

El diagnóstico de la meningitis pneumónica, es con frecuencia muy difícil. Hemos visto que esta complicación es á menudo latente. Será de temer, con especialidad en los bebedores, en los sujetos fatigados por el trabajo intelectual y en las embarazadas.

El delirio simple y hasta con movimientos convulsivos, no implicará, en modo alguno, la existencia de una meningitis. Conocida es la facilidad con que la pulmonía provoca la aparición de un ataque de *delirium tremens* y la frecuencia con que la pneumonía de los niños se inicia con fenómenos cerebrales y la aptitud de ciertos sujetos nerviosos para el delirio y las convulsiones con motivo de una fiebre cualquiera. Los accidentes paralíticos y también los hemipléjicos, no son más necesariamente causados por una meningitis, pueden ser consecuencia de un reblandecimiento cerebral (Straus), de una anemia cerebral (Lépine). También existen parálisis solamente dinámicas, histéricas (Rendu y Boullouche).

El diagnóstico de la meningitis pneumónica podrá, sin embargo, ser formulado en más de una ocasión.

Se basará, sobre todo, en la aparición de alteraciones en el aparato visual (ojo y músculos), en la importancia de la hipertermia y en las modificaciones casi constantes de los músculos de la nuca, que se encontrará casi siempre rígida y dolorosa (Immermann y Heller). No convendrá descuidar el examen de los oídos. La otitis pneumónica se complica fácilmente con la meningitis, y en los casos en que aquélla es acompañada de perforación del tímpano, el examen bacteriológico podrá demostrar la existencia de pneumococos en el exudado.

Mas no debe esperarse á que se verifique esta perforación. Convendrá examinar las membranas del tímpano, y si se reconoce un derrame, practicar la paracentesis, que más de una vez ha sido seguida de un alivio notable.

No se olvidará tampoco, que si la meningitis supurada va ligada muchas veces á una infección directa de la cavidad craneana, puede ser debida á una infección metastásica. Se deberá, pues, temer la meningitis, en los casos de pulmonía acompañada de desórdenes que indiquen esta infección de la sangre.

Desde hace tiempo, venimos insistiendo sobre la frecuencia de la meningitis, que acompaña á la endocarditis vegetante ulcerosa pneumónica.

En 63 endocarditis ulcerosas metapneumónicas, con apertura del cráneo, hemos encontrado 40 meningitis supuradas, y en cinco, la inflamación de las meninges sin supuración.

En casos particulares, podría emplearse un medio de diagnóstico que ha dado una vez datos preciosos á Bozzolo.

Este ha examinado y cultivado la sangre de un enfermo, y habiendo encontrado el pneumococo, ha podido, en un caso difícil, hacer durante la vida el diagnóstico de una meningitis pneumocócica.

Hemos visto cuánto se parecen la sintomatología y la evolución de la meningitis supurada pneumónica á las de la meningitis aguda simple, de la aracnitis de Parent-Duchatelet y Martinet. Esta analogía no podría sorprender, hoy que sabemos cuántas veces, aparte de toda pneumonía anterior, es debida la meningitis al pneumococo. Hemos indicado en 1886 (1) y en 1887, el papel

(1) Netter, Péricardite fibrineuse, méningite cérébro-spinale déterminées par le pneumococcus sans pneumonie lobaire coincidente, *Société anatomique*, 19 Marzo 1886.

de este microbio en la etiología de las meningitis supuradas esporádicas y epidémicas.

En el momento en que escribimos estas líneas, tenemos examinadas 41 meningitis supuradas.

Diez de estas meningitis, habían sucedido á una pulmonía.

Nueve, eran de pneumococos.

Una, era de estreptococos (había en el pulmón un absceso con estreptococos).

De las 31 meningitis supuradas, no acompañadas ó precedidas de pneumonías que nos restan, 18, ó sean más de la mitad, eran causadas por el pneumococo.

De estas meningitis pneumocócicas, dos resultaban manifestamente de un contagio por un sujeto atacado de pulmonía.

En un caso, había trasmisión intra-uterina, y en otro, trasmisión por lactancia.

Cuatro veces, la meningitis era consecutiva á una otitis media aguda.

En dos, la introducción del pneumococo se había hecho por las fosas nasales y los senos aéreos, por el intermedio de tumores de la base del encéfalo, y una vez había habido comunicación entre la boca y la cavidad craneana, establecida por una bala de revólver.

Ocho veces, la meningitis era primitiva aparentemente. En tres de estos casos, coincidía con una endocarditis ulcerosa, y, en otro, se trataba de una mujer en cinta á término.

Tres veces, la meningitis primitiva tenía la marcha de la meningitis cerebrospinal clásica, y había aparecido en el momento de una epidemia de gripe.

El último caso de meningitis supurada pneumocócica, complicaba á una fiebre tifoidea.

La frecuencia de estas meningitis de pneumococos, se explica por la localización tan común del microbio en la cavidad bucal y sus prolongaciones; el pneumococo es mucho más frecuente que el estreptococo y que el bacilo de Friedlaender, pues nosotros hemos encontrado el primero en 5 y el segundo en 2, de las 13 observaciones que restan.

Hemos creído deber indicar aquí estas particularidades; pero no debemos proseguir más en el estudio de la meningitis pneumocócica no precedida de pulmonía.

Artritis de pneumococos.—La artritis complicante de la pneumonía, ha sido encontrada cuatro veces por Grisolle, quien ha apreciado una vez en la autopsia el carácter purulento. Señalada aquélla por Parise, por Andral y por Gintrac, ha sido estudiada por el Dr. Bourcy (1) en su tesis inaugural. Desde esta época, las observaciones se han multiplicado, y nosotros hemos podido recoger 18, en las cuales el examen bacteriológico ha demostrado ciertamente el origen pneumocócico, si bien este origen no es constante en modo alguno.

La artritis supurada, que complica á la pneumonía, puede ser causada por microbios diferentes. Puede resultar de la presencia del estreptococo piógeno, y en este caso, es la expresión de una infección mixta ó secundaria.

(1) Bourcy, Des déterminations articulaires des maladies infectieuses; Thèse de Paris, 1883.

Los dolores articulares, pueden aparecer en el curso de la *pneumonía*. Más frecuentemente, tal vez, no sobrevienen sino en la convalecencia, después del descenso febril. Mucho más raros son los casos en que la *artritis* ha aparecido desde el principio y aun ha precedido á la *pulmonía* (Boulloche, Fava).

Los dolores articulares pueden extenderse á un gran número de articulaciones, pero este es el caso más raro.

Nosotros encontramos, en efecto, 17 *poliartritis* contra 35 *mono-artritis*.

De las *poliartritis*, una afectaba seis coyunturas, muchas cinco, cuatro y tres articulaciones. Ocho veces, dos de éstas estaban atacadas al mismo tiempo.

La *artritis* que complica á la *pneumonía*, tiene una *predilección particular* por los miembros superiores y en éstos por el hombro.

En las 35 *artritis* mono-articulares, cuya situación hemos podido encontrar, hallamos:

- 14 en el hombro.
- 1 en el codo.
- 2 en el puño.
- 1 en la articulación metacarpo-falángica.
- 14 en la rodilla.
- 2 en la articulación tibio-tarsiana.
- 1 en la articulación metatarso-falángica.

Las *poliartritis* estaban:

- 5 veces localizadas en los miembros superiores.
- 3 — — — inferiores.
- 9 veces ocupaban á la vez los miembros superiores y los inferiores.

La evolución de estas alteraciones articulares, es muy variable.

Algunas veces los dolores no persisten sino por días, y todo entra en orden, como si sólo se hubiera tratado de simples *artralgias* ó de reumatismos.

En otras circunstancias, la lesión es más durable. La *articulación* aumenta de volumen, los tegumentos se ponen rojos, hay edema, y un examen más atento descubre un derrame intra-articular. En este grado, la lesión es todavía susceptible de curar por un tratamiento puramente médico: inmovilidad y compresión. La curación, puede ser completa hasta en algunas semanas. Massalongo (1) ha referido dos ejemplos muy concluyentes.

En fin, en un número de casos, que se hace cada vez mayor, el cirujano interviene, ya con la punción simple, ya antes con la artrotomía. El líquido que se derrama, es francamente purulento, espeso y verdoso. Si la intervención no ha sido muy tardía, es seguida de los resultados inmediatos más satisfactorios.

La *artritis* de la *pneumonía* no produce notables desórdenes por parte de los cartílagos, sino al cabo de muy largo tiempo; y en las primeras semanas, las lesiones de la sinovial son casi nulas.

Conviene insistir, sobre una particularidad de esta complicación de la *pulmonía*: Por lo regular, no se trata de una *artritis* verdadera, sino de una *periartitis*. En el hombro, los desórdenes están limitados á la bolsa sub-deltóidea en buen número de observaciones.

(1) Massalongo, Faits nouveaux à propos de la théorie infectieuse de la pneumonie, Archives générales de médecine, 1885.

En la rodilla, algunas veces había supuración limitada á la bolsa sub-tricipital. En estas condiciones, se comprende que la intervención es aún más simple y más inofensiva.

La *artritis* de la *pneumonía*, solo se observa en las *pneumonías* graves. No se explica, en efecto, la llegada del pneumococo á la articulación de otro modo que llevada por la sangre.

En los casos en que haya derrame, convendrá practicar el examen bacteriológico del pus. Importa, en efecto, para el pronóstico, reconocer si la *artritis* es el resultado de una localización pneumocócica, ó la expresión de una infección piohémica sobreañadida. Existen, como nosotros lo hemos visto, casos de *artritis* de estreptococos consecutivos á *pulmonías*. En estos casos, los estreptococos proceden, generalmente, del foco pneumónico, en el que estos agentes patógenos se introdujeron con posterioridad al pneumococo.

La *artritis* de la *pulmonía*, es siempre una complicación poco frecuente.

La estadística de las clínicas médicas de nueve Universidades prusianas, desde el 1887 al 1889, nos indica que esta complicación sólo ha sido observada 3 veces entre 1213 *pneumonías*, de las que 136 terminaron por la muerte.

No la encontramos mencionada sino una vez, en la estadística de las clínicas de Munich, que comprende 650 *pulmonías* en once años.

Por último, en las clínicas de la Caridad, de Berlín, desde el 1874 al 1889, sólo se presentaron 2 *artritis* en 3293 *pulmonías*.

Reuniendo estas tres estadísticas, nos encontramos una proporción de 6 entre 4156, ó sea 0,14 por 100.

No es fácil establecer el pronóstico de esta complicación. Es necesario, en efecto, deducir la parte que corresponde á la infección pneumocócica de localizaciones múltiples que la acompaña.

A estas hay que atribuir la muerte, en la mayor parte de los numerosos casos en que sobreviene, y donde la autopsia ha demostrado, al mismo tiempo que la *pneumonía*, las lesiones de la pericarditis, de la meningitis cerebrospinal, y de la endocarditis ulcerosa.

Por esto mismo, la *artritis* pneumónica no implica un pronóstico tan funesto, y en un total de 50 casos, notamos 18 curaciones, por lo menos, con vuelta completa al ejercicio de la función, después de la intervención ó sin ella.

Las complicaciones laríngeas de la *pulmonía*, han sido hasta aquí poco estudiadas. Parecen, desde luego, extremadamente raras.

Maragliano ha visto, en un enfermo de cuarenta y cinco años, aparecer con gran rapidez signos graves de estenosis laríngea, afonía, disnea y respiración sibilante y estertorosa. El examen laringoscópico, practicado por Masini, dió á conocer la presencia, en la epiglotis y las cuerdas vocales superiores, de un depósito blanco y denso, que reducía á una tercera parte el calibre de la laringe.

Este caso curó sin traqueotomía.

Landgraf, en 1887, señaló la existencia, en dos casos, de una laringitis con ulceraciones en el borde libre de las cuerdas vocales. Uno de ellos curó, dejando sólo una insignificante cicatriz, y en el segundo, la muerte sobrevino á causa de los progresos de la *pneumonía*. Dicho autor no elude la patogenia de los desórdenes que parecen corresponder, sobre todo, á las formas graves.

Aún se sabe poco, respecto á las determinaciones laríngeas primitivas del pneumococo. El Dr. Cornil ha practicado el examen microscópico de un caso de edema agudo *a frigore* de la glotis, en el que no ha encontrado sino este micro organismo, y nosotros hemos señalado la existencia de una laringitis pseudo-membranosa primitiva, cuyo exudado sólo contiene á este microbio (1). Después de esta comunicación, han sido publicados tres casos análogos. En el nuestro, se practicó la traqueotomía, y fue seguida de la curación, la cual sobrevino sin operación en los otros tres.

Sólo dedicaremos una simple mención á la *angina pneumocócica*, que puede presentarse en forma de amigdalitis supurada (Cornil), de faringitis pseudo-membranosa (Jaccoud y Ménétrier), y de angina simple (Rendu y Bouilloche).

Señalaremos, además, la *peritonitis supurada de pneumococos*, que puede ser consecutiva ó primitiva, y que parece ser de un pronóstico más favorable, la *supuración pneumocócica de las vías biliares* (Sauvigneau), *del hígado* (Netter), *del tejido celular subcutáneo y profundo* (Ortmann y Samter, Netter), *del cuerpo tiroides* (Marchant), *y de la parótida* (Testi, Duplay y Cazin).

Estas diversas manifestaciones presentan un aspecto común, y su benignidad relativa y este carácter lo deben, sin duda alguna, á las propiedades particulares del agente que las engendra.

Al lado de estas numerosas manifestaciones morbosas, debidas á la localización del pneumococo en las vísceras más diversas, existen afecciones patológicas imputables al micro-organismo, y en las que no se encuentra determinación orgánica apreciable. Estas son las *formas larvadas, rudimentarias* de la infección pneumocócica (Kühn) (2), que no pueden atribuirse, hasta el presente, á este origen, sino cuando coinciden con casos de pulmonía, que obligan á invocar el contagio ó la epidemia. Estas infecciones rudimentarias, se presentan á menudo bajo la forma de *fiebre herpética*.

CAPÍTULO II

BRONCO-PNEUMONÍA

Se da el nombre de bronco-pneumonía, pneumonía lobulillar, pneumonía catarral, á la inflamación pulmonar sobrevenida en el curso de una inflamación aguda ó crónica de los bronquios. Esta afección difiere de la pneumonía franca, lobular, fibrinosa, por su origen ordinariamente secundario, por sus síntomas locales y generales, por su marcha más regular, y por sus lesiones, comunmente diseminadas en los diversos lóbulos del pulmón y de aspectos muy variados. El examen microscópico y las investigaciones bacteriológicas, han dado á conocer también otras muchas diferencias.

Esta distinción de la bronco-pneumonía respecto de la pneumonía franca fibrinosa, ha tenido, y tiene aún, sus mantenedores y sus adversarios. Nos-

(1) Netter, Société médicale des hôpitaux, 8 Mayo 1891.

(2) Kühn, U. rudimentäre und larvirte Pneumonien. D. Archiv. für klin. Medicin, 1887.

otros nos esforcemos, en el curso de este capítulo, en hacer resaltar la importancia y la necesidad de dicha distinción.

Se concibe, que en todas las partes de este estudio, conservemos siempre presentes las nociones adquiridas referentes á la pulmonía franca, y que en cada capítulo insistamos sobre la oposición entre las dos enfermedades. Creemos que ésta es la mejor manera de dar á conocer una y otra.

I

Historia.

Los primeros autores que separaron de la pneumonía franca la afección que corresponde á la bronco pneumonía, fueron Le Soir, Rivière, Sennert y después Sydenham, Boerhaave y sus discípulos. Dieron á estos casos el nombre de *peripneumonia spuria, pituitosa*, y sobre todo de *notha*.

« Esta falsa peripneumonía ataca con preferencia á los viejos, á los obesos, á los caquéticos y á los catarrosos, y alcanza su maximum de frecuencia al fin del invierno.

» Desde luego, por su engañosa benignidad, postra á los que menos se piensa. En efecto, empezando por una laxitud ligera, pérdida casi completa de las facultades morales, ahogo y opresión de pecho, esta pneumonía provoca tan escasa reacción, que apenas indicios de calor ó de fiebre nos advierten el peligro. Pronto se manifiestan cortos escalofríos, ligeros accesos de fiebre, y entonces el ahogo y la debilidad aumentan de repente, y la muerte, que nada anunciaba, ni en las orinas, ni en el pulso, termina con el enfermo».

Morgagni insiste sobre la sintomatología muy variable de ciertas falsas peripneumonías. Su descripción se refiere, sobre todo, á las formas epidémicas parecidas á las bronco-pneumonías grippales.

Los tratados de Sauvages, de Cullen y de Borsieri, consagran esta distinción entre la pulmonía falsa y la verdadera.

Todavía no se trata sino de la bronco-pneumonía que complica al catarro agudo ó crónico. Sidenham dedica algunas líneas á los accidentes pulmonares que sobrevienen en el curso del sarampión ó de la viruela, pero su descripción es bastante sumaria y no se cuida de hacer resaltar la relación que puede existir entre estas complicaciones y la falsa peripneumonía. Stoll reproduce también un aforismo de Boerhaave, en el cual se proclama la rareza de la falsa peripneumonía en los niños.

Huxham considera como muy legítima la separación de la verdadera peripneumonía y de la falsa peripneumonía. Las enfermedades tienen síntomas diferentes bajo muchos conceptos, nacen de esas causas diversas y exigen un tratamiento diferente. Huxham hace resaltar, sobre todo, los caracteres del pulso, que en vez de ser duro y tenso, es frecuente, débil y pequeño. Insiste el aspecto particular de la sangre obtenida por la sangría. El coágulo es comunmente blando, negruzco, lívido y no está cubierto de una película espesa y viscosa, como en la peripneumonía verdadera. Cree, como Sidenham, que la sangría debe emplearse con precaución y no repetirla en ningún caso. Hu-