

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

**MENINGOENCEFALITIS AGUDA EPIDEMICA
O FIEBRE CEREBROESPINAL EPIDEMICA**

TESIS

PRESENTADA POR

EMILIA BUSTILLO RIBERA

EN EL ACTO PREVIO A SU INVESTIDURA

CON EL GRADO DE

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA

1964

1682
395
C.B.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**MENINGOENCEFALITIS AGUDA EPIDEMICA
O FIEBRE CEREBROESPINAL EPIDEMICA**

TESIS

PRESENTADA POR

EMILIA BUSTILLO RIBERA

EN EL ACTO PREVIO A SU INVESTIDURA

CON EL GRADO DE

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA

1964

TRIBUNAL EXAMINADOR

Doctor Edgardo Alonzo

Doctor Julio Batres

Doctor José Castro Reyes

SUSTENTANTE

Emilia Bustillo Ribera

PADRINOS DE TESIS

Doctor Martín A. Bulnes

Licdo. Luis Landa

Doctor Angel D. Vargas

A sus Padres

Dña. JULIA BUSTILLO DE HOMER
Sr. ANTONIO BUSTILLO

DEDICO ESTA TESIS

A mi Hermana

A la Memoria de mi Inolvidable Padre

ABOGADO ANTONIO C. BUSTILLO

A Mi Madre

JULIA R. DE BUSTILLO

*

A mis hermanas

Dra. JULIA BUSTILLO de GOMEZ
Abogada GEORGINA BUSTILLO de PINEL

A mi sobrina

Br. MARIA ISABEL BULNES B.

A mis hermanos.

A mis amigas

Dra. ANARDA ESTRADA D.

Dra. CRISTINA BUSTAMANTE C.

Al Personal Médico de La Policlínica,

al

Doctor MANUEL BUESO

Dr. Napoleón BOGRAN, In Memoriam

Enf. ZOILA GALVEZ

Con Gracitudo.

A mis Maestros.

A mis Compañeros.

A mis Padrinos de Tesis.

**MENINGOENCEFALITIS AGUDA EPIDEMICA
O FIEBRE CEREBROESPINAL EPIDEMICA**

HONORABLE SEÑOR RECTOR:

HONORABLE SEÑOR DECANO:

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR:

SEÑORES:

Introducción

Habiendo sufrido de MENINGOENCEFALITIS AGUDA durante mi práctica médica en el Hospital de Santa Bárbara y como homenaje póstumo al compañero Dr. Francisco Collart, quien unos meses más tarde, en las mismas circunstancias y por la misma puerta que yo iba a cruzar, llegó al seno del Señor, determiné tomar como tema para mi Tesis la entidad mencionada.

Presento a vuestra consideración ocho casos observados durante mi práctica y doce que seleccioné de un lote de 200 expedientes que revisé en los archivos del Hospital General San Felipe, comprendidos entre los años de 1958 a 1962.

Al enfocar este problema, no pretendo mostrar nada nuevo, sino, hacer énfasis en la alta incidencia de la enfermedad citada, que en algunas regiones de nuestro país, se presenta con carácter endémico y es causa de gran número de prematuras defunciones o de invalidez permanente por falta de atención.

CLASIFICACION DE LAS MENINGITIS

1. MENINGITIS BACTERIANAS: Meningitis purulenta.

2. MENINGITIS VIRALICAS: Meningitis serosa.

3. MENINGITIS FUNGICAS: Meningitis crónica.

4. MENINGITIS PARASITARIAS: Meningitis crónica.

5. MENINGITIS TOXICAS: Meningitis crónica.

6. MENINGITIS MICOBIICAS: Meningitis crónica.

PRIMERA PARTE

CLASIFICACION DE LAS MENINGITIS

CLASIFICACION DE LAS MENINGITIS

Como ejemplo de clasificación etiológica, la siguiente:

1o.—MENINGITIS BACTERIANAS: Meningocócica, estafilocócica, estreptocócica, neumocócica, pfeifferiana, tuberculosa, etc.

2o.—MENINGITIS VIRIASICAS: Coriomeningitis linfocitaria de Armstrong, Zosteriana, Urtiana, etc.

3o.—MENINGITIS PARASITARIA: Sifilítica. Leptospirósica, Tripanosomiásica, Triquinósica.

4o.—MENINGITIS MICOSICAS: Moniliasis, Coccidioidomicosis, etc.

5o.—MENINGITIS SIMPATICAS: Debidas a procesos flogísticos de vecindad.

6o.—REACCIONES MENINGEAS DE NATURALEZA DIVERSA: Grupo muy complejo en el que pueden incluirse las siguientes reacciones meníngeas:

- a) Meningitis toxialérgica (verminosis intestinal).
- b) Por insolación.
- c) Por traumatismos craneales no sépticos.
- d) Por inyecciones intrarraquídeas (agua destilada, estreptomina, diversos medicamentos y sustancias).
- e) Por ventriculografía.
- f) Por extravasaciones sanguíneas en las meninges.

Según el tipo de reacción patológica determinado por el agente irritativo pueden clasificarse en exudativas, proliferativas y quísticas.

Las primeras son las más frecuentes e importantes en la práctica; pueden ser: Purulentas, Hemorrágicas y Serosas.

No siempre los procesos inflamatorios de las envolturas del sistema nervioso central interesan a todas las meninges. Pueden afectarse exclusiva o preferentemente la duramadre y la aracnoides parietal: entonces se habla de PAQUIMENINGITIS. Más a menudo se observa localización dominante en la piamadre y aracnoides visceral, se trata de una LEPTOMENINGITIS.

La separación entre Meningitis y Meningoencefalitis es completamente artificial y convencional. Es muy difícil discernir si se trata de un proceso o del otro ya que generalmente son Meningoencefalitis y el empleo de los términos Meningitis o Encefalitis depende de que en el cuadro clínico destaquen preferentemente los síntomas meníngeos o los encefálicos.

MENINGITIS CEREBROESPINAL EPIDEMICA

DEFINICION

La Meningitis Cerebroespinal Epidémica, es una enfermedad infecciosa que produce alteraciones inflamatorias diseminadas en el Sistema Nervioso Central, puede presentarse en forma epidémica o esporádica.

Los histopatólogos no han llegado todavía a un acuerdo unánime acerca de las lesiones encefálicas que deben considerarse como expresión de un proceso inflamatorio; mantienen sobre esta cuestión criterios muy dispares.

El Encéfalo y la médula espinal, están protegidos por las leptomeninges: piamadre y aracnoides. Estas dos membranas están separadas por un pequeño espacio dentro del que circula el líquido céfalorraquídeo. Con gran frecuencia las lesiones inflamatorias que afectan al encéfalo, no se limitan a éste sino que invaden las envolturas y la médula espinal, tratándose en realidad de verdaderas meningoencefalitis o meningoencefalomielitis. Una infección o inflamación bacteriana aguda de las leptomeninges puede difundirse rápidamente por la superficie del

encéfalo y de la médula espinal puesto que el espacio aracnoideo constituye un sistema comunicante y la meninges una estructura continua

Toda forma de leptomeningitis se manifiesta por síntomas y signos más o menos idénticos, independientemente del agente etiológico, aunque el curso y el pronóstico varían ampliamente.

DATOS HISTORICOS

La Meningitis cerebroespinal epidémica fué descrita por primera vez por Viesseux en el año de 1805 como entidad clínica y Weichselbaum en 1887 descubrió que el Meningococo era el microbio causal.

Epidemias de meningitis referibles al Meningococo vienen azotando a la humanidad desde la antigüedad, confundidas a menudo con el Tifus y otras enfermedades.

ETIOPATOGENIA

Es una enfermedad diseminada por todo el globo, de carácter endemoepidémico, que ataca por lo general a los niños. El mayor contingente lo dan los niños pequeños en la edad preescolar; y escolar; pero también puede atacar a adultos, generalmente jóvenes. El sexo desempeña escaso papel en las primeras edades de la vida; en cambio, casi todos los adultos afectados son varones.

Es muy rara la transmisión de enfermo a sano. En la epidemiología desempeñan un papel muy importante los portadores sanos, que se encuentran precisamente entre las personas que están en relación con el enfermo.

Actúan como factores que favorecen el desarrollo de la enfermedad el hacinamiento, la vida en común, las malas condiciones higiénicas de la vivienda, los ejercicios corporales excesivos, los enfriamientos y el agotamiento físico. Es más frecuente en los centros urbanos que en el campo. En las grandes ciudades se presenta en forma endémica; algún año que otro se incrementa el número

de atacados hasta alcanzar un nivel epidémico. Las epidemias son siempre reducidas; tan sólo una pequeña parte de la población es afectada y los casos surgen diseminados por toda la ciudad.

El meningococo probablemente invade el organismo a partir de la nasofaringe. Es muy frecuente que las epidemias vayan asociadas a un recrudecimiento de las infecciones de tipo catarral. No está resuelto el problema de si estas infecciones catarrales nasofaríngeas contribuyen a la propagación de la enfermedad por producir tos y estornudos en los portadores de meningococos o si dicha sintomatología catarral constituye realmente una manifestación clínica de la infección meningocócica. Lo cierto es que el meningococo puede permanecer acantonado en la rinofaringe de un gran número de personas y que en cambio, solo en una proporción exigua logra vencer las resistencias orgánicas e invade la corriente sanguínea para después localizarse en las meninges.

La transmisión se produce por contacto directo, por gotitas aéreas o por objetos contaminados por secreciones de las vías respiratorias. Una proporción considerable de habitantes de un núcleo de población tendrán alguna vez meningococos durante semanas o meses, pues la flora de las vías respiratorias no es fija, sino que cambia constantemente por adquisición de nuevas bacterias y pérdida subsiguiente. La identificación de los meningococos se basa en su morfología, en la fermentación de la glucosa y la maltosa y en reacciones inmunológicas.

Actualmente sólo interesa considerar dos grupos de meningococos: el grupo I que incluye los grupos II y III de antes y el grupo II que reúne todas las demás y las cepas atípicas. Los del grupo I tienen cápsula y pueden identificarse fácilmente porque ésta se hincha con el suero antimeningocócico de grupo. Una cepa del grupo II, también está capsulada y puede ser identificada en forma análoga. También pueden emplearse otros métodos de identificación serológica, como la precipitación y la fija-

ción del complemento, pero suelen ser menos sencillos y seguros que la aglutinación y la hinchazón de las cápsulas.

ANATOMIA PATOLOGICA

Las lesiones de la Meningitis Meningocócica se caracterizan por una flogosis supurada difusa de la piamadre y aracnoides. Todo el eje encéfalomedular puede aparecer envuelto por una capa de exudado fibrinoso purulento que se desprende fácilmente de la substancia nerviosa. Las lesiones predominan en la base del cráneo, en la región del quiasma, silla turca y protuberancia, la exudación se extiende por toda la convexidad de los hemisferios cerebrales, cerebelo y médula espinal. Los ventrículos están dilatados, en su interior hay una enorme cantidad de líquido turbio o purulento; los plexos coroides muestran una intensa hiperemia.

Aunque la flogosis toma especial asiento entre las hojas de la aracnoides, las substancias encefálica y medular no permanecen del todo indemnes, sino que están al mismo tiempo más o menos afectadas, aunque siempre con menos intensidad que en la Meningitis Tuberculosa. La lesión del parénquima nervioso se hace visible por cierto grado de edema cortical y sobre todo por la presencia de pequeños focos hemorrágicos, de reblandecimiento o inflamatorios, que aparecen distribuidos por la superficie del eje encéfalomedular.

Además de las lesiones meníngeas y encéfalomedulares se encuentran alteraciones inflamatorias en amígdalas, cavidad faríngea, seno esfenoidal y eventualmente en otras regiones de la economía (artritis supuradas, hemorragias en la piel y en las serosas, orquitis, parotiditis, etc.)

En las formas de curso rapidísimo y fulminante sólo se encuentra una congestión intensa de la piamadre y ligero exudado blanco sucio en la base del cráneo y a lo largo de los surcos. El líquido céfalorraquídeo puede ser entonces límpido o poco turbio y contiene meningococos.

SINTOMATOLOGIA

El cuadro de la infección meningocócica es muy variable. Generalmente se presenta bajo una de estas cuatro formas: Meningococemia Aguda Fulminante, que da lugar al síndrome de Watterhouse-Frederichsen con o sin síntomas de Meningitis; 2) Meningococemia seguida inmediatamente de meningitis aguda; 3) Forma menos grave de meningococemia y 4) Forma crónica de meningococemia. En cualquiera de estas dos últimas puede presentarse más o menos tardíamente el cuadro meníngeo si el paciente no ha sido tratado debidamente. La Meningitis Meningocócica Clásica y habitual es la correspondiente al segundo grupo; las otras son mucho más raras.

El período de incubación es corto, generalmente dos a tres días. A la aparición de los síntomas puede anteceder una angina, leve coriza o un período de malestar. Es un fenómeno muy característico de este tipo de Meningitis el comienzo brusco de la sintomatología. De pronto sobreviene un intenso escalofrío y la temperatura asciende a 39° o 40° en forma semejante a lo que sucede con otras enfermedades infecciosas (Neumonía, Viruela, Paludismo). Los síntomas de irritación meníngea no suelen hacerse ostensibles hasta pasados uno o dos días y rápidamente progresan para alcanzar una violencia extraordinaria.

La cefalalgia y la raquialgia son muy intensas. Los vómitos y los vértigos son bastante frecuentes y pueden persistir durante toda la enfermedad. Hay una hiperestesia pronunciada para la luz y los sonidos; la hiperestesia cutánea es también enorme, principalmente en las extremidades y en la pared abdominal, de tal forma que el menor roce o movimiento arranca gritos de dolor. La contractura muscular alcanza mayor intensidad y tensión que en los otros tipos de Meningitis; al principio solo hay rigidez de nuca, pero en seguida invade los músculos del dorso y de las paredes abdominales. La actitud del enfermo, una vez desarrollada la enfermedad suele ser

muy característica: en el rostro se refleja la expresión de dolor, la cabeza está hiperextendida sobre el tronco, este se halla rígido y envarado por la contractura de los músculos paravertebrales, el abdomen está deprimido en quilla, las piernas están flexionadas sobre los muslos y estos sobre la pelvis (en gatillo de fusil). Los signos de Kernig, Brudzinski y Lasegue son positivos. El comportamiento de los reflejos tendinosos y cutáneos es variable; a menudo aparece el signo de Babinski

La esfera psíquica siempre se encuentra profundamente interesada. En los casos no tratados rápidamente dominan los fenómenos depresivos sobre los de excitación. Al principio puede haber un estado de gran agitación e insomnio, seguido a veces de estado delirante; en los niños y más rara vez en los adultos, puede haber convulsiones en éste primer momento. Generalmente el delirio y la agitación duran poco tiempo y pronto dan paso a un estado de obnubilación, de estupor y de somnolencia semejante al de los enfermos de Fiebre Tifoidea; finalmente en los casos no tratados sobreviene el coma y generalmente la muerte.

No siempre se observa esta sucesión de fases de agitación, estupor y coma; de vez en cuando el coma se establece como manifestación inicial sin ir precedido de otros fenómenos nerviosos, estos casos ofrecen un pronóstico muy severo; también se observa a menudo la coexistencia de síntomas de excitación nerviosa y estupor.

Los pares craneales solo se afectan en un número pequeño de casos; especial importancia ofrecen la lesión de los nervios ópticos, auditivo y oculomotores, que muchas veces no se descubren más que en fases tardías. Lo mismo sucede con las parálisis de los miembros inferiores (monoplejías, hemiplejías, paraplejías) que más bien suelen presentarse como secuelas tardías.

Otra manifestación de la meningitis de éste tipo es la frecuencia de una erupción cutánea, que a veces llega a ser tan atenuada que es preciso una exploración cuidadosa para descubrirla. De ordinario se observan lesio-

nes eritematosas multiformes de tipo petequial, purpúrico o roseólico, de diámetro variable entre 2 y 15 milímetros. También pueden verse lesiones máculopapulosas semejantes a las de eritema nudoso o hemorrágicas como las del Tifus Exantemático. Estas últimas se aprecian principalmente en los casos que cursan con meningococemia gravísima y el cuadro del síndrome de Watterhouse-Frederichsen. La erupción se localiza sobre todo en brazos, piernas y tórax; por lo general respeta la cara.

La fiebre adopta un curso poco característico. Generalmente es de tipo intermitente e irregular; después de la brusca ascensión inicial la temperatura puede permanecer alrededor de 39° y ofrecer uno o dos ascensos diarios. La marcha de la curva térmica depende más de la sepsis que de la meningitis en sí. El pulso suele estar algo acelerado y presenta algunas oscilaciones en su frecuencia; en los casos graves es frecuente, y a veces irregular. La respiración no se modifica hasta que se instaura el estado semicomatoso o comatoso; entonces hay taquipnea, respiración irregular e incluso ritmo de Cheyne-Stokes.

En el examen de la sangre hay generalmente seucocitosis intensa o moderada; cifras de 18.000 a 30.000 leucocitos son muy frecuentes. En la fórmula leucocitaria hay polinucleosis relativa, desviación hacia la izquierda y eosinopenia. La velocidad de sedimentación está elevada. La orina puede ser normal, pero con frecuencia hay urobilinuria y muchas veces indicios de albúmina o de glucosa.

EXAMEN DEL LIQUIDO CEFALORRAQUI-DEO. El obtenido en el período declarado de la enfermedad es turbio, de color amarillento o verdoso; a veces ofrece el aspecto de pus cremoso y puede ser tal la consistencia que salga difícilmente al exterior, habiendo necesidad de recurrir a la aspiración para extraerle. Si la punción se realiza muy al principio, el líquido puede ser todavía claro o ligeramente opalescente.

Los elementos celulares son abundantísimos; se cuentan generalmente por millares. En la fórmula hay más de un 90% de polinucleares, la mayoría de los cuales presentan señales de degeneración y están transformados en glóbulos de pus. Al examen microscópico del sedimento teñido con azul de metileno o el Gram da la impresión de que se está viendo una preparación de pus blenorragico; en medio de abundantes glóbulos de pus hay numerosos diplococos Gram negativos intra y extracelulares. En algunos casos no se presentan gérmenes al examen del sedimento y en cambio se demuestra su presencia por la prueba cultural, la cual debe realizarse inmediatamente después de haber sido extraído el líquido, porque abandonado unas cuantas horas los gérmenes desaparecen.

Formas Clínicas. - Por la intensidad y marcha del cuadro clínico se distinguen: 1) Forma Fulminante que produce la muerte rápidamente, a menudo con un cuadro agudo de insuficiencia suprarrenal (Síndrome de Watterhouse-Frederichsen) que comienza bruscamente con escalofríos violentos, dolor de cabeza, malestar general, a veces vómitos y fiebre alta; en los días anteriores puede haber habido manifestaciones catarrales ligeras, a las pocas horas del comienzo aparecen lesiones cutáneas hemorrágicas en el tórax y abdomen que luego se extienden al resto del cuerpo. Coincidiendo con el exantema aumenta la gravedad y sobrevienen síntomas de colapso circulatorio en forma de extrema debilidad, palidez del rostro, cianosis de las extremidades, pulso rápido, blando e hipotenso; la temperatura que había llegado hasta 40° y más, desciende al hacer su aparición los fenómenos de insuficiencia circulatoria periférica. Muy pronto se establece un estado semicomatoso que pasa con bastante rapidez a un verdadero coma, y finalmente sobreviene la muerte.

La duración de la enfermedad varía de veinticuatro a setenta y dos horas. La autopsia revela la presencia

de fenómenos hemorrágicos en la mayor parte de las vísceras. Generalmente la muerte ocurre con tal rapidez que no da tiempo a que se exteriorice clínicamente la localización meníngea: sólo en los casos de mayor duración se advierte una ligera rigidez de la nuca y el signo de Kernig. El liquor obtenido a las veinticuatro horas de iniciada la enfermedad suele ser normal, pero a veces se descubren alteraciones ligeras o moderadas que revelan la existencia de una flogosis meníngea, aun en ausencia de síntomas clínicos definitivos de Meningitis. A medida que pasa el tiempo aparecen cada vez con mayor frecuencia modificaciones del L. C. R. de tipo meningítico (pleocitosis más o menos intensa de carácter polinuclear, presencia de meningococos y aumento de la cantidad de albúmina).

El análisis de sangre señala leucocitosis pronunciada con predominio de granulocitos y aumento del número absoluto de eosinófilos.

El cuadro clínico descrito, no siempre está ocasionado por meningococos, algunos pueden ser debidos a otros gérmenes (estreptococos, neumococos, etc.)

2) *Forma Aguda Ordinaria.*—En las formas habituales de curso agudo, la suerte del enfermo suele decidirse en pocos días. Puede terminar por la muerte, que generalmente tiene lugar en la primera semana; puede curar o pasar a la cronicidad (formas crónicas e intermitentes). Favorecen el paso a la cronicidad la formación de adherencias y tabicamientos entre las hojas de la aracnoides, así como la oclusión de los agujeros de Luschka, Magendie y Monró).

Con anterioridad al empleo de la medicación anti-biótica, la letalidad era del 50-70 % y los casos de curso crónico o intermitente eran relativamente frecuentes, la curación se acompañaba generalmente de secuelas más o menos graves (hidrocéfalo, sordera uni o bilateral, pérdida de la visión, parálisis de la musculatura ocular facial, o de las extremidades,

afasia, ataques convulsivos trastornos de déficit mental, etc.) Esta siniestra perspectiva ha desaparecido actualmente. La tasa de mortalidad ha quedado reducida al 10-15%; la mayor gravedad se registra en las edades extremas de la vida; y si se descuentan los pacientes fallecidos en las primeras veinticuatro horas, la letalidad descende al 3-10%. La curación obtenida suele ser completa y total: las formas crónicas recidivantes han desaparecido prácticamente y las secuelas neurológicas se han hecho muy raras. Así por ejemplo, en las estadísticas de Farmer, que comprenden 300 casos de Meningitis Meningocócicas, tratadas con sulfamidas sólo se observaron complicaciones neurológicas en 26 casos o sea 8.7% que no fueron definitivas, sino de carácter transitorio, hubo parálisis del VI par en nueve casos, del VII en otros nueve, afección del VIII par en cinco, hemiplejía en tres, trastornos afásicos en dos y hemianopsia homónima en uno. Todos desaparecieron por completo en pocas semanas o meses.

En los adultos se ha observado con alguna frecuencia la aparición de trastornos residuales no orgánicos, consistentes en cefalea, cansancio, dolor en la espalda, depresión de ánimo, incapacidad de concentración mental, pérdida de memoria, mareo postural, vértigos, etc. Estos trastornos están determinados por un fondo psiconeurótico, en el que ejercen poderosa influencia los prejuicios populares acerca de la en otro tiempo temible Meningitis, no tanto por su elevada mortalidad como por la gravedad de los trastornos residuales que dejaba en pos de sí.

Formas Abortivas y Ambulatorias.—Se observan de vez en cuando casos de este género. El cuadro meníngeo adopta escasa intensidad, los síntomas son atenuados y de carácter pasajero: el L. C. R. suele ser claro o turbio, pero no purulento.

Estas formas abortivas y ambulatorias cursan generalmente de manera espontánea: pero a veces en un

momento determinado se pueden agravar y dar paso al cuadro meníngeo definido y violento propio de las formas agudas.

PRONOSTICO

Está en relación generalmente con la gravedad del cuadro clínico y la precocidad con que se inicie el tratamiento adecuado. Las formas fulminantes y apoplectiformes son extraordinariamente graves, suelen terminar fatalmente, a pesar de todas las medidas terapéuticas. Las primeras cuarenta y ocho horas que siguen al tratamiento son de verdadera ansiedad, ya que los pacientes que salvan ése período generalmente se salvan.

DIAGNOSTICO

No es difícil el diagnóstico en los casos que siguen una marcha típica, pero éste no es el caso en las formas atípicas ni en las enfermedades que presentan meningismo.

Se fundamenta en la sintomatología clínica (comienzo brusco, rigidez de la nuca y de los músculos paravertebrales y abdominales, presencia de eritema multiforme de frecuente carácter hemorrágico, etc.) en la obtención de líquido purulento y sobre todo en la demostración de meningococos en el sedimento.

Rara vez llega a confundirse con el tétanos por causa de las contracturas musculares.

Cuando el líquido obtenido por punción lumbar sea purulento, hay que iniciar rápidamente un tratamiento quimioterápico sin esperar el resultado del análisis o sea sin llegar a establecer un diagnóstico exacto de la naturaleza bacteriológica del cuadro meníngeo; es preciso ganar tiempo, dada la necesidad imperiosa de actuar con la mayor celeridad, a fin de evitar el curso rápidamente progresivo de toda leptomeningitis purulenta.

TRATAMIENTO.

Punción lumbar inmediatamente para establecer el diagnóstico y disminuir la hipertensión intrarraquídea. Se puede repetir seis horas más tarde si el paciente está intranquilo o se queja de cefalea intensa. También si el paciente no responde al tratamiento o se presentan signos y síntomas de recidiva.

En caso de que el L. C. R. sea muy turbio o purulento, se deben administrar sulfamidas inmediatamente sin aguardar el resultado del análisis.

Los sulfamídicos son los medicamentos de elección; la mayor parte de los casos tratados adecuadamente manifiestan mejoría espectacular en plazo de cuarenta y ocho horas. Se prefiere la sulfadiazina por su eficacia comprobada y su poca toxicidad.

Se administra en dosis inicial de 4 gramos seguida de 1 gr. cada 4 horas. Generalmente puede emplearse la vía bucal. La administración parenteral puede estar indicada al principio si hay vómitos persistentes. La administración de sulfadiazina debe proseguir hasta que hayan transcurrido dos a cinco días sin manifestación clínica alguna. En la Meningitis Crónica puede ser necesario un tratamiento más prolongado.

Es preferible administrar la primera dosis por vía parenteral incluso cuando es posible utilizar la vía bucal, pues así pueden alcanzarse rápidamente concentraciones eficaces del quimioterápico en sangre.

La dosis inicial es de 0.05 a 0.1 gr. de sulfadiazina sódica por kg. de peso (3.5 a 6 grs.) debe administrarse por vía endovenosa en solución al 0.5% en suero fisiológico. Algunos clínicos han recomendado mantener la orina alcalina para evitar la precipitación de la sulfadiazina en los tubos renales y vías urinarias. Generalmente la orina tórnase alcalina si la primera dosis de sulfadiazina sódica (unos 5 grs. para un adulto) se administra por vía endovenosa disuelta en 1000 cc. de solución sextimolar de lactado de sodio. Las dosis subsiguientes

pueden administrarse por vía endovenosa en 500 cc. de la misma solución. Si el paciente no tolera la medicación bucal, hay que seguir administrándole la dosis total en tres tomas por vía endovenosa, con intervalos de ocho horas o en dos dosis por vía subcutánea, una cada doce horas. Para evitar las dosis excesivas hay que efectuar determinaciones frecuentes de la cantidad de sulfa en sangre. Después de los dos primeros días de tratamiento la mayor parte de los enfermos toleran la administración bucal. La misma dosis diaria debe administrarse en varias tomas con intervalos de cuatro a seis horas. Cuando la sulfadiazina es administrada por la boca, precisa dar aproximadamente 15 grs. de bicarbonato sódico en varias tomas durante el día para mantener la orina alcalina. La terapéutica debe proseguirse dos a cinco días después del restablecimiento clínico completo. Debe corregirse la deshidratación administrando unos tres litros de solución fisiológica de cloruro de sodio o para un adulto medio, el 6% del peso corporal. La cantidad adicional de líquido ingerido durante el día debe ser suficiente para asegurar una diuresis superior a 1000 cc.

Ya no se considera necesaria la seroterapia ni se recomienda para la mayor parte de los pacientes. Sin embargo, puede utilizarse suero antimeningocócico específico o polivalente en dosis de 50 a 150 cc. por vía endovenosa o intramuscular, para enfermos que no mejoran suficientemente después de 24 a 48 horas de iniciada la quimioterapia.

Los pacientes con Meningitis Fulminante deben tratarse intensamente y lo antes posible, sin esperar a que el cultivo demuestre el germen.

Debe administrarse sulfadiazina sódica por vía parenteral, en la forma antes indicada. También puede recurrirse a la Penicilina. Si el colapso circulatorio parece inminente o ya se ha producido, deben tomarse todas las medidas terapéuticas de sostén destinadas a corregir la insuficiencia suprarrenal. Debe administrarse inmediatamente una inyección endovenosa lenta de 1000 a

1500 cc. de solución fisiológica de cloruro sódico con 10% de glucosa. Puede inyectarse mayor volumen de líquido para corregir la deshidratación, pero se tendrá buena precaución de evitar todo exceso. Las inyecciones gluco-cloruradas pueden repetirse a intervalos de seis a doce horas; luego una vez al día. Debe inyectarse inicialmente una dosis de 26 cc. de extracto cortical hidrosoluble por vía intramuscular o endovenosa, si se dispone de un preparado adecuado, seguida de 10 cc. por vía subcutánea cada dos a cuatro horas hasta lograr la defervescencia. Además deben inyectarse inmediatamente 20 mg. de acetato de desoxicorticosterona en aceite, seguidos de 5 a 10 mg. una vez al día. Puede recurrirse a la efedrina en aceite o a la adrenalina si la presión sistólica llega a ser menor de 90 mm de mercurio.

La presión se determinará a intervalos de una a dos horas. La caída de la presión arterial sin signos de retención excesiva de cloruro sódico y agua constituye indicación para administrar suero alcalino fisiológico y acetato de desoxicorticosterona por vía intramuscular. En caso de retención excesiva de cloruro sódico y agua, la caída de la presión indica la necesidad de disminuir la administración de cloruro sódico, interrumpir las inyecciones de acetato de desoxicorticosterona y aumentar la dosis de extracto cortical. Debe instituirse la oxígeno-terapia que se mantendrá mientras haya cianosis o disnea. No se ha comprobado que tengan verdadera utilidad las transfusiones de sangre en este tipo de insuficiencia circulatoria.

Se ha empleado también la Penicilina en dosis de 100.000 a 150.000 unidades diarias en 10 cc. de suero fisiológico por vía intrarraquídea, además de la que se administre por vía intramuscular. Debe tenerse la precaución de extraer la cantidad adecuada de líquido céfalorraquídeo, la presión de éste debe ser normal antes de inyectar la solución de Penicilina. Es necesario seguir el tratamiento hasta que se haya logrado el restablecimiento clínico y bacteriológico.

Para poder vigilar el tratamiento, procede llevar a cabo varios análisis de laboratorio, como determinación de la concentración del sulfamídico en la sangre, recuentos hemáticos y análisis de orina. Debe mantenerse una concentración de 5 a 15%mg. de sulfadiazina en sangre; la concentración en el L. C. R. será menor, aproximadamente en un tercio. Para descubrir los primeros signos de intoxicación por el quimioterápico, son muy útiles las determinaciones repetidas de hemoglobina, los recuentos totales y diferenciales de leucocitos y los análisis de orina. La cantidad de nitrógeno no proteico en sangre debe determinarse con frecuencia si la concentración inicial es anormalmente elevada y en caso de hematuria o anuria. Si la hipertermia no cede, se efectuarán hemocultivos, ya que la persistencia de septicemia hará sospechar endocarditis u otra localización metastásica. Están indicadas nuevas punciones lumbares si la presión del L. C. R. se mantiene elevada, si la terapéutica adecuada fracasa o en caso de recidiva.

Se necesita también tratamiento sintomático o de sostén. Se administrará la cantidad mínima de sedantes para asegurar el reposo necesario; debe preferirse un barbitúrico, el hidrato de cloral o el paraldehido. Se recomiendan las transfusiones de sangre completa para combatir la anemia progresiva. En los casos corrientes debe destinarse un mes, aproximadamente para la convalescencia y mayor tiempo todavía en los pacientes que han sufrido una infección grave.

ar a
ción
uen-
una
e; la
ada-
gnos
las
tos
ina.
de-
l es
ria.
ya
ar-
das
se
en

de
tes
un
re-
ra
tes
ya-
ue

SEGUNDA PARTE

OBSERVACIONES CLINICAS

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 1

Nombre. M. J. I.

Edad: 3 años.

Origen: Gualala.

Domicilio: Santa Bárbara.

Madre: J. L. de I.

Fecha de ingreso: 23 de septiembre de 1958.

Fecha de salida: 20 de octubre 1958.

Hospital Santa Bárbara.

ANAMNESIS

Síntoma principal: Fiebre y Convulsiones.

Enfermedad presente: Hace quince días, afección gripal con febrícula continúa que ayer ascendió notablemente acompañándose de pérdida de la conciencia y convulsiones generalizadas. No da historia de rigidez de nuca, vómitos ni cefalalgia.

Tratamiento anterior: Aralen, Camoquín.

Anamnesis remota: Nacida de parto a término, sin complicaciones.

Ha padecido de Sarampión, Tos Ferina, Varicela, Rubéola, Gripes frecuentes, Parasitismo Intestinal.

Medio Ambiente: Urbano.
Historia Familiar: Padres vivos, sanos. Tiene tres hermanos, sanos. Un tío epiléptico.
Revisión de Síntomas
Cabeza: Cefalalgia ocasional.
Ojos: Amaurosis.
Oídos: Otalgias frecuentes.
Nariz: Coriza Crónica.
Boca: N. de P
Extremidades: Inmovilidad de Miembros Inferiores.
Piel: N. de P.

EXAMEN FISICO

Niña en estado semiinconsciente, mal estado general, buena nutrición, se queja constantemente, reacciona a los estímulos externos.
Cráneo y Cara: Simétricos, cabellos abundantes, bien distribuidos.
Ojos: Conjuntivas pálidas, globos oculares inmóviles, pupilas dilatadas, reflejos abolidos.
Oídos: N de P.
Nariz. N. de P.
Boca: Tónicamente cerrada, exploración difícil.
Rinofaringe: Congestionada, Secreción mucosa.
Cuello: Rigidez de nuca.
Tórax: Simétrico, movimientos respiratorios superficiales.
Pulmones: Respiración estertorosa.
Corazón: Taquicardia, no hay ruidos sobreañadidos.
Columna vertebral: Rígida.
Abdomen: Depresible.
Hígado, Bazo, Riñones: N. de P.
Extremidades: Semiflexionadas. No hay dificultad para los movimientos pasivos
Ganglionar: N. de P.
Neuromuscular: Reflejo rotuliano aumentado. Babinski insinuado en ambos lados. Kernig +, Brudzinski +.

RESUMEN

Paciente de 3 años de edad que inicia su enfermedad en forma gripal hace 15 días, fiebre continúa, moderada (38° 38 5°) tratada con antimaláricos sin ningún resultado. Ayer, fiebre elevada acompañada de convulsiones tónico-clónicas. Al examen físico se encuentra: temperatura 39° estado semicomatoso, reacciona a los estímulos externos. Globos oculares inmóviles, pupilas dilatadas, signos de Kernig y Brudzinski +s, rigidez de la columna vertebral, reflejos tendinosos abolidos, paresia de miembros inferiores.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular:

Glóbulos Rojos.....	3.270.000
Glóbulos Blancos.....	20.450
Hemoglobina.....	76%

Fórmula Leucocitaria:

Neutrófilos.....	82%
Linfocitos.....	18%

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Aspecto.....	Opalescente
Células por mm ³	800
Sedimento.....	No hay
Pandy.....	++
None Appelt.....	+++
Glucosa.....	18mlgrs %
Proteínas totales.....	8mlgrs %
Cram.....	Abundantes diplococos
	Negativos

DOSIFICACION DE PROTEINAS... 4.77 grs. %

RADIOGRAFIA DE PULMONES

Se observa consolidación neumónica de forma triangular que ocupa parte del segmento anterior del lóbulo superior derecho. El resto del parénquima es normal. Corazón, Aorta y Mediastino superior normales.

TRATAMIENTO

Antibióticos, Antitérmicos, Sueros, Glucosado isotónico y Fisiológico Amigen, Vitaminas.

CURADA.

HISTORIA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 2

Nombre: J. A. P. L.

Edad: 3 años

Origen: Colinas.

Domicilio: Santa Bárbara.

Madre: S. L.

Padre: A. P.

Fecha de ingreso: 11 de agosto de 1958.

Falleció: 30 de agosto de 1958.

Hospital Santa Bárbara.

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Fiebre y Convulsiones.

Enfermedad Presente: Refiere la madre que desde hace 16 días, presenta fiebre continua que ella atribuyó a la presencia de ascárides por lo que le administró una cucharada de "lombricera Mágica" inmediatamente después de lo cual la fiebre se intensificó acompañándose de convulsiones, distensión abdominal y oliguria marcada. La fiebre ahora es intermitente con abundante diaforesis. No ha expulsado parásitos pese a la medicación.

Anamnesis Remota: Nacida de parto a término, sin complicaciones. Ha sido sana.

Medio Ambiente: Urbano.

Historia Familiar: Padre muerto de paludismo. Madre sana. Un hermano Sano

REVISION DE SINTOMAS

Cabeza: Se queja llevándose la mano a la frente.

Ojos: Los vuelve constantemente hacia arriba.

Oídos: N. de P.
Nariz: Coriza.
Boca: N. de P.
Cardiorrespiratorio: Taquicardia.
Gastrointestinal: Parasitismo intestinal.
Génitourinario: N. de P.
Extremidades: Dolor ocasional en miembros inferiores.

EXAMEN FISICO

Niño más o menos bien nutrido, mal estado general, inconsciente, presenta convulsiones a intervalos frecuentes. Temperatura 38.9° Pulso 120 por minuto, respiraciones 4°.

Cráneo: Simétrico, cabello abundante, bien distribuido. No hay exóstosis. Muy dolorosa a la exploración.

Oídos: Cerumen abundante en ambos conductos auditivos externos.

Ojos: Conjuntivas pálidas. Desviación de los ojos hacia afuera. Pupilas mióticas, reflejo fotomotor perezoso.

Nariz: N. de P.

Boca: Dentadura incompleta. Lengua sucia. Amígdalas normales.

Tórax: Simétrico. Excursión respiratoria disminuida.

Corazón: Ruidos cardíacos normales.

Pulmones: Estertores crepitantes roncos en ambos campos pulmonares.

Abdomen: Deprimido en quilla, hay ligera resistencia.

Hígado: Dentro de sus límites normales.

Bazo: No es palpable. Ligeramente percutible.

Riñones: N. de P.

Miembros: Ligera rigidez de los miembros inferiores.

Neuromuscular: Abolición de los reflejos rotuliano y aquileo en el miembro inferior izquierdo. Kernig+. Gordon y Openheim +s.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda

Bronquitis

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular .

Glóbulos Rojos	3.600.000
Glóbulos Blancos	6.650
Hemoglobina	69%

Fórmula Leucocitaria .

Neutrófilos	61%
Eosinófilos	1%
Linfocitos	38%

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Células por mm ³	773
-----------------------------------	-----

Fórmula Citológica

Neutrófilos	37%
Eosinófilos	0
Linfocitos	63
Monocitos	0
Aspecto	Turbio
Sedimento	No hay
Coágulos	Tiene
Pandy	+++
None-Appelt	++
Coloración Ziehl-Neelsen	No se observaron BAR
Coloración Gram	Escasos diplococos negativos intra y extracelulares.
Glucosa	22mgs %

Proteínas Totales 95mgs %
Cultivo Positivo +

TRATAMIENTO

Antibióticos, Antitérmicos, Sedantes, Sueros Glucosado y Hartman Parenteral, Aspiración de Flemas, Oxígeno.

MUERTO

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS

CASO No. 3

Nombre: M. S. de A.
Edad: 26 años.
Origen: Gualjoco.
Domicilio: El mismo.
Estado Civil: Casada.
Fecha de ingreso: 5 de mayo de 1958.
Fecha de Salida: 15 de mayo de 1958.
Hospital Santa Bárbara.

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Fiebre, pérdida de la voz, vómitos.

Enfermedad Presente: Según la hermana de la paciente, la enfermedad de ésta comenzó hace dos días con fiebre precedida de escalofrío intenso y seguida de abundante sudoración. Reapareció pocas horas después, acompañándose de náuseas y vómitos, dolor en hipocondrio izquierdo, imposibilidad de retener los alimentos, aún líquidos. Su sintomatología persistió sin modificación hasta ayer en que empezó a quejarse de malestar general y por primera vez cefalalgia occipital intensa, temblor generalizado, trastornos del habla, excitación notable.

Le han administrado Elixir antiflemático ¿? y pastillas para el dolor.

Enfermedades Anteriores: no hay datos.

EXAMEN FISICO

Paciente es examinada en su cama, responde a las preguntas breves, se muestra excitada y con notable trastorno psíquico. P. A. 130/70. Pulso 112 por minuto. Temperatura 38° Respiraciones 28.

Cráneo: Simétrico, no hay exóstosis.

Facies: Soporosa.

Ojos: Movilidad normal. Pupilas mióticas. Reflejo fotomotor perezoso.

Oídos: N. de P.

Nariz: N. de P.

Boca: Higiene pobre, mucosas hiperémicas.

Rinofaringe: Hiperémica.

Cuello: N. de P.

Tórax: Amplitud respiratoria disminuída, taquipnea

Corazón: Taquicardia.

Pulmones: N. de P.

Abdomen: Ligeramente prominente, indoloro, timpánico. En hipogastrio se encuentra tumoración dolorosa, renitente, indolora. Se sondea y se extraen 800 cc. de orina desapareciendo la tumoración.

Hígado: N. de P.

Bazo: N. de P.

Riñones: N. de P.

Ginecológico: No se hizo.

Neuromuscular: Hiperreflexia tendinosa general; Babinski positivo.

Los demás reflejos cutáneos abolidos. Brudzinski positivo.

Piel y anexos: N. de P.

Extremidades: O.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular

Glóbulos Rojos.....	4.140.000
Glóbulos Blancos.....	6.900
Hemoglobina.....	80%

Fórmula Leucocitaria

Neutrófilos.....	78%
Linfocitos.....	22%
Hematócrito.....	35cc
V. D. R. L.....	Negativo

Orina

Aspecto turbio.....	Turbio
Reacción.....	Acida
Densidad.....	1010
Albumina Cualit.....	Positivo
Albumina Cuantitativo.....	75mgs%

Microscópico

Cilindros Granulosos.....	++
Hemates.....	++
Glucosa.....	Negativo
Piocytes.....	++

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Células por mm ³	135
-----------------------------------	-----

Fórmula Citológica:

Neutrófilos.....	62%
Eosinófilos.....	1
Linfocitos.....	38
Monocitos.....	0
Otras células.....	0

Físico y químico

Aspecto.....	Turbio
Sedimento.....	Poco
Coágulos.....	No hay
Pandy.....	Positivo
Glucosa.....	3mgs%
Proteínas totales.....	300mgs%

TRATAMIENTO

Sedantes, Antibióticos, Suero Parenteral, Sondaje vesical cada seis horas.

Alta a solicitud de la familia.

MEJORADA

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

Caso No. 4

Nombre: J. C. C. S.

Edad: 7 años,

Origen: Aldea de Ceibita.

Domicilio: El mismo.

Fecha de ingreso: 8 de septiembre de 1958.

Fecha de Salida: 2 de octubre de 1958.

Hospital Santa Bárbara.

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Dolor en el "Cerebro", flaccidez en el cuerpo y pérdida de la visión.

Enfermedad Presente: Según el padre del niño, este, hace 26 días empezó a padecer náuseas y vómitos acuosos, profusos, violentos, acompañados de fiebre continua, sin diaforesis, que persiste hasta la fecha. Dos semanas después, aparecieron convulsiones clónico-tónicas que se han presentado en dos oportunidades con intervalos de ocho días. Después de la última crisis perdió la visión acusando desde entonces, debilidad marcada, flaccidez generalizada y cefalalgia aguda.

Enfermedades Anteriores: Nació de parto normal, atendido por comadrona, empezó a andar a los diez meses. Dentición a los dos años.

Medio Ambiente: Vive en casa de bahareque, de 2 piezas en la que habitan 7 personas. No hay servicios sanitarios, ni agua potable.

Historia Familiar: Padres sanos. Hermanos: 4, son sanos.

Revisión de síntomas:

Cabeza: Lo anotado.

Nariz: N. de P.

Boca: Caries dentaria.

Cuello: N. de P.

Cardiorrespiratorio: N. de P.

Gastrointestinal: Diarreas ocasionales.

Genitourinario: N. de P.

Miembros: Lo anotado.

Piel: Erupción eritematosa.

EXAMEN FISICO

Niño de buena constitución física, talla y desarrollo acordes con su edad. Dificultad para adoptar la posición de pie y para la marcha.

P. A. 120/70. Temperatura 37.8. Respiraciones 28.

Cabeza: Cráneo simétrico, cabellos abundantes, bien distribuidos no hay exóstosis

Oídos: Abundante cerumen en ambos conductos auditivos externos.

Ojos: Pérdida total de la visión en ambos ojos. Abolición de los movimientos oculares y de los reflejos fotomotor y consensual.

Midriasis. Conjuntivas palpebrales normales.

Nariz: N. de P.

Boca: Dentadura incompleta. Casi todas las piezas en mal estado.

Lengua saburral. Amígdalas N. de P.

Cuello: N. de P.

Tórax: Simétrico. Movimientos normales.

Corazón: Ruidos normales.

Pulmones: Respiración ligeramente soplante. No hay signos físicos.

Abdomen: Plano, depresible, doloroso a nivel de hipocondrio derecho.

Hígado: Borde inferior se palpa a tres traveses de dedo por debajo del reborde costal. Doloroso a la palpación.

Riñones: N. de P.

Miembros inferiores: Paresia.

Neuromuscular: Reflejos rotulianos abolidos en ambos miembros inferiores. Hay Babinski más marcado en el lado izquierdo. Reflejos cutáneos abdominales disminuídos.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular:

Glóbulos Rojos.....	4.270.000
Glóbulos Blancos.....	6.400
Hemoglobina	14. grs. (90%)

Fórmula Leucocitaria

Neutrófilos.....	63%
Eosinófilos	4%
Linfocitos.....	33%

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Células por mm³..... 240

Fórmula Citológica

Neutrófilos.....	15%
Eosinófilos	0
Linfocitos.....	85%
Monocitos.....	0

Aspecto..... Transparente.

Sedimento..... No hay.

Coágulos..... No hay.

Pandy..... ++

None Appelt..... Negativo.

Gram y Ziehl Neelsen..... Negativos.

ORINA

Color.....	Amarillo.
Aspecto.....	Turbio.
Reacción.....	Alcalina.
Densidad.....	1012
Albumina.....	Negativo.
Glucosa.....	Negativo.
Bilis.....	Negativo.

MICROSCOPICO

Picitos.....	+
Fosfatos Amorfos.....	Negativo.

TRATAMIENTO

Antibióticos, Antitérmicos. Multivitamínicos, Sueros Salinos, Desoxicorticosterona.

MEJORADO.

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 5

Nombre: J. A. P. L.

Edad: 39 años.

Origen: Aldea de Protección.

Domicilio: Naranjito.

Estado Civil: Soltero.

Ocupación: Jornalero.

Fecha de Ingreso: 4 de diciembre de 1958.

Falleció: 5 de diciembre de 1958.

Hospital Santa Bárbara.

ANAMNESIS

S. P. Paciente ingresa en camilla, inconsciente.

Enfermedad Presente: Según datos proporcionados por una hermana del paciente, este ha sido alcohólico consuetudinario pero desde hace más o menos cuatro semanas, no tomaba hasta hace cuatro días en que lo hizo en abundancia; al día siguiente se inició fiebre precedida de escalofríos, cefalalgia, dolor en extremidades inferiores y región lumbar. La fiebre a partir de entonces se ha presentado a diario con abundante diaforesis que no disminuye la

intensidad de aquella, anorexia completa y vómitos. Ya no pudo levantarse, perdiendo el habla poco después. Constantemente se queja. Le administraron un laxante, defecó una vez, Ganol en número de 4; Tiamina también 4.

EXAMEN FISICO

Paciente en estado comatoso. No hay respuesta a estímulos externos. Posición en decúbito lateral derecho, en "gatillo de fusil". Bradipnea, con frecuencia se queja. Ojos entreabiertos. P. A 70/40 Pulso débil, 130 por minuto. Resp. 22; Temperatura 36°.

Cabeza: Simétrica. Tendencia del paciente de llevar la mano a ella y cubrirla con la sábana.

Facies: Expresión de sufrimiento

Ojos: Entreabiertos, un poco más el izquierdo. Pupilas ligeramente dilatadas. Reflejos fotomotor perezoso. Palpebral disminuido.

Nariz, Oídos: N. de P.

Boca: Dientes apretados. Exploración difícil.

Cuello: Dolor y contractura de los músculos de la nuca al tratar de flexionarlo pasivamente.

Tórax: Contractura de los músculos del dorso.

Corazón: Taquicardia. Ruidos débiles.

Pulmones: Estertores gruesos en campo izquierdo

Abdomen: En quilla, músculos hipertónicos.

Extremidades: Flexionadas.

Piel: Eritema multiforme casi imperceptible en tronco y extremidades.

Neuromuscular: Kernig +; Babinski +; Hoffman izquierdo +.

Resumen: Paciente en estado comatoso. Hace 8 días estuvo ingiriendo bebidas alcohólicas durante cuatro días, después de esto presentó fiebre elevada, continua, con escalofríos frecuentes, cefalea intensa. Al examen físico se encuentra rigidez de la nuca, posición en gatillo de fusil, eritema multiforme en tronco y extremidades. Babinski y Hoffman Positivos.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Fulminante

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular .

Glóbulos Rojos	3.200.000
Glóbulos Blancos	25.000
Hemoglobina	60%

Fórmula Leucocitaria:

Neutrófilos	87%
Linfocitos	13%

HEMATOZOARIONegativo

GLICEMIA..... 137 mgs.%

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Pandy.....	Positivo +++
None-Appelt	Positivo ++
Glucosa.....	27 mgs. %
Cloruros.....	480 mgs. %
Proteínas Totales	536 mgs. %
HEMOCULTIVO.....	Positivo por meningococos.

TRATAMIENTO:

Antibióticos, Cortisona, Sueros Glucosado y Mixto, Efedrina.

MUERTO.

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 6

Nombre: N. H. L. H.
Edad: 4 meses.
Origen: Santa Bárbara.
Domicilio: El mismo.
Fecha de ingreso: 3 de enero de 1959.
Fecha de salida: 15 de enero 1959.

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Fiebre y catarro nasal.
Enfermedad Presente: Hace cuatro días, se inició fiebre alta acompañada de catarro nasal y diarrea con evacuaciones amarillentas, fétidas. Hace dos días, los ojos se le desviaron poniéndosele "bizcos". Muy irritable, llorón.
Tratamiento anterior: Aceite de Comer.
Historia Pasada: Nacida de parto a término, sin complicaciones, atendida por Comadrona. Ha sido sana.

EXAMEN FISICO

Niña con mal estado general. Buena Nutrición. Pulso 100. Temperatura 39°.
Cráneo: Simétrico. No hay exóstosis ni puntos dolorosos.

Ojos: Estrabismo convergente en ambos.

Oídos: N. de P.

Cuello: Hay franca rigidez de nuca.

Tórax: Simétrico.

Corazón: Ruidos normales.

Pulmones: N. de P.

Abdomen: Plano, resistencia moderada.

Hígado, Bazo y Riñones: N. de P.

Miembros: N. de P.

Piel: Erupción purpúrica en tronco.

Ganglios: N. de P.

Neuromuscular: Kernig positivo. Hiporreflexia rotuliana.

Resumen: Niña de 4 meses de edad, peso 12 libras 14 onzas. Desde hace cuatro días presenta elevaciones febriles intensas, precedidas de escalofríos. Al físico se encuentra: estado soporoso, rigidez de la nuca, Kernig positivo, hiporreflexia rotuliana. Temperatura 39°

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular:

Glóbulos Rojos.....	3.520.000
Glóbulos Blancos.....	14.900
Hemoglobina.....	69%

Diferencial:

Neutrófilos.....	21%
Linfocitos.....	79%
Hematócrito.....	30 vol.

Orina

Aspecto.....	Turbio.
Color.....	Amarillo.
Reacción.....	Acida
Albumina.....	0
Glucosa.....	0
Levaduras.....	+++

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Aspecto.....	Cristalino.
Color.....	Transparente.
Proteínas.....	21 mlgrs.
Glucosa.....	46 mgs.%
Linfocitos.....	100 %
Pandy.....	Positivo ++
None Appelt.....	Positivo +
Cram.....	Negativo.
Ziehl-Neelsen.....	Negativo.

Radiografía de PulmonesNegativo.

TRATAMIENTO

Antibióticos, antipiréticos, gangliopléjicos, Vitaminas,
Vigilancia.

CURADA

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

Caso No. 7

Nombre: M. E. A. B.

Edad: 37 años.

Origen: Trinidad.

Domicilio: Santa Bárbara.

Estado Civil: Soltera.

Ocupación: Tejedora.

Fecha de ingreso: 2 de febrero de 1959.

Fecha de Salida: 2 de marzo de 1959.

Hospital Santa Bárbara.

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Carraspera, dolor de garganta. Pérdida de la conciencia.

Enfermedad Presente: Según el acompañante de la paciente, ésta hace ocho días, empezó a padecer de gripe con fiebre que fue precedida de escalofrío intenso. Al día siguiente se mostró muy excitada acusando sequedad de la boca, y cefalalgia. Se tomó una Mejoral y poco después perdió el conocimiento presentando convulsiones

generalizadas que en el curso de estos días se han presentado en varias ocasiones. Persiste la fiebre, micción espontánea no ha defecado desde el comienzo de la enfermedad.

Enfermedades Anteriores: Paludismo, Erisipela.

Historia familiar: Padres fallecidos ignora la causa. Tiene dos hermanos, sanos.

Historia Genital: Ga: 10; Pare: 10; Ab.: 0.

EXAMEN FISICO

Paciente con mala constitución física Inconsciente, quejándose, hay desviación de ambos ojos hacia la izquierda. P. A. 100/60; Pulso 80; Temperatura 36°.

Cabeza: N. de P.

Ojos: Lo anotado.

Oídos: N. de P.

Boca: abundante secreción Lengua saburral desviada a la izquierda.

Cuello: Rigidez de la nuca.

Tórax: Simétrico.

Pulmones: Estertores húmedos, gruesos en campo superior y medio izquierdos, respiración soplante en campo inferior derecho. Matidez en base izquierda.

Corazón: Ruidos cardíacos débiles.

Abdomen: Ligera resistencia.

Hígado: N. de P.

Bazo: N. de P.

Riñones: N. de P.

Extremidades: Paresia miembros inferiores.

Nervioso: Reflejos pupilares disminuídos, Kernig positivo.

Babinski: insinuado en pie izquierdo.

Piel: Erupción maculosa en miembros superiores.

Resumen: Se trata de una paciente de 37 años de edad, cuya enfermedad comenzó hace ocho días, con catarro nasal, fiebre continua que se inició con escalofríos, cefalalgia intensa, excitación, convulsiones generalizadas, y

pérdida de la conciencia. Al examen físico se encuentra: paciente en estado estuporoso, desviación de los ojos a la izquierda, rigidez de la nuca, estertores gruesos en campo superior y medio izquierdos, matidez en la base derecha. Reflejos pupilares perezosos, Kernig y Babinski positivos. Erupción maculosa en miembros superiores.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis aguda.

Bronconeumonía en fase Resolutiva.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Radiografía de Pulmones.

Hay acentuación de las sombras hiliares y broncovasculares en hemitórax izquierdo, con pequeñas opacidades difusas en la base del mismo. La imagen sugiere Bronconeumonía.

ORINA:

Aspecto	Ligeramente Turbio
Color	Amarillo.
Reacción	Acida.
Densidad	1010
Albúmina	Negativo.
Glucosa	Positivo.
Bilis	Negativo.

MICROSCOPICO:

Células epitaliales	++
Hematíes	+
Pocitos	++

Hematológico;

Glóbulos Rojos	3.020.000
Glóbulos Blancos	18.850
Hemoglobina	70%

Diferencial:

Neutrófilos	72%
Linfocitos	28
Hamatócrito.....	36 vol.

V. D. R. L.....Negativo

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Células por mm ³	250
Leucocitos	100%
Aspecto.....	Turbio
Sedimento.....	Escaso
Pandy	++
None Appelt.....	Negativo.

TRATAMIENTO

Antibióticos, antitérmicos, Suero glucosado isotónico, aspiración de secreciones, sondaje vesical, vigilancia.

MEJORADA.

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 8

Nombre: J P. y P.

Edad: 57 años.

Origen: Tegucigalpa.

Domicilio: El mismo.

Estado Civil: Casado.

Ocupación: Labrador.

Fecha de ingreso: 22 de Noviembre de 1960.

Falleció: 23 de diciembre de 1960.

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Fiebre y pérdida del conocimiento.

Enfermedad Presente: Según datos proporcionados por un hijo del paciente, éste, ayer se quejó de dolor de cabeza intenso, mareo, fiebre y vómitos. Se acostó, mostrándose muy excitado, poco después, perdió el conocimiento, quejándose continuamente, por lo que es traído al Hospital

Tratamiento anterior: Ninguno.

Enfermedades Anteriores: Gripe ocasional, sordera desde hace un año.

Historia Familiar: Padres muertos. Ha procreado cuatro hijos aparentemente sanos

EXAMEN FISICO

Paciente de mediana estatura, mal estado nutricional y general, inconsciente, respiración estertorosa. P. A..... 90/40. Pulso 94. Temperatura 40°.

Cráneo: Simétrico, cabello abundante, entrecano, no hay irregularidades hipersensibles.

Ojos: Conjuntivas congestionadas. Reflejos fotomotor y acomodación: abolidos.

Ojos: Lo anotado.

Oídos y nariz: Nada de particular.

Boca: Higiene pobre, piezas dentarias en mal estado, lengua saburral.

Cuello: Rigidez de nuca.

Tórax: Movimientos respiratorios superficiales. Taquipnea.

Corazón: Ruidos apagados, casi inaudibles por lo ruidoso de la respiración.

Pulmones: Lo anotado.

Abdomen: Plano, ligera resistencia. La palpación del hipocondrio derecho aumenta la inquietud del paciente.

Hígado: Palpable a tres traveses de dedo del reborde costal.

Bazo: N. de P.

Riñones: N. de P.

Miembros: N. de P.

Piel: N. de P.

Neuromuscular: Signos contralaterales de los muslos: Positivo.

Babinski: Esbozado en el lado derecho.

Resumen: Paciente inconsciente cuya afección se inició ayer, con cefalalgia intensa, fiebre, náuseas y vómitos, agitación, pérdida del conocimiento. Al examen Físico se encuentra: Reflejos pupilares abolidos, rigidez de la nuca, ruidos cardíacos apagados, respiración ruidosa. Babinski derecho esbozado.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular:

Glóbulos Rojos.....	4.230.000
Glóbulos Blancos.....	24.500
Hemoglobina	14 grs.

Fórmula Leucocitaria:

Neutrófilos.....	95%
Linfocitos	5%
Hematocrito.....	38%

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Color.....	Incoloro
Aspecto.....	Turbio
Recuento de Células.....	5.960 por mm ³
Pandy.....	Positivo ++++
None Appelt.....	Positivo ++++

Química Sanguínea:

Amilasa	46 unidades
Glicemia	478 mgs.
Indice Ictérico.....	9.7
Nitrógeno no proteico.....	11.5 mgs.

TRATAMIENTO

Antibióticos, antipiréticos, sueros glucosado y Fisiológico.
Sedantes, Hidrocortisona.

MUERTO

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

Caso No. 9

Nombre: F. H. S.

Edad: 7 años.

Origen: Valle de Angeles, Depto. Francisco Morazán.

Domicilio: El mismo.

Fecha de ingreso: 24 de marzo de 1960.

Fecha de Salida: 18 de abril de 1958.

Hospital General San Felipe.

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Fiebre.

Enfermedad Presente: Según la abuela del niño, éste hace cuatro días empezó a quejarse de cefalea frontal intensa, continúa, náuseas, vómitos violentos, lipotemias, que han ido seguidos de somnolencia y "envaramiento del cuello". Desde el principio ha tenido fiebre elevada con escalofríos y diaforesis periódicos.

Enfermedades Anteriores: Parasitismo Intestinal.

Historia Familiar: Sin importancia.

REVISION DE SINTOMAS

Cabeza: Lo anotado.

Oídos: N. de P.

Nariz: N. de P.

Ojos: Ocasionalmente fotofobia.

Boca: N. de P.

Cuello: N. de P.

Aparato Cardiorrespiratorio: Gripe Frecuente.

Aparato Gastrointestinal: Anorexia absoluta desde el comienzo de su enfermedad.

Genitourinario: N. de P.

Extremidades: N. de P.

EXAMEN FISICO

Paciente en estado de sopor, rigidez de nuca, fiebre. Peso 24 lbs. Pulso 130; Temperatura: 38.6; P. A. 110/60.

Cabeza: Simétrica, cabello abundante, bien distribuído.

No hay exóstosis.

Oídos: Abundante cerumen.

Ojos: Dolor a la palpación. Pupilas Mióticas. Reflejos Perezosos.

Nariz: N. de P.

Boca: Labios pálidos; dientes en mal estado; lengua saburrual; amígdalas y rinofaringe congestionadas.

Cuello: Rigidez de nuca.

Tórax: Simétrico, Movimientos respiratorios normales.

Pulmones: N. de P.

Corazón: Taquicardia. Ruidos normales.

Abdomen: Poco depresible, no hay puntos dolorosos.

Hígado: Dentro de sus límites normales.

Bazo: Ligeramente percutible.

Riñones: N. de P.

Genitales Externos: N. de P.

Extremidades: N. de P.

Piel: Hiperestesia.

Ganglionar: Adenopatías inguinal bilateral.

Neurológico: Kernig positivo; reflejos abdominales y cremasteria no abolidos; Rotuliano y aquileo exagerados.

Babinski positivo en pie izquierdo.

RESUMEN: Paciente en estado sóporoso, cuya afección empezó hace cuatro días con cefalea frontal intensa, náuseas, vómitos en proyectil, vértigos, somnolencia, rigidez de la nuca, y fiebre intermitente. Al examen físico se encuentra: paciente en estado sóporoso. pupilas mióticas, reflejo consensual y fotomotor perezosos Kernig positivo. Rotuliano y aquileo abolidos. Babinski izquierdo positivo.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular:

Glóbulos Rojos.....	3.930.000
Glóbulos Blancos.....	9.200
Hemoglobina.....	90%

Fórmula Leucocitaria.

Neutrófilos.....	77%
Eosinófilos.....	1%
Linfocitos.....	22%

HEMOCULTIVO.....Positivo

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Aspecto.....	Turbio
Pandy.....	Positivo
Coloración Gram.....	No se observan bacterias
Ziehl-Neelsen.....	Negativo.
Células por mm ³	324
Leucocitos.....	80%
Linfocitos.....	20%

Examen Oftalmoscópico
Papila de bordes borrosos

TRATAMIENTO

Punción Lumbar, antibióticos, Suero Glucosado isotónico, Suero Fisiológico, Sedantes, Antitérmicos.

MEJORADA

afección
nsa, náu-
a, rigidez
n físico se
mióticas,
positivo.
positivo.

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 10

Nombre: M. A. F.

Edad: 13 años.

Origen: Tegucigalpa, D. C.

Domicilio: Comayagüela.

Ocupación: Escolar.

Fecha de ingreso: 8 de julio de 1960.

Fecha de salida: 30 de julio 1960.

bacterias

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Fiebre, postración y delirio.

Enfermedad Presente: Refiere el padre adoptivo de la paciente, que a ésta hace dos días le comenzó decaimiento general, fiebre intensa, continúa, precedida de escalofríos, postración, hiporexia, náuseas y vómitos. Desde ayer se encuentra muy excitada, no contesta a las preguntas que se le hacen.

isotóni-

Enfermedades Anteriores: No dan datos.

Historia Familiar: Lo mismo.

EXAMEN FISICO

Paciente sumamente excitado. Buena constitución física, hay fotofobia, hiperestesia a los ruidos, posición en gatillo de fusil. P. A. 90/60; Pulso 100; Resp. 22; Temperatura 35° 2.

Cabeza: Hiperextendida.

Facies: Expresión de dolor.

Ojos: Fotofobia, pupilas mióticas, reflejos abolidos.

Oídos: N. de P.

Boca: Labios pálidos, dientes en mal estado Exploración difícil por el estado de excitación del paciente.

Cuello: Rigidez de nuca.

Tórax: Contractura muscular del dorso.

Corazón: Ruidos cardíacos débiles. Taquicardia.

Abdomen: Depresible

Hígado: Dentro de sus límites normales.

Bazo: Ligeramente percutible.

Riñones: N. de P.

Ganglionar: N. de P.

Piel: Cicatriz antigua en 1/3 inferior, cara anterior del muslo derecho. Hiperestesia cutánea.

Neuromuscular: Pupilas mióticas. Reflejos abolidos.

Babinski positivo lado izquierdo, rotuliano exagerado en ambos lados

RESUMEN: Paciente que ingresa en estado de inconsciencia, muy excitado, no coopera al examen, sus datos nos son suministrados por el padre adoptivo. Al físico se encuentra: pupilas mióticas, reflejos cutánea abolidos; rotuliano exagerado, cremasteriano abolido. Babinski positivo al lado izquierdo.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular:

Leucocitos.....	24.200
Hematíes.....	3.200.000
Hemoglobina.....	80%
Hematócrito.....	39 cc

Diferencial:

Neutrófilos.....	87%
Linfocitos.....	13%

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Células por mm ³	385
-----------------------------------	-----

Fórmula Citológica:

Neutrófilos.....	84%
Linfocitos.....	16%
Aspecto.....	Turbio
Sedimento.....	Floculento
Pandy.....	Positivo + + + +
None-Appelt.....	Positivo + + + +
Coloración Gram.....	Abundantes cocos

TRATAMIENTO

Antibióticos, Quimioterápicos, Suero Glucosado y Fisiológico.

CURADO

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 11

Nombre: J. L. G. A.
Edad: 39 años.
Origen: Cantarranas.
Domicilio: El mismo.
Estado Civil: Casado.
Ocupación: Labrador
Fecha de Ingreso: 1o de junio de 1960.
Falleció el 23 de junio de 1960.
Hospital General San Felipe.

ANAMNESIS

Refiere la esposa del paciente, que éste hace 17 días, al terminar su trabajo del día, empezó a padecer de fiebre elevada, precedida de escalofríos, quedando desde esa fecha postrado, quejándose al menor ruido o movimiento. La fiebre es continua, con ligeras remisiones vespertinas. Enfermedades Anteriores: no hay datos.

Historia Familiar: Sin importancia.

Revisión de síntomas:

No se hace, dado que el paciente por su estado no puede cooperar.

EXAMEN FISICO

Paciente en estado soporoso. P. A. 110/80; Pulso 64; Temperatura 37°.

Cráneo: Simétrico, muy sensible a la exploración.

Facies: Expresión de sufrimiento.

Ojos: Conjuntivas ligeramente ictéricas Pupilas mióticas, no reaccionan a la luz.

Nariz: N. de P.

Boca: Faltan varias piezas dentarias. Lengua saburral.

Rinofaringe congestionada.

Cuello: Rigidez de nuca.

Tórax: Excursiones respiratorias rítmicas y superficiales.

Pulmones: Respiración ruidosa que dificulta la exploración.

Corazón: Ruidos apagados.

Abdomen: Abarquillado, depresible, no hay puntos dolorosos.

Hígado: N. de P.

Bazo: N. de P.

Ganglionar: N. de P.

Miembros: inferiores flexionados.

Neurológico: Reflejo bicipital aumentado. Patelar lo mismo. Babinski Positivo. Abdominales y cremasteriano abolidos; Kernig; Positivo.

Piel: Hiperestésica.

RESUMEN: Paciente en estado soporoso que hace diecisiete días empezó a padecer de fiebre elevada, precedida de escalofríos, cefalalgia intensa postración. Al examen físico se encuentra: paciente en estado de sopor. Pulso 64. Temperatura 37. P. A., 110/80. Conjuntivas subictéricas, pupilas mióticas, reflejos pupilares perezosos. Rigidez de la nuca. Reflejos bicipital y patelares aumentados. Abdominales y Cremasteriano abolidos. Kernig positivo. Babinski Positivo. Posición en gatillo de fusil.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis aguda.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular:

Glóbulos Rojos	9.830.000
Glóbulos Blancos	11.200
Hemoglobina	80%

Fórmula Leucocitaria:

Neutrófilos.....	91%
Monocitos.....	1%
Linfocitos.....	8%

Hematocrito	38%
-------------------	-----

LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Células por mm ³	5.580
Neutrófilos	100%
Aspecto	Turbio
Sedimento	No hay
Pandy	++++
None-Appelt.....	++++
Glucosa.....	7 mgs.‰
Proteínas totales.....	316 mgs.‰
Coloración Gram y Ziehl-Neelsen. . .	Negativas

Química Sanguínea:

Nitrógeno no proteico.....	65.5 mgs.‰
----------------------------	------------

TRATAMIENTO

Punción lumbar, vigilancia estricta, Antibióticos, Quimioterápicos, Sueros Salinos, Testosterona, Cortisona.

MUERTO.

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 12

Nombre: N. G. C.

Edad: 45 años.

Origen: El Zamorano.

Domicilio: El mismo.

Ocupación: Carpintero.

Fecha de ingreso: 5 de agosto de 1960.

Fecha de Salida: 10 de agosto de 1960.

ANAMNESIS

Paciente de quien no se pueden obtener datos anamnésicos por encontrarse en estado de sopor. Según los familiares que lo acompañan, hace trece días que empezó a quejarse de cefalea, anorexia, fiebre continua, temblores generalizados y desde hace cinco días, estado de postración.

Enfermedades Anteriores: No dan datos.

Historia Familiar: Lo mismo.

REVISION DE SINTOMAS: Lo mismo.

EXAMEN FISICO: Paciente en la cuarta década de su vida, en estado de sopor. Responde a los estímulos externos abriendo los ojos y efectuando movimientos incor-

dinados de los miembros. Se observan temblores ocasionales generalizados, más ostensibles en miembros superiores. Es examinado en su cama, en decúbito dorsal, posición que varía cuando se le aproxima la luz o se hace ruido. P. A. 100/60. Pulso 100. Respiraciones 25. Temperatura 37°.

Cráneo: Simétrico. No hay exóstosis. Muy sensible.

Cara: Facies contraída, pálida.

Ojos: Mirada fija. Pupilas mióticas. Reflejos perezosos.

Oídos: Abundante Cerumen.

Nariz: N. de P.

Boca: Simétrica. Labios pálidos. Lengua saburral.

Dientes en mal estado. Higiene pobre. Trismo que hace imposible la exploración.

Cuello: Marcada rigidez de nuca.

Tórax: Tipo asténico. Incursiones respiratorias disminuídas.

Pulmones: Respiración ruda en ambos vértices y estertores subcrepitantes diseminados en ambos campos.

Corazón: Apex late débilmente en 5o. espacio intercostal izquierdo. Ruidos apagados.

Abdomen: Abarquillado, panículo adiposo escaso, circulación venosa ligeramente perceptible. No hay puntos dolorosos.

Hígado: N. de P.

Bazo: N. de P.

Riñones: N. de P.

Genitales: Zonas despigmentadas.

Extremidades: Se aprecia el temblor anteriormente mencionado

Piel: Signo de raya meníngea del tronco, positivo.

Ganglionar: Adenopatía inguinal bilateral.

Columna vertebral: Rígida.

Neurológico: Hiperreflexia osteotendinosa marcada. Reflejos cutáneos disminuídos. Kernig positivo. Brudzinski positivo.

RESUMEN: Paciente en estado soporoso. Sus datos son suministrados por familiares que lo acompañan. Según ellos, hace trece días el paciente aqueja cefalea, anorexia y fiebre. Hace cinco días se encuentra en estado estuporoso. Hay rigidez de la nuca y el tronco; se presentan temblores ocasionales generalizados. Posición en gatillo de fusil, hiperexcitable. P. A. 100/60. Pulso 100. Respiraciones 25. Temperatura 37.5. Respiración ruda en ambos vértices y estertores subcrepitantes diseminados. Hiperreflexia osteotendinosa. Signo de la raya meníngea en el tronco: positivo. Kernig y Brudzinski positivos.

IMPRESION DIAGNOSTICA

- 1) Meningoencefalitis Aguda
- 2) T. B. Pulmonar.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Células por mm ³	265
Neutrófilos	77 %
Linfocitos	23 %
Color	Amarillento.
Aspecto	Turbio.
Coágulos	Pocos
Pandy	Positivo
None Appelt	Positivo
Coloración Gram	No se observaron bacterias
Coloración Ziehl Neelssen	No se observan B.A.R.
Glucosa	30 mgs. %
Cloruros	600 mgs. %
Proteínas Totales	310 mgs. %

Química Sanguínea:

Nitrógeno no proteico 28.5

V. D. R. L.

Cualitativo.....Positivo
Cuantitativo..... P/320

Hematológico;

Leucocitos	7.600
Hemoglobina.....	88% (12 grs.)
Neutrófilos.....	80%
Linfocitos.....	20%

TRATAMIENTO

Punción lumbar, Sueros Salinos, Antibióticos (Penicilina, Dihidro estreptomicina) Vitaminas.

MISMO ESTADO (alta a exigencia de la familia).

ilina,

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

Caso No. 13

Nombre: G. M. H.

Edad: 10 meses

Origen: Tegucigalpa, D. C.

Domicilio: El mismo.

Fecha de ingreso: 17 de agosto de 1959.

Fecha de salida: 18 de octubre de 1959.

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Asma, Envaramiento.

Enfermedad Presente: Refiere la madre que desde hace veintidós días la niña tuvo Bronquitis de tipo Asmatiforme diagnosticada por un Médico que le recetó Antibióticos, Kenacort en tabletas y Benadryl. Con este tratamiento mejoró pero ayer por la tarde después de dormir, se despertó dando gritos, agitada y llevándose constantemente las manos a la nuca que se fué poniendo "tiesa" y con temperatura elevada cayendo poco después en un estado soporoso. Acusa también, diarrea verde y náuseas. Enfermedades Anteriores: Gastroenteritis hace un mes. Historia Pasada: Nacida de parto a término, sin complicaciones.

Historia Familiar: Padres viven. Aparentemente sanos. Tiene una hermana que padece de Asma. Dos muertos: una de fiebre y el otro de Diarrea.

EXAMEN FISICO

Niña en estado de sopor. Temperatura 38°. Pulso 120. Respiración 20; Peso 15 libras. Moderadamente deshidratada, febril.

Cabeza: Fontanela puniforme.

Ojos: Fotofobia, miosis, reflejos abolidos.

Oídos: N. de P.

Nariz: N. de P.

Boca: Faringe congestionada, amígdalas hipertróficas.

Cuello: Rigidez la de nuca.

Tórax: Simétrico, movimientos respiratorios superficiales.

Pulmones: N. de P.

Corazón: Taquicardia.

Abdomen: Ligera resistencia muscular.

Hígado, Riñones: y Bazo N. de P.

Genitales: N. de P.

Piel: Hiperestesia cutánea, se observa eritema purpúrico en abdomen, poco perceptible

Neuromuscular: Kernig positivo. Babinski insinuado.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Líquido Cefalorraquídeo:

Células por Milímetro 3.....	168
Neutrófilos.....	92%
Linfocitos.....	7/
Eosinófilos.....	1%
Aspecto.....	Opalino
Sedimento.....	No hay
Coágulos.....	No hay
Pandy.....	Positivo débil
None Appelt.....	Positivo.

Coloración Gram y Ziehl Neelsen no se encontraron bacterias.

Glucosa	31 mgs.%
Proteínas Totales.....	60 mgrs.%
Radiografía de Pulmones.....	Negativo

Recuento Globular:

Glóbulos Rojos.....	3.400.000
Glóbulos Blancos.....	17.750
Leucocitos	80%
Linfocitos	14%
Monocitos.....	3%
Eosinófilos	2%
Basófilos	1%

TRATAMIENTO

Punción Lumbar, Sueros salinos isotónicos, Antibióticos.

CURADA.

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

Caso No. 14

Nombre: G. M. G.

Edad: 4 años,

Origen: Tegucigalpa, D. C.

Domicilio: El mismo.

Fecha de ingreso: 22 de diciembre de 1960.

Fecha de Defunción: 24 de diciembre de 1960.

Hospital General San Felipe.

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Envaramiento del cuerpo.

Enfermedad presente: Refiere la madre de la niña, que ésta hace más o menos diez días se muestra llorona, caprichosa, quejándose frecuentemente de fuerte dolor de cabeza. Desde hace cinco días tiene fiebre intensa que se inició con escalofríos, continúa, hay sudoración profusa y somnolencia.

Tratamiento Anterior: Ledermicina, aspirina y enemas indicados por un Facultativo.

Enfermedades Anteriores: Diarrea frecuente, Tos Ferina,

Varicela, Parasitismo Intestinal y Sarampión. Este último hace dos meses.

Historia Familiar: Padres viven, son aparentemente sanos.

Medio Ambiente: Urbano, casa de adobes, piso de tierra. No hay servicios sanitarios pero hay agua potable.

EXAMEN FISICO

Niña de 4 años, en estado comatoso. Pulso 110. Respiraciones 20. Temperatura 39°.

Cráneo: Simétrico, cabellos bien distribuidos, no hay exóstosis.

Facies: Pálida, inexpresiva.

Ojos: OI midriasis. OD. miosis. Reflejos Perezosos en ambos.

Oídos: N. de P.

Nariz: N. de P.

Boca: Trismo marcado.

Cuello: Rigidez de la nuca.

Tórax: Contractura del dorso.

Pulmones: N. de P.

Corazón: Punta late en 4o. espacio intercostal izquierdo.

Extrasístoles que se escuchan cada 3 o 4 contracciones normales.

Abdomen: N. de P.

Hígado: N. de P.

Bazo: N. de P.

Riñones: N. de P.

Piel: N. de P.

Extremidades: Ligera rigidez en miembros inferiores. los superiores semiflexionados.

Neuromuscular: Kernig positivo. Reflejos rotulianos exagerados Babinski positivo.

RESUMEN: Niña de 4 años de edad, desarrollo y nutrición normales. Ingresó en estado comatoso que se inició hace cinco días; fue precedido de cefalea intensa, escalofríos, fiebre continua y convulsiones. Al examen físico

se encuentra: paciente en estado de coma hay anisocoria, reflejos pupilares perezosos, hay trismo, rigidez de nuca y dorso. Extrasístoles frecuentes, moderada rigidez de miembros inferiores, los superiores semiflexionados. Kernig positivo, reflejos patelares exagerados. Babinski positivo.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Hematológico:

Glóbulos Rojos.....	3.040.000
Glóbulos Blancos.....	12.200
Hemoglobina.....	90%

Fórmula Leucocitaria

Neutrófilos.....	78%
Linfocitos.....	22 ,
Pandy.....	Positivo
None-Appelt.....	Negativo
Glucosa.....	44 mgs. por ciento
Proteínas Totales.....	394 mgs. ,
Coloración Gram.....	Abundantes cocos

TRATAMIENTO

Punción lumbar, antibióticos, Quimioterápicos. Sueros salinos.

MUERTO

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 15

Nombre. V. R. B.

Edad: 8 años.

Origen: Comayagüela

Domicilio: El mismo.

Ocupación: Escolar.

Fecha de ingreso: 30 de marzo de 1960.

Fecha de salida: 14 de abril de 1960.

Hospital General San Felipe

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Dolor de cabeza.

Enfermedad Presente:

Refiere la madre que su hijo, hace tres días, al regresar de la escuela, empezó a quejarse de cefalea frontal intensa con exacerbaciones repentinas, irradiada a la región occipital y a la nuca que se le ha "entiesado"; se acompaña de fiebre elevada, continúa, con elevaciones periódicas, se inició sin escalofrío. Presenta además, diarrea con evacuaciones negruzcas, fétidas, 6 a 8 en el día.

Enfermedades anteriores: Sarampión, Tos Ferina, Tifoidea, Parasitismo Intestinal.

Historia Familiar: Padres sanos, tres hermanos, sanos.

Revisión de Síntomas.

Cabeza: Lo anotado.

Oídos: N. de P.

Ojos: N. de P.

Boca: N. de P.

Cuello: Limitación de movimientos.

Gastrointestinal: Anorexia.

Génitourinario: N. de P.

Extremidades: N. de P.

EXAMEN FISICO

Escolar, febril, obnubilado, hiperestesia a los ruidos.

Temperatura: 38° 6. Pulso: 100.

Cráneo: Simétrico, muy sensible.

Oídos: N. de P.

Ojos: Conjuntivas pálidas. Movimientos oculares incoordinados. Pupilas Mióticas, reflejos abolidos.

Nariz. N. de P.

Boca: Simétrica, lengua saburral, Amígdalas congestionadas.

Cuello: Franca rigidez de la nuca.

Tórax: Simétrico, respiración superficial.

Pulmones: N. de P.

Corazón: N. de P.

Abdomen: Plano, poco depresible, ruidos hidroaéreos en fosa ilíaca izq

Hígado: N. de P.

Bazo: N. de P.

Riñones: N. de P.

Extremidades: N. de P.

Neuromuscular: Reflejos cutáneos abdominales y cremasteriano abolidos. Rotuliano y Aquileo exagerados. Signo de Kernig: Positivo. Babinski derecho positivo.

RESUMEN: Escolar de 8 años de edad, que hace tres días empezó a padecer de cefalea frontal intensa irradiada a región occipital y nuca. Fiebre elevada, continúa, con

oscilaciones periódicas, precedida de escalofrío. Diarrea con evacuaciones fétidas. Al examen físico se encuentra: paciente en estado semiinconciente responde a estímulos externos. Temperatura 38.6. Pulso 100. Pupilas mióticas. Reflejos Abolidos, Rigidez de la nuca. respiración superficial. Reflejos cutáneos abdominales y cremasteriano abolidos. Rotuliano y Aquileo exagerados. Signo de Kernig: Positivo.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular:

Glóbulos Rojos.....	3.140.000
Glóbulos Blancos.....	10.950
Hematócrito.....	30 cc
Hemoglobina.....	76 %

Fórmula Leucocitaria:

Neutrófilos.....	88 %
Linfocitos.....	12 %

Radiografía de Pulmones.....Negativo

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Células por campo.....	4480 mm ³
Pandy.....	Positivo
Gram.....	No se observan bacterias
Ziehl-Neelsen.....	No se observan B.A.R.
Proteínas.....	96 mgs. %
Glucosa.....	43 mgs. %

TRATAMIENTO

Punción Lumbar, Antibióticos, Antipiréticos, Sedantes, Vigilancia.

MEJORADA

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 16

Nombre: C. R. G. O.

Edad: 33 años.

Origen Namasigiie, departamento de Choluteca.

Domicilio: Comayagiela

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Oficios Domésticos

Fecha de Ingreso: 17 de febrero de 1962

Fecha de Salida: 10 de marzo de 1962

Hospital General San Felipe

ANAMNESIS

Síntoma principal: Fiebre, pérdida del conocimiento y convulsiones.

Enfermedad Presente: Refiere el compañero de vida de la paciente que ésta, hace tres días, empezó a padecer de fiebre continua que se inició con escalofrío intenso y malestar general acompañándose de convulsiones generalizadas y pérdida de la conciencia desde anteayer.

Enfermedades Anteriores: No hay datos.

Historia Familiar: Lo mismo.

EXAMEN FISICO

Paciente en estado de coma, posición en gatillo de escopeta, respiración estertorosa, P. A 60/40; Pulso 68; Temperatura 36.5

Cráneo: Simétrico, cabello lacio, abundante, bien distribuido, hay hiperestesia, Cabeza en hiperextensión.

Facies: Agresiva.

Ojos: cerrados, contracción de los párpados al menor ruido o contacto. Pupilas dilatadas, reflejos abolidos.

Nariz: N. de P.

Ojos: N. de P.

Boca: herméticamente cerrada, dientes apretados, lo que dificulta la exploración.

Cuello: Rigidez de nuca.

Tórax: Contractura de los músculos del dorso.

Pulmones: N. de P.

Corazón: N. de P.

Abdomen: Abarquillado.

Hígado: N. de P.

Bazo: N. de P.

Riñones: N. de P.

Genitales Externos: Normales.

Extremidades: Piernas flexionadas sobre muslos.

Neuromuscular: Kernig y Babinski positivos.

RESUMEN: Paciente en la cuarta década de la vida, que hace tres días empezó a padecer de fiebre continua, precedida de escalofríos, cefalalgia intensa, malestar general y que se acompañó de convulsiones generalizadas. Pérdida de la conciencia desde ayer. Al momento del examen se encuentra en estado de coma.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Hematológico:

Eritrocitos	3.400.000
Leucocitos	13.700
Hemoglobina	13 5 gr.
Hematócrito	38 cc.

Fórmula Leucocitaria

Neutrófilos	80%
Eosinófilos	3%
Linfocitos	18%

Líquido Cefalorraquídeo:

Células por Milímetro 3	198
Neutrófilos	88%
Linfocitos	12%
Pandy	Positivo
None Appelt	Positivo débil
Glucosa	87 por ciento
Proteínas Totales	90 mgs. %

TRATAMIENTO

Punción lumbar, antibióticos, Sedantes, Sueros Glucosados y Fisiológicos, Isotónico vitamínico.

MEJORADA.

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 17

Nombre: V. P. S.

Edad: 9 años.

Origen: Texiguat, Depto. El Paraíso.

Domicilio: Comayagüela.

Fecha de ingreso: 30 de abril de 1961.

Fecha de salida: 15 de agosto 1961.

Hospital General San Felipe.

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Fiebre y Somnolencia.

Enfermedad Presente: Hace veintidós días, se inició su padecimiento con cefalea intensa, vómitos violentos, fiebre continua cuyo inicio se precedió de escalofrío, se acompaña de delirio y convulsiones tónico clónicas que se han presentado en dos ocasiones. Desde hace tres días se encuentra adormecida.

Enfermedades Anteriores: Tos ferina, Otagia frecuente.

Historia Familiar: Padre muerto, madre vive, es sana. Tiene 5 hermanos aparentemente sanos.

Revisión de síntomas: No dan datos de importancia.

EXAMEN FISICO

Niña obnubilada. Posición en gatillo de escopeta, a intervalos frecuentes se queja y emite sonidos inarticulados. Apirética. Regular estado nutricional, pálida, respiración lenta pero regular. Temperatura 37° Pulso 110

Cabeza: hiperextendida. Muy sensible.

Ojos: Conjuntivas pálidas. Midriasis. Ligeró nistagmo vertical y a veces rotatorio. Reflejos abolidos.

Oídos: N. de P.

Nariz: N. de P.

Bucofaringe: Lengua saburral, dientes en mal estado. Amígdalas congestionadas.

Cuello: Rigidez de la nuca.

Cardiovascular: Taquicardia. No hay ruidos sobreañadidos. Pulso 110.

Pulmones: N. de P.

Abdomen: Ligera resistencia a la palpación.

Gastrointestinal: N. de P.

Genitourinario: N. de P.

Columna vertebral: Hiperextensión, Palpación dolorosa.

Ganglionar: N. de P.

Piel: erupción roseólica en dorso y extremidades superiores.

Neuromuscular: Psiquismo embotado, permanece inmóvil adoptando la posición en gatillo de escopeta. Hay rigidez de nuca y región dorsal, hiperestesia cutánea. Reflejos pupilares perezosos. Kernig positivo.

RESUMEN: Niña de 9 años cuyo desarrollo corresponde a su edad. Hace 22 días empezó a padecer de cefalea intensa, vómitos violentos, fiebre *continua* que se inició con escalofrío intenso, acompañándose de delirio y convulsiones tónico-clónicas. Ingresa en estado estuporoso, adopta posición en decúbito lateral con los miembros flexionados, apirética, se queja con frecuencia. Al examen

físico se encuentra temperatura 37°. Pulso 110. Cabeza hiperextendida, muy sensible. Nistagmo, reflejos pupilares abolidos, midriasis. Amígdalas congestionadas. Rigidez de la nuca Taquicardia. Columna vertebral en hiperextensión, palpación dolorosa. Hipérestesia cutánea. Kernig positivo. Reflejos pupilares perezosos.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Células por mm ³	210
Neutrófilos	65%
Linfocitos	35%
Color	Amarillento.
Aspecto	Opalescente
Sedimento	escaso
Pandy	Positivo
None Appelt	Positivo.
Glucosa	50 mgs. %
Proteínas Totales	72 mgs. %
Coloración Gram	negativo
Coloración Ziehl Neelsen	negativo
Cultivo	negativo

HEMATOLOGICO

Eritrocitos	3 230.000
Leucocitos	20.400
Hemoglobina	70%

Fórmula Leucocitaria.

Neutrófilos	74%
Eosinófilos	2%
Linfocitos	24%

TRATAMIENTO

PuncióLunbar, Antibióticos, Sueros Salinos isotónicos.

CURADA.

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 18

Nombre: N. M. N.
Edad: 44 años.
Origen: La Venta, Francisco Morazán
Domicilio: Valle de Angeles
Estado Civil: Casada.
Ocupación: Labrador.
Fecha de Ingreso: 24 de junio de 1961.
Fecha de Salida: 9 de julio de 1961.
Hospital General San Felipe.

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Cefalea.

Enfermedad Presente: Inicia su enfermedad hace ocho días con fiebre sin pródromos, seguida de diaforesis profusa, que no disminuye la temperatura, se acompaña de cefalea intensa que se localiza principalmente en la región occipital y de dolor en la columna vertebral que le dificulta la movilización sin impedírsela totalmente. Desde el comienzo de su afección, guarda cama. Al tra-

tar de incorporarse experimenta náuseas vértigos y debilidad general.

Tratamiento anterior: Mejoral.

Enfermedades Anteriores: Gripe frecuente, amigdalitis, paludismo.

Historia Sexual: Casado. Ha experimentado disminución de la líbido que es absoluta desde hace una semana.

Revisión de Síntomas:

Cabeza: Cefalea con sensación de obnubilación y vértigo.

Ojos: Midriasis, reflejos perezosos

Oídos: N. de P.

Boca: Lengua saburral. Amígdalas congestionadas.

Cuello: Limitación de movimientos.

Cardiorrespiratorio: Tos productiva con espectoración mucopurulenta desde hace tres meses.

Gastrointestinal: Anorexia, Náuseas, dificultad para la deglución.

Genitourinario: Líbido ausente desde hace aproximadamente una semana.

Neuromuscular: Dolor y debilidad de masas musculares, que dificultan la adopción de la posición de pie.

Columna Vertebral: Dolor en región lumbar.

EXAMEN FISICO

Pulso 90; Temperatura 38°. P. A. 100/60.

Cabeza: Cabello entrecano, bien distribuído.

Cara: Simétrica, expresión dolorosa.

Oídos: N. de P.

Nariz: N. de P.

Ojos: Conjuntivas congestionadas, pupilas mióticas, reflejos perezosos.

Cuello: Rigidez de nuca.

Tórax: Simétrico.

Pulmones: Estertores gruesos diseminados en ambos campos.

Corazón: Taquicardia.

Abdomen: Simétrico, abarquillado, ligera resistencia muscular.

Hígado: Dentro de sus límites normales.

Bazo: N. de P

Riñones: N. de P.

Extremidades Inferiores: Masas musculares sensibles, flácidas.

Columna Vertebral: Rigidez notable que dificulta los movimientos de flexión y extensión del tronco.

Neuromuscular: Rigidez de la nuca y Columna Vertebral. Kernig y Brudzinski Positivos.. Babinski insinuado en lado izquierdo

RESUMEN: Paciente en la quinta década de la vida cuyo padecimiento se inicia hace ocho días con fiebre continua, elevada, diaforesis intensa, cefalea, dolor y rigidez de la nuca y columna vertebral, tos productiva, anorexia; náuseas, vértigos, debilidad general. Kernig y Brudzinski positivos. Babinski insinuado en el lado izquierdo. Flaccidez e hipotonía de masas musculares de los miembros, dolor en los mismos.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningitis Subaguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Hematológico;

Eritrocitos.....	3.630.000
Leucocitos.....	10.510
Hemoglobina.....	80%
Hematócrito.....	36 vol. por ciento.

Fórmula Leucocitaria:

Neutrófilos.....	85%
Eosinófilos.....	1 por ciento.
Linfocitos.....	14%

Exámen Serológico:

V. D. R. L.....Negativo

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

AspectoTurbio
Coágulos.....No hay
Pandy.....Positivo
None-Appelt.....Positivo
Proteínas totales..... 42%
V. D. R. L.....Negativo.
Glucosa..... 59 meq.%
Gram y Ziehl-Neelsen..... Negativos

TRATAMIENTO

Punción lumbar, Antibióticos, Suero Glucosado, Vitaminas

CURADO

HISTORIA CLINICA DE MENINGITIS AGUDA

Caso No. 19

Nombre: M. S. C. R.

Edad: 25 años,

Origen: Talanga, Depto. de Francisco Morazán.

Domicilio: Tegucigalpa. D. C.

Estado Civil: Soltera.

Ocupación: Oficios Domésticos.

Fecha de ingreso: 9 de marzo de 1961.

Fecha de Salida: 29 de marzo de 1961.

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Cefalea y Fiebre.

Enfermedad Presente: Paciente que desde hace ocho días viene padeciendo de cefalea intensa, que se calma con analgésicos, es difusa pero más intensa en regiones occipital y frontal. Fue precedida de síntomas gripales, vómitos explosivos, mareos, fiebre intensa que se inició con escalofríos, dolores articulares en miembros inferiores principalmente, que le dificultaban la marcha.

Tratamiento Anterior: Mejoral y Tisanas.

Enfermedades Anteriores: Sarampión, Parotiditis, Varicela, Tos Ferina.

Historia Hospitalaria: Tres veces interna en el Servicio de Maternidad de este Hospital.

Historia Familiar: Padres sanos aparentemente. Tiene 5 hijos, sanos, el menor tiene 9 meses.

Medio Ambiente: Casa de cemento, agua potable. No hay servicios sanitarios.

REVISION DE SINTOMAS:

Cabeza: Cefalea intensa

Ojos: Visión turbia desde el comienzo de su afección.

Nariz: N. de P.

Boca: N. de P.

Cuello: Envaramiento de la nuca.

Cardiorrespiratorio: N. de P.

Gastrointestinal: Vómitos acuosos, violentos.

Extremidades: Dolores articulares.

Piel: N. de P.

Génitourinario: Leucorrea.

EXAMEN FISICO

Paciente en la tercera década de su vida, asténica, mal nutrida, excitada, ligera obnubilación, adopta el decúbito lateral izquierdo con los miembros flexionados. Pulso 100; P. A. 115/70; Temperatura 37°; Respiraciones: 20. Cráneo: Simétrico, no hay exóstosis, hipersensible.

Cara: Facies acongojada.

Ojos: Estrabismo interno bilateral, pupilas de forma y tamaño normales. reflejos perezosos.

Oídos: N. de P.

Nariz: Dolor a la palpación en la base de la misma.

Boca: Higiene pobre, lengua saburral, caries dentaria.

Cuello: Rigidez de la nuca

Tórax: Simétrico, expansión respiratoria disminuída.

Abdomen: Doloroso en hipogastrio y fosas ilíacas.

Extremidades: N. de P. Ganglionar: N. de P.

Neuromuscular: Hiperreflexia tendinosa en miembros. Hay clonus. Reflejo de Babinski insinuado.

RESUMEN: Paciente que desde hace ocho días aqueja cefalea intensa que fue precedida de síntomas gripales, vómitos explosivos, mareo fiebre intensa, dolores articulares que le imposibilitan la marcha. Al examen físico se encuentra: paciente asténica, desnutrida, hiperexcitada, obnubilada, expresión del rostro dolorosa, posición en gatillo de escopeta. Presenta estrabismo interno bilateral, reflejos pupilares perezosos, Rigidez de la nuca, hiperreflexia tendinosa en miembros, hay clonus y Babinski insinuados.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningitis aguda.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Aspecto	Turbio
Coágulos	Hay.
Células por mm ³	452

Fórmula Citológica

Neutrófilos.....	80 %
Linfocitos.....	20 por ciento.
Pandy.....	Positivo.
None-Appelt	Positivo.
Proteínas Totales.....	268 mgrs. por ciento.
Cloruros.....	106 meq. L.
Glucosa.....	23 mgs.%
Gram y Ziehl Neelsen.....	Negativo.

Hematológico:

Eritrocitos por mm ³	3.300.000
Leucocitos.....	10.700
Hematócrita.....	38 vol. por ciento.
Neutrófilos	78%

Eosinófilos..... 1 por ciento.
Monocitos..... 1%
Linfocitos..... 20%
V. D. R. L.....Negativo.

Química Sanguínea:

Nitrógeno no proteico..... 27.5 mgrs.
Glucosa..... 104 mgrs.%
Creatinina..... 1.30 mgrs. por ciento.

MICROBIOLOGICO:

Cultivo por piógenos.....Negativo

TRATAMIENTO

Punción lumbar, Antibióticos, Sueros Salinos, Vitaminas Sedantes.

CURADA.

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

CASO No. 20

Nombre: P. S.
Edad: 20 años.
Origen: Colinas.
Domicilio: Santa Bárbara.
Estado Civil: Casada.
Ocupación: Tejedora de Junco.
Fecha de ingreso: 20 de enero de 1959.
Fecha de Salida: 22 de febrero de 1959.
Hospital Santa Bárbara

ANAMNESIS

Síntoma Principal: Fiebre, dolor de garganta.
Enfermedad Presente: Paciente que desde hace seis días empezó a quejarse de dolor y ardor de garganta que le dificultaban la deglución acompañados de cefalea intensa, malestar general y fiebre continua con pequeñas oscilaciones diarias. Le han estado aplicando Penicilina con la cual bajó la fiebre, presentándose en seguida decaimiento y luego hiperexcitación con trastornos de conducta, hablando incoherencias y entrando en estado de sopor.

Enfermedades Anteriores: Sarampión, Varicela, Paludismo, Tos Ferina en su infancia. Adulto, ha sido sana.
Historia Familiar: Sin importancia.
Revisión de Síntomas: No hay dato.

EXAMEN FISICO

Paciente en estado semicomatoso. Temperatura 36° 8'. Pulso 90; P. A. 100/60. Responde a estímulos externos con movimientos de defensa y abriendo exageradamente los ojos.

Cráneo: Exploración muy dolorosa.

Cara: indiferente.

Ojos: Pupilas midriáticas, anisocóricas, reacción perezosa a la luz y a la acomodación

Nariz: N. de P.

Boca: Lengua saburral, rinofaringe congestionada, abundantes flemas llenan la cavidad y pared posterior de la faringe.

Cuello: Rigidez de la nuca.

Tórax: Simétrico.

Corazón: No hay ruidos sobreañadidos.

Pulmones: Respiración estertorosa. Ne se puede practicar debidamente el examen

Abdomen: Simétrico, ligera resistencia muscular.

Intestinos, Hígado y Bazo: N. de P.

Génitourinario: Vejiga distendida por orina que se extrae con sonda (600 cc.)

Extremidades: N. de P.

Neuromuscular: Rigidez de la nuca y raquis Kernig positivo: Reflejos patelares exagerados. Aquileo lo mismo. Todos los reflejos tendinosos aumentados. Reflejo fotomotor, perezoso. Conjuntival aumentado. Plantar o Babinski esbozado. Sensibilidad dolorosa aumentada.

RESUMEN: Se trata de una paciente cuyo padecimiento comienza como una Faringitis Aguda, con fiebre inicial de 38° 5, que baja a lo normal con antibióticos.

Horas más tarde hay hiperexcitación notable, lenguaje incoherente, entrando luego en estado de sopor respondiendo sin embargo, a los estímulos externos con movimientos de defensa. Al examen físico se encuentra Estado semiinconsciente, Pulso 90; Respiraciones 22; P. A. 100/60. Reflejos tendinosos exagerados, rigidez de nuca y raquis, pupilas midráticas, anisocóricas, reacción perezosa a la luz y a la acomodación, Kernig positivo. Babinski insinuado.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular:

Glóbulos Rojos.....	4.500.000
Leucocitos.....	11.750
Hemoglobina.....	80 %
Valor Globular.....	0 8

Fórmula Leucocitaria:

Polinucleares Neutrófilos.....	82%
„ eosinófilos.....	0
„ Basófilos.....	0
„ Monocitos.....	1%
Linfocitos.....	17%

ORINA:

Aspecto.....	Turbio
Color.....	Amarillo.
Densidad.....	1013
Reacción.....	Acida.
Albumina.....	Fuertes trazas,
Glucosa.....	++++
Hematócrito.....	42 Vol. %

QUIMICA SANGUINEA

Urea	0.087 grs%
Nitrógeno no proteico.....	0.205 „
Potasio.....	5.3 meq. L (20 mgs.)
Cloruros Totales ..	124 meq L (725 mgs.%)
Sodio.....	131.8 meq. L (303mgs.%)

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Color.....	Muy ligero amarillo.
Aspecto.....	Turbio
Células	400 mm ³
Albúmina.....	640 mgs.
Glucosa	60 mgs.
Cloruros.....	712.5 mgs. %
Pandy.....	+++
None Appelt.....	++

HEMOCULTIVO.....Negativo.

CULTIVO DE EXUDADO FARINGEO Cocos Gram negativos.

Radiografía de Tórax. No hay evidencia de patología del parénquima pulmonar.

Cráneo. No hay signos de lesión ósea. No se observa síndrome hipertensivo.

TRATAMIENTO

Punción lumbar, Sueros Glucosado, Fisiológico y Mixto; Antibióticos, Cortisona, Diuréticos, Sedantes, Fisioterapia

CURADA.

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

Caso No. 21

Nombre: F. A. C.

Edad: 26 años

Sexo Masculino.

Origen: Tegucigalpa, D. C.

Domicilio: Santa Bárbara.

Estado Civil: Soltero.

Profesión: Médico.

Fecha de ingreso: 23 de diciembre de 1961.

Falleció: 27 de diciembre de 1961.

Hospital Santa Bárbara.

ANAMNESIS

S. P. Tos, fiebre y escalofríos.

Enfermedad Presente: Desde hace cinco días acusa quebrantamiento general, seguido inmediatamente de catarro nasal y tos. Al mismo tiempo se agregó a la sintomatología anotada fiebre. Hoy por la mañana se inician escalofríos intermitentes, acompañados de temblor en miembros inferiores, que le impide mantenerse en pie. No hay trastornos gastrointestinales. Se ha estado automedicando analgésicos, antihistamínicos, limonadas calientes. En vista de sentirse muy mal, decide internarse.

Horas más tarde hay hiperexcitación notable, lenguaje incoherente, entrando luego en estado de sopor respondiendo sin embargo, a los estímulos externos con movimientos de defensa. Al examen físico se encuentra Estado semiinconsciente, Pulso 90; Respiraciones 22; P. A. 100/60. Reflejos tendinosos exagerados, rigidez de nuca y raquis, pupilas midráticas, anisocóricas, reacción perezosa a la luz y a la acomodación, Kernig positivo. Babinski insinuado.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Aguda.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Glóbular:

Glóbulos Rojos.....	4.500.000
Leucocitos.....	11.750
Hemoglobina	80 %
Valor Glóbular.....	0 8

Fórmula Leucocitaria:

Polinucleares Neutrófilos.....	82%
,, eosinófilos	0
,, Basófilos.....	0
,, Monocitos.....	1%
Linfocitos	17%

ORINA:

Aspecto	Turbio
Color.....	Amarillo.
Densidad.....	1013
Reacción.....	Acida.
Albumina.....	Fuertes trazas,
Glucosa.....	++++

Hematócrito.....42 Vol. %

QUIMICA SANGUINEA

Urea	0.087 grs%
Nitrógeno no proteico.....	0.205 „
Potasio.....	5.3 meq. L (20 mgs.)
Cloruros Totales	124 meq L (725 mgs.%)
Sodio	131.8 meq. L (303mgs.%)

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Color.....	Muy ligero amarillo.
Aspecto.....	Turbio
Células	400 mm ³
Albúmina.....	640 mgs.
Glucosa	60 mgs.
Cloruros.....	712.5 mgs. %
Pandy	++++
None Appelt.....	++

HEMOCULTIVO.Negativo.

CULTIVO DE EXUDADO FARINGEO Cocos Gram negativos.

Radiografía de Tórax. No hay evidencia de patología del parénquima pulmonar.

Cráneo. No hay signos de lesión ósea. No se observa síndrome hipertensivo.

TRATAMIENTO

Punción lumbar, Sueros Glucosado, Fisiológico y Mixto; Antibióticos, Cortisona, Diuréticos, Sedantes, Fisioterapia

CURADA.

HISTORIA CLINICA DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

Caso No. 21

Nombre: F. A. C.

Edad: 26 años

Sexo Masculino.

Origen: Tegucigalpa, D. C.

Domicilio: Santa Bárbara.

Estado Civil: Soltero.

Profesión: Médico.

Fecha de ingreso: 23 de diciembre de 1961.

Falleció: 27 de diciembre de 1961.

Hospital Santa Bárbara.

ANAMNESIS

S. P. Tos, fiebre y escalofríos.

Enfermedad Presente: Desde hace cinco días acusa quebrantamiento general, seguido inmediatamente de catarro nasal y tos. Al mismo tiempo se agregó a la sintomatología anotada fiebre. Hoy por la mañana se inician escalofríos intermitentes, acompañados de temblor en miembros inferiores, que le impide mantenerse en pie. No hay trastornos gastrointestinales. Se ha estado automedicando analgésicos, antihistamínicos, limonadas calientes. En vista de sentirse muy mal, decide internarse.

Antecedentes Personales: Sin importancia. Hace dos meses presentó apatía y cierto grado de stress a raíz de un problema con una mujer de baja categoría.

Antecedentes Hereditarios: Sin importancia.

EXAMEN FISICO. Paciente adulto, joven que contesta bien el interrogatorio, de constitución delgada, tipo longilíneo. Temperatura 38°; Pulso 120; P A 100/60. Resp. 24.

Cabeza: N. de P.

Nariz Franca rinorrea.

Boca N. de P.

Cuello: N. de P.

Tórax: Amplitud respiratoria conservada.

Pulmones: Estertores Bronquiales esporádicos en ambos campos.

Corazón: Ritmo normal, Apex en 5° espacio intercostal izquierdo, línea medioclavicular, no se escuchan soplos.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, no hay epato ni esplenomegalia.

Sistema Ganglionar: Negativo.

Sistema Nervioso: Reflejos patelares y oateotendinosos en general muy vivos. No hay signo de Babinski.

RESUMEN: Paciente que ingresa con Estado Gripal y fiebre. Al día siguiente de su ingreso presenta escalofrío intenso, fiebre continúa con tendencia a subir, habla incoherencias, el temblor de los miembros inferiores se hace más pronunciado, hay hemiparesia de los mismos. Horas más tarde presenta convulsión con contradicciones clónicas y tónicas que se repiten en dos ocasiones entrando en estado de coma. Hay signo de Babinski bilateral, Rigidez de la nuca. Hiperreflexia tendinosa. Reflejos cutáneos abolidos. Período apneico que cedió con respiración artificial y Analépticos. Al día siguiente, se repiten las convulsiones. Se establece respiración de Cheyne-Stokes y el paciente fallece.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Meningoencefalitis Fulminante.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Recuento Globular:

Glóbulos Rojos	4.320.000
Glóbulos Blancos	23.300
Hematócrito	49 mm
Eritrosedimentación ¹	50 mm

FORMULA LEUCOCITARIA

Neutrófilos	73%
Eosinófilos.....	1%
Linfocitos.....	26%

No se practicó estudio cotoquímico del LIQUIDO CEFALO RA-
QUIDEO.

TRATAMIENTO

Antibióticos, Analépticos, Sedantes, Cortizona, Sueros
Glucosado y de Ringer, Oxígeno, Aspiración de Mucosi-
dades, Sonda vesical permanente.

MUERTO.

CUADRO No. 1

DATOS GENERALES

EDAD	0-1 año	2 a 6 años	7 a 13 años	Adultos
No. de Casos	2	3	5	11
Femenino	1	1	2	4
Masculino	1	2	2	7

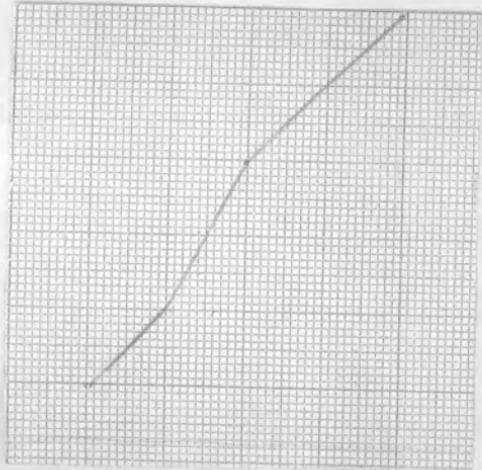
CUADRO No. 2

INCIDENCIA DE 1959 - 1964

HOSPITAL	No. de Casos	1959	1960	1961	1962	1963	1964
Hosp. Gen. S. Felipe	135	30	29	24	22	20	10
Hospital S. Bárbara.							
Hospital del Sur							

CONCLUSIONS

1. The frequency of the oscillations of the pendulum is independent of the amplitude of the oscillations.
2. The period of the oscillations is independent of the mass of the pendulum.
3. The period of the oscillations is proportional to the square root of the length of the pendulum.



BIBLIOGRAFIA

1. M. L. D. M. - 1950
2. T. L. D. M. - 1950
3. T. L. D. M. - 1950
4. T. L. D. M. - 1950

CONCLUSIONES

- 1.---La Meningitis o Meningoencefalitis Meningocócica, es una enfermedad infecciosa que se presenta en diversas regiones de nuestro país, con carácter endémico.
2. Su endemicidad es favorecida por las pésimas condiciones higiénicas y precaria situación económico-social de nuestro pueblo.
3. Es preponderante en algunas regiones como el departamento de Santa Bárbara, cuyo clima es malsano y la mayor parte de su suelo árido y dedicado en gran porcentaje al cultivo del junco; la industria de éste favorece a las clases acomodadas, pero no al pueblo, al que la mano de obra le es remunerada miserablemente.
4. Es notable la indiferencia de las autoridades para tratar de elevar el nivel de vida de los pueblos alejados de la Capital.
5. Los Pasantes de Medicina, al ir a cumplir su servicio social, deben tener la garantía de que si sufren quebrantamiento por enfermedad o trauma hallándose en el desempeño de sus funciones serán inmediatamente atendidos por las Autoridades respectivas de la Facultad. Evitándose que se repita el doloroso caso del inolvidable Compañero y Amigo Dr. Francisco Collart. QDDG

BIBLIOGRAFIA

1. Medicina Interna. Bañuelos
2. Patología y Clínica Médica. Meakins
3. Tratado de Medicina Interna. Cecil
4. Modernas Actuaciones Clínicoterapéuticas. F. K. Albretch
5. Lecciones de Patología Médica. C. Jiménez Díaz
6. L' Encephalite Lethargique. Prof. Achard

PROPOSICIONES

1. Carcinoma de cuello uterino
2. Eclampsia
3. Principales Alcaloides del Opio