

Año XII



NUMERO 135

REVISTA MEDICA

DE COSTA RICA

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS
Y DEL CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS "MORENO CAÑAS"

Director:
DR. JOAQUIN ZELEDON

Secretario de Redacción
Dr. E. GARCIA CARRILLO

CUERPO CONSULTIVO:

Dr. SOLON NUÑEZ
Secretario de Estado en el Despacho
de Salubridad Pública y Protección
Social.

Dr. ANTONIO FACIO U.
Presidente de la Facultad de Medicina

Dr. A. PEÑA CHAVARRIA
Director del Hospital San Juan de
Dios.

Sumario:

	Pág.
I.—Editorial	455
II.—Congreso Médico Nacional	458
III.—Las causas raras de enfermedades del corazón en Costa Rica, vistas a través de 18 años de autopsias y 7 de clínica, por el Dr. E. García Carrillo	463
IV.—Consideraciones generales sobre la meningitis en Costa Rica, durante los últimos años, por los Dres. F. Coto Chacón y M. Zamora Rojas	466
V.—Informaciones Médicas	470

SAN JOSE, COSTA RICA

JULIO DE 1945

DIRECCION Y ADMINISTRACION

Calle 2ª entre avenidas 2ª y 4ª

Apartado 978 - Teléfono 2920

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

TOMO VI

San José, Costa Rica, Julio de 1945
No. 135

AÑO XII

Editorial

Los cien años del Hospital San Juan de Dios.

El día 23 de Julio a las 17 horas tuvo lugar la inauguración celebración de acontecimiento tan trascendente en la vida de Costa Rica, la Junta de Protección Social de San José organizó homenajes y actos simbólicos, de los cuales nos permitimos hacer una resumida narración.

Inauguración de la Biblioteca

El día 23 de Julio a las 17 horas tuvo lugar la Inauguración del nuevo local de la Biblioteca Médica del Hospital. Lujoso y confortablemente acondicionado, el salón de lectura presentaba un aspecto magnífico. Una selecta concurrencia daba mayor realce al acto. El presidente del Comité Directivo, Dr. C. Sáenz H. agradece y saluda a los concurrentes y cede la palabra al Dr. E. García C. quien expone, con claridad de concepto, el origen y trayectoria de la Biblioteca y la labor llevada a cabo por el Comité Directivo. Su discurso cosechó nutridos aplausos. Siguió en uso de la palabra la Srta. A Gótzcher, competente técnica bibliotecaria bajo cuya dirección se ha llevado a feliz término la clasificación y catalogación de libros así como el debido acondicionamiento de la moderna Biblioteca. Con frase sencilla explicó el sistema empleado en la confección de ficheros. Dijo, que prescindió de la clasificación Decimal, — por la que tanto abogó el Dr. Zeledón, por tratarse de una biblioteca especializada y hubo de adoptar el Alfabético que le fue aconsejado por técnicos bibliotecarios norteamericanos.

El Dr. Solón Núñez hizo hincapié sobre las bibliotecas ambulan-

tes que pudo observar en California y que funcionan con gran éxito. Por desgracia en nuestro medio su implantación resulta casi imposible debido a la falta de duplicados.

Banquete ofrecido por la Junta de Protección Social de San José a los médicos visitantes y al Cuerpo Médico del Hospital San Juan de Dios, en el Club Unión de San José.

En este suntuoso acto reino la más franca cordialidad y camaradería. El discurso de ofrecimiento pronunciado por el Presidente de la Junta de F. S. St. A. Orruño fue muy bien recibido. A su turno dijeron oportunas palabras los delegados de Estados Unidos, de Argentina, Colombia, Cuba, Panamá y el Salvador.

Homenaje a la memoria de tres grandes servidores del Hospital San Juan de Dios

El 24 de Julio a las 8 horas tuvo lugar el descubrimiento de los bustos de tres grandes hombres que sirvieron con acendrado cariño los fines altruistas de la Institución. Fueron ellos: El Lic. Cleto González V., Lic. Alberto Echandi M. y el hombre de negocios Mr. John M. Keith.

Ante los monumentos erigidos en el propio recinto del Hospital, una nutrida concurrencia se congregó en imponente acto solemne. Sentidos y elocuentes discursos fueron pronunciados por los Miembros de la Junta de P. S. de San José. Srs. Fernando Valverde, A. Orruño y Lic. M. A. González, recordando los rasgos biográficos y los grandes servicios prodigados desinteresadamente a la comunidad por esos tres benefactores.

Nota simpática la dieron las alumnas de la Escuela de Enfermería que acompañadas de una Orquesta cantaron el primer Himno del Hospital S. J. de Dios, cuya letra reproducimos para finalizar esta reseña.

J. Z.

HIMNO HOSPITAL SAN JUAN DE
DIOS

En su Centenario 1845-1945.

Por. Carlomagno Araya
Música de Julio Fonseca.

Coro.

Con su adusto perfil centenario,
nuestro hermoso y querido hospital
es a modo de noble santuario,
donde yergue el RABÍ del Calvario
su figura piadosa y triunfal.

Esta casa compendia un anhelo
de servicio, de bien y de amor.
Aquí oficia sus ritos el Cielo
y aquí encuentra refugio y consuelo
quien padece en su carne el dolor.

Solo.

El doctor con su ciencia razona
y en la fé que debemos seguir
es la "Hermana" quien dá la corona,
mientras toda enfermera pregon
su admirable consigna: servir.!

Congreso Médico Nacional

(Celebrado el 24 de Julio de 1945 con motivo del Centenario del Hospital San Juan de Dios)

El Sr. Presidente del Colegio de Méd. y Ciruj. de Costa Rica, Dr. A. Facio, abre el acto pronunciando un conceptuoso discurso que inicia dando la bienvenida a todos los congresistas y abordando temas de interés general para la medicina.

Poliomielitis en Costa Rica Epidemia del año 1944

Dr. Solón Núñez

Lee un instructivo trabajo que se refiere al brote epidémico que azotó al país en 1944. Plantea algunas cuestiones de índole epidemiológica tales como el cierre escolar durante las epimemias y el papel de la mosca como agente vector de contagio.

Comentarios

El Coronel Cox, del Servicio de Sanidad de los EE. UU. en la Zona del Canal de Panamá, dijo: hay poco nuevo sobre la poliomyelitis. El papel de la mosca es indiscutible pero, ¿por qué no hay brotes en sitios donde hay moscas continuamente? La modalidad epidemiológica es muy semejante entre el sarampión y la poliomyelitis. Las epidemias siguen la dirección de los caminos y rutas. La transmisión indirecta es frecuente. Cultivos hechos con material recogido de uñas y dientes de estudiantes, revelaron la presencia de B. Coli y otros virus. Los portadores de gérmenes de poliomyelitis inaparente son una realidad. La premura del tiempo le impide extenderse más sobre el vasto tema.

Aspectos ortopédicos de la Poliomyelitis

Mayor Dr. Irving Redler.

Hace una documentada exposición sobre el tratamiento ortopédico que a su juicio es aconsejable en la poliomyelitis.

Comentarios.

Dr. Alfaro (Panamá), insiste sobre la importancia de que el ortopeda examine al enfermo una vez que el diagnóstico ha sido establecido. La actuación concomitante del internista y el cirujano es indispensable para atacar eficazmente la enfermedad. Considera de gran interés poseer aparatos mecánicos de soporte, adecuados e individuales. Sin ellos el tratamiento es deficiente y fracasa. Bien comprende las dificultades que deben existir en Costa Rica para conseguirlos o fabricarlos. En Panamá confrontamos los mismos problemas que aquí. Se impone una orientación en el sentido de especializar obreros mecánicos que puedan construir aparatos para ambos países y así, que sean borradas nuestras fronteras en el campo de la Medicina entre las dos Repúblicas Hermanas. (Aplausos).

Dr. Fernando Pinto, Jefe del Servicio de Ortopedia del Hospital S. J. de D. (Costa Rica) se expresó en el mismo sentido que el Dr. Alfaro y agregó que realmente carecemos de medios ortopédicos adecuados en Costa Rica para tratar una poliomielitis. Cuando el Dr. Gilly nos visitó, obsequió unos aparatos ofreciéndonos además hacer gestiones para colocar un obrero costarricense en alguna fábrica norteamericana donde aprendiese a construirlos. Por desgracia, por motivos de la guerra, la oferta no se llevó a cabo, pues el acero quirúrgico era naturalmente destinado a las necesidades bélicas. Conceptúa que el proyecto del Dr. Alfaro es inmejorable y a su juicio nadie más indicado que el propio Director del Hospital, Dr. Peña Chavarría, para cristalizar la idea.

Dr. A. Peña Chavarría, Director del Hospital San Juan de Dios, manifiesta que la sugerencia del Dr. Alfaro, secundada por el Dr. Pinto, tiene toda su simpatía. Dentro de mis posibilidades me interesaré para que en su oportunidad y cuando desaparezca el ardor bélico que invade el mundo, sea una realidad. Las palabras del Dr. Alfaro me han emocionado porque vamos por el camino de la comprensión al cerciorarnos que hay igualdad de fines y problemas sanitarios entre Panamá y Costa Rica, circunstancia ésta que da pie para que sean los gremios médicos los llamados a borrar sus fronteras. (Aplausos)

Dr. H. Cuevillas insiste sobre un pronunciamiento del congreso respecto al cierre escolar durante las epidemias de poliomielitis.

Dr. Cox,

Si hemos de atenernos a lo que sabemos sobre la epidemiología

de la Parálisis Infantil, las escuelas podrán permanecer abiertas ya que por medio de ellas podrá obtenerse una labor de colaboración en lo concerniente a divulgar nociones de higiene y consejos que sirvan para oponer al contagio. Ni aún el aislamiento más completo ha podido impedir la diseminación poliomiélica.

Cirugía radical del cáncer del estómago

Dr. Jaime de la Guardia
(Panamá)

Con palabra fácil expone el Dr. de la Guardia su experiencia en gastrectomías totales por cáncer del estómago. Basa su estudio en siete casos (cinco hombres y dos mujeres) en los que intervino sin letalidad operatoria inmediata. Aún no se conocen los resultados tardíos que son los que dirán si esta operación deberá generalizarse. Es preciso advertir que el preoperatorio será meticuloso. Las indicaciones operatorias son formales y pueden resumirse así: el cáncer debe estar localizado en el estómago y éste órgano tener la suficiente movilidad para dar cabida a las anastomosis operatorias. El objeto de la intervención es mejorar la condición vital en cánceres avanzados. El máximo de duración de los operados es de cuatro años. Los trabajos de Pack han demostrado que el estómago no es un órgano esencial. Sin embargo, Mayo reporta anemias graves en gastrectomizados totalmente. Experiencias posteriores de la Escuela de Michigan concluyeron probando que esas anemias Hipocrómicas son originadas por perturbaciones en el metabolismo del hierro, quizá por anaclohidria consecutiva.

Seguidamente el Dr. de la Guardia hizo proyectar una película de una gastrectomía total efectuada por él. Plácenos consignar la perfección del film desde todo punto de vista. La nitidez de los cuadros, el colorido y disposición perfecta de los cirujanos, hacen de esta película una verdadera obra maestra.

Dr. C. L. Velepuede, Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital San J. de Dios (San José, congratula al Dr. de la Guardia por su brillante exposición y sintetiza su concepto sobre el colega diciendo: "tiene clínica y técnica perfectas".

Dr. J. M. Quirce, solicita informes sobre el post operatorio.

Dr. de la Guardia.

En los primeros días todo se reducirá a transfusiones de sangre

diarias o en su defecto, plasma, para combatir la proteinemia. Sueros glucosado y fisiológico. Acido ascórbico 300 mlgr. por día. Cloruro de tiamina 100 mlgr. por día. Es importante la posición del operado el cual deberá conservar levantados los pies durante los primeros días a fin de evitar tracciones sobre las anastomosis. La sonda se retira a las 48 horas.

Dr. C. L. Valverde. En Costa Rica no se ha practicado ninguna gastrectomía total: Ignoro el por qué; los cancerosos que nos llegan al Hospital son casi todos inoperables. La razón es bien conocida de todos los médicos costarricenses que me escuchan: carecemos de un organismo que luche eficaz y científicamente contra los tumores malignos. Se impone combatir el flagelo del cáncer desde un punto de vista sanitario, tal como lo hacen otros países.

Dr. M. Fallas (Patólogo del Hospital S. J. de D. San José).

Me adhiero a lo expuesto por el Dr. Valverde. Hace años vengo insistiendo sobre la urgencia de instituir una campaña contra el cáncer en forma eficiente. Poseo una vasta literatura que se me ha enviado de Norteamérica y que pongo a la disposición de los funcionarios a quienes el Gobierno ha puesto al frente del llamado Instituto del Cáncer.

Tratamiento radioterápico del cáncer del cuello uterino

Dr. José Cabezas.

El Jefe del Servicio de Radiología del Hospital S. J. de D., presenta un importante trabajo que ilustra con cuadros estadísticos, curvas, radiografías, y relatos de historias clínicas muy instructivas. Llega a la conclusión de que el único tratamiento aceptable para el cáncer del cuello uterino es el radioterápico. Las intervenciones quirúrgicas están, en consecuencia, contra-indicadas.

Anestesia intravenosa en Obstetricia y Ginecología

Dr. Julio Armando Lavergne.
(Panamá).

Relata su experiencia en anestias intravenosas practicadas en la Clínica Herrick y Hospital de Panamá con Pentotal Sódico.

Dr. G. Vargas Aguilar. En su calidad de Jefe del servicio de A-

nestesias del Hospital S. J. de D., comenta el trabajo del Dr. Lavergne. Apunta algunos inconvenientes y contraindicaciones que ha observado en su práctica hospitalaria en Costa Rica. En cirugía abdominal la anestesia intravenosa por el Pentotal no es, a su juicio, la preferible.

**Organización antivenérea
en la Zona del Canal de Panamá**

Dr. Wesley Cox.

El Coronel Cox, del Servicio de Sanidad de los E. E. U. U., aborda a grandes rasgos el problema venéreo que ha confrontado en la Zona del Canal de Panamá. Detalla la forma y armas que le han servido en la lucha antivenérea empeñada con éxito en la vecina república. Insiste sobre la generalización de los principios básicos de higiene sexual como parte fundamental de la lucha en su aspecto educacional. Termina su exposición relatando su experiencia en el tratamiento de la blenorragia y de la sífilis mediante la aplicación de penicilina combinada con los tratamientos clásicos conocidos.

—00—

A continuación enumeramos los títulos y autores de importantes trabajos presentados al Congreso y cuyos comentarios nos vemos precisados omitir por falta de espacio. Algunos de ellos serán publicados en esta revista conforme la fecha de entrega.

Queratocono Bilateral tratado con trasplantes de Cornea.—*Dr. Alexis Agüero.*

El Banco de Sangre del Hospital San Juan de Dios.—*Dr. Rafael Piedra.*

Investigación sobre los efectos Fisiológicos del Curate.—*Dr. Raúl Paredes.*

Nuestro Morbo Cardíaco.—*Dr. E. García Carrillo.*

La incidencia relativa de la enfermedad valvular reumática en Nueva York y Costa Rica. *Dres.: Marcial Fallas., S. L. Willens., J. M. Pearco.*

Tratamiento moderno de la Lepra.—*Dr. Arturo Moya.*

Efectos indeseables producidos por la terapia de Shocks.—*Dr. Nolin Villalobos.*

J. Z.

Las causas raras de enfermedades del corazón en Costa Rica, vistas a través de 18 años de autopsias y 7 de clínica

Por el Dr. E. García Carrillo *

No se toman en cuenta desde luego, cuatro tipos etiológicos frecuentes: esclerosis, reumatismo, sífilis y cardio pulmonares (1).

La frecuencia de las causas raras de cardiopatía oscila entre 13.8 por ciento en la clientela (500 diagnósticos con electrocardiograma); 11.9 por ciento en las autopsias (7782 protocolos revisados), y pueden repartirse esquemáticamente en tres grupos: 1. causas raras en sí mismas; 2. causas raras en Costa Rica y más frecuentes en otros países; y 3. causas raras en otros países y tal vez relativamente más comunes en Costa Rica.

Causas raras en sí mismas

Tumor del corazón, 2 casos en las autopsias: ruptura de la aorta (no traumática), absceso del miocardio y miocarditis necrótica del puerperio (2), 1 caso de cada una en las autopsias. Pericarditis, 7 casos en las autopsias y 5 casos en clínica. (La calcificación del pericardio es sumamente rara, 2 casos en las autopsias y 1 en clínica). Hubo un caso de cisticercosis del corazón en un sujeto que murió de arteriosclerosis. Los casos de tuberculosis del corazón no figuran en esta estadística por no aparecer como causa directa de muerte. Registramos en clientela 2 casos de alteración electrocardiográfica en miotónicos (3), 5 casos de hipertrofia del corazón en adultos jóvenes de causa desconocida (4, 12), y 1 caso de hemocromatosis con envolvimento cardíaco (5).

Causas más frecuentes en otros países

Infiltración grasa del miocardio, 1 caso en las autopsias. En cli-

* Informe leído en una reunión del "Centro de Estudios Médicos Moreno Cañas".

** Con la cooperación del personal del Departamento de Anatomía Patológica y de Estadística del Hospital San Juan de Dios.

nica se registraron 6 (dos de ellos dudosos). Afecciones congénitas del corazón, 7 casos en las autopsias y 21 casos en clínica. Endocarditis bacteriana secundaria, 22 casos en las autopsias y 3 casos en clínica. La endocarditis bacteriana secundaria es relativamente excepcional en clientela: 0.6 por ciento. White (6), da una incidencia de 1 a 2 por ciento de todas las cardiopatías. Las afecciones congénitas resultan ser menos de 1 por ciento en las autopsias, señalando White una frecuencia mayor (1.33 por ciento). Las afecciones del corazón relacionadas con la enfermedad de la tiroides se observaron únicamente en clientela: 3 casos con hipotiroidismo y 10 con hipertiroidismo, 9 de los últimos fueron mujeres. Se reconoce en efecto, que las características de Costa Rica no son las que se encuentran en países en donde es frecuente el bocio con hipertiroidismo (7).

Causas más raras en otros países

Se trata esencialmente de las afecciones cardíacas relacionadas con la desnutrición. Este grupo de autopsias ha sido revisado de acuerdo con una interpretación moderna (8, 9), siendo el diagnóstico patológico impreciso (insuficiencia cardíaca por dilatación del corazón o por hipertrofia "esencial"). La anquilostomiasis fué el común denominador encontrado en 10 casos, y la anquilostomiasis con nefrosis (10), en 1 caso. En estas 11 observaciones probablemente existía una cardiopatía anémica y carencial porque la anemia de los anquilostomiáticos es considerada hoy como su índice de desnutrición. Se recordará que la anquilostomiasis en grado extremo ha sido mencionada como factor etiológico de insuficiencia cardíaca (11): Hubo además 18 casos con anemia específica. La tuberculosis pareció ser un factor asociado a la desnutrición en 4 casos, y la cirrosis hepática en 5 casos (atrófica en 3, é hipertrófica en 2). En fin, en 13 casos no había causa aparente para la cardiopatía: en 9 de estos no se encontraron datos clínicos que ayudaran en su interpretación, y los 4 restantes se describen en otra parte (12). En clínica hubo únicamente 7 casos de anemia, 1 caso de probable beriberi y 5 casos de fibrosis del miocardio posiblemente relacionados con el beriberi crónico, pues precisamente 4 de estos pacientes eran enfermos del Hospital, y en uno de ellos la autopsia confirmó la fibrosis (caso que figura entre los de tuberculosis y desnutrición).

Conclusiones

1. Insistimos en la relativa rareza en Costa Rica de las afecciones

congenitales como causa de muerte (cifra de las autopsias). Así mismo, de la endocarditis bacteriana secundaria, creyendo posible explicarlo por una inmunidad desarrollada en el campesino a través de múltiples puertas de entrada de la infección desde la niñez (piodermitis, absceso subcutáneos, caries dentales). Se destaca también la poca frecuencia de los tiro-cardíacos.

2. Son relativamente frecuentes en Costa Rica los casos de desnutrición que agravan cualquier tipo de afección cardíaca, o que llegan a la autopsia como ensanchamiento "esencial" del corazón, pensando que se trata principalmente de formas de cardiopatía anémica y beribérica.

3. Debe reservarse el término de ensanchamiento "esencial" del corazón a la excepcional afección descrita por Laubry (13), como miocardia (en su forma pura).

Referencias

1. García Carrillo: Nuestro morbo cardíaco. Trabajo presentado al Congreso Médico Nacional. Julio, 1945.
2. Gouley, McMillan y Bellet: *Am. J. Med. Sc.* 194:185, 1917.
3. (a). Quirós Madrigal y García Carrillo: *Rev. Mèx. Psiquiatr., Neurol. Y Med. Legul* 9:15, 1942. (b). García Carrillo: *Rev. Argentina de Cardiología* 8:122, 1941.
4. García Carrillo: *Arch. Inst. Cardiología de México*. En prensa.
5. Id.: *Esta Revista* 5:411, 1943.
6. White: "Heart Disease", New York, 1944.
7. García Carrillo: *Esta Revista* 4:558, 1941.
8. Weiss: *J. A. M. A.* 115:832, 1940.
9. (a). Dock. *Tr. A. Am. Physicians* 55:61, 1940. (b). Smith y Furch: *Arch. Int. Me.* 71:602, 1943.
10. García Carrillo: *Esta Revista* 5:523, 1943.
11. Calmette y Breton: "L'Ankylostomiase". París, 1905.
12. García Carrillo: Análisis de síndromes miocárdicos de origen impreciso: el factor carencial. *Inédito*.
13. Laubry: "Les Myocardies" en "Maladies du Coeur et Vaisseaux". París, 1930.

Consideraciones generales sobre la meningitis en Costa Rica, durante los últimos años

(Estudio basado en las observaciones de enfermos atendidos en el Salón Infecto-Contagioso del Hospital San Juan de Dios)

Dis. F. Coto Chacón y M. Zamora Rojas.

Médicos e Internos del Hospital San Juan de Dios

Habiendo observado una mayor frecuencia de estos pacientes durante los meses del año 44 y los cuatro primeros meses del 45, en relación con los precedentes, hemos creído de interés hacer un estudio sobre la meningitis en general, analizando los casos tratados durante estos últimos años.

Durante este lapso fueron atendidos en el Salón de Infecto-Contagioso 56 pacientes, de los cuales 43 salieron de alta en más o menos buenas condiciones y trece de ellos fallecieron, lo que nos da un índice de mortalidad de un 23.2%

1) — *De acuerdo con el tipo de germen determinante de la sintomatología pudimos observar lo siguiente:*

a) El meningococo lo encontramos en 18 casos y de ellos uno falleció.

b) El neumococo se encontró en 9 casos, falleciendo tres.

c) A Pfeiffer pudimos observar un caso, en el cual también se comprobó la existencia de neumococos. Este caso se dió de alta en buenas condiciones.

d) En un caso encontramos hongos, sin embargo no nos fué posible hacer un estudio completo por fallecer poco después de su ingreso.

e) Meningitis que catalogamos como inespecíficas, es decir, aquellas en las cuales el laboratorio no encontró gérmenes, tuvimos 24 y de ellas cuatro fallecieron.

f) Meningitis tuberculosas observamos cuatro y todas fallecieron.

2) — *Diagnóstico de ingreso de estos casos:*

La gran mayoría de estos pacientes (41 casos) ingresan con el diagnóstico de meningitis sin embargo, hay un cierto número (15 casos), que ingresan con otro diagnóstico y así tenemos: cuatro como tifoidea; dos como malaria; uno como histerismo o epilepsia, el cual

resultó ser luego una meningitis tuberculosa; con antecedentes de traumatismo un caso; en observación, es decir, sin diagnóstico cinco casos; un caso como posible poliomielitis y un caso como difteria.

3) — *Clasificación por meses:*

1944

Enero: un caso a meningococos.

Febrero: 0 casos.

Marzo: un caso de meningitis tuberculosa.

Abril: un caso de meningitis tuberculosa.

Mayo: dos casos en que no se encontró germen.

Junio: tres casos: de ellos dos inespecíficos y uno a neumococos.

Julio: cuatro casos: uno a meningococos; dos a neumococos, y uno inespecífico.

Agosto: cuatro casos: tres inespecíficos y uno a meningococos.

Septiembre: dos casos: uno inespecífico y uno a neumococos.

Octubre: seis casos: cuatro inespecíficos y dos a meningococos.

Noviembre: seis casos: dos inespecíficos; dos a meningococos, uno a neumococo y uno tuberculoso.

Diciembre: ocho casos: tres inespecíficos; tres a meningococos y dos a neumococo.

1945

Enero: nueve casos: dos inespecíficos; cuatro a meningococos; dos a neumococo y uno a levaduras.

Febrero: seis casos: tres inespecíficos, dos a meningococos y uno tuberculoso.

Marzo: cuatro casos: dos inespecíficos; uno a meningococo y uno a neumoco.

Abril: un caso a meningococo.

Observamos que los meses de mayor frecuencia son octubre, noviembre, enero y febrero, siendo enero del 45 el mes en que mayor número de enfermos se atendió.

4) — *Meningitis por edades*

Enfermos de 1 a 10 años encontramos 10 casos. De 10 a 20 años 12 casos. De 20 a 30 años 19 casos. De 30 a 40 años 10 casos. De 40 a 50 años un caso y de 60 a 70 años un caso. Vemos pues que la mayor frecuencia corresponde a las edades entre los 20 y los 30 años.

5).— *Meningitis por zonas:*

En la provincia de San José observamos un total de 39 pacientes y de ellos 18 casos en la ciudad. Estos 18 casos se distribuyen así: cinco inespecíficos; nueve a meningococo; tres a neumoco; una a Pfeiffer y una tuberculosa.

Su distribución por barrios es la siguiente:

B. Hospital: un caso a meningococo.

B. Los Angeles: tres casos inespecíficos.

B. México: un caso inespecífico.

B. San Sebastián: un caso inespecífico.

B. Paso Ancho: un caso tuberculoso.

B. Keith: tres casos dos a neumococo y uno a meningococo.

B. del Pacífico: un caso a neumococo y 2 pfeiffer.

B. La Dolorosa: dos casos a meningococo.

B. San Bosco: un caso a meningococo.

SAN JOSE: sin datos: tres casos a meningococo.

De los 21 casos observados en los cantones y distritos de la provincia de San José nos encontramos con: 11 casos inespecíficos; cinco casos a meningococo; cuatro casos a neumococo y un caso tuberculoso. Su distribución es la siguiente:

Escazú: un caso inespecífico.

Guadalupe: seis casos: tres inespecíficos; dos a meningococo y uno a neumococo.

Moravia: dos casos: uno inespecífico y uno a neumococo.

Zapote: uno a meningococo.

San Juan de Tibás: un caso inespecífico.

Rosario de Delamparados: uno a meningococo.

San Antonio de Coronado: un caso inespecífico.

Alajuelita: un caso inespecífico.

Santa Ana: tres casos: uno inespecífico y dos a neumococo.

Vista Colon: un caso a meningococo.

San Antonio de Puriscal: uno inespecífico.

San Ignacio de Acosta: dos casos: uno inespecífico y uno tuberculoso.

En el resto del país la distribución es la siguiente:

CARTAGO:

Tres Ríos: un caso a meningococo.

San Isidro del General: uno a meningococo y uno tuberculoso

HEREDIA:

dos casos inespecíficos.

ALAJUELA:

dos casos inespecíficos.

Santa Rosa de Poas: dos casos: uno inespecífico y uno a neumococo.

Villa Quesada: uno inespecífico.

Palma de Pérez Zeledón: un caso a meningococo.

GUANACASTE:

Cañas: uno a neumoco.

PUNTARENAS:

Puerto Jiménez: uno inespecífico.

LIMON:

Siquirres: dos casos inespecíficos.

De acuerdo con el tipo de germen, en la provincia de San José encontramos: trece casos de meningitis a meningococo; siete casos a neumoco; quince casos inespecíficos; uno a neumococo y a pfeiffer y uno tuberculoso.

Del total de los 17 casos observados en provincias, diez de ellos fueron inespecíficos; cuatro a meningococo; dos a neumococo y uno tuberculoso.

6) — *Meningitis y sexos*

Hay una diferencia notable en cuanto a sexo se refiere, pues hemos observado que del total de casos, 35 pertenecían al sexo masculino y solamente 20 pacientes al sexo femenino.

7) — *Estancia hospitalaria.*

Hospitalizados menos de diez días tuvimos 36 enfermos y más de diez días 20 enfermos.

De lo que estuvieron menos de diez días: trece fueron a meningococo; seis a neumococo; quince inespecíficos y dos tuberculosos.

8) — *Síntomas iniciales de la enfermedad:*

En general siempre observamos la tríada sintomática constituida por: cefalea intensa y constante; temperatura alta y rigidez más o menos marcada de la nuca. Además comprobamos con alguna frecuencia los siguientes signos: convulsiones; dolor intenso en la columna, especialmente en la región lumbar; en algunas ocasiones pudimos apreciar casos en los cuales, después de un período de síntomas vagos y

de temperatura alta, que los pacientes atribuían a un estado gripal. Llegar estos enfermos al Hospital y ser catalogados como pacientes renales, comprobándose después que sus riñones estaban en perfectas condiciones y al mismo tiempo encontrarnos al hacer una punción lumbar con que el líquido céfalo-raquídeo mostraba signos indiscutibles de un proceso meníngeo.

Junto con el dolor lumbar es frecuente encontrar enfermos que suelen presentar fenómenos parapléjicos, retención urinaria, por lo que en muchas ocasiones estos pacientes son trasladados, de los salones de Medicina General, donde suelen ingresar, a los Servicios de Urología, como sucedió en dos de nuestros casos.

También hemos observado, aunque con menos frecuencia, vómitos, que no tienen ningún carácter especial, fenómenos diarreicos y cosa curiosa, en muy raras ocasiones hemos tenido la oportunidad de encontrar petequias o equimosis en este tipo de enfermos, ni aún en los casos de meningitis a meningococo, como si tuvimos oportunidad de observarlo, mientras hacíamos nuestro internado en el Hospital del Salvador y en la Asistencia Pública en Santiago de Chile, el año 42, en que se presentó una epidemia de meningitis a meningococo, que alcanzó límites alarmantes para la población chilena.

Por último recordaremos que en cierto número de casos el enfermo se presentó a consulta en estado comatoso, semejando una intoxicación alcohólica aguda.

9) — *Tratamiento a que fueron sometidos estos pacientes:*

En general el tratamiento se realizó en las siguientes condiciones:

1) — *Tratamiento con sólo sulfapiridina:* Se trataron ocho casos y de ellos tres fueron a meningococo; dos a neumoco y tres inespecíficos.

2) — *Tratamiento con sólo sulfatiazol:* Se atendieron 23 casos, distribuidos en la siguiente forma: siete a meningococo; uno a neumococo y catorce inespecíficos. Los a meningococos se dieron de alta en buenas condiciones, lo mismo podemos decir del caso a neumococo y de los catorce inespecíficos dos fallecieron.

3) — *Tratamiento combinado (sulfatiazol y sulfapiridina):* Se hizo en doce pacientes y de ellos tres fallecieron.

4) — *Tratamiento con Penicilina:* Tuvimos la oportunidad de usar la penicilina en trece enfermos y de ellos dos fallecieron, siendo uno de los casos a hongos y el otro a neumococo.

En los casos tratados con sólo sulfapiridina la temperatura de-

saparece, en general, al segundo o tercer día de iniciado el tratamiento en las meningitis a meningococo; al segundo día en un caso de meningitis a neumococo y en las inespecíficas al segundo día.

En las tratadas con sólo sulfatiazol la temperatura desaparece al quinto día en las meningitis a meningococo; también al quinto día en un caso a neumococo y al cuarto o sexto día en las meningitis inespecíficas.

Con el tratamiento combinado la temperatura desaparece y el enfermo se siente mejor alrededor del séptimo día y con él se observaron tres muertos: dos a neumococo y uno inespecífico.

Con la Penicilina la temperatura desaparece al segundo día, los pacientes están hospitalizados hasta curación completa término medio durante ocho días. Esto en cinco pacientes de meningitis a meningococo. En los casos de meningitis a neumococo tuvimos dos con evolución tórpida, uno de ellos con 21 días de estancia. Los dos se dieron de alta en bastante buenas condiciones. En las meningitis inespecíficas la temperatura desaparece al cuarto día y en algunas ocasiones la evolución suele ser tórpida. De estos casos uno fallece.

El tratamiento con penicilina fué hecho tomando 100.000 unidades y disolviéndolas en 20 cc. de suero fisiológico y luego inyectando 2 c. c. es decir, 10.000 unidades cada tres horas día y noche, por vía intramuscular en las meningitis a meningococo. En las meningitis a neumococo usamos la vía intra raquídea y la intramuscular, administrando 2 cc. cada tres horas por vía intramuscular, día y noche, y al mismo tiempo dos a tres veces al día inyecciones intra raquídeas de 2 cc. también conteniendo 10.000 U. El total de dosis usada fué término medio 200.000 unidades, sin embargo observamos que en algunos casos, especialmente de meningitis a meningococo bastó para la curación de los pacientes con 100.000 unidades, pese a esto creemos necesario un mínimo de 200.000 unidades de Penicilina para cualquier tipo de meningitis.

(G)—*Secuelas.*

Entre las secuelas que hemos podido observar anotamos en primer término la sordera o hipoacusia marcada en los casos tratados con cualquier tipo de sulfamidos. No sabemos realmente a qué sea debido esto, pues bien podría explicarse como un fenómeno de intoxicación por la misma droga o bien, lo que nos parece más factible, ser debido a la misma enfermedad y tener relación con la lentitud con que actúan las sulfas administradas per-os o por vía intramuscular.

Otra secuela que se observa con frecuencia es una ligera dificultad para la deambulación y en ocasiones la persistencia por mucho tiempo de una paraplejía, lo que muy bien puede explicarse por la deficiencia nutritiva en que por lo general se encuentran estos pacientes, como que todos ellos o por lo menos un 98%, son enfermos de situación económica muy precaria; por lo demás hemos observado que esta sintomatología cede fácilmente con el tratamiento a base de vitaminas, especialmente de la vitamina B. También anotaremos la existencia de una ligera rigidez de la nuca y de la columna, especialmente en los casos de meningitis a neumococos y en algunos inespecíficos. Por último diremos que en algunas ocasiones, como sucedió en uno de nuestros pacientes, la meningitis se complicó con abscesos cerebrales. Esto pudimos observarlo en un enfermo catalogado como una meningitis inespecífica y es más, se interpretó como meningitis tuberculosa, pues hizo una evolución tórpida, presentó una linfocitosis alta en el líquido céfalo-raquídeo y además existía un intercedente tuberculoso franco, sin embargo en este caso la autopsia nos demostró que estábamos en un error, pues comprobó que se trataba de una meningitis a neumococo, con dos abscesos cerebrales, también de este origen.

11) — *Meningitis observadas durante los años 41-42 y 43.*

Durante estos años hemos podido apreciar un total de 17 casos, distribuidos así: seis casos en el año 41; dos casos en el año 42 y nueve casos en el año 43. Como vemos, ya existe una enorme diferencia con lo visto durante los años 44 y 45.

1) — *Distribución en el año 41:*

Abril: un caso que salió catalogado como una posible meningitis inespecífica. No encontré exámenes de líquido céfalo-raquídeo, sólo hay una punción lumbar positiva. Se trataba de una niña de 12 años, residente en Limón.

Mayo: un caso catalogado como meningitis tuberculosa, también en una niña de 7 años. No hay más datos.

Julio: dos casos: uno inespecífico en un niño de 4 y medio años, de Guanacaste. Otro catalogado como meningitis tuberculosa, en una niña de 4 años, residente en San José.

Septiembre: un caso de meningitis inespecífica, también de San José.

2) — *Distribución en el año 42:*

Junio: dos casos: uno de una meningitis inespecífica, en un hom-

bre de 17 años. Hay un examen de líquido céfalo-raquídeo en que se encontraron estreptococos. Otro caso de meningitis tuberculosa en un hombre de 31 años, residente en Heredia.

3) *Distribución en el año 43:*

Mayo: dos casos: uno de posible meningitis a meningococo en un hombre de 26 años de edad, residente en Desamparados. Hay exámenes de laboratorio, pero no se encontró germen. Otro caso de meningitis inespecífica en un niño de 6 años.

Junio: dos casos: uno de posible meningitis tuberculosa en un hombre de 44 años, residente en San Pedro de Montes de Oca y otro caso inespecífico, en un hombre de 25 años, residente en Alajuela.

Julio: uno inespecífico en un paciente de 17 años, residente en San Pedro de Montes de Oca. No hay exámenes de laboratorio.

Agosto: un caso de meningitis crónica (?), de 17 años, también de San Pedro de Montes de Oca.

Octubre: uno inespecífico en un hombre de 43 años, residente en Puriscal.

Noviembre: un caso de meningitis crónica (?) residente en San José. No hay datos.

Diciembre: uno inespecífico de 6 meses de edad. No hay más datos.

Vemos, pues, que por los casos encontrados durante esos años, no es posible hacer un estudio completo y mucho menos llegar a alguna conclusión, salvo la de que durante esos años hubo un número muy reducido de meningitis en este Hospital, lo que contrasta enormemente con lo encontrado por nosotros durante los últimos años.

Conclusiones

a) — Las meningitis a meningococo reaccionan bien y son de evolución rápida con cualquiera de los tratamientos usados, sin embargo debemos reconocer que el tratamiento que podríamos llamar específico es el de la penicilina, pues la evolución es más rápida que con cualquier otro tratamiento y con él los pacientes se recuperan en el 100% de los casos, fuera de que no se aprecian las secuelas que anotamos en los casos tratados con las sulfas.

b) — En la meningitis a neumococo observamos casi siempre una evolución tórpida cuando se usa la vía intramuscular o la vía oral para el tratamiento y sólo reaccionan más rápidamente cuando estos ca-

sos son tratados por vía intra-raquídea, por lo menos durante el primer día de tratamiento. Además podemos decir que tienden a recaer, dan una rigidez muy marcada de la columna, la que en muchas ocasiones no desaparece si no es con tratamiento intrarraquídeo y con penicilina, como hemos observado en dos de nuestros pacientes. Por último agregaremos que en general una meningitis a neumoco es casi siempre secundaria a un proceso neumónico o bronconeumónico primitivo.

2) — Parece existir una relación muy clara entre la frecuencia de este tipo de pacientes observados en los últimos meses y el estado de desnutrición que es consecuencia lógica de la mala situación económica porque atraviesa nuestro pueblo, como resultado de las restricciones que nos ha traído la guerra...

También hemos observado cierta relación con las épocas de transición, como son los meses de octubre, noviembre, diciembre, enero y febrero, en que suelen presentar con más frecuencia los estados gripales y los resfríos.

3) — Por lo general las meningitis tuberculosas parecen no ser muy frecuentes en Costa Rica, pues en un Hospital con el movimiento de enfermos como el nuestro, sólo hemos observado, en el Servicio de Aislamiento de Infecto-Contagioso, cuatro casos.

4) — Ha habido indiscutiblemente un brote epidémico de meningitis y de ellas corresponde el mayor porcentaje a las meningitis a meningococo, en la provincia de San José.

5) — El diagnóstico es fácil de hacer, como nos lo demuestra el hecho de haber ingresado el mayor porcentaje con el diagnóstico de meningitis: sin embargo vemos que hay algunos cuadros que semejan la misma sintomatología y que bien pueden hacernos pensar en otra cosa e inducirnos a error y es muy posible que esto pueda pasar en los pueblos alejados de la capital, donde es más difícil pensar en una meningitis, por lo poco frecuente y por la dificultad para poder realizar un buen examen.

6) — La edad más frecuente en que se presenta la meningitis entre nosotros, es entre los 20 años y los 30 años (19 casos), lo que perfectamente puede explicarse, ya que estos individuos a esta edad, están más expuestos, por los trabajos que suelen desempeñar, a las inclemencias del tiempo.

7) — En general el mayor número de pacientes con meningitis a meningococo lo observamos en la ciudad de San José.

8) — Hay una diferencia de frecuencia franca entre el sexo masculino y el femenino, siendo los hombres los más afectados y esto también se puede explicar por los mismos motivos de porqué hay diferencia en cuanto a la edad.

9) — Por lo general los pacientes permanecen hospitalizados menos de 10 días y de ellos el mayor número corresponde a las meningitis a meningococo.

10) — *La conclusión más importante es, indiscutiblemente, la de que en los años anteriores al año 44 y a los cuatro primeros meses estudiados del año 45, hubo un número reducido de casos, lo que contrasta enormemente con lo observado durante los últimos años, en que se nota un brote epidémico franco, sobre todo durante los meses de octubre, noviembre, diciembre, enero y febrero, es decir durante las épocas de transición.*

Informaciones Médicas

Primer Congreso Centroamericano de Venereología

En febrero de 1946, en la ciudad de Panamá, tendrá lugar el Primer Congreso Centroamericano de Venereología. La idea nació en el seno de la Decimotercera Conferencia Rotaria del Distrito 42, celebrada en Managua en abril de este año. La iniciativa partió de una ponencia presentada por el Dr. José Amador G., del "Rotary Club" de San José. Con tal fin se integró un Comité que a su vez ha nombrado Sub-Comité Regionales. Nuestro gobierno por decreto ejecutivo reciente ha reconocido oficialmente el citado Comité electo por los Srs. Rotarios en Managua.

Miembros del Comité.

Por Costa Rica, Dr. José Amador Guevara, Presidente.
Por El Salvador, Dr. Eduardo Barrientos, Vocal.
Por Honduras, Dr. José R. Durón, Vocal.
Por Guatemala, Dr. Alejandro Palomo, Vocal.
Por Panamá, Dr. Arturo Tapia, Vocal.
Por Nicaragua, Dr. Rafael Urtecho, Vocal.

De la correspondencia recibida por el Comité, se deduce, que en todas las repúblicas hermanas, se agita la incógnita sanitaria de abordar a fondo el problema venéreo. No puede negarse la similitud que ostenta en muchos aspectos, en las seis secciones del istmo centroamericano. El futuro congreso debe esforzarse por la implantación de pautas sanitarias y terapéuticas standar. No es posible que tan solo se concrete a las protocolarias *recomendaciones*, que en la mayoría de las veces, se truecan en "castillos en el aire" Levantar el nivel cultural del médico general de modo que sepa tratar adecuadamente una sífilis, una blenorragia etc. Imbuirlo de las modernas conquistas médico sociales (Declaración obligatoria de los reuantes, investigación de las fuentes de contagio.

tratamiento obligatorio, abolicionismo, etc.), para que se convierta en decidido colaborador de los servicios de lucha antivenérea. Impulsar la educación sexual, gran palanca para enfocar el problema. Hacer que se cumpla la legislación promulgada en algunos de nuestros países en lo referente a estas dolencias. Abogar por su implantación en los que no la tienen, lucha contra el abandono y contra la prostitución: esos son, a nuestro juicio, los puntos cardinales que deberá encarar resueltamente el Congreso Venereológico de Panamá.

Inauguración de la Biblioteca Médica del Hospital San Juan de Dios.

En una sala confortable, con bellísimo mobiliario de caoba que es un canto al trabajo de nuestros ebanistas, con un ambiente de científicos, con los Miembros de la Junta de Protección Social que se convirtieron en exquisitos agasajadores de los concurrentes, con la Hermana Superiora en el centro, con el Señor Ministro de Salubridad en representación del Estado, con el culto Director del Hospital Dr. Peña Chavarría y con varios Delegados de Representaciones Culturales y Diplomáticas, con el señor Subdirector de la Biblioteca Nacional don Beto Bolaños, con algunas distinguidas damas, pero con muy escaso público se verificó el acto, no propiamente inaugural porque ese centro donde el doctor tendrá toda la bibliografía de su ramo y la última revista médica, ya había sido abierto al servicio en tiempos en que fue superintendente de esa casa el siempre recordado Dr. Beeche, cuyos hechos no se añejan al parecer.

A la entrada fuimos recibidos con su gentileza habitual por don Máximo Terán, miembro de la Junta que se empeña en servir y en mostrar el edificio que hoy por la mañana estuvo de gala al celebrar su gran fiesta. Los estantes tan llenos de libros, unos adquiridos por compra, otros por donación y muchos son de la anterior Biblioteca de la Facultad de Medicina, que los acaba de obsequiar para hacer una sola concentración. A ellos se sumarán por amable obsequio anunciado en su discurso, los que tenga repetidos la Biblioteca del Ministerio de Salubridad.

Han organizado este servicio y merecen la gratitud de sus colegas los doctores Sáenz, García Carrillo y Zeledón, tres caballeros entusiastas por la lectura, por el avance profesional y que han sabido dotar al Hospital de todo un joyel científico que poco a poco será, aumentado y dotado, como lo auspició la dilecta y competente Asesora Técnica Sta. Góthber, de libros contemporáneos, respetando lo viejo y lo clásico.

Abrió el acto el Dr. Sáenz, con unas palabras que pusieron de manifiesto su esfuerzo y su voluntad al servicio de la nueva sala y luego el Dr. García Carrillo, se extendió sobre la instalación, sus fines y sus

esperanzas, diciendo que los libros exceden de tres mil seiscientos y que allí tendrá el médico la mejor información al servicio de su profesión. La biblioteca, añadió, ha sido puesta al cuidado de una especialitis que acaba de llegar de Norte América y que con sus palabras siguientes probó su eficiencia e instruyó a los asistentes sobre el manejo de los libros, sobre su catalogación sobre su moderna clasificación. Muy interesante estuvo la disertación del Dr. García Carrillo que el público premió con un aplauso entusiasta.

Luego la Sta. Asesora Técnica explicó al detalle la fundación, sus sistemas futuros de trabajo y dijo que se contaba ahora con mucho libro anterior, pero que esperaba que las colecciones se completasen con toda la bibliografía del día, dados los fuertes y continuos avances de la ciencia. Posee la Sta. Gólcher pericia en su ramo e informó que la clasificación está vencida pero que la catalogación tardará unas semanas más. Habló también del archivo y de la sección de revistas que habrá de nutrir.

El Dr. Núñez Frutos llevó también su voz de aliento, pero antes, su recuerdo giró al Dr. Beeche cuyo retrato lucía en la sala y que presidió el Dr. Sáenz. Ya existía la biblioteca del Hospital, pero ahora, gracias al empeño de estos jóvenes médicos que la han prolijado con su entusiasmo y su gran voluntad, toma nuevo auge, dijo el señor Ministro de Salubridad, quien de paso expuso que se debía establecer una sección de libros para leer a domicilio, ya que la biblioteca ambulantes es la que mejor resulta. Hay un inconveniente que es la falta de libros duplicados, pero ello se hará con el tiempo, y de mi parte, cederé con entero gusto todos los duplicados con que cuente la Sección a mi cargo en la Secretaría y sobre todo las revistas sanitarias y médicas que son un auxiliar poderoso para mis colegas.

Seguidamente se brindó a los asistentes una copa y muchas sabrosos golosinas quedando así abierto al servicio médico ese gran Centro que es una nueva conquista y un valioso recuerdo de esta jornada en que el Hospital se presenta como el mejor testimonio científico de nuestros médicos y como el centro que se abre al dolor, al sufrimiento y a la lucha contra la muerte y el accidente.

Terminamos felicitando a la Junta de la Biblioteca del Hospital y a la de Protección Social por el auxilio que le ha dado en loca, mueblaje, asistencia y adecuada instalación. El servicio administrativo está a cargo del señor don Israel Blanco empleado dedicadísimo y muy atento.

M. V. C.

(Tomado de La Prensa Libre, 5 de Julio de 1945.)