
REFERATAS

R. A. C.

Revisión de la Dietética o Realimentación en las Diarreas Infecciosas de los Niños

DR. JESÚS E. PAGÓLA

Revista Mexicana de Pediatría, Tomo 21, Junio 30 de 1952. N 3.

El Dr. Pagola se refiere a los tratamientos dietéticos en las diarreas infecciosas de los niños, haciendo notar la revisión de que ha sido objeto la dietética, debido a la aparición de Sulfas y anti-bióticos y a la alimentación por vía parenteral. Recuerda las dietas recomendadas por Marfan, Rivadeau Dumas, Finkelstein, González y Marriet. Recuerda cómo en época reciente los clínicos se han inclinado por el empleo de las leches descremadas y cómo últimamente han aparecido ideas revolucionarias que aceleran las etapas de la alimentación, citando a Mitchell que usó en 396 casos de diarrea ayuda una alimentación oral precoz a base de leche descremada después de un período inicial de 8 a 24 horas, tiempo durante el cual se hidrata al niño por vía endovenosa sin dar nada por la boca. Cita después a Chung que empleó para la realimentación leche evaporada suministrando la dosis total calórica desde un principio una vez que se había hidratado al niño, haciendo comparaciones con otro grupo que recibió el mismo alimento pero aumentando las dosis progresivamente. Chung afirma que la duración total de la diarrea no se prolongó más en el grupo tratado con realimentación precoz aún cuando acepta que el número de evacuaciones diarias fue mucho mayor los primeros días o más, lo cual según él no tuvo inconveniente puesto que el aumento de peso fue más constante. El Dr. Pagola relata después la experiencia del Hospital Infantil de México con 6.000 casos de diarrea infecciosa. Se refiere a un estudio efectuado en 500 niños por el Dr. J. de la Torre y el mismo Dr. Pagola, en el cual encontraron que llevando a cabo la realimentación con leche descremada o caseinato de calcio pasando después a semidescremada y posteriormente a leche seca entera al finalizar la primera semana, la tolerancia era mucho mejor, curva de peso superior, comparada con grupos en que se había llevado la realimentación con leche entera a dosis calóricas totales desde un principio.

En el grupo de 200 niños alimentados con leche entera, en la primera semana, se registró un aumento de peso de un 50%, mientras que el 50% restante presentó un peso menor al 7 día comparado con el de ingreso.

En el grupo de 300 niños realimentados con leche descremada o caseinato de calcio, pasando después a semidescremada y posteriormente a la leche entera, el 75% registró aumento de peso hacia el 1' día, mientras que el 25% restante tuvo una disminución de peso para la misma fecha.

En lo relativo al número de evacuaciones y duración de la diarrea, hubo una curación de la diarrea o cuando menos una mo-

dificacion favorable en el 25% antes de las 72 horas y en el 75% restante duró más de ese tiempo, en el grupo que recibió leche entera.

En los niños alimentados con leche descremada la diarrea desapareció antes de las 72 horas en el 60% y se prolongó por más tiempo en el 40 % restante.

CONSIDERACIÓN ANATOMOCLINICAS SOBRE LAS CAUSAS DE MUERTE EN LA AMIBIASIS POR LOS DRS. ALBERTO DONOSO I. EMILIO AMENABAR C. ANTONIO ZACARÍAS G. Y GUILLERMO ROJAS

Revista Médica de Chile, año (small) volumen LXXX, N° 7,
Julio de 1952.

De un estudio sobre el tema que señala el título anterior, sus autores llegan al siguiente resumen y conclusiones: «Hemos recibido 10.910 autopsias consecutivas para establecer las modalidades anatómicas de la amibiasis en nuestro país y relacionarlas con los diagnósticos clínicos.

De esta revisión y estudio se desprenden los siguientes hechos y conclusiones:

- 1 —La amibiasis fue la causa de muerte en el 7.33 por mil de los fallecidos en un Hospital General.
- 2" —La amibiasis intestinal pura, sin contar sus complicaciones, sea en forma de colitis aguda, colitis crónica o colitis crónica reagudizada fue la causa de muerte en 35 casos, es decir, en el 43.75% de los casos en que la amibiasis constituyó la causa de muerte.
- 3" —Las lesiones se ubicaron de preferencia en los sitios descritos como clásicos: ciego y sigmoides. En la mitad de los casos estaba comprometido todo el colon y en 6 la porción terminal del íleo.
- 4" —Las complicaciones observadas en orden de preferencia, fueron: Peritonitis: 35.5%, Perforación: 25.05% y Absceso hepático: 24.4%, las dos primeras son habitualmente mortales y rara vez se diagnostica el factor etiológico.
- 5' —Nos ha llamado la atención que el diagnóstico ha sido correcto sólo en el 24.4% de todos los casos fallecidos, existiendo, según nuestro criterio, elementos suficientes para sospechar la etiología amibiana en el 74.5% de todas las historias que pudimos analizar. Recalcamos que sólo un buen diagnóstico puede evitar el paso a la cronicidad o la aparición de complicaciones, si es seguido como se comprende de un tratamiento bien hecho.
- 6' —Atribuimos estos errores en primer lugar a las dificultades inherentes al diagnóstico de la amibiasis, y en segundo lugar, a que no se piensa en ella con más frecuencia porque se desconocen su variadas formas clí-

nicas y el alto índice de infestación de la población.

7 —Estimamos que estos errores de diagnóstico son tanto más graves si se considera que en la actualidad se cuenta con procedimientos de alta eficacia terapéutica contra la ami-biasis».

**A STUDY OF RECENT COMMENTS OF B. C. G. VACCINATION
AGAINST TUBERCULOSIS**

Por PEDRO DOMINGO

Revista Cubana de Pediatría, tomo 24, N 9, Septiembre, 1952.

Del estudio llevado a cabo por el autor, éste concluye que la vacunación contra la T.B.C. por el B.C.G. es de valor profiláctico; que su más urgente indicación es en la protección de los niños y adolescentes haciendo vacunaciones adecuadas y revacunaciones; que hay demostración por la que hay investigaciones epidemiológicas y sanatoriales que prueban la capacidad del B.C.G. para aumentar la resistencia específica a la T.B.C.; si en la T.B.C. del adulto el B.C.G. es valioso para evitar el contagio de individuos anérgicos puestos en contacto con fuentes bacilíferas; que el B.C.G. es la más inocua de todas las vacunaciones que disminuye la morbilidad y mortalidad por T.B.C. en donde se llevan a cabo vacunaciones con cantidades adecuadas de vacuna y el cuidado apropiado, y que el B.C.G. parece ser un complemento ideal de los programas antituberculosos, ya que protege el anérgico contra el peligro de la infección.

REVISTA CUBANA DE TUBERCULOSIS, año 15, Números
1, 2, 3, 4; y año 16, número 1.

**ESTREPTOMICINA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS
POR LOS DOCTORES LUIS DE LA CRUZ MUÑOZ, PEDRO BAEZA,
AUGUSTO FERNANDEZ CONDE, CARLOS VÁRELA FIGUERAL, EN-
RIQUE VENZANT, JOSÉ GARCÍA ARRAZURRIA, NICASIO DE CÁR-
DENAS, AMADO E. DOMÍNGUEZ, EDUARDO MUZIO Y DR.
MANUEL MIRANDA**

Los autores se refieren al uso de la estreptomycin en las instituciones oficiales Cubanas. Se refieren a 106 casos, de los cuales 280 son de Tuberculosis de reinfección del adulto, y 326 casos de Tuberculosis extrapulmonar, siendo entre estas últimas las más frecuentes las localizaciones Laringotraqueobronquiales e intestinales; estando en menor número las genitourinarias.

En la etapa inicial de su experiencia con la estreptomycin la usaron de manera indiscriminada y anárquica, dando tres y cuatro gramos diarios sin alcanzar los totales de 200 gramos.

Progresivamente disminuyeron las dosis y frecuencias de las inyecciones, viviendo una segunda etapa en la que experimentaron

el uso de 1 gramo o medio gramo diario y en que redujeron los totales á 90, G0 y hasta 42 días.

En la tercera etapa de la aplicación terapéutica de la estreptomomicina en la Tuberculosis han administrado medio gramo diario en cursos no mayores de 90 días. Explican que su casuística se refiere exclusivamente a los tratados en esta forma, excepto en la Tuberculosis del aparato digestivo en las cuales administraban 1 gramo cada 24 horas por cursos de 60 a 120 días.

Clasifican los pacientes en cinco grupos: GRUPO 1, los casos que llamarían curados si no fuera por lo imprudente que resulta la aplicación de tal criterio en Tuberculosis cuando no está respaldado por una confirmación que date de mucho tiempo. Son los casos que se vuelven asintomáticos con baciloscopia que no vuelve a ser positiva y que en examen radiográfico muestran la desaparición absoluta de las lesiones o características que permiten considerarla como cicatriciales.

GRUPO 2. Los casos en que el tratamiento antiológico ha hecho posible la aplicación de otro más activo, como la colapsoterapia o la cirugía.

GRUPO 3. Los enfermos en que se ha comprobado mejoría.

GRUPO 4. Los pacientes en que no se ha observado mejoría.

GRUPO 5. Los empeorados a pesar del tratamiento.

Los pacientes objeto del estudio proceden de la clase pobre, son adultos de ambos sexos y representan la raza blanca, negra y mulata y algún paciente de raza amarilla. Los autores estiman que ninguna de esas peculiaridades les ha parecido determinante de condiciones que afecten el resultado final del tratamiento. Estiman que influye desfavorablemente en los resultados obtenidos el estado avanzado en que habitualmente llegan los enfermos.

Consideran que es de interés relacionar la influencia del medicamento con la forma anatomopatológica, la extensión y severidad de las lesiones, la patogenia, la presencia y tamaño de cavernas y el efecto aislado sobre los síntomas, sobre la curva ponderal y sobre

algunos elementos de laboratorio, especialmente la baciloscopia y la eritrosedimentación.

En sus conclusiones los autores dicen que la estreptomycinina puede considerarse superior a todos los medicamentos usados hasta entonces en el tratamiento de la T.B.C.; que las formas mínimas y moderadamente avanzadas se benefician positivamente en contraste con las formas avanzadas que se benefician en determinados porcentajes. Que las formas productivas mejoran apreciablemente, las formas mixtas en muy pequeña escala, las exudativas solamente cuando son resolutivas o benignas y que no debe esperarse efecto sensible en las formas gaseosas graves; que los resultados son mejores en las formas hematógenas y después en las formas mixtas y que es desfavorable en las broncógenas, aunque pueden producirse mejorías; que la estreptomycinina no actúa sobre las cavernas en grado mayor que la cura de reposo, que la fiebre, tos y expectoración, al igual que la curva ponderal se modifican favorablemente; que la baciloscopia y eritrosedimentación responden bien a la acción del antibiótico; que en la Tuberculosis Intestinal se observa más acción sobre la sintomatología que sobre las lesiones; que en la Tuberculosis Laringotraqueobronquial el medicamento es útil, y su acción capital se ejerce sobre la disfonía y síntomas dolorosos; que la estreptomycinina ha cambiado el radio de acción de la cirugía, dándole mayor seguridad; y que como la resistencia es un factor que invalida la acción del medicamento, se hace preciso adoptar métodos y medidas que la disminuya.

REVISTA CUBANA DE TUBERCULOSIS, año 15, Números 1, 2, 3, 4; y año 16, número 1.

ESTUDIO DE LA PROFILAXIS COLATERAL BAJO EL CUÁDRUPLE ASPECTO CLÍNICO, RADIOGRÁFICO, LAVADO BRONQUIAL Y BRONCOSCOPIA, POR LOS DOCTORES JUAN I. CASTILLO, CARLOS GUERRERO, TELESFORO GARCÍA PÉREZ, JUAN B. SOLLOSO, ARTURO OTERO DALMAU, CALIXTO ARGUELYES, JOSE FERNANDEZ NUÑEZ, ENRIQUE MIRANDELLE Y ALFREDO MARTÍNEZ.

Los autores se han dedicado durante diez años ininterrumpidos a estudiar los convivientes con tuberculosos a fin de conocer todos los aspectos que ofrece la tuberculosis entre la familia. Han presentado comunicaciones sobre este trabajo a la convención Cubana de Tisiología de Cienfuegos en 1948; al octavo congreso panamericano de la Tuberculosis de México, celebrado en 1949; y la con unicación que lleva el título arriba escrito y que fue presentada al noveno Congreso Panamericano de la Tuberculosis que se reunió en Guayaquil, Quito, en Julio de 1951.

La profilaxis colateral tiene por objeto el estudio fisiológico de los convivientes con tuberculosos conocidos, desde el doble punto médico y social; creen que el tuberculoso familiar alcanza la más alta representación en la profilaxis colateral.

Recuerdan los autores que este estudio es tan antiguo como la propia fisiología, pero que los últimos quince años de continuados progresos fisiológicos han servido para reorientarse, perfilar y perfeccionar una nueva técnica para la lucha contra la T.B.C., produciendo nuevos criterios, conceptos y orientaciones, sobre el diagnóstico de certeza, comienzo, desarrollo, evolución y terapéutica de la enfermedad.

Insisten en la cuádruple investigación desde el punto de vista de la Clínica, la Radiografía, el lavado Bronquial y la Broncoscopia. Recuerdan que la aplicación reiterada de su método de lavado Bronquial a muchas personas convivientes con tuberculosis permitió hacer un descubrimiento de trascendental importancia cual es que el más del 30 por ciento de los contactos arrojaban bacilos de Koch en la expectoración. La investigación anterior motivó la exploración del árbol traqueobronquial mediante Broncoscopia descubriendo la existencia de lesiones de la tráquea y de los bronquios en una cifra mayor del 40 por ciento de estas personas broncoscopiadas. En la comunicación presente los autores sólo exponen los resultados de sus últimos tres meses de trabajo, con el cuádruple método mencionado, y se refieren a 700 personas examinadas.

En ellas encontraron que el 20 por ciento de las radiografías presentan lesiones activas o evolutivas, un 35 por ciento tiene secuelas o reliquias pulmonares y sólo 45 por ciento muestran placas normales.

El lavado bronquial que hicieron en 469 de esos examinados, previamente radiografiados, les dio un 36 por ciento de bacilos de Koch de lavado bronquial y un 64 por ciento de gérmenes no específicos.

En 119 casos previamente radiografiados con bacilos de Koch en el lavado bronquial practicaron broncoscopia y obtuvieron 44 casos de lesiones de los bronquios, es decir, un 37 por ciento. En 75 casos no encontraron lesiones, es decir, en 63 por ciento no las tenían.

Dada la elevada incidencia de la Tuberculosis en los contactos, los autores insisten en la concentración de la lucha sobre la Tuberculosis familiar, ya que este núcleo social es la fuente más grave de tuberculización interhumana. Esto obliga a la consideración del perfeccionamiento de los equipos de trabajo con departamentos de lavado bronquial y broncoscopia e incremento del servicio Radiográfico.

Los autores creen que no puede continuar estableciéndose un diagnóstico responsable de Tuberculosis de no Tuberculosis o de curado si no se utiliza previamente el trípode radiografía, lavado bronquial y broncoscopia. Insisten en que los diagnósticos de Tuberculosis enfermedad, o curación de las lesiones, que se fundamentaba en el examen radiográfico solo o en la radiografía y análisis ordinarios de laboratorio, no puede mantenerse por más tiempo, ya que los nuevos métodos de exploración superan el margen de error en que se incurría hasta hace muy poco tiempo. Los autores en la última conclusión de su trabajo reclaman una reorganización

do la lucha antituberculosa **preferentemente** sobre el enfermo y la familia, como núcleo social más importante, en donde se descubre al más bajo costo las mayores incidencias ocultas de la enfermedad y en la única fase verdaderamente *de* curabilidad y recobramiento; y reclaman el empleo sobre ellos con toda intensidad de los métodos directos e indirectos de la profilaxis desde el doble punto de vista Médico y Social, contribuyendo a la erradicación del terrible y mortífero flagelo.

DE LA MISMA REVISTA

CONSIDERACIONES DEL USO Y ABUSO DE ALGUNOS MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR. POR EL DR. AUGUSTO FERNANDEZ CONDE.

El autor se refiere a las observaciones sobre la forma en que **los** médicos generales y algunos especialistas de vías respiratorias tratan a veces las enfermedades broncopulmonares y los síntomas predominantes de las mismas. Se refiere a la gravedad que encierra lo que viene ocurriendo en la Tuberculosis Pulmonar por el uso indebido y abuso del medicamento totalmente ineficaces y no siempre exentos de peligros para combatir la Tuberculosis.

Menciona en primer lugar los criterios erróneos que persisten en materia de Tuberculosis de muchos médicos y que son criterios ya abandonados por caducos e ilógicos; tal sucede por ejemplo con la creencia en los beneficios del clima de campo o de montaña o de frío, en la notividad del clima marítimo, en la imperiosidad de una sobrealimentación antihumana y anticientífica, en la sobreadministración de medicinas de patente para combatir síntomas como la **anorexia** o la pérdida de peso, como la creencia en la eficacia **del** calcio y el enquistable lipóide. Se queja en cambio de que se haya abandonado viejos criterios que sí debían ser accionados, tal para el caso el reposo absoluto y el régimen de vida estricto y vigilada sobre el cual los médicos muchas veces no insisten suficientemente.

El autor comenta después el hecho de que por no existir un tratamiento específico contra la T.B.C., **el** pronóstico aparece sombrío para gran número de médicos; y que por ello tan pronto observan que los pacientes no mejoran con los métodos que actualmente se utilizan, recurren a procedimiento y productos abandonados desde hace mucho tiempo. Vuelve a sueros antituberculosos, antitoxinas, tuberculina, antígeno metílico, extractos bacterianos, etc.

El autor se refiere después al empleo de métodos tan inadecuados como el uso de **la** pareja del Calcio y Lipóides, a las sales de Cobre y a las mezclas de rábano, Yodo, Arsénico, Tanino, etc., que tantos médicos siguen prescribiendo en el tratamiento de la **Tuberculosis**. Dice; «Proscribamos estos elementos terapéuticos y exijamos que se emplee su importe en !a compra de otros cuya utilidad para combatir la Tuberculosis está más demostrada. . .»

Recomienda como preferible a lo anterior el criterio práctico del médico general que ante el Tuberculoso que no puede ser tratado por el Tisiólogo. recomienda reposo, aire puro, alimentación completa y balanceada, y que maneja con prudencia los agentes antituberculosos quimioterápicos y antibióticos a su alcance. «Baste saber, dice, que ni el mejor lipoide ni la mejor inyección endovenosa de calcio es superior a una adecuada cantidad de leche porque ésta tiene de aquéllos sus posibles ventajas, ninguno de sus inconvenientes y los supera totalmente en muchos otros aspectos como alimento completo que es».

A continuación se refiere al peligro de la quimioterapia antituberculosa con productos de relativo éxito in vitro y de poco éxito in vivo, que además son peligrosos de administrar. Tal son las sales de Cadmio, el Yodo radiocativo, la Promina, la Diazona, el Promizole y las sales de Oro entre otras. En cuanto a la Aureoterapia cita el hecho de que los estudios extractivos hechos por la escuela norteamericana demostraron su nulidad como arma antituberculosa y su peligrosidad por sus efectos tóxicos; y que la propia escuela francesa, tan aferrada al empleo de esa arma terapéutica, ha decretado recientemente en la enciclopedia médico quirúrgica su abandono por ineficaz y dañina en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

Exceptúa de los procedimientos quimioterápicos antituberculosos nocivos, aquéllos que como el ácido Paraaminosalicílico y la Tiopenicarbarsona han demostrado su crédito hoy día.

El P A S tiene su mejor indicación asociado a la estreptomina, y retarda la reaparición de la estreptomina resistencia y además potencializa su acción antibiótica. Manejado correctamente sigue en orden de eficacia a la estreptomina para combatir a la Tuberculosis. Se emplea como tratamiento único cuando se ha usado la primera y se sospecha resistencia a ella. La Tiopenicarbarsona es una droga de alto poder tóxico, si no se maneja adecuadamente. Su valor terapéutico va a la zaga de la estreptomina y el P A S. Muchas veces sólo puede emplearse esa droga porque los enfermos han desarrollado resistencia a la estreptomina y al P A S, a veces por el empleo incorrecto de los mismos.

La estreptomina es la medicina más empleada junto a la penicilina como si se tratara de un «Cúralo todos inofensivo. El uso de ellas, sobre todo en la Tuberculosis, se hace con frecuencia do manera incorrecta. No debe emplearse en la Tuberculosis mínima, salvo que ésta no responda al reposo; no es capaz de sustituir a los métodos colapsoterápicos existentes, los cuales tienen por finalidad casi siempre algún cierre cavitario, en la Tuberculosis moderadamente avanzada y avanzada donde se empleó está **justificado** en determinadas condiciones. La indicación principal es la de las Tuberculosis exudativas recientes, las formas miliars, las bronquitis, las Tuberculosis de las mucosas y algunas localizaciones extrapulmonares. Puede asociarse al P A S.

Hace notar después la necesidad de condenar por peligroso a la salud los cursos de Estreptomina de 90, 100 o más gramos

ininterrumpidos; recomendando los cursos que no pasen de 60 gramos en total sin pasar la dosis de 1 gramo diario. El 90 por ciento de los casos que le llegan son estreptomycinorresistentes debido al empleo anticientífico y excesivo de la droga.

El Tisiólogo necesita de la cooperación del médico Práctico, quien debe saber que los medicamentos antituberculosos que merecen atención verdadera son; la Estreptomicina, el P A S y la Tisiosemicarbarsona, que ninguno de ellos es específico contra el bacilo de Koch, pero que su uso ha permitido dar avances en el tratamiento por los beneficios que reporta a algunos casos cuando se maneja en forma adecuada y conveniente. Si así sucediera, los pacientes llegarían al Tisiólogo en el momento óptimo de su evolución y no como hasta ahora ocurrió en casi nada puede hacerse en materia de antibiótico o quimioterapia y muy poco en el campo quirúrgico.

Se refiere después a otros antibióticos como la Neomicina, de efectivo valor pero de alto valor tóxico que la contraíndica en la clínica, la Terramicina y la Viomicina, que actúan in vitro pero cuya acción en el organismo no ha sido precisada y la Miomicina, que no ha pasado los estudios de laboratorio y es un producto muy inestable.

Por último insiste en el abuso medicamentoso que a veces se comete en el tratamiento sistomático de la tuberculosis y se refiere a las hemoptisis y a los brotes febriles. Sobre el tratamiento de la hemoptisis por los coagulantes de todas las categorías y tamaños cree que hacen más fastidiosa la tragedia que viven los enfermos, que el médico se olvida de levantar el ánimo y tranquilizar el paciente y los familiares lo cual es primordial en un accidente de esta naturaleza y que en cambio insiste en indicar inyecciones y más inyecciones que no tienen justificación científica ninguna. El autor se limita a dar barbitúricos y bromuros a sus hemoptoicos y cuando la tos resulta muy intensa o ¡a ansiedad de] enfermo es muy **grande**, indica codeína o morfina, no habiendo tenido una evolución distinta en sus enfermos a la que observan los compañeros, con la ventaja de no causar a los pacientes las molestias de dolorosísimas inyecciones. Ha llegado a esa decisión después de comprobar que los enfermos no mostraban alteración de la coagulabilidad, del tiempo de sangramiento o crisis sanguínea, antes, durante o después de la hemoptisis que justificara el empleo de ningún medicamento. La colapsoterapia parece controlar la mayoría de esos casos y debe preferirse cuando lo aconsejan las circunstancias y lo permite el medio.

Con respecto a los episodios evolutivos febriles de cualquier tuberculoso crónico, protesta contra el uso indiscriminado de penicilina, diversas Sulfas, Aureomicina, Terramicina para quitar unas fiebres en las que esas drogas son totalmente ineficaces. «Sí las de reconocida eficacia como la Estreptomicina, el P A S o el P B 1 no dan resultados para controlar estos episodios rápidamente acaso sea el reposo absoluto y el tiempo los que pongan término a estos

brotos hasta que venga el siguiente, pues no debe olvidarse que éste es el modo de proceder de la enfermedad Tuberculosa.

REVISTA CUBANA DE TUBERCULOSIS, año 15, Números 1, 2, 3 y 4; y año 16, número 1.

LA MENINGITIS TUBERCULOSA EN EL SANATORIO INFANTIL TUBERCULOSO «DR. A. A. ABALILLI». POR LOS DRS. EMILIO ALEMÁN, FRANCISCO FERNANDEZ SUAREZ Y ANTONIO GUERNICA

En la primera parte del trabajo que se refiere al estudio clínico de la meningitis tuberculosa, y al estado actual de su tratamiento el Dr. E. A. hace notar cómo antes de hoy, la tendencia del médico era hacia el aplazamiento de la confirmación del diagnóstico positivo de las meningitis tuberculosas porque había resistencia en aceptar el conocimiento de un proceso mortal, mientras que ahora es necesario hacer todo lo contrario y cuanto antes se acepte el desafío que este enemigo nos lanza, mucho mejor estaremos preparados para derrotarlo. El estudio se refiere a los datos clínicos, de Laboratorios y Anatomopatológico de 22 casos.

En el diagnóstico se presentan dos situaciones distintas: Que el niño no sea conocido ya como tuberculoso o que la condición se presente en un niño ya diagnosticado como portador de lesiones de primoinfección tuberculosa.

Se refiere a las tres fases: Prodrómica, Intermedia y Terminal de la Meningitis T.B.C., mencionado en la primera fase el comienzo insidioso, difícil de reconocer como ligado al proceso en cuestión, generalmente lento, raras veces agudo y con manifestaciones indefinidas y vagas; con cambios de carácter del niño, con amorrotamiento, cefalalgia, anorexia y constipación. La fase intermedia se conoce como de presión intracraneana aumentada y sistomas meníngeos. Durante ella se presentan convulsiones, la somnolencia se presenta más marcada, hay manifestación de irritación meníngea puede haber distensión de la fontanela en los niños pequeños y las parálisis oculares son frecuentes; a veces hay edema papilar y tuberculoso a lo largo de los vasos coroideos. La temperatura es generalmente elevada pero no en grado superlativo. En la fase terminal el niño cae en estado de coma más o menos completo con abolición de los movimientos, ausencia de reflejos, pupilas dilatadas, insensibilidad de la córnea, parálisis diseminadas, pulso irregular lento o acelerado, respiraciones irregulares, temperatura elevada, hiperglicemia y glicosuria; esas manifestaciones son terminales y la muerte ocurre sin que el enfermo recupere la conciencia.

El estudio se refiere a 22 casos de los cuales en 21 habían manifestaciones de diseminación miliar visible en la placa radiográfica, constituyendo el 95 por ciento, habiendo en el 100 por ciento adenopatías paratraqueales.

En el diagnóstico diferencial se refiere al de la Meningitis Tuberculosa, serosa en contraste con la Meningitis Tuberculosa ca-