

evolución de la enfermedad llega, casi en seguida, al colapso terminal y á la muerte; faltan también en las formas latentes de la afección, cuando la historia clínica de la meningitis se resume en algunas horas de coma. En ciertos casos, más raros todavía, dominan dichos fenómenos la expresión clínica de la enfermedad hasta un punto tal, que hay motivo para reconocer una forma delirante de la meningitis aguda, que puede ser motivo de errores de diagnóstico» (Dupré).

Los desórdenes intelectuales, en la meningitis aguda, se manifiestan además por la naturaleza de las respuestas del enfermo, que suelen ser bruscas y emitidas con gran vivacidad, y otras veces lentas, penosas, como las de un hombre medio dormido.

La excitación motora en la meningitis aguda se manifiesta por contracturas y convulsiones, cuyos fenómenos resultan ya de la irritación inmediata de los nervios craneanos ó de los centros psico-motores interesados por las lesiones situadas en ellos, ya de una irritación mediata, irradiada de las regiones vecinas de la corteza cerebral. En efecto, si en gran número de casos puede encontrarse en la autopsia lesiones cuya localización explica los fenómenos motores observados durante la vida, hay otros en los que desde este punto de vista se sufre alguna decepción. No puede asimilarse una placa de meningitis supurada á un tumor cerebral que apenas provoca más reacción que en el sitio donde reside en la superficie del cerebro: la inflamación meníngea, aunque se halle estrictamente circunscrita á una región bien limitada, va acompañada de trastornos circulatorios que pueden extenderse más ó menos lejos; y, además, las conexiones nerviosas, que hacen á los diversos centros diferenciados del cerebro solidarios funcionalmente unos de otros, dan cuenta de las irradiaciones lejanas de una irritación localizada. Es necesario, pues, hacer intervenir no sólo la ley fisiológica de la atribución funcional para explicar todos los hechos, sino también la ley de la irradiación refleja (Jaccoud).

Las contracturas son más frecuentes que las convulsiones; faltan muy rara vez, pero, según los casos, están repartidas muy diferentemente. Son móviles, fugaces, irregulares, intermitentes, más ó menos acentuadas; abandonan y vuelven á ocupar el mismo grupo muscular ó el mismo miembro, y se exageran por instantes ó se atenuan. Si son poco intensas, puede vacilarse en afirmar su existencia, pero el ligero esfuerzo que se hace para extender ó para doblar el miembro afectado, suele exaltarlas. Pueden ocupar los músculos cervicales posteriores (rigidez de la nuca), los de la masa dorsal (opistótonos), los masticadores (trismo, castañeteo, rechinamiento de dientes), los músculos oculares (estrabismo), el del iris (miosis), los de la cara (muecas, risa sardónica, fruncimiento de las cejas), los estínteres (retención de orina), los músculos de la faringe (disfagia), los de la laringe (disfonía), de la lengua (tartamudez, temblor de la lengua). Hay que referir todos estos síntomas evidentemente á la irritación de los nervios basílicos, y principalmente á los motores oculares, trigémino, facial, glosio-faríngeo, pneumogástrico, espinal y gran hipogloso: la miosis revela la irritación de los filetes ciliares del tercer par. En los miembros, la contractura predomina ordinariamente en los músculos flexores, y es la regla que los antebrazos y piernas estén en flexión. En la nuca y en el tronco se verifica lo contrario. La contractura está en los miembros localizada muy

diversamente: puede ser monoplégica, hemiplégica, etc. La rigidez de la nuca es el más constante y persistente de todos estos síntomas, y como sobreviene de ordinario de una manera precoz, constituye uno de los elementos más preciosos de diagnóstico.

Las convulsiones son generalizadas ó localizadas. En los jóvenes, los ataques convulsivos generalizados son, en particular, frecuentes. Las convulsiones localizadas afectan á un miembro, á la cabeza, á un grupo muscular; son entonces subsaltos musculares y tendinosos, oscilaciones rítmicas ó movimientos muy diversos, más ó menos coordinados, á menudo análogos á los tics: nada es más variable que estos movimientos, cuya descripción se substrahe á toda fórmula.

A la excitación cerebral hay que atribuir también la exageración de los reflejos superficiales y profundos, la hiperestesia cutánea y sensorial (perturbaciones de la vista y del oído). La *fotofobia* es generalmente muy pronunciada; los enfermos evitan la luz, se vuelven de espaldas á ella, tienen cerrados los ojos y esconden la cabeza debajo de la almohada ó de las cubiertas de la cama. También se manifiestan muy dolorosamente impresionados por el ruido. Su fisonomía suele ser anormal; las facciones, contraídas, expresan á veces el dolor ó la cólera. La presión de los globos oculares es dolorosa, porque provoca un gesto significativo.

Hay trastornos vaso-motores: alternativas de rubicundez y palidez de la cara, intensidad y persistencia exagerada de la mancha y de la raya, producidas por la excitación mecánica de la piel, á cuyo signo concedió Trousseau una importancia considerable, como indica la denominación de *raya meningítica* que le dió. En realidad, éste es un fenómeno bastante común y que se encuentra en numerosos estados patológicos. No es inútil buscarle, pero no hay que exagerar su valor.

Desde el principio de la enfermedad, la fiebre va acompañada de sus trastornos habituales: la sed es viva, la lengua está saburrosa y húmeda, la orina se hace más ó menos escasa y suele contener una pequeña cantidad de albúmina.

La mayor parte de los fenómenos del primer período de las meningitis agudas son inconstantes, y, además, variables en su intensidad, en el momento de su aparición, en el orden de su sucesión y en su localización, cuya variedad se halla en relación con la misma diversidad de condiciones etiológicas en que toma origen la enfermedad y con la localización anatómica de las lesiones.

SEGUNDO PERÍODO. PERÍODO DE DEPRESIÓN. — El período de excitación de la meningitis aguda tiene una duración muy corta, tres ó cuatro días á lo más. El segundo período sustituye al primero por transición gradual. Los fenómenos de excitación se apaciguan y dejan el puesto por instantes á una depresión, á una torpeza que alterna al principio con ellos y después van creciendo más y más. Suele sobrevenir una calma relativa, que después de las alarmantes manifestaciones del principio simula á veces una verdadera remisión, y puede dar origen á ilusiones engañosas. El corto período durante el cual alternan los síntomas de excitación con los de depresión y durante el que se presenta á veces la remisión aparente que acabamos de indicar, puede constituir en rigor un período intermediario de remisión ó de oscilación, pero ape-

nas merece ser distinguido así, porque suele ser casi imperceptible. Cuando se produce alguna remisión en los síntomas, no es más que un entreacto, generalmente muy breve, que no interrumpe mucho tiempo el drama que se desarrolla. La meningitis aguda difiere en este sentido sensiblemente de la meningitis tuberculosa, porque en esta última enfermedad el período intermedio (de remisión ó de oscilación) suele estar bien indicado, y merece ser distinguido del período de excitación que le precede y del de depresión que le sigue.

En la meningitis aguda, la depresión se manifiesta rápidamente. ¿Cuál es la causa de este cambio en el cuadro sintomático? ¿Debemos ver en los fenómenos depresivos el resultado de un agotamiento funcional debido á la compresión del encéfalo por los exudados purulentos que recubren la superficie del cerebro y por los que constituyen la hidrocefalia inflamatoria? El exudado sero-purulento ventricular y meníngeo suele aparecer bastante abundante para hacer admisible semejante interpretación; pero algunas veces han sido encontrados estos líquidos en tan insignificante cantidad para que fuese evidente su acción. Es necesario admitir que «conforme á una ley clásica de fisiología general, el afecto morboso del elemento anatómico se revela al principio por la irritación y después por el agotamiento funcional de la célula que va á morir» (1).

Las convulsiones y las contracturas ceden y desaparecen, así como el delirio y la agitación general. Sobrevienen las parálisis, que afectan de preferencia á los miembros anteriormente contracturados, y cuyas parálisis están más ó menos extendidas y más ó menos completas, hemiplégicas, monoplégicas ó limitadas á algunos grupos musculares; su distribución no hace posible descripción alguna. Muy luego se afectan también los esfínteres; la parálisis del ano y de la vejiga ocasiona la incontinencia de orina y de las materias fecales; la predominante del músculo vesical puede también producir la retención de orina en lugar de la incontinencia. Los esfínteres del iris están más ó menos interesados, y de ahí la midriasis ó la desigualdad pupilar.

La torpeza intelectual se acentúa, así como la anestesia cutánea y profunda. Se presenta el coma, interrumpido por instantes de movimientos convulsivos, subsaltos de tendones, de delirio y de gemidos ó de gritos.

La fiebre se exagera también: la temperatura se eleva de 40° á 41° para alcanzar su apogeo durante la agonía ó sólo después de la muerte. En este momento el *pulso lento* (50 ó 40 pulsaciones), á veces irregular, da á la fiebre un carácter enteramente particular, que le ha valido la significativa calificación de *fiebre disociada*.

Constituídas las perturbaciones graves del bulbo, se altera la respiración, que se hace superficial, desigual ó irregular, entrecortada por suspiros y pausas (ritmo de Cheyne-Stokes), de donde resulta insuficiente la hematosi, y se produce la cianosis y el enfriamiento de las extremidades. La asfíxia es lo que pone término á la escena morbosa, después de haber provocado algunas veces, al comienzo de la agonía, un acceso de convulsiones generales.

MARCA.—DURACIÓN.—TERMINACIONES.—Las meningitis agudas tienen ordinariamente una evolución muy rápida. La duración total de sus perío-

(1) Dupré, *loc. cit.*

dos no suele exceder de una semana; por lo general es de cinco á seis días, y aun puede durar más de tres ó cuatro. En efecto, la muerte sobreviene quizá muy precozmente, antes del período de parálisis, y entonces es arrebatado el enfermo en medio de contracturas, en un acceso convulsivo, por ejemplo, de manera que cuando sucumbe en el curso de la enfermedad, lo hace de una manera casi súbita.

Otras veces se reducen los fenómenos del primer período á muy poca cosa; puede vérselos permanecer latentes, sobre todo en el curso de las meningitis secundarias, y sobrevenir la muerte después de algunas horas de coma.

La terminación natural, casi constante, de las meningitis agudas es la muerte; no se ha señalado, en oposición á esta regla, más que un número bastante restringido de excepciones, y aun es probable que haya que reducir el número de curaciones reales, fundándose en la posible simulación de la meningitis por las pseudo-meningitis. Sin embargo, hay casos innegables de curación. Se ha visto detenerse la enfermedad, llegar á un proceso de inflamación atenuada, crónica, cuyo proceso, por otra parte, deja tras sí lesiones irreparables. Los sujetos curados han quedado con hidrocefalia, parálisis, debilitación intelectual, idiotismo, y al cabo de un lapso de tiempo más ó menos largo se ha podido ver reavivarse las lesiones y sobrevenir la muerte á consecuencia de un nuevo ataque de meningitis. Echase, pues, de ver que cuando la terminación ha sido favorable no ha resultado una curación real. La gravedad del pronóstico de las meningitis agudas apenas queda atenuada, por consiguiente, por la consideración de una curación posible, pero siempre imperfecta, y en todo caso excepcional.

La favorable terminación, según los autores clásicos, sería anunciada por la atenuación de los fenómenos comatosos ó delirantes; la fiebre descende, retorna el sueño y luego se verifica progresivamente una especie de despertar intelectual, á la vez que mejora el estado general.

Parece hoy que estas curaciones deben atribuirse particularmente á la meningitis pneumocócica (Netter, Rüneberg, Hutinel), y acaso haya que suponer que en estos casos se han limitado las lesiones á la congestión y á la exudación serosa, sin llegar á la supuración meníngea.

FORMAS CLÍNICAS.—La meningitis aguda presenta cierto número de variedades clínicas que se separa más ó menos del tipo clásico que hemos descrito. Estas variedades dependen de la naturaleza de las lesiones meníngeas, de su localización, de su extensión y de su agente microbiológico. El cuadro clínico, además, puede diferir notablemente, según que la meningitis sobrevenga en el curso de buena salud aparente (meningitis primitiva) ó que se manifieste en el curso de una enfermedad general aguda preexistente (meningitis secundaria); varía, en fin, con la edad de los sujetos enfermos. Procede pasar revista á estas diversas formas, cuyo conocimiento es naturalmente muy importante desde el punto de vista práctico.

Meningitis primitiva.—La distinción hecha entre las meningitis primitivas y las secundarias sólo tiene valor desde el punto de vista clínico, pues recordaremos que, desde el anatomo-patológico, todas las meningitis son secundarias. Debe comprenderse con el término de meningitis primitiva aquella cuyos accidentes estallan en plena salud, sin causa determinante apreciable ó á continua-

ción de una afección local. El término de meningitis secundaria se aplica á aquella que sobreviene en el curso de una afección general aguda, tal como la pulmonía, la fiebre tifoidea, etc.

Las meningitis primitivas resultan, á veces, de una infección microbiana cuyo origen es desconocido durante la vida del enfermo, y permanece oculto aun después del examen necrópsico más cuidadoso. Es probable que una lesión insignificante haya podido ser la puerta de entrada de los microbios patógenos que han pasado á la circulación general y después se han fijado en las meninges, siendo entonces repentinos los accidentes meningíticos y del todo imprevistos. Las meningitis que siguen á las lesiones sépticas de la cara y del cuero cabelludo se explican muy fácilmente, como hemos visto, por las comunicaciones que hay entre los vasos intra y extra-craneanos, y en cuanto á las meningitis que complican los traumatismos acompañados de heridas más ó menos extensas y á veces penetrantes del cráneo, su desarrollo es la resultante, ya de una infección inmediata y directa de las meninges y del cerebro puestos al descubierto, ya de una propagación infecciosa debida á la contaminación de la herida primitiva. En estos últimos casos pueden pasar inadvertidos, durante algún tiempo, los síntomas meningíticos, si se comete el error de atribuirlos á la conmoción cerebral, pero este error no es de mucha duración, y el cuadro sintomático no tarda en revelar la meningitis. Las primitivas son, de un modo general, las que se refieren más al tipo clínico que hemos descrito, y su evolución ordinariamente es franca; no obstante, algunas veces la meningitis es precedida ó acompañada de abscesos cerebrales y de flebitis de los senos.

Meningitis secundarias. — Las meningitis secundarias más frecuentes son las que se desarrollan en el curso de la pulmonía y de la fiebre tifoidea. Sus caracteres se encuentran á menudo enmascarados por los de la enfermedad primitiva. Cuando sobreviene en el curso de un estado adinámico pronunciado, provocan una reacción bastante menos viva, su invasión es insidiosa y sus síntomas poco claros. En los estados ataxo-adinámicos graves, no es raro observar, en efecto, signos tales como delirio violento, gran agitación, hipertermia y luego coma, sin que las meninges y el cerebro presenten lesiones apreciables. No podría afirmarse entonces con certeza la existencia de la meningitis. Es posible que se la suponga cuando no la hay y que se desconozca cuando existe. Por otra parte, sucede también que queda latente por completo, sin que ningún nuevo síntoma venga á despertar la atención del médico hacia este particular, y por eso no se descubre más que en la autopsia. En otros muchos casos se revela verdaderamente por signos que permiten reconocerla con facilidad, como son la rigidez de la nuca, las contracturas, las convulsiones, los vómitos unidos al estreñimiento y la cefalalgia muy intensa; pero es menester no fiarse, sin embargo, y la advertencia más importante que debe hacerse, á propósito de las meningitis secundarias, es la de encontrar la expresión sintomática franca y la evolución regular de las meningitis primitivas.

Meningitis por pneumococos. — No hay posibilidad de clasificar actualmente las meningitis según los microbios que las determinan: esta base de clasificación nosológica ha podido intentarla legítimamente Courtois-Suffit para las pleuresías purulentas, pero no es aplicable aquí porque la naturaleza y la

evolución de los síntomas no permiten diferenciar las meningitis microbianas unas de otras, ó más bien, no puede hacerse semejante distinción más que para la meningitis tuberculosa, por bacilos de Koch, que se diferencia perfectamente por cierto número de caracteres muy particulares de las meningitis no tuberculosas.

Hay sin embargo, un tipo de meningitis que, con la reserva de las advertencias precedentes, merece algunas consideraciones particulares, y es la meningitis pneumocócica, la cual coincide en las tres cuarta partes de los casos con la pulmonía, aunque puede hallársela independientemente de esta última después de una lesión cualquiera de naturaleza pneumocócica. Acompaña á menudo á la pneumonía complicada de endocarditis pneumocócica y puede sobrevenir antes, durante ó después que ella.

Cuando se manifiesta en el curso de la pulmonía, permanece latente en la mitad de los casos y en los otros se revela por los signos ordinarios de las meningitis agudas, pues la pneumocócica no tiene síntoma particular que especifique su naturaleza bacteriológica; pero es posible sospechar este origen en ciertos casos, fundándose en la existencia anterior ó simultánea de una lesión por pneumococos, susceptible de ser considerada como causa de la meningitis.

En un caso de Ortmann, por ejemplo, había en las fosas nasales un tumor sarcomatoso que suministraba una secreción sero-purulenta en la cual habíase descubierto el pneumococo antes de la explosión de los accidentes meningíticos. Cuando estos aparecieron, la naturaleza pneumocócica de la meningitis fue admitida, y la autopsia mostró la exactitud del diagnóstico (1). Aunque es cierto que además podríamos guiarnos de la misma manera por la existencia de una otitis por pneumococos, de una pulmonía anterior, de la coexistencia de una endocarditis aguda, de una pleuresía purulenta por pneumococos ó por la aparición simultánea de varias afecciones pneumocócicas en una misma familia, sin embargo, esas consideraciones no permitirán nunca afirmar el diagnóstico de un modo absoluto, y será preciso hacer siempre reservas, por una parte, en razón de la posibilidad de una pseudo-meningitis, y, por otra, en razón de la existencia posible de una infección secundaria de las meninges por un microbio diferente del pneumococo.

La meningitis que se encuentra en el curso de la fiebre tifoidea, no reconoce siempre por causa el bacilo de Eberth. Puede ser debida á otros diversos microbios: al estreptococo, al colibacilo, al pneumococo, cuyos microbios, agentes ordinarios de las infecciones secundarias, penetran, sin duda, por las ulceraciones intestinales.

Desde el punto de vista sintomático, la meningitis secundaria de la fiebre tifoidea presenta algunas particularidades, como falta frecuente de la cefalalgia y de los vómitos é inconstancia del estreñimiento.

Meningitis cerebro-espinal. — El gran carácter que ha separado tan largo tiempo la meningitis cerebro-espinal de las meningitis agudas, es su carácter epidémico. Este padecimiento ha azotado en diferentes invasiones bajo forma de epidemias á Europa y América, aunque tiene, por otra parte, tendencia á perpetuarse por medio de algunos casos esporádicos ó por epidemias localizadas

(1) Boulay, Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche. Thèse de Paris, 1891.