

MENINGITIS A NEUMOCOCO POSTTRAUMÁTICA
PENICILINA - CURACION

Dr. Rogelio A. Beloso

Accediendo a un amable pedido del señor secretario de la Sociedad de Cirugía Dr. A. Loubejac, traemos este pequeño aporte a la reunión de hoy, sin otro fin que contribuir a la casuística nacional, sobre los éxitos atribuibles a la penicilina; por lo demás fuera del feliz resultado obtenido en este caso con la medicación descubierta por Fleming, nada hay en él de interesante, como para ocupar la atención de los oyentes.

Historia clínica. — Sanatorio Español, N° 52.846. J. F. L., oriental de 14 años de edad, el domingo 22 de octubre de 1944, a las diez de la mañana, en circunstancias en que jugaba al football, sufrió un traumatismo directo sobre la región fronto-nasal, seguido de epistaxis y ligero desvanecimiento. Se recobró pronto, retirándose a su domicilio por sus propios medios; almorzó ligeramente y se acostó durmiendo un par de horas. Despertó con dolor de cabeza y tumefacción creciente de la región traumatizada; la epistaxis había cesado. Tomó un comprimido de aspirina y comenzó a aplicarse paños de salmuera tibios sobre la parte enferma, al mismo tiempo que, por consejo de sus familiares, lavó también con salmuera sus fosas nasales, con el objeto de disminuir su inflamación. A la hora 7 del día siguiente al levantarse para concurrir a su trabajo se encuentra mareado y con estado nauseoso; permanece levantado hasta las diez de la mañana; a esa hora aparecen escalofríos, fiebre y vómitos; gana la cama y solicita la presencia del médico. Concorre el traumatólogo Dr. E. Pratt quien decide su internación en el sanatorio y la obtención de una placa de cráneo. Lo veo a las 18 horas en mi calidad de cirujano de guardia del C. de A. El enfermo se encuentra en coma febril, con 40° de temperatura, rigidez acen-

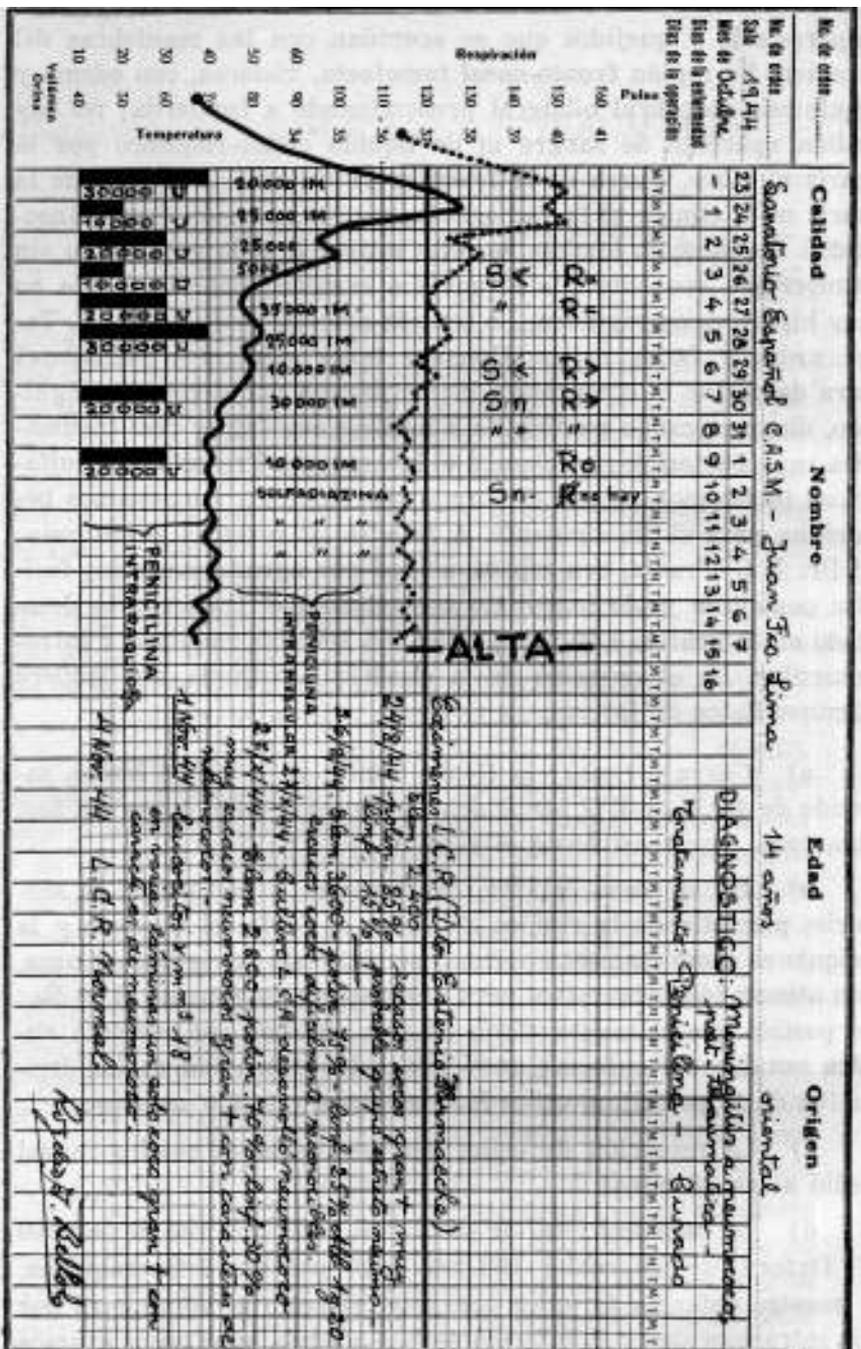
— ada de nuca, y de la columna (signo del leño de Netter), gran hiperestesia y quejidos que se acentúan con las maniobras del examen. La región fronto-nasal tumefacta, violácea, con edema y equimosis palpebral bilateral predominando a izquierda; no hay salida aparente de sangre ni de líquido céfalo-raquídeo por la nariz ni oídos. Fuera de la fractura de los huesos propios de la nariz ni la clínica ni la radiografía muestran lesión ósea-cráneo-facial. La punción lumbar permite retirar líquido enturbiado sin hemorragia aparente que se envía a examen; aparentemente no hay hipertensión raquídea. La tensión arterial es de $14\frac{1}{2}$ y 7. Taquicardia y facies rojizo. Creemos tener elementos suficientes para descartar la compresión intracraneana por derrame sanguíneo, diagnosticando meningitis o meningoencefalitis post-traumática cuya bacteriología aclarará el laboratorio. Prescribimos sulfatiazol intravenoso, suero clorurado hipertónico y gestionamos penicilina para el día siguiente. A la hora 23 revemos al enfermo; el Dr. J. C. Pravia, con espontaneidad que agradecemos nos facilita penicilina y, de inmediato comenzamos el tratamiento detallado en la gráfica adjunta, empleando las vías raquídea e intramuscular. La observación de la cuadrícula adjunta nos sugiere algunos datos de interés.

a) *Curva térmica*: la fiebre remite ya a las 36 horas, cayendo de $40^{\circ} \frac{1}{5}$ a $37^{\circ}2$ lográndose la apirexia en el curso del 3er. día, para seguir así hasta el final.

b) En el curso del 3er. día empieza a recobrase el sensorio, persistiendo la rigidez de nuca; al 7º día el sensorio y la psiquis es completamente normal, persistiendo la rigidez de nuca, con atenuación progresiva, para desaparecer totalmente el 9º día; es posible que el mantenimiento de este síntoma con mejoría clínica notable del enfermo, responda a la pretendida acción irritativa de la penicilina sobre las meninges y tejido nervioso.

c) La retención de orina que acompañó al cuadro inicial cedió a las 48 horas.

d) La cantidad total de penicilina inyectada fué de 365.000 U. Oxford, de las cuales 160.000 U. O. por vía intrarraquídea, a nuestro entender la única operante; el resto se administró por vía intramuscular y el enfermo recibió además unos pocos gramos



de sulfadiazina por vía oral (12 grs. en total sumados al sulfatiazol que recibió al comienzo del tratamiento).

e) Los exámenes de L. C. R. efectuados por el Prof. Estenio Hormaeche dieron:

24-X-44. — Elem., 2.400; Polin., 85 %; Linf., 15 %; escasos cocos Gram positivos, muy probable grupo estrepto-neumo.

26-X-44. — Elem., 3.600; Polin., 75 %; Linf., 25 %; Albúm., 1,20; escasos cocos Gram difícilmente reconocibles.

27-X-44. — Cultivo del L. C. R.: desarrolló neumococos.

27-X-44. — Examen: Elem., 2.800; Polin., 70 %; Linf., 30 %; muy escasos cocos Gram, con caracteres de neumococo.

1-XI-44. — Leucocitos por mm. 3,18. Examinadas varias láminas, se encuentra un sólo coco Gram con caracteres de neumococo.

4-XI-44. — L. C. R. normal.

f) Como interpretación etiopatogénica: presumiblemente al hacer sus lavados con agua salada, el enfermo trasladó las bacterias de sus fosas nasales a través del etmoides fracturado contaminando el espacio subaracnoideo y determinando la aparición de la meningitis, después de un largo intervalo, transcurrido desde el traumatismo recibido y la aparición de los signos y síntomas meníngeos.

