

X Un caso de Meningitis Cerebro---Espinal

X POR EL DOCTOR J. B. WANDEMBERG

Profesor sustituto de Bacteriología, Jefe del Laboratorio de Bacteriología del Servicio de Sanidad



M. P. B. niña de ocho años de edad, nacida en Quito, de padres sanos, ingresa el 18 de Noviembre último al Lazareto de Aislamiento como sospechosa de tifoidea.

Sin ningún antecedente de contagio, la enfermedad ha comenzado bruscamente el viernes 16, estando la niña en perfecta salud, sin indicios de catarro naso-faríngeo inicial. Con ocasión de un enfriamiento le sobreviene un fuerte calofrío que le obliga a dejar la escuela a las tres p. m. La temperatura es de 39° 5 a las cuatro p. m., la cefalea es intensa, tiene vómitos abundantes primero alimenticios, después biliosos. Por la noche nota la familia una ligera contractura de la mano izquierda; la temperatura oscila entre 39° y 39° 5; el estado general está muy decaído.

El sábado por la mañana, la agravación es manifiesta: a la somnolencia inicial sucede un delirio tranquilo, los vómitos han cesado, hay constipación, el vientre está meteorizado, la orina es abundante, la temperatura sigue alta: 39°. El domingo ingresa al Lazareto en el mismo estado.

En el examen verificado el lunes 19, lo que principalmente llama la atención es la posición de la enfermedad en la cama: en decúbito lateral izquierdo, tiene la cabeza en extensión forzada, los miembros superiores flexionados sobre el tronco, los muslos sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos: es el clásico gatillo de fusil. En decúbito dorsal el opistótonos se hace ostensible.

Esta contractura tan generalizada opone gran resistencia y provoca dolor a la enferma cuando se trata de vencerla. El signo de Kernig es positivo; no se dibuja la rava meníngea ni es posible buscar los reflejos tendinosos.

La niña está en letargo, indiferente a todo lo que le rodea; sin embargo comprende cuando se le ordena sacar la lengua, que la tiene seca y saburral. No hay vesículas de herpes en la cara.

El vientre está retraído: "en barco" por la intensa contracción de los músculos abdominales. El día anterior ha hecho cuatro deposiciones con un purgante. El hígado está de tamaño normal, el bazo ligeramente hipertrofiado.

El pulso es fuerte, regular, igual; da 116 pulsaciones por minuto. En el corazón no se nota nada anormal fuera de la taquicardia.

La respiración es agitada, anhelante; tiene una frecuencia de 30 respiraciones por minuto. No hay tos ni signos pulmonares.

La emisión de orina y materias fecales se hace involuntariamente.

La piel es de color lívido, no presenta ninguna erupción, exceptuando unas pocas vesículas de herpes en la proximidad de la vulva.

En el aparato visual llama la atención la fotofobia, además hay marcado estrabismo convergente. En el ojo derecho se ve una equimosis subconjuntival reciente, en forma de triángulo, con la base unida al iris; en el izquierdo hay inyección ciliar muy notable. Las pupilas son iguales, reaccionan perezosamente a la luz.

Desde el martes 20, los síntomas se agravan notablemente: el estado de letargo es seguido de coma, la agitación es extrema, sobrevienen convulsiones epileptiformes parciales, la respiración es estertorosa y

tiene el ritmo de Cheyne-Stokes. La enferma muere el miércoles 21 a las 10 y cuarto de la mañana, en el sexto día de la enfermedad.

La temperatura ha seguido durante los días de hospitalización una marcha irregular: al principio elevada a 39° , desciende en los días siguientes; tomada una misma mañana con el intervalo de una hora, acusa una diferencia de un grado.

El pulso oscila entre 110 y 120 durante toda la evolución de la enfermedad. Poco antes de la muerte subió a 170 pulsaciones por minuto.

* * *

Al lado de esta somera descripción del cuadro clínico, voy a exponer el resultado de mis investigaciones de laboratorio.

La punción lumbar, efectuada el lunes 19, da salida, con aumento de presión, a un líquido turbio casi lechoso, que deja espontáneamente un depósito verdoso abundante. Por la centrifugación se separan por completo los elementos sólidos y queda un líquido límpido, que contiene albúmina en la proporción de 3 gr. por litro y no reduce el licor de Fehling.

Practiqué la coloración de varios frotis del depósito, con la tionina fenicada, el método de Gram, la coloración de Ziehl, el Pancromo de Pappenheim.

Al examen microscópico, se ve ocupado el campo casi exclusivamente por polinucleares (90 %) degenerados en su mayor número, tienen los núcleos mal coloreados o con la cromatina dividida; el protoplasma es vacuolar. Además hay un 8 % de grandes mononucleares y un 2 % de células voluminosas de núcleo excéntrico, y debilmente coloreado y de protoplasma muy basófilc (su naturaleza es aun discutida).

Sin ser mny abundantes, es facil ver en suficiente número, diplococos en granos de café, intra o extracelulares, rodeados muchos de ellos de una aureola transparente, y que se decoloran por el método de Gram. Aunque la idéntidad morfológica con los meningococos es absoluta, no quise afirmar con certeza su

presencia, hasta cuando hubiera completado las pruebas de identificación, sin las cuales, el diagnóstico o el tratamiento de Meningitis Cerebro Espinal Epidémica, aplicados a un caso dado, carecen de base científica. En esta virtud lo anuncié como probable al Sr. Subdirector de Sanidad y a varios distinguidos médicos que presenciaban mis trabajos.

Al día siguiente recogí con una nueva punción lumbar 10 c. c. de líquido destinado a la siembra en agar-ascitis, en caldo ascitis y en caldo y agar ordinarios.

Después de veinte y cuatro horas de estufa a 37° el caldo-ascitis está ligeramente turbio y en su espesor se ven pequeños copos blanquecinos que descienden lentamente al fondo. En el agar ascitis las colonias son discretas, transparentes, redondas, de uno y de dos milímetros de diámetro, de superficie lisa y de aspecto húmedo; examinadas a la luz refleja tienen un color ligeramente grisáceo.

Ambas culturas encierran, en estado de pureza, diplococos negativos al Gram, cocos aislados y tetradas. Es fácil ver junto a las formas de tamaño ordinario, formas gigantes. El caldo y agar ordinarios permanecen estériles.

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Obtenida ya la cultura del diplococo en estado de pureza, la repico cada 24 horas en agar-ascitis durante seis días hasta preparar los medios azucarados.

Verifico también la inoculación intraperitoneal de una cultura de 24 horas en agar-ascitis, emulsionada en 3 c. c. de suero fisiológico, a un cobayo joven. Pocas horas después de la inyección deja de comer y permanece inmóvil en la jaula; cuando se le mueve no se defiende ni huye. El abdomen está meteorizado y la palpación le provoca pequeños gritos, la temperatura oscila entre 37°5 y 37°8. Al tercer día lo sacrifico. Al abrir la cavidad peritoneal es muy notable la distensión de las asas intestinales y su enrojecimiento; hay un exudado purulento que lo recojo con pipetas esterilizadas para sembrarlo en agar-ascitis, con el resto preparo frotis y los coloreo con el Gram, la tionina y el Pancromo, lo mismo hago con los frotis del hígado, el bazo y la sangre del corazón.

Las vísceras de la cavidad abdominal están ligeramente congestionadas, las de la torácica son normales.

El exudado peritoneal presenta al microscopio, numerosos polinucleares degenerados y algunos grandes mononucleares; pero no pude encontrar ningún microbio. No así en el cultivo en agar-ascitis, en el cual, después de las 20 horas se distinguen numerosas colonias típicas de diplococos que no toman el Gram. Frotis y culturas del hígado, el bazo y la sangre son estériles.

Como a pesar de siete resiembras no pude aclimatar al microbio aislado, en caldo y agar ordinarios; repico una misma colonia en cuatro tubos de agar-ascitis adicionados de glucosa, levulosa, maltosa, manita, respectivamente y tintura de tornasol como indicador. Después de 20 horas de estufa a 37° se ven colonias redondas en los cuatro tubos; pero las del agar glucosado y del maltosado están rodeadas de una aureola roja que va extendiéndose rápidamente y acaba por invadir todo el medio de cultivo. Los tubos con levulosa y con manita conservan su color inicial no obstante la rica cultura que ha brotado.

Por último, como se me hubo acabado el agar-ascitis, repiqué todas las culturas en la gelosa de Sacquépéé a la albúmina de huevo. Estas últimas culturas procuro conservarlas repicando cada 48 horas.

* * *

Discutiré ahora la interpretación que puede darse a los resultados de mis investigaciones.

Los caracteres del líquido céfalo-raquídeo: turbio, hipertenso, rico en albúmina, exento de azúcares, con el depósito integrado casi exclusivamente por polinucleares degenerados, indican que se trataba de una me-

ningitis aguda, séptica. La presencia de diplococos intra y extracelulares decolorados al Gram, constituye un fuerte indicio en favor de la meningitis a meningococos.

Pero el problema de identificación surge complejo, pues hay varios microbios idénticos morfológicamente, de los cuales, los actualmente conocidos son: el gonococo, el micrococcus catarralis, los diplococcus faringeos Flavus I, II, III, el diplococcus faringeos siccus, el diplococcus faringis cinereus y el diplococo de Jaeger-Huebner.

Este último queda eliminado por su afinidad colorante por el método de Gram.

El gonococo no toma el Gram, brota muy debilmente en los medios ordinarios, en dos o tres días en gelosa-ascitis, ataca la glucosa con exclusión de los otros azúcares. El microbio que he aislado si bien no toma el Gram ni se cultiva en agar y caldo ordinarios; en cambio las colonias en agar ascitis están bien desarrolladas a las 24 horas y hacen fermentar la glucosa y también la maltosa.

El micrococcus catarralis queda también eliminado con facilidad, por cuanto brota abundantemente en los medios ordinarios, y además no fermenta ningún azúcar.

Los diplococcus faringis Flavus I, rara vez asoman en tetradas, sus colonias son amarillentas y atacan la glucosa, la levulosa y la maltosa. Por el contrario el diplococo de mis culturas se agrupa muy comunmente en tretadas, sus colonias son ligeramente grises y no fermentan la levulosa.

El Flavus II queda asimismo eliminado por su facilidad de brotar en caldo y agar ordinarios y por sus propiedades fermentativas, iguales al Flavus I.

De la misma manera el Flavus III, porque no forma tetradas y porque sus colonias son amarillas; aun cuando fermenta los mismos azúcares que los meningococos.

El diplococcus siccus forma colonias secas, de superficie irregular, que atacan la glucosa, la levulosa y la maltosa.

El diplococcus cinereus se cultiva en los medios ordinarios y no fermenta los azúcares. Son distintos ambos diplococos del que conservo en culturas puras,

ya que, las colonias son húmedas, de superficie lisa y atacan solamente la glucosa y la maltosa.

Eliminados los microbios análogos morfológicamente, creo, para terminar, que, aun cuando no he verificado las reacciones de aglutinación y otras que necesitan sueros específicos, cuya importancia, al dar a conocer el tipo del meningococo: A, B, C o D es mayor para el tratamiento que para el diagnóstico; puedo sentar la conclusión de que, la enfermedad de la niña M. P. B., fué la MENINGITIS CEREBRO ESPINAL CAUSADA POR EL MENINGOCOCO, salvo la ilustrada opinión de la Honorable Facultad.

Quito, Diciembre, 6 de 1923



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL