

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Organo de la Asociación Médica Hondureña

●  
Director

DR. MARCIAL CACERES DIJIL

●  
Julio

y

Agosto

de

1 9 4 7

## MIEMBROS DE LA ASOCIACION

### MEDICA HONDUREÑA

#### SOCIOS HONORARIOS

Dr. Vicente Mejía Colindres	San José, Costa Rica
Dr. José María Ochoa Velásquez	Comayagua
Dr. Oswald S. Lowsley	New York

#### SOCIOS ACTIVOS EN TEGUCIGALPA

Dr. Ramón Valladares	Dr. Marcial Cáceres Vijil
Dr. Antonio Vidal	Dr. Manuel Cáceres Vijil
Dr. Héctor Valenzuela	Dr. Henry D. Guilbert
Dr. Manuel Larico C.	Dr. José R. Durón
Dr. Manuel Castillo Barahona	Dr. José María Sandoval h.
Dr. José Manuel Dávila	Dr. Martín A. Bulnes
Dr. Abelardo Pineda U.	Dr. J. Gómez Márquez
Dr. Isidoro Mejía h.	Dr. Carlos M. Gálvez
Dr. Humberto Díaz	Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga
Dr. Roberto Gómez Rovelo	Dr. Ramón Pereira
Dr. Juan A. Mejía	Dr. Armando Bardales
Dr. Juan Montoya	Dr. Roberto Lázarus
Dr. José Gómez Márquez Girones	Dr. Carlos Rivas
Dr. Virgilio Banegas Montes	Dr. Antonio Bermúdez h.
Dr. Mario Díaz	Dr. Angel D. Vargas

#### SOCIOS FUERA DE TEGUCIGALPA

Dr. Guillermo Pineda	Trinidad, Santa Bárbara
Dr. L. R. Fletcher	México
Dr. Salomón Paredes R.	San Pedro Sula
Dr. Luis Munguía	Costa Rica
Dr. Eugenio Matute	San Pedro Sula
Dr. José Mendoza	La Ceiba
Dr. Plutarco E. Castellanos	Comayagua
Dr. Raúl Enrique Zúñiga	Guatemala, Tiquizate
Dr. Gabriel Izaguirre	Guatemala
Dr. Ramiro H. Lozano	Tela
Dr. Ramón Alcerro Castro h.	La Paz
Dr. Angel D. Vargas	Santa Rosa de Copán

#### SOCIOS FALLECIDOS

Dr. Rubén Andino Aguilar	Tegucigalpa
Dr. Alfredo Sagastume	Tegucigalpa
Dr. Francisco A. Matute	La Ceiba
Dr. Lorenzo Cervantes	La Paz
Dr. Marco Antonio Rodríguez	Santa Rosa de Copán
Dr. Domingo Rosa	Ocotepeque
Dr. Virgilio Rodezno	Ocotepeque
Dr. Juan Jesús Casco	Tela
Dr. Cornelio Moncada	San Pedro Sula
Dr. Francisco Sánchez U.	Tegucigalpa
Dr. Miguel Paz Barahona	San Pedro Sula
Dr. Manuel L. Aguilar	Choluteca
Dr. Marco Delio Morales	Tegucigalpa
Dr. Pastor Gómez h.	Tegucigalpa
Dr. Salvador Paredes	Tegucigalpa

# Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director:

**DR. MARCIAL CACERES VIJIL**

Redactores:

DR. ANTONIO VIDAL

DR. HUMBERTO DÍAZ B.

DR. ROBERTO LAZARUS

Secretario:

Administrador:

DR. ARMANDO BARDALES

DR. MARTINA BULNES B.

---

Año XVI | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Julio y Agosto de 1947 | No. 131

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

## Labor Dispensarial en Lucha Antituberculosa

Mucho se ha escrito sobre la importancia que tiene el Dispensario en la lucha anti-Tuberculosa mundial. Antes de sus organizaciones la profilaxis de la tuberculosis era muy limitada, pues, el conocimiento de los casos fímicos era obtenido casi exclusivamente por los médicos generales en sus clínicas particulares; de aquí que la mortalidad y morbilidad de la enfermedad era alarmante en todos los países, pero a partir de un determinado período, cuando a las medidas de orden general, se añadieron cuantas podían influir en la reducción rápida de la mortalidad por tuberculosis, basadas en la acción más amplia del Dispensario, se produjo una aceleración importantísima en el descenso de la tuberculosis. Tenemos como un ejemplo irrefutable de lo apuntado lo que sucedió en los Estados Unidos de Norte América. En el año de 1917, la Metropolitan Life Insurance Company subvencionó una experiencia de lucha anti-tuberculosa en Framingham, Estado de Massachusetts. Se practicó el examen de la mayoría de los habitantes con radioscopia y se complementó con las medidas terapéuticas y profilácticas que resultaron de dicho catastro; el resultado no se dejó esperar: en el espacio de cinco años la mortalidad por tuberculosis descendió de una manera considerable; en 1917 la mortalidad por tuberculosis en Massachusetts era de 145.9 x 100.00; en 1938, 37, 8. En Framingham, en 1917 la cifra era de 97,5 x 100.00. En 1938, 17,

Es del todo imposible, poder realizar en una forma efectiva una profilaxis contra la tuberculosis pulmonar, si no existe un organismo, un eje central que descubra los casos, estudie los contactos, efectúe la educación higiénica de los conglomerados y distribuya en una forma científica, los casos diagnosticados, a las Institu-

ciones de cura de la enfermedad: Sanatorios, Hospitales de Tuberculosis, Preventorios, Hospitales-Sanatorios, etc. La acción más eficiente de la campaña se ejerce por la acción dispensarial. En los países europeos es considerado el Dispensario como la organización en que debe centralizarse todo lo que se relacione con la enfermedad **fuñica**, donde nacen todas las iniciativas y donde debe atenderse todas las necesidades del paciente tuberculoso.

El dispensario es de una ayuda inapreciable para el médico general. Cuantos pacientes que llegan a consultar su dolencia a una clínica privada y que necesitan una radiografía del tórax, la que no pueden obtener en los Hospitales privados, por sus exiguas condiciones económicas, encuentra en el Dispensario anti-tuberculoso, esos servicios absolutamente gratuitos; y no solamente obtienen ese examen, pues, muchas veces la radiografía por sí sola no puede dilucidar las dudas, se estudia al paciente, se le práctica examen clínico, examen de esputo, del contenido gástrico y se le hace examen a la tuberculina. Si de resultados de estas investigaciones, se asegura el diagnóstico, de tuberculosis pulmonar, el paciente no es retenido por el Dispensario, ni siquiera se le ficha, sino que el diagnóstico escrito es remitido al médico del paciente para que él decida; su actividad, pues, es de acuerdo con los médicos de la localidad, y no se ponen en práctica las medidas profilácticas y sociales, sino de acuerdo con el médico; es en esta forma como los médicos internistas colaboran con el Dispensario, y éste con ellos, forma progresivamente mas estrecha y sincera en bien de la comunidad.

Otro asunto que se relaciona íntimamente con la labor del Dispensario es el axioma que se plantea hoy día, de que si se debe o no efectuar tratamiento de Neumotórax artificial en los Dispensarios. Para unos, el trabajo Dispensarial debe ser exclusivamente de investigación de casos, estudio de contacto y distribución de pacientes, otros, opinan que si debe realizarse tratamiento ambulatorio de colapso-terapia gaseosa. En épocas anteriores la terapéutica de la tuberculosis estaba reducida a la cura sanatorial, pero, múltiples son los factores que se han descubierto en estas épocas, modernas, en que se realiza una batalla mundial contra la peste blanca y que están en favor de realizar esta terapéutica ambulatoria.

De ninguna manera creemos que la terapéutica que se realiza en el Dispensario sustituye la terapéutica sanatorial, pero creemos que debe ser agregada. Y esto depende de la situación económica de los países y del número de camas disponibles con que cuenten los Hospitales y Sanatorios. Múltiples autores sostienen que la lucha contra la enfermedad tuberculosa no debe hacerse con un criterio estricto, sistemático, de diagnosticar la enfermedad, hospitalizar el enfermo y estudiar contactos.

En nuestro medio, donde actualmente contamos con unas 60 camas en el Hospital "San Felipe", y 108 que tendrá el Hospital de Tuberculosos, en totalidad 168 camas, número exiguo para el número de pacientes, que diariamente diagnostica nuestro Dispensario,

el axioma está resuelto; debemos continuar efectuando, como lo efectúan en la actualidad casi todos los países del mundo, el tratamiento ambulatorio de Neumotórax artificial y de Neumoperitoneo, asociado a la Frenicectomia; hemos tenido nuestros fracasos, como lo tienen todos los Dispensarios, pero, hemos tenido la gratísima satisfacción de volver a la vida muchos pacientes y no sólo debemos pensar en el éxito terapéutico obtenido, sino en el éxito profiláctico, ya que, un gran porcentaje de casos negativizan su esputo en un corto período de tiempo, impidiendo con ello la deseminación fatal de la enfermedad. Debemos repetir: que, siempre consideraremos que la solución ideal del tratamiento de la tuberculosis es el tratamiento sanatorial; pero ese ideal está lejano para los países carentes de capacidad económica y social suficiente para resolver el problema de la tuberculosis, ni aún los más poderosos han podido alcanzar dicho ideal; pero, en nuestra Honduras, en donde actualmente tienen cabida todas las iniciativas que tienden al mejoramiento de la salud de el pueblo hondureño, el Dispensario Anti-Tuberculoso de la Dirección General de Sanidad, el cual tenemos el honor de dirigir, continuará siendo un factor inapreciable en la lucha anti-tuberculosa, trabajando tesonera y estrechamente con el Hospital "San Felipe", con el Sanatorio de Tuberculosos, con las Sociedades de Protección Social y con los Médicos particulares, con el firme propósito de procurar en una u otra forma de aliviar, aunque sea un poco, la desventura del paciente tuberculoso.

Estimado Doctor:

La vacunación oral de lactantes a adultos es muy fácil en el tratamiento de las infecciones intestinales por ser la más directa. Al administrarla a lactantes e infantes en sus alimentos no trae reacción indeseable alguna, y sí facilidad máxima en su aplicación. No tiene sabor. Por ello le ofrecemos:

**Lysocaldo vacuna Anticolibacilar (Ampula oral)**

**Lysocaldo vacuna Antidisentérico (Ampula oral)**

**Lysocaldo-vacuna Entero-Coli- Intestinal (Ampula oral)**

**Lysocaldo vacuna Para-Tifo-Coli (Ampula oral)**

Laboratorio Químico Central S. A. México, D. F.

Rivera & Compañía — Tegucigalpa, D. C. — San Pedro Sula

## Notas Acerca de la Patología Conjuntival en Honduras

Por el Dr. JOSÉ GÓMEZ MÁRQUEZ h.

Séame permitido ante todo, intentar apartar de todos vosotros, la repugnancia con la que probablemente estaréis dispuestos a escucharme en esta plática a cerca de la patología de la conjuntiva en Honduras. Creo sinceramente que es a vosotros médicos generales a quienes más que nadie interesa este tema, ya que a cada momento sois consultados por pacientes que buscan a su médico de cabecera para intentar poner remedio a sus trastornos oculares subjetivos. La mayor parte de estos, que presentan los hondureños, no los podréis explicar por medio de lo que hayáis estudiado en los libros de Oftalmología que os vienen de los Estados Unidos o de Europa, por la sencilla razón de que una gran parte de estos trastornos obedecen a alteraciones del polo anterior del globo ocular, aún no descritas por los oftalmólogos de aquellos países, y que son absolutamente típicas, desde luego de Honduras y con toda probabilidad de Centro-América por lo menos.

No pretendo ni mucho menos, hacer recaer sobre mí todo el peso de la descripción de unos cuadros patológicos, que podríamos calificar de todavía inéditos en Oftalmología Universal; muy por el contrario, vengo únicamente a ampliar en algunos puntos y a repetir en otros muchos lo que ya mi padre ha descrito en un artículo aparecido en la revista, "Anales del Hospital San Felipe de 1944" y que lleva por título "Enrojecimientos Oculares Recidivantes de Honduras". A modo de disculpa, por lo incompleto de este trabajo, he de avanzar, que tal como sucede desgraciadamente en la mayor parte de nuestros trabajos, debemos de basarnos única y exclusivamente en la clínica, viéndonos obligados a hacer a un lado los importantísimos datos que nos podrían suministrar el Laboratorio y la Anatomía Patológica, por carecer aún de servicios de estas especialidades suficientemente dotados.

Digamos para entrar en materia que las alteraciones conjuntivales, a que vamos a hacer referencia, las presentan prácticamente todos los hondureños, de manera que aunque sólo fuese por su enorme frecuencia, bien valdría la pena, que todo médico hondureño las conociera. Para su mejor estudio, las dividiremos en dos grandes grupos:

1<sup>o</sup>—Período fluxionario.

2<sup>o</sup>—Período frío.

1" —Período fluxionario

Este suele presentarse indiferentemente en uno y otro sexo, durante todo el curso de la vida genital y muy raramente fuera

de ella. Los enfermos que la padecen, se ven súbitamente atacados por una serie de trastornos subjetivos, consistentes en sensación de ardor y picazón en los ojos, impresión de cuerpo extraño ocular que los enfermos suelen describir muy gráficamente diciendo que "tienen un arenero en los ojos". **Al mismo** tiempo dicen amanecen con los ojos pegados, pero tanto el examen objetivo como ' un interrogatorio bien hecho demuestran que en realidad no hay secreción conjuntival, sino todo lo contrario, es decir, una sequedad de las conjuntivas, lo cual por otra parte es común a todos los estados hiperémicos que traen consigo una disminución de la lubricación de los ojos y en consecuencia dificultad para el deslizamiento de las conjuntivas palpebrales sobre los bulbares. Habitualmente hay fotofobia y lagrimeo.

El examen del polo anterior de los ojos nos muestra lo siguiente :

Que a primera vista, el enfermo presenta las conjuntivas de ambos ojos hiperemiadas y un examen más atento, haciendo dirigir al enfermo los ojos sucesivamente hacia arriba, abajo, a la derecha y a la izquierda nos demuestra que esta hiperemia está perfectamente limitada ocupando única y exclusivamente las zonas de las conjuntivas situadas a cada lado de la córnea y que normalmente están expuestas a los agentes externos mientras que todo el resto de las conjuntivas presenta un aspecto absolutamente normal. El examen de las lágrimas investigando diversos gérmenes es constantemente negativo.

Estas crisis, duran desde unas horas hasta una semana y lentamente van desapareciendo hasta recuperar las conjuntivas su aspecto normal. Estas fluxiones pueden repetirse varias veces al año y así se comprende que la sucesión de varias de ellas, vaya dejando sus huellas, consistentes en un engrasamiento de las conjuntivas, precisamente en los lugares que ocuparon las zonas hiperemiadas, es decir los espacios laterolímbicos. A este proceso activo, es a lo que el autor ha llamado epibulbitis esencial.

Resumiendo por lo tanto, tenemos, que estas epibulbitis esenciales, constan de un cortejo de síntomas subjetivos consistentes en ardor en los ojos con sensación de cuerpo extraño, fotofobia y lagrimeo y de un solo síntoma objetivo que es la hiperemia de los espacios laterolímbicos.

## 2<sup>o</sup>—Período frío

Como acabamos de decir, la repetición de estos brotes hiperémicos, una y otra vez en el mismo lugar, va dejando poco a poco sus huellas, dando lugar a la formación de engrasamientos conjuntivales. Es por esto, que así como el proceso anteriormente descrito, se le asignaba el nombre de exhibulbitis, a éste por ser esencialmente frío, degenerativo, se le llama epibulbosis. Por su diferente grado de desarrollo conviene dividirlo en tres tipos:

a) En el primer tipo, los espacios laterolimbicos de las conjuntivas de ambos ojos, están ligeramente edematosos, con unas estriaciones verticales que le dan un brillo especial y de un color amarillento o rosáceo.

b) El segundo tipo es una acentuación del anterior: el edema conjuntival de los espacios laterolimbicos ha aumentado, llegando a formar una serie de engrosamiento que sobresalen claramente por encima del nivel del resto de la conjuntiva sana, pero respetando la córnea, a la que en este tipo no invade nunca. Aquí y allá existen unas placas irregulares, mates, que hacen recordar las placas de Bitot que se observan en la avitaminosis "A"; sin embargo, al examinar estas lesiones por medio de la lámpara de hendidura es fácil observar ciertos caracteres que diferencian unas de otras: al paso que en las placas de Bitot, se ve que estas tienen una forma triangular con la base habitualmente dirigida hacia la córnea, éstas, están formadas por un acumulo de burbujitas reunidas en islotes irregulares.

c) En el tercer tipo, existe invasión de la córnea por parte de la conjuntiva degenerada. La epibulbosis, después de haber franqueado el limbo, avanza hacia el centro de la córnea, emitiendo lengüetas, que con frecuencia se insinúan por debajo del epitelio corneal, levantando al mismo; resulta así que la parte de la epibulbosis que avanza en plena córnea, forma una línea irregular, existiendo muchas veces en su extremidad más interna, un nódulo amarillento gelatinoso, desprovisto de vasos que se desliza por debajo del epitelio corneal sin alterar la transparencia del mismo. Los vasos de esta epibulbosis tipo tres, discurren en forma más o menos paralela desde la parte externa hasta la interna, observándose con cierta frecuencia que al llegar al limbo, pasan por debajo del epitelio corneal, continuando su camino hacia la extremidad interna de la conjuntiva degenerada. Se puede observar de vez en cuando, que las epibulbosis del tipo tres, avancen tanto desde el lado nasal como del temporal, pudiendo entre ambos cubrir la pupila en casi toda su extensión, pero nunca se ha visto que lleguen a contactar completamente.

### **La Oftalmía Vesiculosa**

Perecería por demás incompleta, una exposición por somera que sea, de las alteraciones conjuntivales propias de los hondureños, y que como decíamos, no están descritas aún en los tratados de Oftalmología Universal, sino dijéramos algo, de los que mi padre ha descrito ya en el mismo número de la revista, "Anales del Hospital San Felipe", con el nombre de oftalmía vesiculosa, afección extremadamente frecuente entre nosotros y cuyas relaciones con las epibulbitis están aún por ser establecidas de una manera clara.

Esta afección aparece, igualmente que las epibulbitis en forma explosiva, sin distinción de sexos e igualmente en personas en

plena actividad sexual; al contrario de las crisis epibulbiticas, ataca aisladamente a un solo ojo, si bien posteriormente puede o no presentarse en el opuesto.

El paciente, siente bruscamente la sensación de un cuerpo extraño intraocular, y aún muchas veces está tan convencido de ello, que intenta relacionar alguna manipulación que haya estado haciendo, como la causa de la entrada del supuesto cuerpo; a continuación aparece la fotofobia y un lagrimeo que varía de intensidad, pero que con frecuencia llega a ser muy intenso.

Al examen objetivo del ojo enfermo, nos muestra a la simple inspección, una inyección conjuntival que se extiende desde los fondos de saco hasta cerca del limbo; e incluso en ocasiones, puede haber una inyección periquerática cuando la córnea participa del proceso como veremos más adelante. En los ojos con epibulbosis, la hiperemia se detiene o al menos se atenúa por encima y por debajo de las mismas. A simple vista o sino ayudado por medio de la iluminación oblicua, se ve ya muchas veces que en ciertos sectores las conjuntivas tanto bulbares como palpebrales, presentan irregularidades; si estudiamos estas zonas por medio de la lámpara de hendidura, constataremos, que estas irregularidades están formadas por vesículas redondeadas, absolutamente transparentes, cuyo tamaño real varía entre la punta y la cabeza de un alfiler. Estas formaciones se pueden visualizar aún mejor cuando en lugar de lanzar el haz luminoso directamente sobre ellas, se las examina por difanosocopia. En algunos casos, las vesículas traspasan el campo conjuntival y llegan a invadir el epitelio corneal, pudiendo dar lugar al abrirse a la formación de pequeñas erosiones. Asimismo se comprenderá que la presencia de tales vesículas sobre la córnea puede dar lugar a una inyección periquerática que uniéndose a la inyección conjuntival, haga aparecer totalmente congestionado el polo anterior del ojo.

El examen de las lágrimas (en ausencia de secreción), ha sido constantemente negativo.

Por la sintomatología anteriormente enumerada, se comprende que algunas veces, después de un examen del polo anterior a simple vista, se puede hacer en principio un diagnóstico de iritis; desde luego que la presencia de las vesículas y la ausencia del rico cortejo sintomático de la iritis, precipitados, turbiedad del humor acuoso, sinequias, etc., nos harán sentar el diagnóstico.

El cuadro de la oftalmía vesiculosa, suele prolongarse por espacio de varios días, desapareciendo habitualmente en forma paulatina. Puede repetirse a intervalos más o menos cortos o permanecer también como un hecho aislado.

#### **Diagnóstico diferencial de los cuadros arriba mencionados**

##### **Epibulbitis**

Su manera de presentarse, su localización tan típica y constante, son factores tan importantes, que no es fácil que pueda haber confusión con ninguna de las alteraciones conjuntivales hasta el momento descritas.

## Ebibulbosis en sus diversos tipos

### Tipo 1

Es preciso hacer el diagnóstico diferencial con la pingüecula:

#### Epibulbosis tipo 1

Aparece tanto en el espacio laterolímbico nasal como temporal aunque habitualmente es más marcado en el nasal.

Zonas ligeramente edematosas con estriaciones verticales de la conjuntiva de un color amarillento, extendiéndose desde las inmediaciones de la cornea y perdiéndose gradualmente hacia los ángulos palpebrales.

No desaparece nunca espontáneamente, sino que por el contrario, tiende a transformarse con el tiempo en los tipos dos y tres.

Aparece en la pubertad y aumenta con el tiempo.

Debe considerarse como consecuencia lógica de los brotes de epibulbitis.

#### Epibulbosis tipo dos

Cabe hacer el diagnóstico diferencial de este tipo con la xerosis donde como es sabido se encuentran las placas de Bitot que consisten en "unas formaciones que examinadas a la lámpara de burbujas agrupadas en islotes irregulares; además en la xerosis simplemente dirigida hacia la córnea, que no se moja con las lágrimas. En cambio en las epibulbosis tipo dos, lo que se ve es una serie de burbujas agrupadas en islotes irregulares; además en la xerosis las placas de Bitot nunca invaden la córnea sino que quedan localizadas a las conjuntivas.

#### Pingüecula

Aparece únicamente en el espacio laterolímbico nasal.

Acumulo amarillento que puede llegar a tener hasta unos 3 mm. de circunferencia, bastante delimitado.

Puede desaparecer en algunos casos espontáneamente o en todo caso permanece en forma estacionaria

Aparece en la madurez.

Se atribuye a la exposición a los agentes externos irritantes, pero sin la existencia de brotes hiperámicos claros.

**Epibulbosis tipo tres**

A diferenciar claramente del pterigión.

**Epibulbosis tipo tres**

Engrosamiento edematoso, salpicado de nódulos **gelatinosos**.

Vascularización en manguito horizontal.

Forma más o menos rectangular que termina por su extremo corneal en varias cabezas y por su extremo opuesto en la pinguécula.

Sen en número de cuatro siempre, dos nasales y dos temporales siendo normalmente los mas desarrollados las nasales.

Creecimiento muy lento, a partir del tipo uno, estando reservado sólo al tipo tres, la invasión de la córnea.

**Pterigión**

**Neoformación** membranosa, aplanada no edematosa.

Vascularización en ala de insecto.

Forma triangular con la base confundiéndose con el repliegue semilunar y el extremo corneal formado por una sola cabeza implantada en la superficie corneal, teniendo una estrangulación a su paso por el limbo.

Son habitualmente uno a dos,, siempre nasales

Creecimiento rápido con invasión corneal.

Estas son en líneas generales, las características que separan las epibulbosis tipo tres de los perigiones; sin embargo, digamos ya desde ahora, que a parte de estos casos bien delimitados existen otros en los que hay caracteres de los dos y es bastante difícil, en ausencia de otros medios de investigación, decir a cual de los dos grupos pertenece una determinada degeneración.

### **Oftalmía vesiculosa**

Desde luego el aspecto de esta oftalmía tiene sus analogías con el herpes zoster de la rama oftálmica del quinto par craneal, donde también existe una hiperemia conjuntival y presencia de vesículas. Sin embargo, cuando en el herpes, la córnea llega a estar afectada, sus lesiones tienen un carácter de suma gravedad que es precisamente todo lo contrario de lo que sucede con nuestra oftalmía y así como en esta no se produce nunca iritis concomitante, en el herpes es bastante frecuente.

### **Posibilidades etiológicas**

El solo hecho de estar intentando describir, aunque sea con el firme apoyo de los trabajos a que nos referimos anteriormente, es una verdadera temeridad, puesto que para ello hemos tenido

que prescindir de todo lo escrito sobre patología conjuntival en Oftalmología Universal. Así se comprenderá que si difícil es hablar desde el punto de vista descriptivo únicamente, mucho más lo será por lo que al factor etiológico se refiere.

El estudio razonable de las alteraciones conjuntivales a que acabamos de hacer referencia, desde el punto de vista causal, lleva consigo la investigación anatomopatológica, ensayos sobre los factores anafilactizantes, avitaminosicos, etc., cuestiones todas que entre nosotros no es posible aún llevar a cabo por lo incompleto de nuestros Laboratorios y la ausencia total de Institutos de Patología y Fisiología experimental y de un Gabinete de Anatomía Patológica. Todas las reflexiones que se hagan sobre el problema no pueden tener por ello una base sólidamente científica y no tienen más valor que el de las simples hipótesis.

Como ya se ha dicho repetidamente, es manifiesto que existe una estrecha relación entre las epibulbitis y las epibulbosis en sus diferentes tipos dada su localización idéntica y la aparición de ellas en las mismas personas, es lógico suponer que los diversos brotes de epibulbitis, son los responsables en plazos más o menos lejanos, de la producción de un encharcamiento de la conjuntiva en los espacios laterolímbicos, y que va dando lugar sucesivamente a la formación de las epibulbosis en sus diversos tipos. Ahora bien: una vez admitida esta hipótesis, a que es debida la epibulbitis? El hecho de presentarse únicamente en los espacios laterolímbicos parece que debe llevarnos a la idea de que el factor exposición a los agentes exógenos (luz aire, polvo, etc.), tiene algo que ver con su aparición. Pero probablemente no es ello solo, porque en otros países donde la irradiación solar y el polvo son tanto o más abundante que en el nuestro, no se observa el tal fenómeno. Por otra parte es un hecho observado que los europeos residentes en Honduras o no tienen epibulbitis o en todo caso se presentan después de muchos años de estancia en el país y habitualmente no llegan mas que a la epibulbosis tipo uno. La conclusión lógica debe ser, que a parte del factor irritante exógeno, hay otro peculiar del hondureño, que contribuye a los brotes epibulbíticos. La analogía de las placas de Bitot de la xerosis con las lesiones observadas en nuestras epibulbosis, ha hecho pensar en la posibilidad de que uno de los factores, fuera una carencia de vitamina "A", que prepara el terreno, sobre el que después actuarían los factores exógenos, sin que entre estos últimos se deje de apuntar la sospecha de algún factor anafilactizante.

Por lo que concierne a la etiología de la oftalmía vesiculosa, estamos en una oscuridad tan grande como lo que se refiere a las epibulbitis. Sin embargo, sus analogías con el herpes zoster

conjuntival, debe hacernos investigar desde luego por el lado de los virus, que como sabemos parece ser el causante de la enfermedad mencionada.

### Tratamiento

Apenas si es necesario decir, hasta que punto estamos desorientados en cuanto al tratamiento de estas alteraciones conjuntivales, empezando por nuestra ignorancia respecto a la etiología. Y ello precisamente constituye un serio problema para el oftalmólogo que ejerce en Honduras, puesto que casi todos los enfermos que le consultan, se quejan de lo mismo: ardores, sensaciones de cuerpos extraños, brotes hiperémicos de las conjuntivas. A estos pacientes, no se les ha podido hacer hasta el momento ningún tratamiento científicamente justificado y de una manera bien empírica por cierto, se les prescribe Vitamina "A". El problema, como otros tantos oculares en Honduras, no es ni mucho menos de la exclusiva competencia del oftalmólogo, sino, tal vez más aun de los médicos internistas, de los Laboratoristas, de los especialistas en problemas de anfilaxia y alergia, etc.

Por lo que se refiere el caso particular de las epibulbosis, debemos aconsejar en general la abstención quirúrgica, especialmente para los tipos uno y dos, porque aunque se extirpen las proliferaciones **conjuntivales**, el factor etiológico subsiste y el enfermo continúa con sus brotes hiperémicos que es lo que más le molesta. En cambio en los casos de epibulbosis tipo 3, con avance franco hacia el **interior** de la córnea, es de recomendar la extirpación tal y como si se llevase a cabo una extirpación de pterigión.

## Operación Cesárea, Solución Razonable de Casi Todas las Variedades de Distocias

Por el Dr. Juan MONTAÑA ALVAREZ

(Continúa)

El estudio crítico de las diferentes indicaciones que haré a continuación, es el producto de un detenido estudio de las nuevas indicaciones de la Obstetricia predominantemente quirúrgico, 'aplicada durante dos años en mi servicio de Obstétrica del Hospital San Felipe; en dicho estudio hago una revisión de todas las indicaciones, insisto en las nuevas y comparo sus resultados con los que proporcionan en casos iguales las operaciones clásicas.

**Estrechez pélvica.**—La estenosis ósea de la pelvis, constituye la indicación primordial de la operación cesárea; por mucho tiempo fue casi la única.

Considerada como un recurso extremo, la operación cesárea no se practicaba mas que cuando la deformidad era tan notable y aparente, que el parto espontáneo se consideraba desde luego imposible, o cuando habían fracasado todas las tentativas de extraerlo por las vías naturales. La mortalidad de la cesárea era bastante elevada; más no quedaba otro remedio que decidirse por ello o practicar la embriotomía, operación igualmente peligrosa y cuya licitud con feto vivo fue siempre muy discutible y por muy pocos médicos aceptada.

En las estrecheces menos pronunciadas, se distinguían tres grados y se indicaban diversos métodos, para cuya elección en cada caso había que estudiar el tipo y localización de la estrechez, la presentación y posición del feto, el volumen probable de la cabeza y su maleabilidad, el ritmo e intensidad de las contracciones uterinas y el tiempo de trabajo. Cuando uno de estos casos caía en manos de una comadrona o de un médico no competente, la catástrofe era la regla. Además de la **expectación**, simple o auxiliada por medios terapéuticos, se recurría al fórceps, a la versión o la sinfisiotomía o la pubiotomía, lo mismo que el parto prematuro.

La embriotomía y la cesárea seguían siendo los últimos recursos y, cuando la bolsa amniótica estaba rota y se sospechaba o **comprobaba** la infección, se practicaba un Porro. No señalaré en detalle las circunstancias que hacían escoger entre una u otra, pero señalaré los peligros que todas ellas entrañan.

Más allá de cierto límite prudente, la actitud de espera tiene sus riesgos, aún cuando el parto llegue a verificarse sin ninguna intervención; y con el empleo aún moderado de los ocitócicos. el peligro se hace mayor. El trabajo prolongado puede ocasionar fenómenos graves de fatiga obstétrica y hemorragias secundarias por cansancio del músculo uterino; la bolsa rota y los tactos vagi-

nales predisponen a la infección. Para el niño existen los riesgos de sufrimiento, asfixia por inspiraciones prematuras, con expulsión de meconio, procedencia del cordón, céfalo- hemotoma, giba serosanguinolenta, y hasta fracturas espontáneas de los huesos craneales con sus correspondientes hemorragias meníngeas y cerebrales.

La **aplicación** de fórceps en las pelvis estrechas es una de las más peligrosas y traumáticas de las operaciones obstétricas; ya que el instrumento actúa como compresor y reductor de la cabeza, como auxiliar o ejecutar de su rotación interna y como extractor, requiriendo siempre el empleo de la fuerza. Fácil es comprender los desastres que puede ocasionar, y lo admirable que es que nos los ocasione siempre. Cuando la suerte nos protege, tal vez sea la muerte lo menos malo que puede ocurrirle al niño; pues peores que ella son los hundimientos y fracturas de los huesos del cráneo, los aplastamientos de las láminas orbitarias con formación de hematoma retrobulbar y traumatismos de los nervios y músculos de la órbita, las lesiones traumáticas de los ojos, las compresiones y contusiones cerebrales, las hemorragias cerebrales cuyas consecuencias se extienden desde una monoplejía simple hasta la idiocia absoluta, pasando por la hemiplejía, la afasia, las hemorragias subconjuntivales y retinianas y la epilepsia. Sin tomar en cuenta que el proyectil cefalo-instrumental puede causar en las vías maternas, la abertura de la sínfisis, la fractura del arco púbico, la ruptura de las articulaciones sacroiliacas, los desprendimientos y desgarraduras de la vejiga urinaria, la ruptura del cuello uterino, los desgarros del perineo y las terribles fístulas véscicovaginales y rectovaginales.

En condiciones óptimas, la versión podálica, puede tener éxito en las pelvis con estrechez pélvica moderada y en las que el conjugado verdadero no sea menor de 7.5 a 9 centímetros para la variedad plana y de S a 9.5 para la generalmente estrecha; esta versión podálica, que recibe el nombre de versión profiláctica no debe ser el procedimiento de elección, ya que no carece de peligros, pudiéndose ejecutar con menos riesgos solamente al principio del segundo período y nunca en primíparas. Por parte de la madre, el mayor de todos los riesgos es la ruptura uterina, fácil de ocurrir cuando hay retracción del anillo de Bandl no son raras las lesiones del cuello de la uretra y del tabique véscico-vaginal, de la vagina y del perineo en el momento de la extracción del polo cefálico. Para el niño la mortalidad según estadísticas norteamericanas es del 35%, y son muy frecuentes las fracturas de la clavícula, del húmero y de el fémur, las parálisis radiculares y el arrancamiento de la sutura escamosa del occipital.

**Por** lo sencillo de su ejecución, la sinfisiotomía conserva algunos partidarios entre los parteros tradicionalistas. Considerándose indicada en las pelvis estrechas transversalmente; pero ya desde antaño se señalaban como peligros de ésta al parecer sencilla operación, las infecciones y la falta de consolidación de la sínfisis, las hemorragias y las fístulas véscico-vaginales, por lo que al-

gunos prefieren la Hebosteotomía u operación de Gigli, cuyos beneficios se extienden a las pelvis generalmente estrechas. Pero esta operación más complicada que la Sinfisiotomía, no es por eso menos peligrosa; sus mismos partidarios la contra-indican en los casos infectados y señalan para los puros, una mortalidad materna del 2%, y fetal de 10%.

Estas intervenciones que han sido desechadas en los Estados Unidos, pero que son practicadas por algunos parteros europeos y sud-americanos, tienen el inconveniente de que son paliativos y rara vez solucionan el caso, teniendo que ayudarse con otros medios, (fórceps, etc.), lo que viene a agravarnos la situación tanto del feto como de la madre, y sólo un demasiado apego a la tradición puede hacer que se les siga practicando.

El parto prematuro, se recomendaba en las pelvis platipeloides, en las platipeloides y uniformemente estrechas, con diámetro conjugado verdadero entre 8 y 10 centímetros; dentro del límite de viabilidad fetal, el momento oportuno para la inducción del parto variaba con el grado de estrechez pélvica. Por los riesgos inmediatos y tardíos a que está expuesto un niño prematuro, muerte inmediata de más del 20 al 30 <sup>1</sup>/<sub>r</sub> y muchos otros mueren dentro de las primeras semanas de la vida, a pesar de las incubadoras y de los mejores cuidados; por la falta de contracciones uterinas eficaces, que nos obligan a emplear ocitócicos, o bien aplicar fórceps, hacer exploraciones frecuentes, prolongándose el parto a veces varios días o semanas: es por lo que el parto prematuro, no tiene ya cabida en las estrecheces pélvicas, y queda en la actualidad reservada para otros casos, tales como, algunos de muerte habitual del feto, albuminuria, pre-eclampsia, diabetes, asistolia, pielo-nefritis gravídica, etc.

La embriotomía y la craneatomía son las más crueles y repugnantes entre todas las operaciones de la cirugía obstétrica. Con feto vivo, no las admite ya nadie, aún prescindiendo de todo escrúpulo de orden religioso, pues es bien conocido el criterio de la iglesia Católica, que proscribía que en circunstancia alguna, se deben destruir deliberadamente ninguna vida humana, ni aún para salvar la vida a otra persona: quedando por consiguiente restringidas estas mutilantes operaciones a los casos con feto muerto y sabido es los peligros a que está expuesta la madre.

No ha habido tema en medicina que en todos sus aspectos presente mayores dificultades, que el tratamiento del parto en mujeres con distocias por estrecheces pélvicas, y nada hay que requiera tanta habilidad y experiencia. En la actualidad el pronóstico de dichas distocias ha mejorado en proporción y su tratamiento se ha simplificado mucho. Los antiguos distingos y complicada casuística, no tienen ya importancia y basta la más ligera desproporción entre la pelvis materna y la cabeza fetal para que esté indicada la Cesárea como la operación que, ofreciendo al niño garantía absoluta resulta menos peligrosa para la madre.

Para proceder con oportunidad en estas distocias, es necesario que toda gestante primigesta, o toda múltipara con historia de

distocias anteriores se sometan a un examen médico precoz, y sea objeto de un estudio métrico y radiográfico de la pelvis; con objeto de averiguar si hay desproporción cefalo-pélvica y determinar el grado de ella; o, en otras palabras, se debe de hallar la respuesta a la pregunta de si es posible que pase el feto por la pelvis; nunca se omitirá este estudio cuando se sospeche la estrechez o cuando al final de la gestación no se compruebe el encajamiento previo de la cabeza en las primíparas.

"La siguientes modalidades de estenosis del estrecho superior, han sido para mí guía de indicación absoluta en condiciones óptimas para la operación Cesárea.

1—Pelvis con conjugado verdadero menor de 5.5 en la variedad platipeloide, y de 6 centímetros en la generalmente estrecha. (Pelvis absolutamente estrecha).

2°—Pelvis cuyo conjugado verdadero es de 5.5 a 7.5 centímetros en la variedad plana, y de 6 a 8 en la generalmente estrecha. (Pelvis relativamente estrecha) y

3°—Pelvis cuyo conjugado verdadero es de 7.5 a 9 centímetros en la variedad pletipeloide, de 8 a 9.5 en la generalmente contraechea. (Pelvis moderadamente estrecha).

Cabeza no encajada en pelvis normal. Sabido es que en las primíparas con pelvis normal, si la presentación lo es también, el encajamiento debe verificarse en el noveno mes o por lo menos con anterioridad al inicio del trabajo. Por lo tanto, si en una primípara cuya pelvis es normal, se nota que la cabeza no está encajada al llegar a término la gestación, el pronóstico desparto se hace reservado por lo que toca a su terminación espontánea.

Esta falta de encajamiento en las primíparas antes del inicio del parto, puede ser consecuencia de diversas causas, que examinaré a continuación.

Puede ser debido a un exceso del volumen del feto, el caso resulta entonces, clínicamente idéntico al de una estrechez pélvica, y justifica siempre una operación Cesárea; si se trata de una multípara la indicación es siempre la misma.

Nunca dejaré de recordar con tristeza una catástrofe de que fue víctima una de mis enfermas que tuvo la mala suerte de caer en manos de tocólogos apegados al clasicismo; se trataba de una secundípara, con pelvis normal, con feto grande, en las que la desproporción cefalo-pélvica era bien marcada; hacía veinte horas se había iniciado el trabajo de parto, el cuello estaba totalmente dilatado, la bolsa de las aguas íntegra, cabeza no encajada, contracciones uterinas fuertes, dolorosas, estado general de la enferma bueno, no había, fatiga obstétrica, y se trataba de una enferma de buena constitución física y mental; latidos cardíacos fetales normales. En estas condiciones resuelve una aplicación de fórceps alta, al romper la bolsa de las aguas, sale un líquido amniótico claro, transparente; después de varias tentativas infructuosas, por querer extraer al niño, resuelven hacer una versión podálica con tan mala suerte para la enferma, que pocos minutos después muere a consecuencia de una ruptura uterina; sin haber logrado siquie-

ra extraer al niño el que tuvo que correr la misma suerte que su madre. La operación Cesárea en este caso, pudo haber evitado este drama obstétrico, salvando las dos vidas y el honor de dichos tocólogos.

Muchas veces la falta o el retardo de encajamiento se debe en las primíparas, a que las presentaciones de vértice están orientadas en posiciones occípito-posteriores; a estas posiciones occípito-posteriores se debían antiguamente el mayor número de dramas obstétricos, y pueden originarse todavía si se siguen las indicaciones clásicas, que son en estos casos la versión y el fórceps alto.

Cuando el encajamiento no es completo los clásicos recomiendan la versión podálica; nunca he practicado esta indicación en las primíparas, por considerarla en extremo peligrosa, agrabando dicha situación la necesidad que hay a menudo de aplicar fórceps en cabeza última; el niño sólo tiene un 50% de probabilidades de vida y dentro de éstas, hay un 25% de salir más o menos seriamente lesionado; por parte de la enferma son de temer la muerte de la madre de ruptura del útero, del cuello, o del desprendimiento prematuro de la placenta, y los grandes desgarros de las partes blandas, vagina, perineo, etc.

Si el encajamiento llega a verificarse lo que en las occípito-posteriores siempre ocurre tarde y mal, los partidarios del clasicismo obstétrico se deciden por el fórceps; para llevar a término la operación es preciso valerse del fórceps de Tarnier, con tractor de doble articulación o el fórceps largo de Simpson ayudado de la maniobra de Saxtroph-Pajot y hay que lograr cuatro fines: flexión, sinclitización, rotación y extracción; si se desatienden los dos primeros, pueden hacerse imposibles los últimos.

Los grandes parteros de antaño hacían estas extracciones con el fórceps largo de Levret sin tractor o con el de Pajot con lazos, y ejecutaban la rotación del occipucio hacia adelante por medio del instrumento, maniobra la más atrevida, difícil y **traumática** de toda la obstetricia. Si algún niño quedó con vida después de ella o alguna mujer salió ilesa, hay que reconocer que la habilidad de aquellos viejos maestros fue realmente maravillosa.

Cabe ahora preguntar después de que el fórceps ha fracasado, cual es la indicación mas apropiada. Las mas de las veces, al llegar a este punto, se halla la madre en muy grave estado y el feto está agonizante o padeció ya gravísimos daños de resultas de la operación antecedente y en tales circunstancias lo único que queda por hacer es la craneotomía; el siguiente es un ejemplo vivido de lo dicho; una mañana al presentarme como de costumbre a mi servicio, me encontré con una enferma de 36 años de edad, soltera, de oficio?, doméstica, **multípara**, que hacía dos horas había ingresado al servicio, con 15 horas de trabajo de parto, paciente de estado físico y mental bueno, con embarazo a término, pelvis normal, perineo con desgarramiento antiguo de segundo grado, cabeza en excavación pélvica, contracciones uterinas, fuertes y dolorosas con carácter expulsivo. Corazón del niño irregular, arrítmico, 180 por minuto y acompañado de soplo funicular; al hacer el tacto vaginal,

descubro, cuello totalmente dilatada, membranas íntegras asinclitismo posterior, fontanela menor a la derecha, mayor a la izquierda; con estos datos hago el diagnóstico de detención transversal profunda en O. T. I. u O. I. 90 grados. En estas condiciones y tomando en cuenta los signos marcados de sufrimiento del feto, decido intervenir inmediatamente haciendo un fórceps. Al romper las membranas dieron salida a un líquido amniótico de color verde oscuro fuertemente cargado de meconio; trato primero de poner la cabeza en occípito-pública, por medio de maniobras manuales para hacer la aplicación en esta posición, rotación que no logro; entonces introduzco el fórceps de Simpson haciendo una presa oblicua en el diámetro izquierdo, trato en seguida de verificar la rotación instrumental por medio del método de Key-in-lock (llave en la cerradura) de De Lee, cosa que igualmente tampoco logro; en tan apurados momentos decido hacer tracciones, con la esperanza de que se verifique por sí sola dicha rotación para después hacer la segunda aplicación; después de varias tracciones veo fracasados mis intentos de extracción por este método; quito a continuación las cucharas, y hago nuevo examen; después de un detenido examen comparativo entre la cabeza y la excavación pélvica, llego a comprender el error cometido al escoger esta vía vaginal y la oportunidad perdida de haber ejecutado una operación Cesárea. La situación para mí era muy penosa, los signos de sufrimiento del niño muy marcados y el peligro de muerte era inminente; me hallaba ante la disyuntiva de escoger entre la craneotomía con feto vivo, o algún método de extracción abdominal; me decido por la craneotomía, operación cuya mortalidad materna es casi nula, pues las razones expuestas me hacían considerar perdido al niño, y no quise exponer a que la madre siguiera la misma suerte intentando una extracción abdominal. No me da vergüenza confesar que en este caso, me tocó ser juez, jurado y verdugo, de este niño a quien una operación Cesárea practicada a su debido tiempo hubiera dado muchas probabilidades de vida.

El caso anterior fue una lección muy instructiva, que pocos meses después me hizo salir aireoso, en la observación que a continuación presento:

C. B., soltera, de 17 años de edad, de oficios domésticos, primigesta, ingresa al servicio el 29 de enero de 1947, a las 8 de la mañana, con 18 horas de trabajo de parto. Examen obstétrico: senos normales, vientre globuloso, paredes tensas, vulva normal, perineo normal.

Diámetro Biespinoso 23 centímetros;

Diámetro Bicrestal 24 centímetros;

Diámetro Bitrocanteriano 29 centímetros;

Diámetro de Baudelocque 19 centímetros;

Diámetro conjugado verdadero obstétrico ( 9.5 centímetros. . . .

Rombo de Michaelis ( D. V. 10 centímetros;  
                          ) D. T. 11 centímetros;  
                          ( L. S. 6 centímetros.

Presentación de vértice, encajado en O. I. A. Corazón fetal 160 palpitations por minuto, foco irregular, débil, situado en la línea espino-umbilical izquierda a 15 centímetros por encima del pubis. En el momento que practiqué el examen 9:30 de la mañana, hacía media hora se había roto la bolsa de las aguas, dando salida a un líquido amniótico abundante fuertemente mezclado con meconio. Al tacto vaginal encontré cuello completamente dilatado, bolsa de aguas reta, la presencia de una giba cerosanguinolenta, cabeza encajada, sinclitismo, fontanela menor hacia adelante y a la izquierda. Como se puede ver la enferma se encontraba en el período de expulsión, con la cabeza detenida, a pesar de la energía de las contracciones uterinas, las que eran muy dolorosas, presentándose cada 30 segundos y con una duración de 80. El estado físico y mental era bueno, se ponía solamente agitada en el momento de las contracciones. En estas condiciones decido terminar el parto mediante una aplicación de fórceps en el estrecho superior, para lograr mi objeto, hecho mano de las cucharas de Tarnier, haciendo una presa oblicua y luego las tracciones; pasados 15 minutos la presentación no se había modificado; entonces me di cuenta del error cometido al escoger la vía vaginal, pues a pesar de estar encajado el niño, siempre existía marcada desproporción cefalo-pélvica; sin perder tiempo tomando en consideración los signos de marcado sufrimiento del feto; me decido por una extracción abdominal y escojo la operación Cesárea cervical o la-parotroquelotomía siguiendo la técnica de Sellhein y De Lee; legando de esta manera la extracción de un niño vivo con 3,680 gramos de peso y con los siguientes diámetros de la cabeza: occípito-frontal 11 centímetros, occípito-mentoniano 13 centímetros, biparietal 9 centímetros, bitemporal 10 centímetros.

Después de la extracción del niño, apliqué polvos de sulfatiazol localmente y al mismo tiempo indiqué 40,000 unidades de penicilina cada cuatro horas- y tres gramos de sulfatiazol por vía oral durante cuatro días. El post-operatorio con excepción de una dilatación aguda del estómago, que cedió al segundo día del tratamiento, fue tan bueno que la enferma fue dada de alta a los 15 días completamente restablecida.

Como Uds. podrán objetar, si en la enferma anterior, yo no me hubiera apegado al tradicionalismo y hubiese seguido las indicaciones de la obstetricia moderna puramente quirúrgica, habría salvado aquel niño que hice sucumbir bajo las garras de acero del criminal craneoclasto.

Algunas veces la falta de encajamiento es debido a una presentación de cara, y en casos más raros a una de frente. Cuando es la cara la que se presentaba situación es la misma para las primíparas que para las multiparas; pues en ambas lo importante es el diagnóstico de la presentación; ya que el parto es espontáneo o a lo-

## RAILLIETINA QUITENSIS L. A. LEÓN, 1935

## Una Tenia Encontrada Por Primera Vez en Honduras

Por el Dr. Antonio Vidal

En abril del presente año, el Doctor Isidoro Mejía, quien ejerce la profesión en la ciudad de Danlí, Departamento de El Paraíso, me envió varios ejemplares de una tenia no identificada, la cual fue expulsada mediante tratamiento antihelmitico por la señora Francisca Martínez, de 45 años de edad, originaria de aquel lugar, quien nunca lo ha abandonado durante los últimos 10 años. La señora Martínez es de raza mestiza y desde hace algún tiempo venia quejándose de molestias ano vulvares, que coincidían con la expulsión de anillos y filamentos de tenia.

La tenia que nos fue remitida por el Doctor Mejía, fue clasificada por nosotros como perteneciente al género **Raillietina**, creado por el Profesor A. **Railliet** en 1920. Como nos fuera imposible determinar la especie sobre todo por la falta de escolex, remitimos dichos especímenes al Doctor Pedro Kourí, Profesor de la Cátedra de Parasitología y Enfermedades Tropicales del Hospital Universitario, de La Habana, Cuba, quien nos hizo el servicio de identificarla como perteneciente a la especie *Raillietina Quitensis* L. A. León, 1935.

La tenia de esta especie ha sido encontrada en Cuba, en el Ecuador y en algunas otras localidades de Hispano América.

La tenia adulta mide de 10 a 12 metros de largo por 3 mm. de ancho y esta compuesta como por 5,000 proglótides. El escolex posee ventosas ovoidales de 0.5 mm. de tamaño, rodeadas por una hilera de ganchitos persistentes, con un rostellum retráctil, armado con dos círculos menores de ganchos. Los proglótides tienen la forma de granos de arroz y contienen de 200 a 250 huevos encapsulados cada uno de un diámetro como de 200 micrones. Los huevos ovoidales poseen dientes conspicuos y grandes.

sumo sólo está indicado el fórceps en las mento-anteriores, y la operación Cesárea se impone en las mento-posteriores. Si la presentación es de frente v ocurre en una primípara, la Cesárea está indicada en tiempo oportuno; si se trata de una múltipara, es posible, aunque poco frecuente, que se verifique el parto espontáneo o con ayuda del fórceps.

En casos no pocos frecuentes, la causa de no encajamiento es debida a la atonía o debilidad del útero; en estos casos es aconsejado una espera prudencial y el uso discreto de ocitócicos; pero si el encajamiento no se verifica, después de haber aparecido fuertes y regularmente frecuentes contracciones uterinas, ya no se debe esperar más y hay que intervenir. Si se trata de una primípara, la Cesárea es la indicación inmediata: si la paciente es posible hacer la versión.

(Continuará)

## Tratamiento de la Meningitis Por Hemophilus Influenzae

Estado Actual de la Cuestión. — Nuevas Perspectivas, de  
Pronóstico. — Asociación Sulfamida-Penicilina.

Prof. Dr. José Bonaba,

Director del Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil  
"Dr. Luis Morquio". Montevideo, Uruguay

(De la Revista Pediatría de las Américas)

En el conjunto de las meningitis supuradas, de tan variada etiología microbiana, el capítulo de la Meningitis por Hemophilus Influenzae (bacilo de Pfeiffer), constituye un tema de singular interés como lo demuestra la copiosa bibliografía que le ha sido dedicada, abordándolo desde los más diversos puntos de vista (casuístico, clínico, epidemiológico, bacteriológico, anatómico, diagnóstico, pronóstico y terapéutico), la relativa frecuencia de los casos y su extremada gravedad. Se acrecienta este interés para el pediatra, por la circunstancia de presentarse de preferencia en la infancia, de elegir sus víctimas entre los lactantes tiernos muy frecuentemente, de ofrecer un gran polimorfismo y atipismo clínicos, lo que dificulta su diagnóstico. Pero es indudable que de todos los aspectos del problema, el de mayor trascendencia, es el aspecto terapéutico, por la considerable gravedad de la afección abandonada a su evolución espontánea y por las favorables perspectivas que las nuevas adquisiciones terapéuticas permiten vislumbrar, de acuerdo con los satisfactorios resultados ya obtenidos con su empleo.

Este aspecto nos ha parecido suficientemente importante como para dedicarle particular atención y considerarlo con la extensión que merece. El advenimiento de la punción lumbar (Quincke, 1891), permitió reconocer dentro del complejo polimorfo de las afecciones encéfalo-meníngeas, las meningitis a líquido purulento: el descubrimiento por Pfeiffer, del bacilo que lleva su nombre, (1892) permitió su identificación en algunos de aquellos líquidos. Desde entonces quedó perfectamente reconocida como una entidad nosológica de etiología específica, la meningitis por bacilos de Pfeiffer, llamada también meningitis gripal o meningitis de la influenza (influenzae; meningitis de los autores de habla inglesa), o meningitis por hemophilus influenzae; aún cuando es muy discutible que la gripe sea producida por aquel microorganismo.

El empleo de las técnicas mencionadas que se han incorporado a las de uso corriente en la clínica diaria, la punción lumbar y el examen del líquido cefalorraquídeo, continúan siendo imprescindibles para establecer el diagnóstico precoz en forma segura y su realización periódica permite apreciar la evolución del proceso en

relación con la medicación empleada. La noción de la gravedad del pronóstico pudo establecerse ya desde las primeras observaciones: la casi totalidad de los casos fallecía, cualquiera fuere el tratamiento utilizado. Podríamos llamar a ésta, la primera etapa, que se ha prolongado hasta hace pocos años, **la etapa del 'diagnóstico** bacteriológico: la enfermedad muestra su polimorfismo clínico y su preferencia, por los lactantes. Su pronóstico es casi tan inexorable como el de la meningitis bacilar, comparable al de las meningitis a estreptococo hemolítico y a neumococos; de tiempo en tiempo, se observaba una terminación feliz, con o sin secuelas, ya en casos en los que no se había empleado ninguna terapéutica especial, con medicaciones variadas y de ningún modo específicas, de modo que era siempre discutible afirmar su valor curativo; los casos curados eran extremadamente raros en relación a los casos fallecidos; la circunstancia de que aquéllos eran publicados casi siempre, podría dar quizás una falsa impresión de mayor frecuencia que la real. Fuera de estas, contadas excepciones, en la que siempre podría discutirse la eficiencia de su intervención, el clínico no podía hacer otra cosa que asistir desarmado a la evolución fatal de la enfermedad. Corresponde a este período de numerosas publicaciones con la descripción **clínico-evolutiva** del proceso y con su estudio anatómico, dejando copiosamente documentada esta etapa de la afección durante la cual se sabía y se podía diagnosticar, pero que escapaba entonces a la eficiencia de nuestros medios terapéuticos, de importancia absoluta; junto a estas publicaciones de conjunto o de casos aislados, aparecen en las revistas médicas y más frecuentemente en las revistas pediátricas, la descripción de algunas observaciones terminadas por curación, eme eran así consignadas en mérito a su rareza excepcional. Nada más decepcionante que el pronóstico de la meningitis a Pfeiffer en esa época, que se prolongó hasta hace DOcos años (1936), cediendo en gravedad sólo a la meningitis bacilar, pero aproximándosele mucho en el porcentaje, equivalente a 100 por 100 para ésta y de 96 a 98 por 100 para **aquella**. Tal es esta primera **v** larga **etapa**, cuadro sombrío, cuya realidad hemos vivido los pediatras de actuación algo dilatada y cuyo penoso recuerdo es difícil de olvidar; su terapéutica era un capítulo totalmente en blanco; nada podría decirse hojeé tuviera utilidad a propósito de su tratamiento, que en realidad no existía.

No sucede le mismo en el momento actual: el pronóstico de la meningitis DCT hemophilus influenzae ha sufrido un cambio radical en el sentido de la disminución de aquella cifra de mortalidad. Este descenso es bien **apreciable**, tanto que ya no es más comparable al de la meningitis bacilar, sino que se ha venido aproximando hasta casi alcanzarlo, al pronóstico de la más favorecida desde el **punto** de vista terapéutico, de las meningitis microbianas, la meningitis por **meningococos**. Quiere decir, pues, que los enfermos afectados de meningitis por bacilo de Pfeiffer, condenados hace apenas 6 a 8 años casi irremisiblemente a morir de su afección, tienen en la hora actual, mediante **la** intervención precoz, intensiva y suficientemente prolongada de los modernos recursos terapéuticos, muchas pro-

habilidades de curación, casi tantas como un decirse en el momento actual, que la meningitis por hemophilus influenzae sea más grave que otras meningitis microbianas, la meningitis por neumococo o por estreptococo hemolítico, por ejemplo, para no citar sino las más frecuentes. Este radical vuelco en el pronóstico, hecho comprobado universalmente, es una de las consecuencias más notables y casi maravillosas, de la aplicación al tratamiento de las meningitis, de las recientes adquisiciones de la quimioterapia y de la sueroterapia específica. No se ha llegado a este resultado de pronto y sin dificultades, sino penosa y lentamente, por verdaderos tanteos, modificando día a día los procedimientos, los productos utilizados, las dosis, la técnica de administración, el plazo de aplicación, la asociación medicamentosa, etc., de modo que puede decirse que el tratamiento de la meningitis por hemophilus influenzae, está lejos de haber sido definitivamente codificado, al punto que quienes tienen mayor experiencia en esta clase de enfermos, no coinciden en su conducta terapéutica, sino que difieren a veces en forma apreciable; los ensayos y las tentativas de obtener mejor resultado continúan aún en el momento actual. El tema está, pues, a la orden del día y ofrece al clínico y al investigador, un interés palpitante, precisamente por la circunstancia de no haber sido agotado ni mucho menos. Es indudable que estos notables resultados se deben a la utilización, cada vez más selectiva, de la sustancia a emplear, a la mayor precisión en cuanto a las dosis y a las vías de introducción de los compuestos sulfamidados por una parte y de la suero-terapia específica por otra, ya en forma aislada, ya en forma asociada. La cuestión, considerada hasta este momento, es ya, pues, considerablemente interesante y merece destacarse como un ejemplo más de lo que la investigación **experimental** (en el terreno de la quimioterapia y de la sueroterapia), puede contribuir al pronóstico de las afecciones humanas más graves. Esa modificación favorable del pronóstico, es notable y radical. Tal era el estado del asunto hasta hace muy pocos meses; desde entonces, con la utilización de la penicilina, una nueva perspectiva se vislumbra y sin poder todavía asentar conclusiones **definitivas**, los resultados obtenidos **autorizan** desde ahora a abrigar fundadas esperanzas en un mejoramiento del pronóstico de esta afección, tan extraordinariamente grave, sobre todo en los lactantes. La finalidad de esta **exposición es** principalmente la de dar a conocer en nuestro mundo pediátrico y divulgar en el mundo médico en general, nuestra incipiente **experiencia** en un tema que consideramos de gran importancia práctica.

I.—Visión de conjunto de las infecciones causadas por el Hemophilus Imfuenzae frecuencia, formas. Localizaciones Predilección por la infancia. Patogenia, Diagnóstico. Normas Terapéuticas.

Pfeiffer descubrió el germen que lleva su nombre, durante una epidemia de gripe y **creyó**; y su opinión fue durante cierto tiempo generalmente aceptada, que era el agente **etiológico** de aquella enfermedad. A pesar de que actualmente ya no se sostiene

aquella creencia, sin embargo, el cocobacilo descrito por Pfeiffer, no sólo conserva la denominación de *hemophilus influenzae*, sino que presta a algunas de las infecciones que produce, entre ellas las meningitis, el calificativo de gripales; nuevos ejemplos de errores consagrados por la costumbre en la nomenclatura médica. Si no es el agente causal de la influenza, sino sólo un germen de infección secundaria, las infecciones que produce el bacilo de Pfeiffer son frecuentes, variadas y pueden revestir extraordinaria gravedad, sobre todo en la infancia. Infecciones primitivas o secundarias, exclusivas o asociadas, constituyen un capítulo importante de la Patología Infecciosa y de la Clínica pediátrica. Una de las localizaciones mejor conocidas es, desde hace años, evidentemente la meningitis, pero estudios recientes han precisado la existencia y la variedad de otras muy diversas localizaciones. Se ha esclarecido también el rol patógeno del germen, su clasificación en tipos bacteriológicos y el mecanismo patogénico de la infección, que han culminado con la obtención de una sueroterapia específica de apreciable eficiencia.

El bacilo de Pfeiffer es un germen abundantemente difundido en la especie humana, siendo frecuente el número de sus portadores sanos. Hattie Alexander, lo investiga en un conjunto de 847 niños y lo encuentra en 217 o sea en el 25% de los casos (en la rino-faringe).

Se ha demostrado que el bacilo de Pfeiffer comprende cepas patógenas y cepas no patógenas (las primeras se encuentran en los sujetos afectados de una infección por dicho germen; las segundas, en las vías respiratorias de personas sanas). Las cepas patógenas producen en placas de agar-Levinthal un cultivo iridiscente, que no tienen las no patógenas; las primeras poseen cápsula; no así las segundas.

Las experiencias de Dochez y colaboradores parecen demostrar el pasaje en el chimpancé, bajo la influencia de la inoculación del virus del resfrío común, de las cepas no patógenas a cepas patógenas.

Margaret Pittman (1931) por medio de pruebas de precipitación y de aglutinación, clasificó las cepas patógenas en seis tipos designados a, b, c, d, e y f, poseyendo cada uno en su cápsula, un polisacárido específico. Sus investigaciones demostraron que las meningitis y las infecciones graves son producidas por el tipo "b".

Fothergill ha demostrado, mediante el estudio del poder bactericida de la sangre en personas de diferentes edades, que los adultos poseen más alto título de anticuerpos específicos y mayor inmunidad para las infecciones a *hemophilus influenzae* que los niños, lo que explica la mayor frecuencia y gravedad de éstas en la infancia.

Volviendo a la experiencia indicada de Hattie Alexander, los resultados encontrados sobre los 847 niños investigados, se distribuyen así: 176 eran no capsulados y 41 eran capsulados (es decir, el 5% de todos los niños). Los 41 niños se distribuyen así: casi la mitad, (17 casos), están gravemente enfermos: todos po-

seen el tipo "b"; menos de la mitad (13 casos), presentan infecciones de las vías respiratorias; la mayoría tiene el tipo "b", (9 casos); el resto (11 niños), no presenta signos de infección; en cinco, se encontró el tipo "b", en tres de los cuales existían infecciones respiratorias recientes. Alexander sugiere que un cierto número de niños curan de infecciones respiratorias a hemophilus tipo "b", sin tratamiento médico.

Las infecciones respiratorias producidas por el bacilo de Pfeiffer son: rino-faringitis, sinusitis, infecciones de las vías inferiores, desde la glotis hasta los alvéolos; se acompañan frecuentemente de septicemia, que explica la producción de ciertas complicaciones (meningitis, artritis, endocarditis, pericarditis, peritonitis, etc.) La bacteriemia es relativamente frecuente en las meningitis por hemophilus: 17 veces sobre 25 (Alexander), 7 sobre 8 (Neal, Jackson y Appelbaum); 4 sobre 7 (Hart) y 11 sobre 17 (Netter).

Las infecciones graves, más frecuentes en los niños y sobre todo en los lactantes, son las meningitis, las infecciones obstructivas asfícticas de las vías respiratorias y las neumonías, con pleuresía purulentas. Las infecciones obstructivas asfícticas de las vías respiratorias se caracterizan por su brusquedad de iniciación, su rapidez de evolución y su extraordinaria gravedad; han sido estudiadas por Lemierre, Sinclair y Alexander. El diagnóstico etiológico se hace mediante el examen bacteriológico del mucus faríngeo o el **hemocultivo**.

La neumonía, clínicamente idéntica a la neumocócica, puede ser producida por el hemophilus influenzae; cuando se produce en niños menores de un año, se acompaña generalmente de pleuresía supurada y de septicemia; su pronóstico es muy grave; la meningitis sobreviene con gran frecuencia; el diagnóstico se hace por el cultivo del mucus faríngeo, del pus pleural o de la sangre,

El tratamiento de elección de las infecciones a Pfeiffer en el momento actual parece ser la asociación de la sulfamidoterapia, cuya acción bacteriostática permite ganar tiempo para la defensa del organismo y la sueroterapia, que permite la administración rápida de los anticuerpos específicos. De las sustancias sulfamidadas, la más eficiente, según los resultados clínicos y la experimentación, es la sulfadiazina. Los sueros que han dado mejores resultados son los sueros específicos de conejo preparados por Alexander. La sueroterapia específica exige como procedimiento previo el diagnóstico bacteriológico con su clasificación tipológica, utilizando sueros específicos (reacción de la tumefacción de la cápsula, capsular Schwellung, de Neufeld). Alexander utiliza para apreciar la gravedad de la infección y determinar la cantidad de suero a inyectar, la reacción de las precipitinas; practicadas con suero o humores del enfermo y suero específico de uso diagnóstico; la formación de un anillo blanquecino en la superficie de separación de ambos líquidos, en 10 minutos, indica una infección grave.

El suero se dosifica en miligramos de nitrógeno por centímetro cúbico, nitrógeno correspondiente a los anticuerpos contenidos en el suero: 25 miligramos de N. corresponden a 5 c.c. de suero.

Alexander considera que la sueroterapia es ya suficiente cuando se observan anticuerpos en exceso en el suero del enfermo o cuando se hace positiva la intradermo-reacción con antígeno específico. El suero del enfermo a la dilución de 1 en 10, debe ser capaz de producir la aumefacción de la cápsula de una suspensión de *hemophilus influenzae* del tipo correspondiente.

## II.—Frecuencia de la meningitis por *Hemophilus Influenzae*.

La frecuencia de la meningitis por *hemophilus influenzae* es relativa y variable; relativa, estableciendo la comparación con las otras variedades etiológicas y variable, según las regiones, los momentos y según la edad en que sobreviene.

En general, su frecuencia es muy inferior a la de la meningitis tuberculosa, en todas las estadísticas: 682 meningitis tuberculosas contra 51 meningitis por *hemophilus influenzae* (estadística de Neal, Jackson y Appelbaum en 1934) ; 290 meningitis tuberculosas contra 78 meningitis por *hemophilus influenzae* (estadística de Fothergill y Sweet) ; 205 meningitis tuberculosa contra 100 meningitis por bacilo de Pfeiffer (estadística de Lindsay y colaboradores) . Esta diferencia se mantiene en todas las edades de la infancia, aún en los lactantes menores de 6 meses; 45 casos de meningitis tuberculosa en niños del primer semestre, contra 2 casos de meningitis por *hemophilus influenzae* (estadística de Livinson). Entre las meningitis supuradas, ocupa el 4º, el 3º y el 2º lugares, ocupando el primero en todas, el meningococo: así en las citadas estadísticas vemos que existen 625 casos de meningitis a meningococo contra 51 casos de meningitis a *hemophilus influenzae* (Neal, 1924), 1,216 meningitis a meningococo contra 111 meningitis a *hemophilus influenzae* (Neal y colaboradores, 1934); 160 casos de meningococo contra 78 a Pfeiffer (Fothergill y Sweet); 180 meningococo contra 100 a Pfeiffer (Lindsay); 5 casos de meningitis por meningococo en lactantes menores de 6 meses contra 2 por *hemophilus influenzae* (Levinson). Menos marcada y más variable es la diferencia de frecuencia con las otras variedades etiológicas de meningitis; parece ser de observación universal que, excluidas las meningitis por meningococos, las más frecuentes entre las meningitis supuradas corresponden al neumococo, al estreptococo y al bacilo de Pfeiffer, (209 por meningococo, 203 por estreptococo 111 por *hemophilus influenzae* en la estadística de Neal y colaboradores, 1,943 que comprende un conjunta de 1,739 casos de meningitis) pero no se ve siempre lo mismo en todas las estadísticas y en algunas existe un predominio de meningitis por *hemophilus*, es así que, por ejemplo, en la estadística de Fothergill y Sweet, se observan 78 casos por *hemophilus influenzae* contra 69 por estreptococo hemolítico y

39 de otra etiología; en la estadística de Lindsay se ven 100 casos por hemophilus; 73 por neumococos; 50 por estreptococos y 34 de otra etiología.

Relación del número de casos de meningitis por hemophilus influenzae a la totalidad de casos de meningitis supuradas:

Lindsay	100 sobre	537	(18 %)
Neal (1924)	51 sobre	778	( 6,4%)
Neal (1934)	11] sobre	1739	( 6,3%)
Fothergill	78 sobre	346	(22,5%;

Otro dato etiológico importante, que constituye una particularidad común a todas las meningitis supuradas no meningocócicas, es su considerable mayor frecuencia en la primera infancia, observándoseles mucho más raramente en segunda y tercera infancia y más raramente aún en épocas posteriores. Es, pues, una afección que se ve sobre todo en los servicios de lactantes. La curva de frecuencia de la meningitis se inicia en el segundo o tercer mes, aumenta hasta su máximo en el segundo semestre y luego decrece gradualmente hasta el tercero o cuarto año, después del cual es rara. Parece evidente que en estos últimos años se observa una exarcebación de la enfermedad, en muchos países, inclusive en el nuestro. De las estadísticas referentes al Uruguay citaremos la del Pelfort de 1923 a 1930: sobre 48 meningitis agudas purulentas en lactantes, hubo 25 casos a meningococo; 11 casos a Pfeiffer; 7 casos a neumococo; 5 casos por agentes indeterminados. La de Giannelli en 1934: sobre 41 casos de meningitis agudas supuradas en lactantes, 16 corresponden al neumococo; 10 al bacilo de Pfeiffer y 10 al meningococo. Damos a continuación la estadística de las meningitis supuradas en primera infancia, asistidas en el Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura "Dr. Luis Morquio" desde 1930 a 1943 inclusive:

Neumococo .....	34 casos
Meningococo .....	32
Hemophilus influenzae .....	19 "
Gérmenes indeterminados .....	7 "
Estreptoco .....	3
TOTAL .....	85 casos

La frecuencia de la meningitis por hemophilus influenzae es de 22 %.

La frecuencia de la meningitis por hemophilus influenzae primer año, decreciendo en el segundo y en el tercero:

1er. año 56 casos (66%)

2° año 16 casos 3er.

año 13 casos

Total: 85 casos de meningitis supuradas.

La meningitis a Pfeiffer se distribuye así en nuestra estadística según la edad:

1er. año	13 casos
2º año	2 casos
3er. año	4 casos
Total	19 casos

por hemophilus influenzae.

Según los años se distribuyen así:

1930	.....	1 caso
1931	.....	0 "
1932	.....	0 "
1933	.....	2 casos
1934	.....	0 caso
1935	.....	0 "
1937	.....	1 "
1938	.....	3 casos
1939	.....	1 caso
1940	.....	1 "
1941	.....	7 casos
1942	.....	1 caso
1943	.....	1 "

El número ha aumentado en 1944, donde hemos visto 5 casos en lactantes y 2 casos en segunda infancia. Parecería que en el momento actual existiera un empuje epidémico de meningitis por hemophilus influenzae en nuestra ciudad y también según afirma Nassau, en muchos otros países. En Gotenburgo (Suecia) no fue referido ningún caso de meningitis por hemophilus influenzae desde 1925 a 1934; desde entonces hasta 1938 (4 años), fueron observados 7 casos; desde 1938 a 1940 fueron referidos 7 casos más.

Según Track, desde 1927 a 1939 en el Hospital de Niños de la Universidad de Yale (New Haven) se asistían aproximadamente unos 2 casos por año de esta enfermedad; desde 1939 este número aumentó hasta oscilar entre 10 y 15 casos anuales.

Según E. Nasseau, de la Sección Niños del Hospital Central de Emek, se ha visto en esa clínica un número más elevado que anteriormente: 2-casos en 1940; 2 en 1941 y 4 en 1942.

De modo, pues, hecho de observación universal, la meningitis por hemophilus influenzae puede ser observada en cualquier momento en forma esporádica y aislada, de tiempo en tiempo, con intervalos relativamente largos de ausencia; de cuando en cuando se producen pequeños empujes o exacerbaciones que abarcan cierto número de casos. Las estadísticas de diversas procedencias así lo demuestran.

En el momento actual y a partir de hace algunos años, existe una de esas exacerbaciones.

Las estadísticas coinciden también en general en consignar su mayor frecuencia en invierno y primavera, coincidiendo con el máximo de afecciones catarrales respiratorias agudas denominadas gripales.

En suma: la meningitis por hemophilus influenzae es de presentación esporádica y aislada, con empujes epidémicos, de importancia relativa, que parecen haberse hecho más frecuentes y difundidos en los últimos años; su edad de predilección es la primera infancia y sobre todo el primer año; en edades ulteriores es rara; entre las meningitis supuradas, es una de las más frecuentes, ocupando entre el 6 y el 25 % de la totalidad de los casos en las diversas estadísticas, compartiendo este máximo de frecuencia con el meningococo y el neumococo.

### III.—Iniciación y formas clínicas

Seremos muy breves en esta descripción, por considerar que sólo será útil condensar la copiosa casuística existente, en forma de exponerla de acuerdo con las más frecuentes modalidades señaladas.

Por su forma de iniciación, la meningitis por hemophilus influenzae puede clasificarse en las siguientes categorías:

I.—Aguda y primitiva: con síndrome meníngeo o encéfalo-meníngeo desde el principio, febril.

II. Aguda, pero integrando un cuadro infeccioso respiratorio o general, en el que el cuadro meníngeo es sólo un epifenómeno y en ocasiones se muestra incompleto y atípico. Es difícil decir si la meningitis es primitiva o secundaria.

III.—Francamente secundaria, asociada o tardía. La meningitis por hemophilus sigue a procesos diversos (neumonía, otitis, Sinusitis, etc.), y los complica.

Los tipos más frecuentes son los dos primeros; según los momentos predominan en una misma localidad, uno u otro.

Las formas clínicas son múltiples y susceptibles de diversas clasificaciones. La inmensa mayoría de los casos pertenece a la forma aguda de evolución rápida y la excepción corresponde a la forma sobreaguda, a la forma prolongada y a las formas complicadas y asociadas.

La forma aguda es la común: sus síntomas son los de toda meningitis aguda; su duración oscila en general entre 5 y 12 días hasta la terminación fatal. La curación es excepcional.

La forma sobreaguda es terriblemente rápida, evolucionando a la muerte antes de 2 o 3 días; es más rara.

Las formas prolongadas presentan mayor tendencia a la benignidad: unas se prolongan varias decenas de días (30, 40, 60) terminando unas por la muerte y otras por la curación, después de una evolución entrecortada de variadas alternativas y dejando a veces secuelas indelebles. Estas formas, descritas en todos los países, son raras, sin ser excepcionales.

Las formas complejas, complicadas y asociadas, presentan particularidades que las singularizan; eran anteriormente motivo de publicación. Se trata de asociación con otras manifestaciones de la infección por hemophilus (artritis, endocarditis, etc.) o por otro germen distinto; de complicaciones meníngeo-encefálicas debidas al germen causal (tabicamientos, hidrocefalia, pio-cefalia etc.); de asociaciones con otros gérmenes en las meníngeas (co-existentes o sucediéndose en orden diverso, con neumococo, estreptococo, meningococo, diplococo mucoso, etc.) Se trata de eventualidades raras, pero todas ellas han sido observadas y descritas.

Consideramos innecesario extendernos más sobre este punto, así como también sobre la exposición detallada de la casuística existente que no haría sino confirmar con numerosos ejemplos las afirmaciones que dejamos consignadas.

#### IV.—Diagnóstico

El diagnóstico comprende tres procesos sucesivos: 1<sup>o</sup> la sospecha de la localización meníngea del proceso; 2<sup>o</sup> la afirmación de la existencia de una meningitis supurada y 3<sup>o</sup> la identificación del hemophilus influenzae en el líquido céfalo-raquídeo. La sospecha de la localización meníngea del proceso se basa en la agrupación de los síntomas encéfalo-meníngeos y de hipertensión intracraneana, en la valorización de cada uno de los síntomas existentes (según su intensidad, persistencia, etc.); en la gravedad y la prolongación inusitada de un cuadro febril que no encuentra su explicación adecuada; en síntomas particulares (gritos, temblores convulsivos parciales, parestias, rigideces anómalas, somnolencia, obnubilación, etc.). Se llega alguna vez, en deséspeir de causa, por intuición más que por reflexión razonada, a practicar una punción lumbar que pone en evidencia una meningitis supurada.

La punción lumbar da salida a un líquido turbio, opalescente, más rara vez francamente purulento (segundo tiempo del diagnóstico). Este dato es ya sumamente importante, pero, dado que el tratamiento depende en gran parte del germen causal, será necesario disponer de laboratorios *que* puedan darle una respuesta precisa a la mayor brevedad posible. Desde los puntos de vista físico, químico y citológico, el líquido céfalo-raquídeo de la meningitis llamada gripal no se diferencia del de las otras meningitis supuradas; el diagnóstico diferencial es el bacteriológico (examen directo y cultivos) con las características conocidas que lo identifican en forma categórica.

La sucesión, el engranamiento, la oportunidad y el acierto y rapidez de estos tres procesos, dan la posibilidad del diagnóstico preciso y de la institución precoz de la terapéutica: observación clínica, orientada en la preocupación de meningitis posible; punción lumbar, que afirma o elimina la meningitis supurada; examen bacteriológico del líquido céfalo-raquídeo que identifica. ■el hemophilus.

Así orientada y realizado, el diagnóstico adquiere el carácter de un proceso de trascendencia vital.

No haremos sino mencionar los errores, por otra parte fáciles de evitar, que pueden ser sometidos, tomando por supurado o turbio un líquido algo apoléscente de una meningitis tuberculosa ni los errores de técnica bacteriológica elemental que hacen confundir un germen con otro y que pueden tener deplorables consecuencias. Los tres eslabones de la cadena que constituye el proceso diagnóstico son igualmente importante y a cada uno de ellos es menester consagrarles la necesaria atención.

#### V.—Pronóstico. Mortalidad

La meningitis por *hemophilus influenzae* tiene en la actualidad distinto pronóstico que anteriormente, hace sólo pocos años atrás siendo ello así, consideraremos en este capítulo, el pronóstico anterior, para apreciar el pronóstico actual en el capítulo del tratamiento, puesto que a éste se debe exclusivamente aquella modificación radical.

No hemos olvidado el pronóstico extremadamente grave de la meningitis gripal, consignado en todas las estadísticas mundiales, cuyas cifras excedían del 90% y alcanzaban en algunas el 98%. No tendría objeto el reproducirlas aquí; en todas las monografías y capítulos que le son dedicados se repite la misma afirmación por todos los autores. Las rarísimas excepciones, los casos de curación que de tiempo en tiempo aparecían en la literatura, no modificaban por cierto su pronóstico tan excesivamente severo. En nuestro país fueron consignados entonces cierto número de casos (Pelfort, Gianelli, Place, Carrau, Leone Bloise, Etchelar, Saldún); ni uno sólo terminó por curación.

Sin embargo, en estas cifras globales que expresan la mortalidad de la meningitis por bacilo de Pfeiffer, es preciso establecer alguna diferenciación en lo referente a la edad de los enfermitos. Como regla general puede establecerse que la edad rige en gran parte tanto la frecuencia como la gravedad de la meningitis por *hemophilus influenzae*; del mismo modo que es cierto que en términos generales puede decirse que es una enfermedad del lactante, así también puede agregarse que es en la primera infancia cuando su gravedad es máxima y que esta gravedad es tanto mayor cuanto menor es la edad: en el primer semestre la mortalidad era prácticamente total; las curaciones en el segundo semestre, excepcionales; lo eran algo menos en el segundo y en el tercer año.

Después del tercer año, los casos de curación ya no son tan raros. Recorriendo la literatura en esta etapa primera del pronóstico y de la terapéutica, se encuentra cierto número de casos, de indudable autenticidad, terminados por curación; las medicaciones utilizadas han sido diversas y en forma alguna específicas ni de acción constante, por lo cual es preciso ser prudentes antes de

afirmar su eficacia. Citaremos el caso de Julien Marie y Pretet, en el que se utilizó la bacterioterapia intrarraquídea; los de Paiseau, Tournat y Patey; Nobécourt y Ducas, Duncan y Web; Nassau, etc. En nuestro país, en esa época no fue observado ningún caso de curación en el lactante; en los niños mayores Etchelar refiere un caso de curación sin ningún tratamiento, observado en la Clínica del Profesor Carrau (niño de 9 años). Tal es el balance de esta primera etapa. La terapéutica era un capítulo en blanco.

#### V.—Terapéutica.

Hoy es un capítulo en plena evolución y en rápida transformación: contiene ya numerosos hechos afirmativos, y permite vislumbrar fundadas esperanzas de una solución satisfactoria, comparable o superior a la que han recibido otras meningitis supuradas, por estreptococo, por neumococo y por meningococo. La terapéutica ha revolucionado en tal forma el pronóstico de la meningitis por *hemophilus influenzae* que no puede considerarse a éste independientemente de aquélla, a tal punto es verdad en el momento actual que el porvenir de un niño afectado de esta enfermedad depende en gran parte de la terapéutica que le sea aplicada. Pero es indudable también que todavía este capítulo no ha sido terminado en forma definitiva; que la utilización de las medicaciones no ha sido codificada todavía, de modo de contar con el consenso unánime, que las armas que la terapéutica pone a nuestra disposición son eficaces y múltiples, pero que todavía estamos aprendiendo a emplearlas a fin de obtener el máximo rendimiento en eficiencia.

#### Sulfamidoterapia

Nos ocuparemos en primer término de la sulfamidoterapia. La meningitis por *hemophilus influenzae* benefició desde un principio de esta medicación y no tardaron en conocerse los primeros casos felices; la serie continúa todavía y en todas las regiones del globo aparecen las reseñas de las curaciones obtenidas; en esta etapa creemos que la mayoría de los casos favorables se publica; la literatura es felizmente ya copiosa. Pero es tal la diversidad de las circunstancias en que la medicación es empleada (momento de iniciación, producto utilizado, vía de administración, dosis, prolongación de su empleo), que no es siempre fácil formarse exacto criterio sobre el cuál debiera ser la conducta a seguir frente a un caso determinado. Por otra parte, si es relativamente fácil tener una idea aproximada del número de curaciones, no lo es tanto apreciar el de los casos desgraciados, lo que nos permitiría tener una apreciación justa de la modificación que el propósito ha experimentado. La experiencia de los distintos autores no es coincidente ni tampoco el juicio que éstos hacen de la eficiencia de los sulfamidados ni del compuesto a preferir,

ni de la vía a utilizar. Un primer hecho parece estar fuera de discusión: la posibilidad de obtener en cierto número de casos, la curación, mediante el empleo exclusivo de sulfamidados. En cuanto a la frecuencia con que se obtienen esos resultados, la opinión es variable; desde quienes opinan que en realidad pocas ventajas ha dado la sulfamidoterapia, sobre todo en los niños menores de dos años, hasta quienes creen que a ésta debe atribuirse el resultado favorable, aún en aquellos casos de asociación sulfamido-suero-terapia.

En cuanto al compuesto sulfamidado de elección, unos consideran la sulfamilamida, otros la sulfapiridina, el sulfatiazol o la sulfadiazina; en lo referente a las vías de administración, algunos sólo emplean la vía oral, otros la intravenosa y otros las asocian, contemporánea o sucesivamente. En cuanto a las dosis, se han dado dosis más bien pequeñas (de Ogr. 10 a Ogr. 20) ; dosis más elevadas (hasta Ogr. 40 y Ogr. 60 por kilo), con el contralor de contralor de la dosificación en la sangre y en el líquido cefalorraquídeo. En la imposibilidad de referir todos los resultados publicados, referiremos muy brevemente algunos: Neal, Appelbaum y Jackson, en 1940, relatan una serie de 29 enfermos con 14 curaciones, tratados con sulfapiridina, sulfapiridina sódica y suero de caballo anti-influenzae; en 5 de los casos que curaron sólo se empleo la quimioterapia. Sako, Stewart y Fleet, en 1942, sobre 7 enfermos sólo tienen 2 muertes; en todos fue empleada la sulfadiazina y suero anti-influenza. Knouf, Mitchell y Hamilton presentan la experiencia de "Los Angeles Country Hospital", de 1931 a 1941, comprendiendo 63 casos. Los clasifican en 4 grupos, según la terapéutica; el primer grupo fue tratado en forma sintomática; el segundo grupo fue tratado con suero de caballo de Fothergill anti-influenza; el tercero con este suero y además sulfanilamida (de estos tres grupos, comprendiendo 51 enfermos, sólo curó uno) ; el cuarto grupo fue tratado con sulfapiridina y suero Fothergill: comprende 12, casos de los cuales curaron 10. Dado que "los enfermos, que recibieron suero de Pothergill exclusivamente fallecieron todos (en número de 32), los autores atribuyen los buenos resultados obtenidos en los enfermos del grupo 4<sup>o</sup> a la sulfapiridina y no al suero.

Lamm y Shulmah hacen un estudio sobre 15 casos y se refieren a otros 2, en total 17 casos, de los cuales curan 9 y los 2, en total 11; estos autores emplean como tratamiento I de rutina sulfamida y suero de conejo; se trata, pues, de una terapéutica asociada, pero nos parece interesante consignar la forma como realizan la sulfamidoterapia: empiezan por inyecciones intravenosas de sulfapiridina sódica al 5% (a la dosis de 2 o 3 gramos, según peso y edad); cuando el enfermo tolera la medicación por boca, se inicia la administración oral de sulfapiridina en dosis fraccionadas, calculando sobre la base de 1½ grano a 2 granos por libra (aproximadamente de 15 a 20 centímetros por kilo de peso); si el resultado fuera satisfactorio, se substituye la sulfapiridina por

la sulfadiazina y el sulfatiazol, empleados alternativamente; a medida que la mejoría se establece, se reduce gradualmente la dosis de sulfamida, pero ésta es continuada hasta dos y tres semanas después que los cultivos del líquido se han vuelto estériles y el cuadro clínico es satisfactorio: la cesación demasiado temprana de la quimioterapia conduce a la reactivación de la meningitis.

Welch y Srewart consideran la sulfadiazina como la droga de elección para las meningitis meningocócicas, neumocócicas y de la influenza; para obtener rápidamente una concentración eficiente, las dosis iniciales deben ser altas y de preferencia por vía intravenosa; dosis de 4 a 6 gramos por libra de peso (de 45 a 65 centigramos por kilo) fue necesaria en los niños; la vía intravenosa debe continuarse durante 1 a 2 días y la dosis diaria puede distribuirse en tres veces o administrarse por gota a gota continua; luego se continúa por vía oral hasta su completa curación. El Comité de procedimientos terapéuticos para las enfermedades infecciosas agudas de la Academia Americana de Pediatría aconseja a la vez sulfamida y suero Alexander: una dosis inicial masiva de sulfanilamida (dos miembros del Comité prefieren la sulfadiazina) suficiente para elevar la concentración sanguínea a 10 o 20 miligramos por cien.

Winters y Janney dedican un importante estudio al empleo de la sulfadiazina en la terapéutica pediátrica, del cual sólo extraeremos algunas conclusiones que nos interesan para el tema que tratamos: consideran que la sulfadiazina es el fármaco de elección en prácticamente todos los tipos de meningitis bacteriana, por hemophilus influenzae inclusive; la sulfadiazina pasa fácilmente al líquido céfalo-raquídeo, de modo que la concentración en el mismo es, por lo general, mayor que los dos tercios de la concentración sanguínea.

Lindsay, Rice y Selinger en una revista de 108 casos muestran que el empleo de suero específico y complemento con adecuada medicación coadyuvante, ha reducido el coeficiente de mortalidad desde 97% a 83% y que si se asocia la quimioterapia (sulfanilamida y sulfapiridina) la mortalidad desciende a 54% (sobre 13 casos).

Blemborg, Tannebaum y Gleich, del Harlem Hospital of New York, recomiendan la asociación suero Alexander-sulfadiazina (sulfadiazina sódica en solución acuosa al 5% y en dosis de 0.20 centigramos por kilo, por vía venosa, iniciando el tratamiento con una dosis igual a la mitad de las dosis diarias y fraccionando éstas en intervalos de 4 horas; esta terapéutica va combinada con infusiones continuas de solución de glucosa al 5% en suero fisiológico; obtenida la mejoría clínica y humoral se continúa el tratamiento con sulfadiazina por vía oral hasta curación).

Alemán refiere 18 casos tratados exclusivamente con sulfanilamida, con una mortalidad de 72%.

Casos aislados de curación con sulfamidas han sido referidos por diversos autores (Cibils Aguirre, Alzaga y Calcarani; Castellanos, Galán y Hernández, Hamilton y Neef; Mac Lean, Wods y Henderson, Calzadilla; Aballi; Bazán y Bortagaray; Vallador; A. Greco, etc., etc.)

La cantidad global de sulfamida en peso que llega a ser administrada a estos enfermos es considerable, oscilando desde muchas decenas a varias centenas de gramos. Se han descrito accidentes tóxicos (erupciones, anemias, agranulocitosis, etc.), que cesan al cesar la medicación.

En el Uruguay han sido descritos algunos casos de curación mediante la medicación sulfamidada exclusiva por Rebagliatti; Ramón Guerra; Aleppo, Iglesias, Norbis y Caritat. Estos últimos autores presentaron a la Sociedad Uruguaya de Pediatría dos casos, de 21 meses y de 3 años de edad, terminados por curación completa, después de haber recibido el primero 116 gramos de sulfatiazol en 26 días y el segundo 118 gramos de sulfapiridina, amén de dosis menores de sulfatiazol por vía oral y prontosil por vía intra peritoneal.

#### Sueroterapia

Aún cuando las tentativas de bacterio y sueroterapia datan de muchos años atrás (Wollstein, 1911), los progresos estimables y efectivos de la sueroterapia específica son debidos a su turno a los progresos en la técnica bacteriológica, que permitió diferenciar los 6 distintos tipos de hemophilus influenzae y la frecuencia relativa de éstos en los casos de meningitis. Estos trabajos se debieron a Margaret Pittman, quien estableció en 1931 que en las meningitis, en la gran mayoría de los casos, la cepa corresponde al tipo B. y que sólo muy raras cepas pertenecen a los tipos A y F. Las cepas meníngeas son S (smooth) y encapsuladas, mientras que las cepas respiratorias son R. (rough) y no capsuladas. Estos trabajos confirmados por Ward, Wright y Fothergill permitieron obtener anti-sueros de alto valor terapéutico. Estos autores demostraron la necesidad de asociar al suero el complemento (de cuis o humano).

Ya hemos señalado los resultados obtenidos por Lindsay y colaboradores. 1\* etapa, sin terapéutica: 7B fallecidos sobre 77 casos (mortalidad 97%). 2^ etapa: suero específico y complemento: 15 fallecidos sobre 18 casos (mortalidad 83%). 3\* etapa: suero específico, complemento y sulfamida: 7 fallecidos sobre 13 (mortalidad: 54%).

Silverstone, Faser y Snelling publicaron en 1937 sus resultados siguiendo el método recomendado por Fothergill: suero de caballo anti-influenza por vía intravenosa y suero de caballo anti-influenza y suero humano (complemento) por vía intrarraquídea; sobre 36 enfermos fallecen 26 o sea, mortalidad de 72%. En la serie anterior la mortalidad alcanzó 98%. Silverstone y Brawn publican en 1940 un estudio sobre 65 casos, en los que además de.

la suero-terapia utilizan en algunos la sulfanilamida y la sulfapiridina; en conjunto, de 65 fallecieron 50, es sea una mortalidad de 76 %. Vemos, pues, que ya la mortalidad se había reducido mediante la suero-terapia antes de la sulfamido-terapia y que los resultados obtenidos después de la introducción de esta última nos son bastante convincentes como para recomendar su empleo exclusivo; por este motivo los **autores** consideran preferible el uso combinado de los dos procedimientos más bien que el uso exclusivo de la suero-terapia o de la quimio-terapia.

Estas estadísticas muestran, pues, en esta etapa de la suero-terapia, un apreciable descenso de la mortalidad, hasta 83% y 76%, pero mientras que en la estadística de Lindsay y la sulfamido-terapia reduce la cifra a 54%, en la de Silversthone no se observa reducción.

Una nueva etapa se inicia con los estudios de Hattie E. Alexander y **colaboradores**, desde 1939. Basándose en los trabajos de **Margaret Pittman** que había caracterizado seis **tipos** del hemophilus influenzae mediante reacciones de precipitación, pudo demostrar que, mediante una técnica idéntica a la de Neufeld para los neumococos, se pueden identificar y diferenciar los tipos del hemophilus influenzae en los líquidos orgánicos (tumefacción de la cápsula, conteniendo un hidrocarbonado específico, del que depende a la vez la especialidad del tipo microbiano y su capacidad de invadir el organismo). Pudo demostrar además, que se pueden producir sueros ricos en anticuerpos específicos protectores (anticuerpos anticarbohidratos), cuya riqueza en miligramos de **nitrógena** anticuerpo sustancia activa puede determinarse exactamente y expresarse por centímetro cúbico, exactamente como para con el neumococo; en la infección por hemophilus influenzae como en la infección por neumococo, el anticuerpo formado por el conejo es superior al de caballo. Los anticuerpos constituyen un factor esencial del proceso de curación de los enfermos y la cantidad de anticuerpos que deben suministrárseles a éstos depende de la gravedad de la infección y cuando la cantidad necesaria ha sido alcanzada, se puede apreciar en el suero del enfermo un exceso de anticuerpos. En la aplicación del tratamiento, Alexander introduce dos procedimientos de rutina: la tipificación del hemophilus mediante la tumefacción capsular por el anti-suero específico y la determinación del exceso de anticuerpos libres en el suero, mediante la capacidad de éste de determinar la tumefacción de las cápsulas de una suspensión del hemophilus influenzae o la intradeterminación con el hidrocarbonado específico. Alexander considera que cuando el suero del enfermo diluido al 1/10 produce la tumefacción de la cápsula, existe un exceso de anticuerpos en el suero. Los autores han tratado 75 casos con sulfamida y anti-suero específico de conejo: 57 casos curaron (76%); 13 casos murieron (24%). En 34 enfermos el suero fue inyectado en las venas; en 41 fue inyectado en las venas y en las meninges. La can-

tividad de suero indicada en cada caso está en relación con la gravedad y se aprecia por la dosificación de la glucosa en el líquido céfalo-raquídeo, como la indica el siguiente cuadro:

Menos de 10 centigramos 0/00 de glucosa en el líquido c. r.	1 curación 6 muertes
De 10 a 15 centigramos	1 curación 2 muertes
De 15 a 20 centigramos	3 curaciones 1 Muerte
De 20 a 30 centigramos	8 curaciones 1 Muerte
De 30 a 40 centigramos	8 curaciones 1 Muerte
Más de 40 centigramos	9 curaciones 1 Muerte

Los autores han establecido una escala de dosificación de suero a inyectar (expresada en miligramos de ázoe anticuerpo), en relación con la cifra de la glucosa en el líquido céfalo-raquídeo:

Si el líquido contiene menos de 15 miligramos de glucosa por 100, la cantidad indicada en 100 miligramos de glucosa, 50 mgrms. de N. anticuerpo. (10 c. c.)

Si el líquido contiene de 15 a 25 miligramos de glucosa, 75 mgrms. de N. anticuerpo. (15 c. c.)

Si el líquido contiene de 25 a 40 mgrms. de glucosa, 50 mgrms. de N. anticuerpo. (10 c. c.)

Si el líquido contiene más de 40 mgrms. de glucosa, 25 mgrms. de N. anticuerpo. (5 c. c.)

Una hora después de inyectar el suero, se hace con el suero del enfermo la prueba de la tumefacción capsular de una suspensión del hemophilus influenzae.

Si no existe exceso de anticuerpos en el suero del enfermo, se da una nueva dosis adicional de 25 miligramos de ázoe y se vuelve a examinar el suero una hora después. En general la administración intravenosa de suero se limita a un período de 48 horas; si después de este plazo la mejoría no es satisfactoria, una dosis de anti-suero (5 c. c. 25 mgrms, de N. anticuerpo) se inyecta en las meninges.

**(Continuará).**

## NOTAS DIVERSAS

INSTITUTO INTERNACIONAL  
AMERICANO DE  
PROTECCIÓN A LA INFANCIA

18 de Julio N° 1648  
Montevideo-Uruguay

DEPARTAMENTO DE SALUD

### LA DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA

La XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, que se acaba de realizar en Venezuela, en la ciudad de Caracas, en enero de 1947, ha sancionado por unanimidad el siguiente voto relativo a la enfermedad reumática:

#### **"NOTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA—**

La XII Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda, que la enfermedad reumática sea considerada de declaración obligatoria, con la finalidad de poder obtener estadísticas precisas, que permitan conocer el valor de la morbilidad y mortalidad de dicha enfermedad, dadas sus vastas consecuencias y su repercusión social sobre la salud del niño y del adulto."

Dicho voto fue presentado por la delegación uruguaya, a pedido del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. La primera iniciativa de esta sugestión, partió del Departamento de Salud del mismo Instituto, con sede en Montevideo, y que dirige el Prof. y Dr. Víctor Escardó y Anaya.

En los años de 1945 y 1946 en colaboración con el Dr. Bolívar Delgado Correa, realizó el Departamento de Salud una Encuesta sobre la Enfermedad Reumática del Niño en América, trabajo que fue bien recibido en los medios especializados y que llegó a la conclusión de que, mientras no se consiga que la enfermedad reumática sea de declaración obligatoria, no será posible obtener estadísticas precisas y por lo tanto organizar la lucha contra el reumatismo en forma eficiente.

Después de varias gestiones, en las que intervino la Oficina Sanitaria Panamericana, se logró al fin la sanción del voto en su favor. Esperamos que ahora, en los distintos países, se den los pasos pertinentes, con el objeto de llevar a la práctica esta medida, con el fin de combatir el terrible y no bien apreciado flagelo de la enfermedad reumática.

## RESULTADOS OBTENIDOS CON LA VACUNACIÓN ANTI-TUBERCULOSA B. C. G. EN LOS NIÑOS DE 0 A 1 AÑO

—Por los Doctores

Pedro DOMINGO

Carlos M. AMADOR

En Cuba, el Consejo Nacional de Tuberculosis y el Comité del B. C. G. han dispuesto que la vacunación se efectúe en tal forma que no pierda su carácter de estudio, su tipo experimental. A tal objeto, desde 1943, aparte de los beneficios que la vacunación, va impartiendo a los vacunados, un grupo piloto de los mismos, numeroso y bien estudiado, permite seguir todas las contingencias ligadas a la vacunación. Es decir, que se está procurando hermanar el criterio científico de obtener de la vacunación las mejores enseñanzas, con el sanitario, de vacunar la máxima cantidad de sujetos posible. Poco a poco van allanándose las dificultades y adaptándose las instituciones a las necesidades que van surgiendo. En este trabajo resumimos las observaciones correspondientes a los primeros 1.000 niños de este grupo piloto.

Son éstos, niños en su mayoría recién nacidos, vacunados por vía gástrica o intradérmica en las maternidades. Su condición social pertenece al sector más modesto de La Habana. Por tanto, muchachos que viven ambientes casi todos entre sospechosos y tuberculosos, con viviendas muy pobres y nutrición deficiente.

En 1943, los Dres. Carlos Hernández Miyares y Rafael O. Pedraza, efectuaron un Lurvey que comprende 5.000 niños que viven en ambientes muy parecidos a los de nuestros vacunados. Estudian niños de edades comprendidas entre 0 y 13 años, empleando como prueba diagnóstica, para apreciar la infección, la tuberculina al 1/1000 y cuando ha sido negativa, a los 5 días, nueva prueba con tuberculina al **1/100**. Quedan pues, considerados como no infectados los sujetos que hubieran reaccionado a la tuberculina al 1/10 y los con alergia latente revelable por el BCG. Así y todo, 2.779 han dado reacciones positivas siendo por tanto la positividad porcentual de 55.58%. De este número 18.94 presentaron lesiones evolutivas y 36.64 no las tenían (34 y 65% aproximadamente.) Entre los sujetos que dieron reacciones alérgicas negativas a las dos diluciones efectuadas, 0.24% presentaron lesiones evolutivas y 44.18% con contacto conocido, pero un 38.48% contrajeron la enfermedad sin que se conociera el foco infectante.

Dentro del primer año de vida la positividad tuberculínica se desarrolló en la siguiente forma:

Edades meses	Total de casos estudiados	Positivos: %
1 .....	15 .....	46.66
2 .....	25 .....	60
3 .....	30 .....	40

Edades	Total de casos	Positivos:
4 .....	33 .....	63.63
5 .....	24 .....	41.63
6 .....	36 .....	50
7 .....	44 .....	52.27
8 .....	35 .....	60
9 .....	46 .....	56.52
10 .....	41 .....	56.10
11 .....	25 .....	32

Y en los cinco primeros años:

Edad años:	Total casos	Positivos
1 .....	410 .....	39.51
2 .....	354 .....	47.18
3 .....	418 .....	49.04
4 .....	370 .....	51.35
5 .....	402 .....	56.47

La enfermedad tuvo la siguiente expresión: Total de casos con lesiones tuberculosas evolutivas: 959 19.18%  
 Total de casos con lesiones tuberculosas no evolutivas: 1.76'

En los vacunados con BCG la alergia se ha investigado siguiendo una técnica diferente. Al año de la vacunación el grupo de 1.000 individuos que constituyen este grupo piloto que estudiamos, reciben 0.1 ce. de Extracto de BCG al 1/100 (groseramente equivalente a la tuberculina OT al 1/5.000), y si esta prueba ha sido negativa inyectamos vacuna B. C. G. (0.1 miligramo). Con la prueba primera obtenemos un 86.87% de alergia manifiesta positiva para los vacunados por vía, gástrica. Sólo pues, un 13% aproximadamente, ha quedado sin dar una reacción manifiesta. Los primeros vacunados por vía intradérmica han dado alergias manifiestas en la proporción de 98%. Las alergias ocultas de ambos grupos son respectivamente de 8 y 2%. Así pues, el conjunto de ambas alergias da 94% para la vía gástrica y 100% para la vía intradérmica, al año de la vacunación.

Nuestro grupo de vacunados presenta frente a las contingencias de la infección una reaccionabilidad nueva en un porcentaje que alcanza a la casi totalidad. ¿Qué influencia tiene esto sobre la sensibilidad del sujeto a la tuberculosis o a otras infecciones?

Es muy peligroso recoger cifras que representen la morbilidad y mortalidad parcial por alguna enfermedad que implique la comunicación sanitaria efectuada por el médico o un diagnóstico de muerte que requiera una etiqueta bacteriológica. Pero pueden considerarse absolutamente ciertos los datos de mortalidad en las distintas edades. Como son ciertos los datos recogidos de núes-

tro grupo piloto. Así, cuando decimos que en 1943 hubo en Cuba 9.624 muertes de niños de edad comprendida entre 0 a 1 año, el dato tiene casi valor matemático, cifra que mantiene su valor cuando se dice que representa el 8.5 % de los 112.109 niños que componen en este período la población infantil de 0 a 1 año.

Pero, nuestro grupo piloto de vacunación ha presentado una mortalidad general de 3.3%. Por tanto se han muerto 5.2% personas menos en este grupo de niños, a pesar de que viven en un medio muy pobre en su mayoría. Lo que significa que si referimos los resultados obtenidos en este grupo piloto de 1.000 niños a los 112.109 niños que componen la población infantil de su misma edad en el conjunto del país, habremos de señalar que extender la práctica de la vacunación a toda ella hubiera significado un ahorro de 5.910 vidas humanas en 1943 y aproximadamente igual todos los años sólo en la edad comprendida entre 0 a 1 año. La elocuencia de estos datos es tan manifiesta que todo otro comentario huelga.

La influencia de la vacunación antituberculosa por el BCG en la mortalidad general ha sido ampliamente reportada por distintos investigadores y sanitarios. Bessemans y Potter, en Bélgica; Arlindo de Assis, en Brasil; Petroff en Bulgaria; Baudoin en Canadá; Sayé, Benito Landa y Miralbell, en España; Dvorschak, Schalachter y Hulcsar, en Hungría; Persich, en Italia; Prokopowicz-Wierzbowska, en Polonia; por Cantacuzene, Nasta y Veber, en Rumania; por Naeslund y por Malmstrom, en Suecia; por Tzekhnoviszter & lakhnis en P.usia; por Saenz en Uruguay y Calmette en Francia, comunican resultados tan favorables como los que acabamos de anunciar para Cuba.

Se ha querido explicar esta influencia tan notable de la vacunación sobre la mortalidad general por los cuidados especiales que por parte de los organismos sanitarios que efectúan estos estudios reciben los niños y vacunados. Pero este no es el caso para Cuba ya que los vacunados al nacer, lo fueron en las maternidades y luego no tuvieron ningún contacto con nuestro Servicio de Vacunación, hasta transcurrido un año en cuyo momento se hizo la investigación epidemiológica adecuada de todo lo acaecido durante este período.

## CONCLUSIONES

La vacunación antituberculosa con el BCG se comporta como un elemento de acción antituberculosa absolutamente inofensivo, económico y eficiente.

La vacunación, aún efectuada sin los requisitos teóricos que parecen indispensables para lograr su mejor eficacia se ha mostrado muy eficiente.

En un grupo piloto de 1.000 niños pertenecientes a los ambientes más pobres y enfermos de la ciudad de La Habana, se ha observado una mortalidad general de 3.3%, siendo la mortalidad general en el total de niños de la misma edad un 8.5%.

Ha habido un sólo caso de muerte por enfermedad tuberculosa en el grupo vacunado. Si se tiene en cuenta que más de un 60 91 de los vacunados viven medios sospechosos o ciertamente tuberculosos y que no ha habido una separación prealérgica del vacunado, esta cifra puede considerarse muy pequeña. Además este vacunado lo fue después de cuatro meses de convivir con una madre bacilífera.

Durante el primer año que sigue a la vacunación, efectuada por vía gástrica, las pruebas alérgicas son positivas en un 94% y en un 100% en los vacunados, por vía intradérmica.

Los vacunados pueden presentar acrecentamiento transitorios en la marcha de su alergia. Algunas veces estas hiperergias transitorias nos han parecido reveladoras de contagios virulentos recientes, neutralizados luego por el hecho de la vacunación.

No. total observado al año de la vacunación	Alergias positivas				Mortalidad			
	Medio ambiente		887 (86.36%)		General		Tuberculosa	
	Tuberculoso	Sano y sospechoso	Tuberculoso	Sano y sospechoso	Tuberculoso	Sano y sospechoso	Tuberculoso	Sano y sospechoso
1,027	108 (10.5%)	919 (89.5%)	86 (84%)	801 (87%)	3 (2.77%)	32 (3.48%)	1 (0.92%)	0
					Mortalidad en los no vacunados			
					General		Tuberculosa	
					8.5%		?	

VALORES EPIDEMIOLÓGICOS EN EL NIÑO VACUNADO CON B. C. G. AL FINALIZAR EL PRIMER AÑO

## NOTAS VARIAS

Los estimados consocios, doctores Humberto Díaz y Antonio Vidal, hicieron su ingreso a esta ciudad procedentes de Rochester y Washington, respectivamente. Tenemos el gusto de presentarles nuestro saludo de bienvenida.

En la sesión que celebró la Asociación Médica Hondureña el día sábado, 6 de septiembre, fue aceptado como socio activo de dicha agrupación, el estimado colega Doctor Carlos Agurcia.

Con motivo de celebrarse el próximo 19 de Septiembre, el Primer Centenario de la Universidad de Honduras, el Consejo Universitario, en unión de las distintas Facultades, desarrollarán actos conmemorativos. Nuestra Facultad de Medicina, Cirugía y Dentistería, desarrollará el día 22 de septiembre, el siguiente programa:

A las 8 a. m.—Coronación de la estatua del Padre Reyes, y discurso por el Br. Roberto Zepeda Turcios.

A las 8:30 a. m.—La concurrencia pasará al Hospital General, desarrollándose los siguientes actos:

1<sup>o</sup>—Palabras por el Secretario de la Facultad, Doctor Manuel Cáceres Vijil.

2<sup>o</sup>—Sesiones de Cirugía por los Doctores don Juan A. Mejía M., José R. Durón y Abelardo Pineda Ugarte.

3<sup>o</sup>—Sesiones de Medicina, por los Doctores Humberto Díaz B., Mario Díaz Quintanilla y Manuel Cáceres Vijil.

4<sup>o</sup>—Conferencias sobre tópicos de Pediatría por el Dr. Antonio Vidal M.

5<sup>o</sup>—Conferencia sobre el resultado de la Frenicectomía asociada al Neumoperitoneo en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, por el Doctor Marcial Cáceres **Vijil**.

6<sup>o</sup>—Sesiones de Radiología por los Doctores Alfredo Midence y J. Ramón Pereira.

NOTA: El Doctor don Martín Búlnes presentará un trabajo en homenaje a esta fecha, titulado Nociones de Patología Externa o Quirúrgica para Enfermedades.

El próximo 25 de septiembre, la Asociación Médica Hondureña conmemorará, dignamente el Primer Centenario de haber sido fundada nuestra Universidad Nacional, con la solemne inauguración del Hogar Infantil, construido por nuestra Agrupación para la protección de la infancia hondureña.

