

RECTIFICACION

El doctor Cirera agradece la intervención del doctor Esquerdo, debiendo advertirle que no puede ver sus opiniones optimistas respecto a la curación del primer caso, en el que no era cosa de esperar por los dolores que presentaba y en el que el doctor Cardenal aconsejó la intervención.

Debo también advertir que fué la corriente galvánica la empleada y el masaje neumático, no la ventosa propiamente dicha.

Epidemia de meningitis cerebroespinal ocurrida en Canet lo Roig, provincia de Castellón, durante los meses de abril y mayo de 1917

POR EL DOCTOR D. JOAQUIN TUIXANS

1. *Topografía epidémica.*—El pueblo de Canet lo Roig (Castellón) de 1,464 habitantes, del partido judicial de San Mateo, lindante con Tarragona por el término municipal de la Cenia de Rosell, ha sido víctima recientemente de una epidemia de meningitis cerebroespinal que ha llamado justamente la atención, no sólo por sus estragos, sino por la mortalidad que ha ocasionado, que es de 32 por 100. La publicidad grande, que justa y merecidamente le han otorgado la prensa política diaria de la capital y otras provincias, obligame a reunir algunas notas clínicas, para hacer objeto de una comunicación, e ilustrar con datos modestísimos, algunas de mis impresiones, para los ANALES.

2. *Etiología y contagiosidad.*—La meningitis cerebroespinal, que desarrolla tan típico cortejo, digno del *diplococcus intracellularis meningitidis*, ha algunos meses habíase manifestado en formas ambulantes, en algunos pueblos de la comarca, Villafames y Puebla Tornesa; casos aislados, subseguidos de curación; pero la *brusquedad*, con que apareció en Canet lo Roig llama muy justamente la atención y aunque no voy a describir la epidemia, que necesitaría muchas cuartillas, esbozaré solamente algunas notas clínicas. Al enunciar lo que antes he dicho, nos hace afirmar que a pesar de ser una afección contagiosa la especial transmisión por los *portadores de gérmenes* es la única que nos explica la epidemia de vía ósica, las fauces, y faringe y la saliva, son órganos y secreciones donde pulula y anida el germen de Weichselbaum, que se refugia en estas regiones porque es un germen muy sensible a la desecación y a la luz solar; hasta esta *frágil vida* demuéstrala en el interior del tejido sanguíneo circulante: como que no posee y no produce toxina soluble, vive siempre en el interior de los leucocitos, y verosíblemente la infección sanguínea general es el lazo de unión intermediario del ambiente a los centros nerviosos, donde produce los males sin cuento, gracias a una endotoxina muy virulenta, que mata a los ratones, a la cobaya joven y al conejo joven, por inyección intravenosa.

Los primeros casos clínicos fueron observados a mediados del mes de Abril de 1917; declarada la enfermedad, la Dirección General de Sanidad mandó una Comisión del Instituto de Bacteriología de Madrid, bajo la dirección del doctor Ruiz, que en compañía del Inspector provincial doctor Clará Piñol y otros profesores de medicina procedieron a las absolutas medidas de aislamiento y profilaxis y terapéutica en cada caso particular. Los casos observados han sido 72 invasiones, que agrupados corresponden de 8 a 10 años, 51; de 4 a 8 años, 16; y de 2 a 4 años, 5 casos; habiendo sido las defunciones unas 22; el resto curados, debiendo mencionar que siete niños han quedado enfermos a consecuencia de la meningitis cerebroespinal, de hidrocefalia y parálisis espasmódica, cuyas lesiones clásicas son de la invasión intensa de la influencia meníngea, hasta en los ventrículos laterales.

3. *Clínica patogénica.*—Ha quedado bien deducido el mecanismo patogénico de la vía que sigue la infección, a saber: la infección sanguínea; lo propio ocurre con otras enfermedades contagiosas como el cólera, tuberculosis, gripe, etc., etc.; el tiempo que ha durado la incubación ha sido de unos dos a tres días; ligero coriza, con angina o sin ella en otros casos; casi en plena salud, la mayoría de los niños, habiendo sido raros los contagios familiares, en plena salud, bruscamente fueron unos treinta niños, presa de una intensa cefalea, con vómitos, malestar general, escalofríos y fiebre ligera, unos

39º solamente. Casi todos los casos han presentado un mismo tipo común y que lo resumo en el siguiente apartado.

4.—*Signos clínicos, que atestiguan el sufrimiento de las meninges cerebro-espinales.*

- I. La *cefalea* intensa, gravativa, frontal.
- II. Los *vómitos* alimenticios o biliosos, tipo cerebral.
- III. El *pulso*: lento, irregular e intermitente.
- IV. La *respiración*: suspirosa, entrecortada, con gemidos e irregular.
- V. *Manifiesta falta de paralelismo* del pulso y la temperatura.
- VI. Pulso, que mantiene entre 50 y 70 pulsaciones y la temperatura oscilando entre 38, 39 y 40º.
- VII. *Contracciones de la nuca*, de los miembros inferiores (signo de Kering).
- VIII. *Retracción del vientre* (forma de barquilla por contractura de las masas musculares del abdomen).
- IX. *Trastornos oculares*, estrabismo, nistagmus, desigualdad pupilar.
- X. *Trastornos psíquicos*, delirio, agitación, indiferencia, somnolencia.
- XI. *Gemidos nocturnos* (queja más o menos repetida).
- XII. El *estreñimiento* (que no cede con ninguna medicación).

En los 72 casos observados, la enfermedad en su curso ha sido susceptible de una triple evolución.

En 22 casos ha terminado con una fase parálitica antemortal.

En los restantes casos, evolución que ha variado entre tres a siete semanas; en los siete casos ya mencionados, ha dejado tras sí reliquias indelebiles: la hidrocefalia y la parálisis.

4. *Formas clínicas*:—De las 72 invasiones, vamos a agruparlas en el siguiente modo:

1.º	<i>Forma fulminante</i> , explosiva	20
2.º	<i>Forma prolongada</i>	2
3.º	<i>Forma remitente</i>	43
4.º	<i>Forma infantil</i> (niños de pecho)	00
5.º	<i>Forma senil</i> (ancianos)	00
6.º	<i>Formas ambulatorias</i>	7

Estas formas clínicas ambulatorias, en las cuales, a pesar de la presencia de los microbios en el líquido céfallo-raquídeo, los meningíticos siguen ocupados en sus tareas habituales, casi apiréticos, pequeños trastornos intestinales y cefaleas transitorias; un caso típico de mujer, al parecer enferma de una fiebre de Malta, sin presentar síntomas meníngeos algunos, practicado un examen de la sangre demostró la presencia del meningococo, quedando, pues, demostrado para la clínica y campo abierto para dicho estudio, casi digamos, un nuevo síndrome que nos atrevemos a llamar *síndrome meningocócico*.

Este caso hizo trabajar mucho a la Comisión madrileña y aumentó la confusión en sus primeros días acerca de la característica clínica de la epidemia de Canet.

Muchas han sido las investigaciones llevadas a cabo, mediante la punción lumbar; el estudio del aparato químico, albúmina raquídea aumentada, y el azúcar disminuido; con abundantes leucocitos polinucleares; habiéndose practicado la reacción aglutinadora del suero de los enfermos y la precipito-diagnóstica de Bellot en muchos casos.

5. *Terapia gracias al suero meningocócico.*

Conocido el agente patógeno, los efectos dañosos por él provocados mitigáronse, gracias al suero antimeningocócico. ¿De qué manera se ha empleado? Las inyecciones se han hecho en la cavidad aragnoidea, pues las subcutáneas son ineficaces. ¿Qué cantidad de líquido se ha sustraído?

En todos los casos se ha sustraído, por lo menos, tanto líquido céfallo-raquídeo como suero hay necesidad de inyectar; porque si la cantidad de líquido sustraído es inferior a la del suero inyectado, se provocarían fenómenos de compresión, traducidos en una cefalea grande, por convulsiones y síncope, que algunas veces han llegado a ser mortales. Siempre se ha extraído más líquido que lo que representa la cantidad de suero inyectado; procediendo así hemos obtenido las siguientes ventajas: primera: desaparecen de la cavidad aragnoidea mas substancias tóxicas y segundamente: se asegura cierta descompresión, el suero es menos diluido y es más superior la acción terapéutica.

En la parte manual, antes de proceder a la punción lumbar, se carga una jeringa Roux con la cantidad de suero que deséase inyectar, calentándolo previamente a 38 grados. Entonces adáptase la jeringa a la extremidad exterior de la aguja, que se deja puesta y se pone la inyección lentamente, sin esfuerzo alguno. Colóquese el enfermo en la posición *ad hoc*, por todos conocida, para favorecer la difusión del suero en los centros superiores del encéfalo. La norma seguida respecto a la cantidad de

siero varía según la edad y la gravedad del mal, pues no cabe duda que las dosis serán más elevadas cuanto más grave sea el caso.

Para un niño de dos años..... 15 centímetros cúbicos

Para un niño de más edad..... 20 centímetros cúbicos

Para un adulto 30 a 40 centímetros cúbicos

Las inyecciones se han repetido durante dos, tres y cuatro días consecutivos; a pesar de que la mejoría sea manifiesta, es decir, con el fin de evitar la agravación.

Los resultados obtenidos han sido de los más alentadores, pues la sueroterapia aracnoidea ha hecho bajar considerablemente la proporción de la mortalidad.

Creuyendo que al lado de las propiedades específicas del suero antimeningocócico hay que tener en cuenta la reacción local diapedésica polinuclear provocada por él, en el seno de la cavidad aracnoidea (glándula de secreción interna constituida por el plexo de los cuerpos coroideos) y este acto es de defensa, no debemos olvidarlo en el mecanismo patogénico del proceso de curación.

Sesión ordinaria de 11 de Junio

PRESIDENCIA: DR. CARDENAL

Ampliación de los servicios de puericultura en Barcelona

POR EL DOCTOR D. JOSE BLANC Y BENET

El saldo anual positivo que resulta de la diferencia entre las defunciones y los nacimientos, o sea lo que se ha llamado el crecimiento natural de la población, hase evaluado, para las diferentes regionales españolas, según indica la siguiente tabla, dispuesta de mayor a menor y contando por 1,000 habitantes:

Islas Canarias.....	11'72
Asturias.....	10'59
Castilla la Vieja.....	10'31
Extremadura.....	10'27
Provincias Vascongadas.....	10'15
Galicia.....	9'97
Reino de Valencia.....	9'88
Islas Baleares.....	8'50
Castilla la Nueva.....	8'47
Navarra.....	8'39
Andalucía.....	8'25
Reino de León.....	8'13
Aragón.....	7'62
Reino de Murcia.....	7'23
Cataluña.....	5'39 (1)

Vése, pues, que nuestra región no sólo ocupa el último lugar, sino que el salto entre ella y el reino de Murcia que ocupa el lugar inmediato es tan brusco que no tiene ejemplo parecido en la lista precedente.

(1) Del libro *El problema de la natalidad a Catalunya: Un gravísim perill per a la nostra patria*, per HERMENEGILD PUIG I SANS, discurs llegit en la Sessió Inaugural de l'Academia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya, el dia 24 de novembre de 1915, página 30.