

ACTA NUMERO 35.

---

Sesión del 5 de Junio de 1912.

---

*Dr. Escclona.*—Comunica el siguiente caso observado por él en el pabellón 17 del Hospital General. Se trata de una enferma de 65 años de edad, que lleva 5 meses de padecimiento, cuyas principales manifestaciones han consistido en náuseas, vómitos, escasa diarrea, de color moderado las evacuaciones, ictericia y abultamiento del vientre, orina escasa de color rojo obscuro,

tiñendo las ropas en amarillo. El análisis de este líquido reveló la presencia de urobilina en exceso, y de pigmentos biliares, sobre todo, biliverdina. Examinando el vientre se nota abundante ascitis, con derrame libre en gran parte pero no en toda la cavidad. Con el transcurso del tiempo, el líquido aumentó al grado de que la presión causada por él, obligó a puncionar, extrayendo parte de él, en cantidad suficiente para quitar la molestia. La evolución de la enfermedad, no presentó accidentes dignos de mención, si no es el término que fué la muerte.

En la necropsia no se encontró el hígado con alguna lesión explicativa de los fenómenos observados, pues no había cirrosis hipertrófica biliar, ni infección de las vías biliares. En el peritoneo se hallaron muchas adherencias parietales y viscerales. En el páncreas se encontró un tumor cuya naturaleza está en estudio actualmente, desarrollado principalmente en la cola del órgano, pero invadiendo todo él, y aún los cercanos como el riñón y el intestino delgado, obstruyendo el canal cístico y algo el colédoco. La vesícula biliar estaba llena de líquido. Conclusión: Tumor pancreático que causó la ictericia por compresión del colédoco, y la ascitis por compresión de las cavas y de la porta. Como curiosa, señala la ausencia de azúcar en la orina.

*Dr. Terrés.*—Pregunta si todo el páncreas fué separado para el examen anatómico-patológico.

*Dr. Escalona.*—Las adherencias impidieron extraer todo el órgano.

*Dr. Terrés.*—Lo lamento, pues muy útil habría sido saber si en el páncreas existían elementos normales. Es sabido que en las lesiones pancreáticas, se observa la diabetes, cuando las  $\frac{2}{3}$  partes del órgano se encuentran atacadas.

*Dr. Escalona.*—Aunque no puede afirmarlo terminantemente, pues para esto es necesario el examen competente, sí recuerda que a primera vista se podía identificar el tejido normal del páncreas en gran parte de la víscera.

*Dr. Carrillo.*—Desea comunicar dos casos que ha observado de meningitis cerebro-espiñal. El primero concierne a un niño de 8 años de edad, que presentó el siguiente cuadro: perturbaciones digestivas, vómitos, reacción febril moderada, estado semi-inconsciente, algo de estupor, ligeras contracturas de la nuca y de los miembros y signo de Koernig. La punción raquí-

dea, logró obtener 8 c.c. de líquido turbio. No sabe el resultado del examen bacteriológico, ni cuál sería el término de la enfermedad, pues no volvió a ver al enfermito. Por esos mismos días vió una niña de 4 años de edad con un cuadro clínico semejante: vómitos, reacción febril, ligeras contracturas, hiperestesia, signo de Koernig. La dolencia duró 14 días, sin que pudiera lograrse practicar la punción raquídea ni inyectar el suero específico. La niña murió. Estos hechos tienen semejanza y enseñan que hay que buscar cuidadosamente las contracturas que son tan importantes para el diagnóstico del mal y que a veces no se presentan de modo franco.

*Dr. Otero.*—Relata el siguiente caso: Se trata de un niño de 8 años de edad, convaleciente de tifo, que enferma nuevamente. Ocurre a verlo y lo encuentra en posición supina, con la nuca rígida, echada hacia atrás, la pupila dilatada, el pulso frecuente, temperatura de 38.5. No hay signo de Stokes ni raya meníngea, pero sí signo de Koernig. Por la parálisis vaso-motriz del carrillo izquierdo, presume exista una neumonía, y en efecto, al examinarlo, encuentra un foco neumónico en el vértice pulmonar derecho. Se le hace una punción raquídea, extra-yéndose un líquido transparente por cuyo examen descubre diplococcus de Talamón y, cosa notable, espiroquetas, algunas vivas. Existen además abundantes leucocitos mono-nucleares. La presencia de las espiroquetas, le hace buscar otros signos de sífilis, encontrando dientes de Hutchinson y engurgitamiento de los ganglios epitrocleeanos, de la nuca y de las ingles. El tratamiento específico estaba pues indicado, y se instituyó en combinación con la linfa anti-neumocócica.

A propósito del diagnóstico de las meningitis cerebro-espinales, actualmente puede hacerse fácil y rápidamente, inyectando líquido cefalo-raquídeo a los cuyes, los cuales adquieren la dolencia cuando se trata de meningitis cerebro-espinal epidémica. Parece que las otras formas de meningitis no producen este resultado. Este medio es susceptible de practicarse por todo el mundo, y es de interés sea conocido especialmente por todos aquellos médicos que se encuentran alejados de los centros científicos, en donde únicamente es posible tener instalados laboratorios ad hoc.

*Dr. Hurtado.*—En vista de la dificultad de obtener el suero

específico de la meningitis cerebro-espinal, pues está agotado este producto, tal vez sería bueno recurrir al método de Wright, que ha utilizado el que habla, en la neumococcia y en los accidentes blenorragicos. Se sabe cual es el fundamento del método. Del individuo enfermo se obtienen los agentes microbianos que son muertos por calefacción conveniente, e inyectados sus cadáveres, en número variable, desde 50,000, hasta dos millones de bacterias. En el comercio existe el producto así preparado que podría ser inyectado en el tejido celular subcutáneo y aún en las venas, pues no se atrevería a inyectarlo en el raquis.

Relata en seguida dos casos de su práctica. El primero concierne a un enfermo con impermeabilidad uretral, en el que a consecuencia tal vez de maniobras de sondeo, se propagó la infección al vientre, produciendo una peritonitis gonocócica. En estas condiciones, le fué aplicado al paciente una primera inyección de suero antigonocócico, con 50,000 bacterias, retrocediendo la dolencia considerablemente. Repitió las inyecciones cada vez más fuertes en el tercero y quinto días, con las cuales se obtuvo la curación, al grado de que, por ahorrar el precio de un pasaje del tren para ir al Hospital, en donde era curado de su blenorragia, anduvo el paciente a pie unas doce calles sin que se presentara algún accidente.

En otro caso de su práctica se obtuvo con el mismo medio un éxito relativo. La primera inyección elevó la temperatura a 40 grados. En vista de esto, no quiso proponer la segunda inyección, más exigiéndola el paciente, la puso, con elevación de la temperatura a 38.5. A los 10 días se obtuvo un alivio relativo.

A veces no se encuentra el microbio específico en las primeras investigaciones, mas no hay que desesperar, y sí que insistir en la rebusca, pues hay casos en que hasta después de reiteradas investigaciones, el meningococcus es encontrado. El carácter de la fórmula citológica es de gran interés también para el diagnóstico, pues da grandes luces la presencia de los polinucleares y de las células aracnoideas, que indican una reacción meníngea franca.

A propósito del tratamiento, conviene inyectar el suero en la región donde predominan las lesiones. Cuando la infección ataca la región cervical, se produce una polio-mielitis, como si la infección se metiera dentro de la médula.

Relativamente a la duración de la dolencia, hay que notar que a veces la enfermedad dura hasta dos años, según opinión de algunos autores. El no ha visto casos de tan larga duración, pero sí ha visto algunos pacientes, verdaderos cadáveres ambulantes, a semejanza de los fakires indostánicos, llevar su infección durante largo tiempo.

Otro punto de práctica. El alivio que se obtiene con la administración del salicilato de sodio, es patente. Ya ha referido algún caso.

Insiste de nuevo en el interés de hacer repetidas veces el examen del líquido cefalo-raquídeo, habiéndole ocurrido no encontrar el microbio sino hasta la cuarta vez de buscarlo. Un buen medio es el uso del ácido ósmico, que ha empleado también en la investigación de los sedimentos urinarios. Por este medio ha encontrado numerosos cilindros renales en orinas que no los acusaban buscándolos por los medios habituales.

La numeración de los elementos que contiene el líquido céfalo-raquídeo también es de gran interés, así como la determinación del grado de vitalidad de estos mismos, lo que se averigua usando algunas gotas de aguas sucias de charcas, provistas de algas, en combinación con algunas gotas de orinas y del líquido cefalo-raquídeo.

*Dr. Otero.*—Hace constar que sí puede existir la meningitis cerebro-espinal de gonococcus. En San Luis vió a un enfermo a quien se había diagnosticado hemorragia cerebral. El pidió se hiciera la punción raquídea, extrayéndose algunos centímetros cúbicos de líquido purulento en el cual se comprobó la presencia de los diplococcus de Neisser. Posteriormente se descubrió pus uretral blenorragico en el mismo paciente.

En el Hospital Civil del mismo San Luis, observó a una enferma con meningitis cerebro-espinal, que curó con lavados vaginales ad hoc, y suero anti-gonocócico.

Su estimado compañero, el Sr. Dr. Monjarás, tuvo la idea de aplicar el método de la desviación del complemento, para el diagnóstico de las meningitis cerebro-espinales, lo cual desea hacer constar, por ser de justicia.

*Dr. Terrés.*—A nombre de la Comisión relativa, da las gracias por las interesantes comunicaciones relatadas a propósito de la meningitis cerebro-espinal; mas repite la súplica ya he-

---

cha por la comisión, acerca de que se sirvan avisar oportunamente a cualquiera de los miembros de la comisión de cualquier caso que tengan los señores Académicos, para que pueda ser estudiado.

E. DEL RASO.