

30 CASOS DE MENINGITIS PURULENTA\*

DR. ANTONIO PRADO VÉRTIZ\*\*

LAS MENINGITIS purulentas, a pesar de los avances logrados en su diagnóstico y tratamiento aún constituyen un problema pediátrico en nuestro medio por los siguientes conceptos:

I. *Su frecuencia en la República:*

CUADRO 1

MENINGITIS NO-MENINGOCOCCICA (Clasif. 340) EN LA REPUBLICA MEXICANA DE 1956 a 1960. PROMEDIO ANUAL

<i>Edad</i>	<i>Morbilidad</i>	<i>Mortalidad</i>	<i>Tasa por 1,000 Nac. o por 1,000 habit.*</i>
Menores de un año	1,430 casos	430 defunc.	0.3
Preescolares	15,000 "	4,500 "	0.15*
Escolares	3,000 "	900 "	0.03*
<b>TOTAL:</b>	<b>19,430 casos</b>	<b>5,830 defunc.</b>	<b>0.19*</b>

MENINGITIS NO-MENINGOCOCCICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE LA CIUDAD DE MEXICO EN EL MISMO PERIODO. PROMEDIO ANUAL

	<i>Morbilidad</i>	<i>Mortalidad</i>	<i>Porcentaje</i>
Todas edades	48 casos	15 defunc.	31%

\* FUENTE: Archivos Clínicos del Hospital Infantil.

II. *Su alta letalidad.* Según se observa en el cuadro 1, ésta es aproximadamente de 0.19 por cada mil habitantes, siendo más alta que las ocasionadas por el sarampión, difteria y tétanos.<sup>1</sup> En nuestro medio hospitalario, la mortalidad es

\* Trabajo leído por su autor en la sesión ordinaria del 3 de julio de 1963.

\*\* Jefe de Servicio en el Hospital Infantil de México.

del 31% de todos los casos observados siendo aún más alta que la de otros países<sup>1, 2</sup> en los que es del 10 al 20%.

III. *Su especial bacteriología.* En ella destaca un alto porcentaje de cultivos negativos, sobre cuya causa se han expresado diversas hipótesis.<sup>4</sup> Igualmente la predominancia del diplococcus pneumoniae en términos generales y la especial distribución de gérmenes, según la edad del niño, tal como se observa en los cuadros 2 y 3.

CUADRO 2

## BACTERIOLOGIA GENERAL DE LAS MENINGITIS PURULENTAS

Bacteria	Nº de casos	Porcentaje
Cultivos negativos	71	33.3%
Diplococcus pneumoniae	56	26.2%
Hemophilus influenzae	30	14 %
Coliformes	12	5.7%
Salmonelas	8	3.8%
Staphylococcus A.	5	2.3%
Streptococcus Pyogenes	2	0.9%
Streptococcus viridans	1	0.5%
Staphilococcus epidermis	2	0.9%
Neiseria meningitis	2	0.9%
Gérmenes no identificados	5	2.3%
Infecciones múltiples	7	3.3%

FUENTE: Jorge Olarte Q.B.P. "La etiología de las meningitis purulentas en los niños". Gac. Méd. de México, T. XCI, 1961.

CUADRO 3

## ETIOLOGIA DE LAS MENINGITIS PURULENTAS SEGUN LA EDAD

Edad	Núm. de casos	D. Pneum.		H. Influen.		Coliformes		Salmonelas	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recién nacido	12	1	8.3	—	—	3	35	—	—
Lactantes	164	46	28	25	15.2	9	8.3	6	3.6
Preescolares	25	5	20.	2	8.	—	—	1	4.
Escolares	12	4	33.3	3	25.	—	—	1	8.3
TOTALES:	213	56	26.2%	30	14 %	12	5.7%	8	3.8%

FUENTE: Jorge Olarte Q.B.P. La etiología de las meningitis purulentas en los niños de la ciudad de México. Gac. Méd. Méx, T. XCI-1961.

Las anteriores consideraciones, nos han hecho pensar en la necesidad de revisar una vez más este problema y presentar a la consideración de ustedes las características clínicas de la meningitis purulenta, observadas durante un año, en el Hospital Infantil de la ciudad de México.

## MATERIAL EMPLEADO

Se revisaron todas las historias clínicas de los enfermos internados en el año de 1960 en el Hospital Infantil de México con el diagnóstico comprobado de meningitis purulenta. Se excluyeron todas las que selañaban una etiología fímica, así como los casos derivados de traumatismos u operaciones quirúrgicas y se obtuvieron los datos siguientes:

CUADRO 4

## NÚMERO, EDAD Y SEXO

## INTERNADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO EN EL AÑO 1960

<i>Edad</i>	<i>Nº</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Sexo masculino porcentaje</i>
Menores de un año	3,012	35.32%	63%
De 1 año a 4, 11/12 años	2,343	28.52%	55%
De 5 años a 12 años	3,082	36.16%	53%
TOTAL:	8,436	100.00%	57%

## MENINGITIS PURULENTA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

Recién nacidos (0-29 días)	3	10 %	33.3%
Lactantes (30 días a 1 año 11/12)	20	66.6%	35 %
Preescolares (2 años 5 años 11/12)	5	16 6%	40 %
Escolares (6 años a 11 años 11/12)	2	6.6%	50 %
TOTAL:	30 casos		del sexo masculino 36.6%

30 casos se atendieron de meningitis purulenta en el Hospital Infantil en el año de 1960. La edad más frecuente fue la de lactante ocupando el 66% de los casos observados. La observación señalada, en el cuadro de la población que atiende el hospital, no nos muestra una predominancia de esta edad, por lo que podemos pensar que la M.P. tiene una predilección por los niños de 30 días a dos años de edad. En cuanto al sexo vemos una ligera predominancia del sexo femenino (el 63.4%), ya que la incidencia general de este mismo sexo en el hospital es de 43%.

CUADRO 5

## PUERTA DE ENTRADA DE LA INFECCIÓN

Por aparato digestivo	12 casos	40 %
Por aparato respiratorio	5 "	16.6%
Por oídos, nariz y garganta	2 "	6.6%
Por ombligo	1 "	3.3%
Desconocida	10 "	33.3%

Es difícil precisar plenamente la vía de entrada de la infección meningea y por lo tanto los datos que presentamos tienen numerosas causas de error. Sin embargo las dos puertas principales de entrada fueron el aparato digestivo y el respiratorio. Si relacionamos este dato con los padecimientos más frecuentemente observados en el Hospital Infantil de México y que son precisamente los de estos dos aparatos y si por otra parte, vemos que esos mismos son los más comúnmente observados en la niñez mexicana<sup>1</sup> tendremos un fuerte punto de apoyo para los hechos señalados.

CUADRO 6

TIEMPO PROBABLE DE EVOLUCIÓN DE LA MENINGITIS PURULENTO  
HASTA SU INGRESO

<i>Tiempo</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Menos de 24 horas	3	10 %
De 24 a 47 horas	4	13.3%
De 48 a 71 horas	5	16.6%
De 72 a 95 horas	3	10 %
Más de 96 horas	15	50 %

La falta de cultura médica por una parte y por la otra lo difícil y abigarrado del diagnóstico temprano, sobre todo en los lactantes menores, hace que los enfermos sean presentados tardíamente al hospital para recibir un correcto tratamiento. A esta tardanza atribuimos la alta letalidad, la frecuente aparición de cultivos negativos y el gran número de secuelas observadas. En nuestra revisión, vemos que cuando menos el 50% de los enfermos presentados tenían más de cuatro días de haberse iniciado el padecimiento, recibiendo tratamientos incompletos o ningunos.

## SINTOMATOLOGÍA OBSERVADA

a) *Síntomas que motivaron la consulta:*

CUADRO 7

<i>Recién nacido:</i>				
	Vómitos	100%	de los casos	
	Otros motivos*	80%	" "	" "
	Inconsciencia	66%	" "	" "
	Fiebre	50%	" "	" "
	Algún signo meníngeo	33%	" "	" "
	Convulsiones	33%	" "	" "
<i>Lactante:</i>				
	Fiebre	100%	" "	" "
	Convulsiones	80%	" "	" "
	Vómitos	75%	" "	" "
	Inconsciencia	75%	" "	" "
	Signos meníngeos	50%	" "	" "
	Otros motivos*	40%	" "	" "

<i>Preescolares:</i>	Fiebre	100%	de los casos
	Signos meníngeos	80%	" " "
	Vómitos	80%	" " "
	Convulsiones	60%	" " "
	Otros motivos*	20%	" " "
<i>Escolares:</i>	Fiebre	100%	" " "
	Convulsiones	100%	" " "
	Inconsciencia	50%	" " "
	Signos meníngeos	50%	" " "
	Vómitos	0	" " "
	Otros motivos*	0	" " "

\* Otros motivos: inquietud, quejido, diarrea, tos, rinitis, signos oculares.

En este cuadro observamos que el recién nacido fue presentado principalmente por padecer vómitos relacionados con otros motivos, como tos, diarrea, rinitis, etc. Llama la atención la poca fiebre observada (el 50%) y la poca frecuencia de los signos neurológicos. Esta sintomatología —escasa en el recién nacido y el prematuro ha sido repetidamente señalado por diversos observadores.<sup>5-6</sup>

En el lactante, aparte de la fiebre que fue motivo de consulta en todos los casos, los signos neurológicos hacen ya su aparición bajo la forma de convulsiones e inconsciencia, aunque los verdaderos signos meníngeos sólo se presentaron en el 50% de los casos. En cambio en el preescolar y en el escolar, además de la fiebre, la sintomatología de comienzo es francamente neurológica, destacando ya claramente los signos de irritación meníngea.

b) *Síntomas a su ingreso al hospital:*

CUADRO 8

<i>Recién nacido:</i>	Vómitos	100 %
	Fontanela hipertensa	100 %
	Inconsciencia	66.6%
	Hipertonía muscular	66.6%
	Hiperreflexia	66.6%
	Fiebre	50 %
	Signos meníngeos	33.3%
	Temblores	33.3%
	Convulsiones	33.3%
	Pupilas inmóviles	33.3%
	Estrabismo	33.3%
	Miosis	33.3%
	Midriasis	0
	<i>Lactantes:</i>	Fiebre
Signos meníngeos		80 %
Convulsiones		80 %
Vómitos		75 %
Hiperreflexia		75 %
Inconsciencia		75 %
Hipertonía muscular		66.6%
Temblores		50 %
Fontanela hipertensa		50 %
Pupilas inmóviles		40 %
Miosis	40 %	

	Midriasis	20	%
	Estrabismo	10	%
<i>Pre-escolares:</i>	Fiebre	100	%
	Signos meníngeos	85	%
	Hipertonía muscular	80	%
	Vómitos	80	%
	Hiperreflexia	60	%
	Convulsiones	60	%
	Temblores	50	%
	Inconsciencia	40	%
	Pupilas inmóviles	30	%
	Miosis	30	%
	Midriasis	30	%
	Estrabismo	0	
<i>Escolares:</i>	Fiebre	100	%
	Signos meníngeos	100	%
	Convulsiones	100	%
	Hiperreflexia	50	%
	Hipertonía muscular	50	%
	Temblores	50	%
	Inconsciencia	50	%
	Pupilas inmóviles	50	%
	Miosis	0	
	Midriasis	50	%

Ya en el hospital el examen físico reveló la poca frecuencia de los signos neurológicos en el recién nacido, (según se observa en el cuadro 8), ya que alguno o todos los signos meníngeos, sólo fueron apreciados en el 33% de los casos. En esta edad los síntomas dominantes fueron los vómitos, la fontanela hipertensa y posteriormente la inconsciencia, la hipertonía y la hiperreflexia. Debe señalarse el hecho, de que en esta edad el 50% de los casos evolucionaron sin fiebre.

En el lactante menor, persiste la fontanela hipertensa y los vómitos; pero los signos meníngeos, la hipertonía, hiperreflexia, inconsciencia son también dominantes. La fiebre en diversas intensidades fue habitual en todos los casos.

En el pre-escolar, son ya evidentes —en casi todos los enfermos— los signos de irritación meníngea que alcanzan un máximo en la edad escolar. Llama la atención en los signos oculares la ausencia de midriasis en el recién nacido y de la miosis en el escolar.

En todos los casos se observó un estado toxinfecioso severo que afectó diversos sistemas y aparatos. En 12 casos se constató la presencia de hepatomegalia discreta. En ocho hubo alteraciones del ritmo respiratorio, sin la existencia de signos broncoalveolares. Dos de los lactantes menores desarrollaron bronconeumonías con insuficiencia respiratoria aguda y cuatro enfermos tenían diarrea enteral infecciosa, presentando desequilibrios hidro y ácido-básicos. La expresión de manifestaciones cutáneas, tales como erupciones morbiliformes, petequias, hematomas o síndromes hemorrágicos generalizados como sucede en la M.P. por Neiseria meningitidis, no fueron observados en ningún caso.

## LÍQUIDO CEFALO-RAQUÍDEO

La obtención del L.C.R. es indispensable para sustentar el diagnóstico.

CUADRO 9

## DATOS OBTENIDOS

<i>Aspecto:</i>			<i>Proteínas:</i>		
Agua de Roca	1 caso	3.3%	De 50 a 90 mlgr.	6 casos	20 %
Opalino	6 casos	20 %	De 100 a 149 "	10 "	33.3%
Turbio	14 "	46.4%	De 150 a 199 "	7 "	23.3%
Purulento	8 "	26.6%	De 200 a 299 "	4 "	13.3%
			Más de 300 "	3 "	10 %
<i>Cloruros:</i>			<i>Glucosa:</i>		
De 500 a 549 mlgr.	4 casos	13.3%	De 0 a 9 mlgr.	7 casos	23.3%
De 550 a 599 "	6 "	20 %	De 10 a 19 "	12 "	40 %
De 600 a 649 "	12 "	40 %	De 20 a 39 "	4 "	13.3%
De 650 a 699 "	3 "	10 %	De 40 a 59 "	4 "	13.3%
Más de 700 "	1 "	3.3%	De 60 a 79 "	3 "	10 %
<i>Leucocitos:</i>			<i>Predominio de polimorfonucleares:</i>		
De 300 a 399	3 casos	10 %	De 50 a 59%	1 caso	3.3%
De 400 a 499	5 "	16.6%	De 60 a 79%	12 casos	40 %
De 500 a 599	2 "	6.6%	De 80 a 99%	15 "	50 %
De 600 a 699	5 "	16.6%			
Más de 700	15 "	50 %			
<i>Gérmenes encontrados:</i>					
Cultivos negativos	22 casos	73.3%			
Diplococcus Pneumoniae	4 "	13.3%			
Hemophilus Influenzae	2 "	6.6%			
Staphilococcus Alb. Coag. P.	1 caso	3.3%			
Escherichia Coli iii	1 caso	3.3%			

El patrón observado en todos los casos es el habitual de las infecciones del canal raquídeo, con aspecto turbio o purulento, alza de proteínas, disminución de cloruros y de glucosa, pleocitosis y presencia de gérmenes. Las proteínas en la mayoría (56%), se encontraron entre 100 y 200 mlgs. Los cloruros en el 60%, entre 550 y 650 mlgrs. La glucosa en el 63% de los casos, entre 0 y 20 mlgrs. En el 66.6% de los casos, la cifra de células encontrada fue superior a 600 por mm y en la gran mayoría calificadas como incontables, con un franco predominio de polimorfonucleares. En la bacteriología observada una gran mayoría de los cultivos fue negativa, cifras distintas a las reportadas por otros observadores.<sup>7</sup> En los cultivos positivos el germen más frecuente fue el diplococcus pneumoniae, después el hemophilus influenzae y las entero-bacterias, siguiendo el patrón ya señalado por Olarte, Carrillo y Benavides.<sup>9, 10</sup> Cabe señalar como dato de

juicio que en los casos positivos el tiempo de evolución a su ingreso al hospital nunca fue superior a 72 horas y que en los negativos, siempre superior a 96 horas.

CUADRO 10  
BIOMETRÍA HEMÁTICA

<i>Leucocitos:</i>			
Menos de	10,000 leucocitos	1 caso	3.3%
De 10,000 a	13,999	9 casos	30. %
De 14,000 a	17,999	13	43.3%
De 18,000 a	21,999	7	23.3%
<i>Predominio de neutrófilos:</i>			
Menos del	49%	5	16.6%
Del 50 al	79%	15	50. %
Del 80 al	100%	10	33.3%

La regla de la mayoría de los casos fue la observación de una leucocitosis moderada de 10 a 15,000 leucocitos por mm. con predominio de neutrófilos, patrón observado en todas las infecciones piógenas habituales.

#### TRATAMIENTO

La conducta terapéutica antiinfecciosa fue antibiótica en todos los casos. La presencia demostrada de gérmenes Gran negativos y Gran positivos como posibles agentes etiológicos, señalada por diversos investigadores, amerita hasta conocer el germen causal, emplear los antibióticos que cubran el mayor espectro posible. Diversas combinaciones se han empleado en el Hospital Infantil de la ciudad de México —evaluando sus resultados— tal como se muestra en el cuadro 11.

CUADRO 11

<i>Antibióticos empleados:</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>Defunciones</i>		<i>Curados</i>		<i>Curados pero con secuelas:</i>	
		<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
C+P+S	82 casos	33	42 %	47	58 %	9	19 %
P+S	25 "	12	48 %	13	52 %	6	46 %
T+S	22 "	10	45 %	12	55 %	3	25 %
T+O	24 "	9	35 %	15	65 %	6	40 %
TOTAL:	153 "	56	36.6%	87	64.4%	24	27.5%

FUENTE: E. Shor P. Tesis de Internado en el Hospital Infantil de México.

La combinación cloranfenicol, penicilina, sulfadiazina demostró la mejor acción, ya que, aunque la mortalidad fue un poco mayor de la combinación tetraciclina más oleandomicina el número de secuelas observadas fue mucho menor.

El tratamiento empleado en los 30 casos observados fue el siguiente:

CUADRO 12

<i>Antibióticos</i>	<i>Germen aislado</i>	<i>48 horas</i>	<i>De 48 horas a 12 días</i>
C+P+S	Ninguno	30 casos	18 casos
P+S	D. Pneumoniae	—	3 „
C	Hemophilus Influenzae	—	2 „
P+O+C	Estafilococcus Alb. Coag. P.	—	1 caso
P+C	Escherichia Coli III	—	1 „

Las dosis empleadas fueron en la penicilina de 6 a 8.000.000 de unidades de Penicilina G por 24 hs., a intervalos de 3 a 4 horas. El cloranfenicol a dosis de 50 a 100 mgls. por kilo de peso y por 24 hs. y la sulfadiazina a dosis de 10 a 20 centigramos por kilo de peso y por 24 horas. La oleandomicina a dosis de 50 centigramos por kilo de peso y por 24 horas. El patrón fue emplear la combinación C + P + S al sospecharse el diagnóstico y haber obtenido el L.C.R. Si el cultivo era negativo este tratamiento se conservaba hasta encontrar la curación. Identificado el germen se pasó al antibiótico que fue considerado como selectivo. Por lo que respecta a la vía de aplicación en el caso del cloranfenicol y sulfadiazina y oleandomicina se empleó la vía oral cuando esta fue permeable.

Los resultados del tratamiento empleado, fueron como sigue:

CUADRO 13

<i>Antibiótico</i>	<i>Germen aislado</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Alta</i>	<i>Secuelas</i>
C+P+S	Ninguno	23	6 casos 26%	17- 24%	4- 25%
P+S	D. Pneumoniae	3	1 caso 33%	2- 66%	0- 0
C	H. Influenzae	2	1 „ 50%	1- 50%	0- 0
P+O+C	Estafilococcus	1	0 „ 0	1-100%	1-100%
P+C	E. Coli	1	1 „ 100%	0	0
TOTALES:		30	9 30%	21 70%	5 23%

En los casos de hipertermia se controló la fiebre particularmente por medios físicos. Los estados convulsivos, cuya acción nociva sobre el encéfalo ha sido señalada fue controlada por el uso de barbitúricos y fenilhidantoinatos y finalmente en todos los casos, empleando la vía parenteral o la oral, cuando ésta era posible se controló y sostuvo el equilibrio hídrico y nutricional mínimo.

#### LETALIDAD Y EVOLUCIÓN

En nuestros 30 casos hubo 9 defunciones, lo que da una mortalidad del 30%. Sin embargo si la depuramos, restando los casos que fallecieron en las primeras

48 horas obtenemos una mortalidad del 20% que es la reportada en otros países.<sup>1, 2</sup> Debe de recordarse que antes del año de 1940 la mortalidad reportada en el país y en el extranjero<sup>11</sup> era del 80 al 100% y por lo tanto el descenso de mortalidad debe achacarse a los avances en el diagnóstico y en la terapéutica.

*Letalidad:*

CUADRO 14

Número de casos	Letalidad de menos de 48 horas		Letalidad de más de 48 horas	
	Nº	%	Nº	%
30	3	10	6	20

*Evolución:*

Defunciones		Curados sin secuelas		Curados con secuelas		Higroma subdural 2 casos. Parálisis espástica - 1 caso Hidrocefalia - 1 caso Hemiplejia - 1 caso.
Nº	%	Nº	%	Nº	%	
9	30	16	53.3	5	16.6	

*Estancia en el hospital:*

De 0 a 9 días	2 casos	12.5%
De 10 a 19 días	9 "	56.2%
De 20 a 29 días	5 "	31.2%

El patrón de curación fue la ausencia de signos clínicos y la vuelta a la normalidad del L.C.R. Cumpliendo estas premisas fueron dados de alta 16 enfermos sin secuelas aparentes y decimos aparentes, porque los trazos electroencefalográficos practicados solamente en 6 de estos pacientes demostraron aun ausencia de datos clínicos alteraciones eléctricas que han persistido hasta tres meses después de su curación. La observación de otros pacientes estudiados en los departamentos de Neurología y Psiquiatría del mismo hospital como trastornos de conducta, epilepsia, oligofrenias, que tienen como antecedente el haber padecido una meningitis purulenta nos hace ser cautos en el pronóstico. 5 pacientes presentaron complicaciones inmediatas de los cuales la más frecuente fue el Higroma subdural. Nuevamente se hace aparente el hecho de que todos los niños que presentaron secuelas fueron presentados al hospital después de 96 horas de evolución.

Finalmente la estancia promedio en nuestro hospital fue de 14 días teniendo el mayor número de los enfermos (el 56%) una estancia de 10 a 20 días.

## COMENTARIO FINAL

En los casos observados en este estudio resalta:

1. La dificultad de diagnóstico en los recién nacidos y en los lactantes menores, por la ausencia o poca frecuencia de fiebre y signos meníngeos o neurológicos claros, lo que condiciona ante el insuficiente diagnóstico un incorrecto tratamiento y la dilación a su presentación hospitalaria.

2. La alta mortalidad y la presencia de secuelas inmediatas y mediatas debidas probablemente a lo tardío del diagnóstico y del tratamiento intensivo.

3. El L.C.R. siempre indica en sus caracteres físicos y químicos una infección piógena, aunque los cultivos frecuentemente negativos no indiquen el germen específico, siendo por consecuencia indispensable la práctica de la toma del L.C.R. en todos los casos y particularmente en los de insuficiente sintomatología que pueda enmascarar el diagnóstico, debiéndose hacer esta práctica, aún en caso de duda, lo más precoz posible.

4. La presencia, en mayor número en el L.C.R. de gérmenes patógenos habitualmente huéspedes de las vías respiratorias.

5. La necesidad de tratamientos intensivos, precoces y sostenidos durante tiempo suficiente.

6. La indispensable vigilancia posterior —en el curso de varios años— de los casos aparentemente curados.

## REFERENCIAS

1. Anuario Estadístico, Direc. Gral. de Estadística 1959, México.
2. Etdedorf J. M.: *Management of purulent meningitis*, J.A.M.A. 159: 746-750, 1955.
3. Smith, M. H. D.: *Acute Bacterial Meningitis*, Pediatrics: 17: 258-277, 1956.
4. Prado Vértiz, A.: Comentario, Gac. Méd. Méx. Tomo XCI, 11: 1003-1007, 1961.
5. R. Groves, y Col.: *Purulent Meningitis of new born infants*, New Engl. J. Méd.: 264: 1115-1121, June 1, 1961.
6. Dyggve, Holges: *Pronosis in Meningitis Neo-natorum*, Acta. Paedact. 51: 503-512, May, 1952.
7. Olarte, Jorge: *Etiología de las meningitis purulentas en la ciudad de México*, Gac. Méd. Méx. Tomo XCI, 11, Nov., 1961.
8. Idem.
9. Comunicación personal.
10. Comunicación personal.
11. Ford, F. R.: *Diseases of the nervous system in Infancy*, 3ed. Edt. 517-736. C. H. Thomas, Springfield, Ill, 1952.

COMENTARIO AL TRABAJO "30 CASOS DE  
MENINGITIS PURULENTA"\*

DR. FERNANDO LÓPEZ CLARES

EL DR. ANTONIO PRADO VÉRTIZ presenta una interesante revisión de 30 casos de meningitis purulenta habidos en el Hospital Infantil durante el año de 1960, concluyendo que existe dificultad en el diagnóstico de los recién nacidos y lactantes pequeños por la ausencia o poca frecuencia de fiebre así como por escasos signos neurológicos.

La alta mortalidad y las secuelas de que hace mención el Dr. Antonio Prado Vértiz las atribuye a lo tardío del diagnóstico; estoy de acuerdo en ello, pero no en el tratamiento intensivo como también refiere.

Con mucha frecuencia tenemos dificultad para interpretar un líquido cefalorraquídeo, pues no siempre son francamente purulentos; a veces son turbios; la cuenta diferencial de células es a expensas de los linfocitos y con glucosa baja que nos hace pensar en meningitis tuberculosa.

Desde hace veinte años que manejamos enfermos de meningitis purulenta en el Servicio de Contagiosos del Hospital Infantil de México; nos encontramos con que las meningitis purulentas de etiología desconocida ocupan el primer lugar y en segundo lugar de todas, después de la meningitis tuberculosa.

A continuación presento una revisión que hice de 605 casos de meningitis correspondiente a los años de 1943 a 1947, y que el Dr. Antonio Prado Vértiz no mencionó en su estudio, para hacer ver que la etiología en nuestro hospital casi no ha variado, que la causa de no encontrar gérmenes en tantas meningitis purulentas sigue siendo un enigma que se le ha atribuido a tratamientos precoces mal llevados antes de los estudios del líquido cefalorraquídeo; llama la atención que en otros países la etiología sea mejor conocida. En tanto tiempo no sabemos nada de hallazgos de hongos y levaduras causantes de meningitis purulentas; ¿qué acaso los laboratorios no necesitarán afinar más su procedi-

---

\* Leído en la sesión del 3 de julio de 1963.

miento de investigación, para darnos a conocer mejor la etiología de nuestros casos de meningitis, para poder usar métodos más apropiados en la terapéutica de ellos y reducir la mortalidad que siempre ha sido elevada?

CUADRO DE LAS MENINGITIS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO  
POR ORDEN DE FRECUENCIA

Meningitis: 605 casos en 20,059 ingresos de junio de 1943 a mayo de 1947

<i>Etiología</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Incidencia</i>	<i>Terapéutica</i>	<i>Resultados</i>
1. Tuberculosa	360	59.00%	1.8 %	Estreptomicina	Dudoso en experimentación
2. Desconocida	95	15.70%	0.47 %	Sulfadiazina y Penicilina	Nulo, mueren dentro 48 horas de su ingreso
3. Neumocócica	45	7.43%	0.22 %	Sulfadiazina y Penicilina	Buenos
4. P u r u l e n t a aséptica	40	6.62%	0.19 %	Sulfadiazina y Penicilina	Buenos
5. Meningocócica	45	5.80%	0.17 %	Sulfadiazina y Penicilina	Muy buenos
6. Bacilo hemófilos influenza	18	2.90%	0.09 %	Estreptomicina o Sulfadiazina o suero de conejo	Buenos
7. Estreptocócica	6	0.96%	0.03 %	Sulfadiazina y Penicilina	Buenos
8. Tifoídicas	3	0.48%	0.015%	Ninguna	Malos
9. Orejones	1	0.16%	0.005%	Ninguna	Buenos
10. Linfocítica o coriomeningitis	1	0.16%	0.005%	Ninguna	Buenos
11. Friedlander	1	0.16%	0.005%	Sulfadiazina y Penicilina	Nulos

Bol. Med. Hospital Infantil. VII-47.

Felicitó al Dr. Antonio Prado Vértiz por su importante trabajo pues contribuye una vez más a tratar de que se mejore la letalidad de dicho padecimiento así como la reducción de importantes secuelas neurológicas que dejan en esos enfermos, tardíamente atendidos o empleando antibióticos inadecuados.