

MENINGITIS COLIBACILAR TRATADA Y CURADA CON ESTREPTOMICINA. *

Por el Dr. SOLON VERAS,
académico correspondiente (Atenas, Grecia).

Los casos de meningitis por colibacilos son muy raros. Se les observa sobre todo entre los recién nacidos, quienes, según Scherer, (1), son infectados por colibacilemia. Goldreich (2) presenta el caso de un lactante de 2 días de edad, que presentaba al mismo tiempo que ictericia, fenómenos bronquíticos y un exudado pleurítico y que fué probablemente infectado por vía circulatoria.

La meningitis colibacilar puede encontrarse en cualquiera de las edades de la primera infancia, como consecuencia de trastornos digestivos. Es generalmente purulenta. Nobecourt y Parquer (3) habían comunicado ya en 1902, a la Sociedad de Pediatría de París, un caso que observaron en un niño de 7 meses. Sin embargo, es posible encontrar el colibacilo también en el líquido céfalorraquídeo claro, como en los casos de D'Alloco (4) y de Concetti (5).

Otro caso de meningitis colibacilar, que sobrevino como consecuencia de trastornos gástricos con ictericia, ha sido comunicado por Duperier y Ducasse (6) a la Sociedad de Biología de París. En algunos casos la infección puede ser mixta, como en el caso consignado por Sevestre y Gastou (7), en el que además del colibacilo se ha encontrado el estreptococo. J. H. Root, al reunir la mayor parte de los casos publicados hasta 1921, encuentra 34 casos de meningitis, aparecida en los 4 a 5 primeras semanas de la vida, en los que se ha descubierto el colibacilo, el estafilococo y el estreptococo.

* Leído en la sesión del 22 de junio de 1949.

La meningitis colibacilar es mortal en la mayor parte de los casos. A. Bardisian (8) dice que los 4 casos que ha observado durante los 17 años del ejercicio de su profesión, todos han evolucionado rápidamente hacia la terminación fatal. Tres casos pertenecían a la primera infancia (niños de 22 días de edad y de 3½ y 4 meses) y uno se presentó en un niño de 7 años.

El único caso que se presenta curado en la bibliografía es el de Nobécourt y de Pasquier.

Se puede decir que hasta estos últimos tiempos el tratamiento era puramente empírico y ninguna terapéutica había dado resultados probatorios. Los últimos trabajos acerca de la medicación antibiótica y las investigaciones respecto de la estreptomycin, la que según algunos autores obra contra el colibacilo, nos han inducido a emplear la estreptomycin en el caso siguiente:

N. B. de 2½ años de edad, es internada en la Clínica Infantil de la Universidad el 27 de marzo de 1948 con síntomas de meningitis. Sus padres son sanos, hijo único. Su crecimiento ha sido normal; pesa 12.200 Kg. y no ha sufrido nunca, al decir de sus padres, ninguna enfermedad hasta ahora.

Hace 4 días que presenta fiebre muy intensa, cefalea y vómitos. Se le aplican inyecciones de penicilina, sin resultado favorable.

Su lengua está saburral. Nada del lado de las amígdalas. Las paredes del vientre están contraídas. Hígado y bazo en los límites normales. Algunos estertores en las bases pulmonares. Temperatura 38°6, taquicardia.

Ningún trastorno mental, mirada normal, pero hay rigidez de la nuca. Signos de Kernig y Brudzinski positivos. Se procede a la punción lumbar; el líquido extraído es purulento y muy denso. En el examen directo se encuentran numerosos leucocitos y bacilos Gram negativos. No hay bacilo de Koch.

Examen de sangre: leucocitos 13.000. Polinucleares 70%, linfocitos 27%, mononucleares 3%, eosinófilos 0.

Análisis de orina: Albúmina y azúcar 0, algunos eritrocitos y leucocitos, urato de sodio en abundancia.

Reacción de Mantoux, negativa.

En la radioscopia nada anormal.

Durante dos días se le administra 4 gr. de sulfatiazol por 25 horas, sin mejoría ni empeoramiento del estado general.

Como el cultivo del líquido cerebroespinal revelara *colibacilo*, se emprende el tratamiento con estreptomycin. Se aplica cada 3 horas, 0.10 gr. de estreptomycin por vía intramuscular y 0.10 gr. una vez al día por vía intrarraquídea. Esto hace que el enfermo reciba 0.90 gr. de estreptomycin por día, es decir, 900.000 unidades.

El estado del niño comienza ya a mejorar desde el tercer día del tratamiento y, al noveno día, los fenómenos meníngeos desaparecieron completamente. Se ha continuado, sin embargo, el tratamiento hasta la desaparición de un pequeño movimiento febril ($37^{\circ}4$) que se presentaba por la noche. Así, el tratamiento ha durado 18 días y la dosis total de estreptomycin empleada ha sido de 16 gr.

Hay que agregar que la inyección intrarraquídea no siempre era fácil; el pus salía por gotas, con mucha dificultad.

A menudo ha sido necesario tratar de lavar la cavidad con suero fisiológico.

El 25 de abril se practica una punción suboccipital; el líquido extraído es transparente y el cultivo resultó negativo. Dos días después el niño dejó el hospital en muy buena salud y, según los informes que hemos obtenido recientemente, no ha habido recaída.

La dosis de estreptomycin que hemos empleado ha sido muy superior a la que administramos habitualmente a los niños de la misma edad, que sufren de meningitis tuberculosa; esto, porque en la meningitis colibacilar el tratamiento no es de muy larga duración, de modo que es posible emplear dosis relativamente fuertes sin que la dosis total pueda comprometer la tolerancia del enfermo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Scherer, Jahrb. f. Kinderh. 1894.
- 2 Goldreich. Jahrb. Kinderh. 1902.
- 3 Nobécourt et du Pasquier.—Soc. de Pédiatrie de Paris, 19 Nov. 1902.
- 4 D'Alloco, Riforma Medica.—14 febbraio. 1900.
- 5 Concetti. XIIe Congrès de Médecine.—Paris. 1900. Sect. de Pédiatrie.
- 6 Duperier et Ducasse.—Soc. de Biologie. 18 février. 1927.
- 7 Sevestre et Gastou.—Soc. Méd. des Hopitaux. 1896.
- 8 A. Bardisfan.—La Pediatría, 15 luglio 1930, p. 777.