

## ACTA NUM. 6.

## Sesión del 8 de Noviembre de 1911.

El Dr. Hurtado hace la siguiente comunicación: Hace cerca de tres meses ocurrió que una paciente jugaba con un perro, quien la lamió en la cara y en la espalda. No hubo solución de continuidad ostensible. Por alguien se temió que el animal estuviera poseído de la rabia, y fué sacrificado. La paciente no presentó alteración en su salud, sino al cabo de cerca de dos meses que tuvo calofrío, fiebre de 39 a 39 y medio grados, vértigos, contracturas en los brazos y piernas, convulsiones en la cara, especialmente en el lado derecho.

Temiendo la familia que tuviera la rabia, la internaron en el Hospital, en donde la encontró el Dr. Hurtado, con enflaquecimiento notable, mucosas secas, estado sub-consciente, movimientos atáxicos de los miembros superiores, temblor intencional arrítmico sin tipo determinado, rigidez de los miembros inferiores, principalmente provocada; reflejos centro-laterales abolidos, el plantar disminuido, el de Babinski existente. Por la auscultación del tórax se notaron abundantes estertores finos abajo del omoplato derecho. No había tos ni expectoración, pero sí raya meníngea y signo de Koernig.

A apoyado en los síntomas de reacción cerebro-espinal que estaban presentes, hizo la punción raquídea, extrayendo un líquido amarillento, no purulento, el cual fué centrifugado y demostró la existencia de una exigua reacción linfocitaria, de un pequeño bacilo y de abundantes neumococcus. En esto se fundó el diagnóstico de *neumococcia probable*. La marcha de la enfermedad fué de mal en peor. No teniendo experiencia acerca de las inyecciones intra-raquídeas de suero neumocócico, se abstuvo de hacerlas, conformándose con la aplicación de 10 gramos del propio suero en inyección intra-muscular, la cual no dió el resultado apetecido. Sobrevino el coma y la agonía que se prolongó por 5 días, al cabo de los cuales la paciente murió. La autopsia fué practicada a las 16 horas demostrando lo que sigue: La

dura madre parecía sana, excepto en la mitad inferior lumbar y en la cola de caballo, donde presentaba moderada inyección. Exudado moderado purulento envolvía las raíces en su mitad inferior, dos de estas mismas raíces se encontraron hipertrofiadas, tal vez a causa de una polio-mielitis anterior. Aracnoiditis en la misma región, sin exudado. Médula reblandecida, con hemorragia puntiforme. Cuernos anteriores hinchados y edematosos: Resumen: Mielitis infecciosa hemorrágica.

Cerebro retraído. Aracnoiditis moderada. Ausencia de exudado en la base. Pulpa cerebral anémica. Reblandecimiento de dos lobos cerebelosos y del vermis. La protuberancia y el bulbo con su consistencia normal. Resumen: Meningo encefalitis. En el tórax edema total de ambos pulmones. Sufusiones sanguíneas en el mediastino anterior. Corazón marchito, anémico y graso, con gran cantidad de coágulos sanguíneos. Los frotis hechos con la sangre demostraron la existencia de abundantes neumococcus. En el vientre se encontró el hígado super-infeccioso. Riñones y páncreas congestionados. El conjunto de todos estos datos ministrados por la necropsia, confirmó como se ve, el diagnóstico de *neumococcia*.

Las dificultades para el diagnóstico de esta dolencia, son grandes en la práctica hospitalaria; pero en la práctica civil, son casi insuperables. La punción raquídea es de extremo interés para el diagnóstico. La investigación del neumococcus se hace habitualmente en la sangre, y aun cuando es frecuente encontrarlo, 66% de los casos, la investigación es sumamente difícil. Es preferible hacerlo en el líquido céfalo-raquídeo. Da también resultados muy útiles la inyección de una muestra de sangre del paciente a conejos, ratones blancos, o cuyes, practicando al cabo de tiempo oportuno la autopsia de dichos animales.

El diagnóstico es sobre todo importante, por ser la base del tratamiento suero-terápico. Hay casos de edema sobregado pulmonar que matan rápidamente y que podrían salvarse con el tratamiento adecuado instituido con oportunidad.

De paso advierte haber cometido un error, al prescribir grandes cantidades de suero fisiológico (500 gramos), por estar contraindicado a causa de su tendencia a producir o favorecer el desarrollo del edema del pulmón.

Pasa en seguida el Dr. Hurtado a relatar el caso de una mu-

jer con hemiespasmó facial, mucosas secas, úlcera corneana derecha, movimientos incoordinados de los miembros, contracturas, raya meníngea, y en suma con manifestaciones claras de reacción meningítica. Se le extrajeron, por medio de la punción raquídea, 5 gramos de líquido gris amarillento cargado de natas, y examinado éste, se encontraron: uno que otro glóbulo rojo; abundantes poli-nucleares, infinidad de células conjuntivas con vacuolos, en plena citolisis—lucha contra el microbio—estafilococcus según el parecer del Dr. del Bosque, y pocos neumococcus. ¿Se trata de un caso de estafilococia, de neumococia ó bien de una infección mixta? Están a la vista las preparaciones microscópicas.

Conclusión: Son varios los micro-organismos encontrados en el canal raquídeo, con ocasión de accidentes de reacción meningítica. El Sr. Dr. Gayón, que ha tomado gran empeño en la preparación del cultivo para poder practicar la precipito-reacción, podrá ilustrarnos acerca del particular.

*Dr. Gayón.*—Practicó el cultivo de dos muestras de líquido céfalo-raquídeo en gelosa-suero; o más bien en gelosa-sangre, pues el suero contenía gran cantidad de glóbulos rojos. En el del niño, se obtuvo un diplococcus, cuya siembra era renovada diariamente, y se mantuvo a 37 grados. Fué sembrado este germen en gelosa glucosada y lactosada produciendo fermentación. No toma el Gram. En el rojo neutro no presentó el carácter del meningococcus de Weichselbaum. Con suero ascítico ha hecho también la siembra, pero el germen es muy frágil, y tal vez por haber dejado de cultivar dos días, la siembra no prosperó y teme haberlo perdido.

*Dr. Otero.*—En los últimos quince días ha observado dos enfermos de meningitis cerebro-espinal. Practicó la punción raquídea, y en el líquido extraído de uno de los casos, encontró un diplococcus, que cree sea el de la neumonía, por tener cápsula y tomar el Gram. Sin embargo; inyectó a una rata blanca, sin resultado, a pesar de haber repetido la inoculación. Cree que este animal no es el más adecuado al experimento, y que deban ser usadas las ratas grises. En un caso con terminación por la muerte, encontró en la autopsia, natas purulentas en la médula detrás de la silla turca y en la protuberancia. El paciente había presentado trismus pero no había tenido tos ni nin-

gún síntoma de neumonía. Había sido tratado con colargol. El otro tenía opistótonos. Tampoco tosía. Se le practicó la punción, y en el líquido céfalo-raquídeo, se encontró el neumococcus. Fué tratado con la linfa anti-neumocócica, y salvó.

Con respecto al caso relatado por el Sr. Dr. Hurtado, tiene que decir que le llama mucho la atención la congestión de los centros nerviosos, encontrada en la autopsia, porque así se observa en la rabia. Habría sido muy interesante el inyectar a un perro, para ver si aparecía la rabia a los 16 días como era posible hubiese acontecido. Para él, no es evidente el diagnóstico. Tal vez se haya tratado de una forma rara de rabia.

*Dr. Hurtado.*—En realidad solamente había un carácter importante que pudiera haber hecho pensar en la rabia: la hipertrofia de las raíces posteriores. Las lesiones hemorrágicas de los centros nerviosos, que pudieron ser observadas en la autopsia, no eran las que de ordinario se notan en la rabia, pues éstas son siempre de cierta consideración, mientras las que fueron observadas en mi caso, son verdaderamente puntiformes. Por lo demás, el Dr. Don Demetrio López, encargado del Instituto Antirábico, no tuvo la impresión de que se tratase de rabia, no obstante lo cual, conservó la médula para hacer estudios posteriores.

Con respecto a lo dicho por el Sr. Dr. Otero, hace notar que precisamente la neumococcia se presenta sin neumonía.

*Dr. Otero.*—En las estadísticas se anota un tanto por ciento de meningitis cerebro-espinal, en cuyos casos se han encontrado diferentes bacterias; ya sea el neumococcus y otros. Es de desearse que se establezca solamente la meningitis de Weichselbaum, cuando se encuentre el meningococcus de Weichselbaum.

*Dr. Hurtado.*—Insiste en que la meningitis cerebro-espinal, es una dolencia perfectamente estudiada, clínica y bacteriológicamente; solo que a veces se asocia con el meningococcus alguna otra bacteria, originando una infección mixta. Netter afirma que la meningitis de Weichselbaum es una aracnoiditis sola, mas sus observaciones personales le autoriza a afirmar que puede haber encéfalo-mielitis. Persiste en su creencia de que existe epidemia de meningitis en México, pues él solamente, ha observado 11 casos y es seguro que no habrán sido los únicos existentes.