo.

Con las inyecciones intravenosas de ioduro sódico no he observado ninguna modificación.

Un detalle que me parece importante es la conveniencia de prolongar suficientemente el reposo en cama, no solamente hasta la desaparición de los síntomas subjetivos y la fiebre y la atenuación de los objetivos, sino hasta la desaparición de éstos. El haberse presentado la onda epidémica más importante que he observado en época de exámenes y excursiones de fin de curso, ha motivado que alguno de mis enfermos se levantase prematuramente y me han dado ocasión de observar en ellos la reaparición de los síntomas subjetivos y agravación de los objetivos y en algún caso (número 11) una importante recidiva. Por esto, opino que el reposo en cama en una habitación silenciosa, bien ventilada y con poca luz, hasta después de la desaparición total de los síntomas, tiene la mayor importancia.

#### CASUÍSTICA CITADA

Observación núm. 1. — 25-VIII-1942. F. C. H. (Escuelas de Cristo Rey. Ficha núm. 230), 13 años de edad.

A. H. Sin importancia. — A. P. Durante la guerra fué herido tardando mucho tiempo en curar. Un mes antes del proceso actual herpes zóster en región del séptimo intercostal izquierdo. Hace cinco días forúnculo en cara.

*Proceso actual.* — Comienza con cefalalgia, zumbidos de oídos y vértigos, cayendo al suelo inopinadamente cuando está en sus juegos u ocupaciones. La sensación vertiginosa desaparece al pasar a la posición horizontal.

Por haber padecido recientemente el forúnculo consignado, le pongo en atenta observación. No hay fiebre y a la exploración solamente presenta cierta dificultad de flexión sobre la pelvis de los miembros inferiores estirados, que consigno sin atreverse a decir exista Kernig.

Ante la persistencia del síndrome, aunque la mejoría al pasar al estado horizontal descartaba la enfermedad de Menière, por su parecido con ese síndrome, le envié al Dr. GAVILÁN, el cual le halla la existencia de Romberg "sensibilizado", haciéndole colocar un pie a continuación del otro.

Los síntomas duran quince días con tratamiento expectante, y diez días después de desaparecidos, aparece herpes labial.

Por entonces, ya otros niños padecían el mismo síndrome y otros solamente herpes labial.

*Observación núm. 5.* — 22-XI-1943. P. S. A. (Escuelas de Cristo Rey. Ficha núm. 159.) 11 años. Comienza con coriza, cefaleas transitorias pero intensas y vértigos, que le hacen caer al suelo. La sensación vertiginosa desaparece al acostarse.

Se comprueba coriza, rigidez de nuca, Kernig, patelares exaltados, miosis y acomodación perezosa a la luz.

*Observación núm. 7.* — 7-I-1943. M. S. G. (Escuelas de Cristo Rey. Ficha núm. 193.) 8 años. Cefalea y sensación vertiginosa. Temperaturas entre 37° y 37.5°. Ptosis del párpado superior derecho, rigidez de nuca y Kernig poco intenso. Aparece herpes labial. Cura por completo en cuatro días.

*Observación núm. 9.* — 14-IV-1943. A. L. A. (Escuelas de Cristo Rey. Ficha núm. 26.) 12 años.

A. H. y P. sin interés.

*Proceso actual.* — Ayer enfermó bruscamente con cefalea, sensación vertiginosa y temperatura de 39°. Por la noche le aparece herpes labial. Presenta rigidez de nuca y Kernig intensos. Las temperaturas oscilan entre 37° y 38.2°.

Por punción lumbar se obtienen 50 c. c. de l. c. r. en chorro intenso, con lo cual se alivia al enfermo. El aspecto, composición química, citológica y bacteriológica son normales.

Con tratamiento por punciones lumbares repetidas sin que varíen los caracteres del l. c. r. e inyecciones intravenosas de yoduro sódico, mejora el enfermo, siendo alta a los quince días de enfermar.

*Observación núm. 11.* — 13-V-1943. J. G. A. (Colegio de la Providencia.) 11 años. Comienza bruscamente con escalofríos, fiebre, diarrea y poca tos. Temperatura 40°. Zona de broncofonía en lóbulo inferior de pulmón izquierdo.

Tratado con Piridazol hace crisis en 24 horas, abandonando el tratamiento.

Después de 24 horas normal, recae con temperatura de 40°, intenso estupor, palidez, rigidez de nuca y Kernig marcados.

El l. c. r. ofrece aproximadamente los caracteres habituales consignados.

Reanuda la terapéutica sulfapiridínica haciendo nueva crisis en 12 horas.

Diez días después recae con cefaleas, temperaturas de 39.5°, rigidez de nuca, Brudzinski, Kernig, palidez y falta de expresión facial. Por punción lumbar se obtiene l. c. r. de aspecto normal con 3 células por milímetro cúbico. Albúmina, 0.40. Globulinas (Pandy, Nonne, Appelt y Weichbrodt), negativas. No se observan gérmenes. (Dr. A. ORTEGA.)

Con tratamiento sulfapiridínico desaparece la fiebre en dos días y se instaura rápidamente la convalecencia.

*Observación núm. 12.* — 14-V-1943. J. G. E. (Escuelas de Cristo Rey. Ficha núm. 270.)

Está tres días en cama con fiebre y cefalea, sin que yo le viero. Le aparece herpes labial y entonces le veo, encontrándole temperatura de 39.6°, y en lóbulo superior derecho broncofonía y espiración prolongada.

Tratado con Piridazol en dosis habituales, la temperatura se hace subfebril sin que remita la cefalea. Aparece estupor y se comprueba rigidez de nuca con raquialgia intensa y Kernig. Aun hay en lóbulo pulmonar superior derecho espiración alargada y algunos estertores.

Por punción lumbar se obtiene l. c. r. en chorro intenso de aspecto y composición normales.

*Observación núm. 19.* — 22-V-1943. L. A. B. (Escuelas de Cristo Rey. Ficha núm. 321.) 14 años.

Enferma bruscamente con escalofríos, temperatura de 39.3° y cefalea. Poco después presenta vómitos y punta de costado derecho.

En bases pulmonares atenuación del murmullo, con más intensidad en la derecha. En foco mitral soplo sistólico y doble soplo en foco pulmonar.

Rigidez de nuca, Brudzinski y raquialgia intensos. Kernig muy acentuado. Babinski dudosos. Patelares atenuados.

Exantema papuloso con elementos de tamaño y parecidos a las picaduras de chinches, extendido principalmente por el tronco, cintura escapular y raíces de los miembros, y, con menor intensidad, por miembros, cara y cuello, quedando libre el cuero cabelludo.

Se practican punciones lumbares y, a propio intento, no se administra Piridazol hasta después de 36 horas de comenzar la enfermedad. La crisis de la fiebre se presenta a las doce horas de comenzar a administrarlo.

El cuarto día de enfermedad aparece herpes labial.

Las punciones lumbares obtienen el l. c. r. de aspecto normal, que sale en chorro intenso los primeros días y después con menor tensión hasta que en el quinto sale gota a gota. Entonces se analiza, obteniendo: Albúmina, 0.75. Pandy y Weichbrodt, negativos. Células, 3 por milímetro cúbico. Examen bacteriológico, negativo. (Dr. A. ORTEGA.)

*Observación núm. 24.* — 4-VI-1943. Pilar C. M. 16 años.

Dos hermanas de tres años enfermas de tos ferina. Un hermano de 8 años y otro de 17 enfermaron simultáneamente de meningitis serosa aguda.

A. P. — Desde tres semanas antes del comienzo de la enfermedad padece tos ferina, que se trata lo mismo que sus hermanas.

*Proceso actual.* — Comienza con cefalea frontal y vértigos que la obligan a apoyarse para no caer al suelo. Cree que tiene fiebre.

Se comprueba el día 8 de junio. Temperatura 37.9°. 96 pulsaciones. Profundos sudores. Intensa rigidez de nuca. Kernig acentuado. Brudzinski. Patelares exaltados. Babinski anulado. Las pupilas reaccionan perezosamente a la luz.

Por punción lumbar se obtiene en chorro fuerte l. c. r. de aspecto normal. Mejora rápidamente sin otra terapéutica, y el día 11 entra en franca convalecencia. Se levanta para asearse y tiene que volver a acostarse por sufrir vértigos, cefalea e intensa raquialgia.

## RESUMEN

El autor expone su experiencia clínica y epidemiológica de esta afección, a la que considera como la forma meningítica de la encefalitis letárgica.

## BIBLIOGRAFÍA

- ECKSTEIN, A. — Zeitschr. f. Kinderheilk., 50, 564, 1931.  
ECKSTEIN, A. — Klin. Wschr., 10, 22, 1931.  
ENGEL, R. — Klin. Wschr., 40, 1.004, 1941.  
PÉREZ MORENO, B. E. — Epidemia de M. S. A.  
WALLGREN, A. — Acta Pediatr., Estocolmo, 4, 158, 1925.  
ZAPPERT, J. — Tratado Encyclopédico de Enfermedades de la Infancia, Pfaundler y Schlossmann, 5, 11, 511.

## EL TRATAMIENTO DEL TÉTANOS

### CONFIRMADO

*Mi estadística personal*

J. BOSCH MILLARES

Jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital de San Martín, de Las Palmas de Gran Canaria

Cuando NICOLAIER, en el año 1885, llamó la atención sobre la existencia en el pus de las heridas de los animales tetánicos, de un bacilo largo y deli-