

En la *dentición laboriosa*, los caracteres comunes son: los vómitos, el estreñimiento, los cambios de coloración del semblante, la expresión hostil de la mirada, la agitación y los gritos agudos espontáneos, debidos á la odontalgia, alternando con sopor, y á veces las convulsiones; pero el examen de la boca, el sitio preciso del dolor, indicado por los gestos del niño, la limitación de la rubicundez á una de las mejillas, la facilidad con que desaparece el estreñimiento al menor laxante, la falta de alteraciones en el pulso y en la respiración, constituyen los elementos diferenciales.

La *hemorragia meníngea, sub-aracnoidea*, de los recién nacidos se revela por fenómenos convulsivos, paráliticos ó comatosos, muy susceptibles de producir equivocación. El diagnóstico de hemorragia meníngea se fundará en el principio muy precoz (primeras horas ó primeros días de la vida) y brusco de los accidentes, en su etiología obstétrica (partos laboriosos, aplicaciones de forceps, etc.), en la evolución muy rápidamente progresiva y grave de los síntomas y en la falta frecuente, al menos al principio, de la fiebre.

B) *En el niño*. — Lo que hemos dicho á propósito del recién nacido sobre la facilidad con que las menores causas morbosas provocan crisis de *convulsiones esenciales (eclampsia infantil)*, se aplica también á la primera infancia. Tales convulsiones hacen pensar naturalmente en la meningitis; pero el diagnóstico será fácil fundándose en los caracteres sacados del pulso, en la fugacidad de las crisis y en la vuelta á la salud en el intervalo de los accesos, y, por último, en el descubrimiento de la causa que ha provocado la descarga nerviosa.

El *histerismo* en el niño, así como en los adultos, puede dar origen á veces á un síndrome simulador de la meningitis. Para establecer la distinción, se fundará el médico en la herencia y antecedentes neuropáticos del sujeto, en la forma y evolución de los accidentes (principio ó terminación bruscos), en el análisis de los síntomas, en los estigmas histéricos y en la apirexia habitual.

La *sifilis hereditaria* puede realizar el síndrome meningítico. Es una eventualidad mucho más rara, pero con la que sin embargo debe contar siempre el médico, no quiere perder una de las pocas ocasiones que tiene de actuar con un tratamiento eficaz. La meningitis sifilítica será sospechosa con razón por las consideraciones sacadas de la herencia sifilítica, conocida ó probable, del niño, y sobre todo, por la existencia actual ó anterior de los estigmas específicos (lesiones óseas, cutáneas y mucosas, lesiones de los labios, del ano y de los testículos).

Los *accidentes cerebrales que sobrevienen en el curso de ciertas enfermedades agudas* (sarampión, viruela, escarlatina, fiebre tifoidea, pulmonía, puohemia, endocarditis infecciosa), sobre todo en el principio, pueden simular exactamente la meningitis. Las condiciones etiológicas (contagio, epidemicidad), y las manifestaciones características de la pirexia (evolución, curva térmica, exantemas), son los que en la hipótesis de una meningitis, juntos con la aparición de los síntomas, anormales ó contradictorios, constituirán la base de la interpretación diagnóstica.

Debe reservarse sitio aparte entre las pseudo-meningitis de origen infeccioso, á la *pseudo-meningitis pneumónica*. No es raro ver en el niño la pulmonía, y particularmente la del vértice, despertando, por una acción todavía descono-

cida (tóxica ó refleja), una reacción cerebral susceptible de simular la meningitis tuberculosa hasta en los detalles. Parece que no falta nada en el cuadro clínico; hay, como en una observación de Andrés Bergé, vómitos, estreñimiento, rigidez de la nuca, delirio, soñolencia y coma, entrecortados por gritos agudos hidro-encefálicos, y hasta la curva térmica clásica de la meningitis tuberculosa, con su descenso de temperatura en el período medio de la enfermedad y su última ascensión terminal. El conjunto sintomático puede ser tan perfecto que no ofrezca duda el diagnóstico de meningitis tuberculosa, y resulte desconocida la pulmonía. La autopsia la revela, como sucedió en la observación citada, y demuestra la absoluta integridad de las meninges. No puede culparse á la acción directa del pneumococo sobre las meninges, porque en el caso de Bergé, fue negativo en el examen bacteriológico de la serosidad meníngea; lo cual prueba que el curso de la pulmonía y además de la verdadera meningitis, hay, bajo la dependencia del microbio, una pseudo-meningitis cuya naturaleza (tóxica ó refleja) no está todavía dilucidada.

Se ve cuán delicado puede ser el diagnóstico de la meningitis tuberculosa en esta forma cerebral de la pneumonía, en la cual hay que hacerle con la pseudo-meningitis y con la meningitis verdadera pneumocócica. Para establecerle, habrá que basarse principalmente en la existencia de la pulmonía, que siempre deberá buscarse; además, se tendrá en cuenta todas las diferencias que podrán manifestarse en la sintomatología y en la evolución del mal, comparadas con la sintomatología y la evolución ordinarias de la meningitis tuberculosa. Deberá «seguirse atentamente la evolución morbosa, la relación recíproca y el orden de sucesión de los accidentes, y examinar la nariz y las orejas de los enfermos, á fin de buscar en ellas los focos de supuración pneumocócica, de donde podría proceder directamente la infección meníngea, paralelamente á la infección pulmonar. El resultado del tratamiento, á veces rápidamente feliz en casos de falsas meningitis, concurrirá al establecimiento del diagnóstico y del pronóstico» (Dupré).

La *esclerosis cerebral* puede, en los niños de poca edad, realizar en algunas de sus variedades un conjunto clínico que recuerde la meningitis; pero la evolución de los accidentes es más bien crónica que aguda; los fenómenos convulsivos ó paráliticos están limitados, muy á menudo, á un lado del cuerpo, y aparecen por accesos; no hay fiebre, y, por último, el origen cerebral está demostrado además por la atetosis, por la contractura y la atrofia, que pueden sobrevenir consecutivamente.

También deberán ser diferenciadas ciertas formas de *torticolis*.

C) *En el adulto*. — La expresión sintomática de la meningitis tuberculosa se parece mucho naturalmente á la de las *meningitis agudas* producidas por microbios patógenos, distintos del bacilo de Koch. Para resolver este problema, á veces delicado y que, por otra parte, puede presentarse en todas las edades, será menester tener en cuenta, no sólo la posible herencia tuberculosa del enfermo, la existencia actual ó antigua de una lesión tuberculosa (afecciones óseas ó articulares, tuberculosis pulmonar ó pleurítica, tuberculosis genital, abscesos fríos, etc.), el hábito general del enfermo (anemia y demacración sospechosa); sino también la coexistencia de ciertas lesiones susceptibles de ser el punto de partida de una meningitis aguda (traumatismo, otitis, etc.), ó de



ciertas causas etiológicas (epidemia reinante de meningitis cerebro-espinal). Se considerará, por último, los caracteres divergentes de los dos órdenes de meningitis: las meningitis no específicas tienen un principio más brusco, su fiebre es muy elevada y continua, el delirio es más precoz y más violento, la cefalalgia más intensa, y las convulsiones se presentan más pronto: con celeridad, toma el padecimiento una marcha más aguda, más viva, una duración más corta, y desde la invasión da la impresión de una gravedad más inmediata. «Por muy pálida que sea una meningitis aguda franca, rara vez veréis que llegue su expresión sintomática á la de la meningitis tuberculosa» (Archambault). Añadamos que el modo de agruparse los síntomas y la sucesión de los períodos, son muy claramente distintos.

Sábese que la comprobación, por el oftalmoscopio, de granulaciones tuberculosas de la coroides, puede considerarse como un signo casi patognomónico de la meningitis tuberculosa, cuando coincide con el síndrome meningítico. En un caso dudoso, deberá emplearse este medio de exploración, por más que hayamos prevenido que las dificultades de este examen restringen considerablemente su aplicación en la práctica corriente.

Los *tubérculos cerebrales* dan origen á síntomas, á menudo parciales, en relación con su localización cortical: determinan crisis de epilepsia jacksoniana de forma hemipléjica ó monopléjica y vómitos: afectan una marcha crónica con períodos de remisión, á veces muy prolongados; y pueden, por otra parte, determinar explosiones de verdadera meningitis, con todo el cortejo habitual de síntomas (cefalalgia, vómitos, estreñimiento, etc.).

En el adulto, como en el niño, puede haber *accidentes cerebrales de forma meningítica en las enfermedades agudas* (pulmonía, fiebre tifoidea, etc.). No insistiremos más en esto, pero es preciso añadir á nuestra enumeración anterior, las enfermedades en que se encuentran estas perturbaciones:

a) La *fiebre tifoidea*. — Este padecimiento se reconocerá en sus prodromos, en las epistaxis frecuentes, en la distensión del vientre, en la diarrea característica, en la rareza de los vómitos, en el aspecto de la lengua, en las manchas rosadas, en el ciclo febril, en la frecuencia y dicrotismo del pulso, y en la hipertrofia esplénica.

b) La *gripe* podrá sospecharse en razón á la constitución epidémica reinante, y se distinguirá por sus fenómenos pulmonares, cuando los hay, por su evolución morbosa, y por la curva térmica.

c) El *paludismo*, en ciertas de sus formas nerviosas, debe ser diferenciado. Lo será en atención á los antecedentes palúdicos del enfermo, á la hipertrofia esplénica y á los felices efectos del tratamiento quínico.

d) El *reumatismo cerebral* se halla tan estrechamente ligado á las manifestaciones articulares del reumatismo agudo, que sólo esta relación bastará á menudo para fijar el diagnóstico, y ayudará la consideración de los antecedentes reumáticos (herencia, ataques anteriores), la observación de la curva térmica, el modo de invasión, y la acción específica del salicilato de sosa.

e) El *embarazo gástrico* presenta como signos comunes, susceptibles de inducir á error, la cefalalgia, los vómitos y el estreñimiento; pero el principio de la enfermedad en un sujeto en plena salud, la falta de prodromos, el carácter nauseoso de los vómitos, la facilidad con que cede el estreñimiento, el estado gá-

trico producido por el estado saburroso de la lengua, el sabor de boca, el amargor y pérdida del apetito, permiten desde el principio hacer el diagnóstico que, por otra parte, sería muy pronto establecido, á causa de la benignidad de la afección.

La *uremia*, en su forma pseudo-meningítica, puede simular con bastante exactitud la meningitis, por lo cual nunca deberá olvidarse el examen de la orina, que en este caso da un resultado capital, pero también puede encontrarse en las convulsiones predominantes, en la hipotermia y en la evolución de los accidentes, importantes elementos diferenciales.

El *delirium tremens* sólo dudosamente se presta á confusión. El delirio violento especial, las alucinaciones terroríficas, el temblor, los sudores profusos, todos estos caracteres, en unión del conocimiento de los hábitos alcohólicos del enfermo, bastan para establecer el diagnóstico.

Sólo como recuerdo citamos aquí *los accidentes cerebrales de origen tóxico*; intoxicación por el opio, la belladona, el acónito, etc. En efecto, tales accidentes son raros y van acompañados de signos propios de cada una de estas intoxicaciones. La anamnesia, además, podrá revelar la ingestión de los venenos, realizada accidentalmente, con intento suicida ó terapéutico.

D) *En el viejo*, no hay afecciones particulares que se parezcan. Nos contentaremos con recordar que la meningitis tuberculosa, por lo demás, muy rara á esta edad, evoluciona á menudo de un modo más insidioso y más tórpido y que tiene, por lo tanto, más peligro de ser desconocida ó de pasar inadvertida.

Después que se ha establecido con certidumbre el diagnóstico de la meningitis tuberculosa ¿se puede basar una apreciación legítima de la distribución topográfica de las lesiones en la existencia exclusiva ó en el predominio de ciertos síntomas? No cabe duda que en algunos casos, apoyándose en las nociones anatómicas y fisiológicas, y aplicando al estudio de la enfermedad que nos ocupa los datos suministrados por el conocimiento de las localizaciones cerebrales, se puede llegar al diagnóstico topográfico de las lesiones. En presencia de trastornos hemipléjicos, sobre todo, se podrá pensar en el predominio unilateral de la meningitis; se podrá también suponer, basándose en consideraciones ya consignadas, el predominio en la base ó en la convexidad. Estas hipótesis no deben emitirse más que con la mayor reserva, porque á menudo son desmentidas por los hechos, y porque si es exacto que muchos síntomas de excitación ó de parálisis derivan en las meningitis de la excitación directa de los troncos nerviosos ó de los centros psico-motores, también se sabe que pueden ser provocados los mismos síntomas por simples trastornos circulatorios y por acciones reflejas más ó menos difusas.

PRONÓSTICO.—La meningitis tuberculosa termina de una manera casi constante por la muerte. Ya hemos dicho antes lo que debe pensarse de los casos en que se ha visto la curación, por más que el conjunto sintomático observado haya sido muy manifestamente el de la meningitis tuberculosa. Sabemos que dicho conjunto puede ser simulado con la mayor exactitud, ya por la sífilis cerebro-meníngea (Dreyfus), ya por las pseudo-meningitis infecciosas, reflejas ó de otra clase. Las observaciones de curación de meningitis tuberculosa se prestan á la crítica en gran manera, y no podemos concederlas crédito alguno.

Estas reflexiones no se aplican, sin embargo, más que á la meningitis tu-



berculosa generalizada común, porque hay algunos casos auténticos de curación referentes á meningitis tuberculosas circunscritas y localizadas, como por ejemplo, los de Rilliet y de Cadet de Gassicourt (1). En el enfermo de Rilliet, después de presentarse los síntomas clásicos de la enfermedad, desaparecieron todos y se hizo la curación completa en sesenta y seis días, cuya curación duró cinco años y medio, después de los cuales sobrevino una nueva meningitis que terminó por la muerte en trece días. En la autopsia se halló dos órdenes de lesiones tuberculosas: lesiones recientes características de la meningitis tuberculosa ordinaria, y antiguas que consistían en una masa tuberculosa de 1 centímetro de longitud por 4 milímetros de grosor, la cual había sufrido parcialmente la regresión fibrosa. En el caso de Cadet de Gassicourt, se trató de un enfermo cuyos síntomas meníngeos se calmaron al cabo de veintitres días, y en el cual pareció completa la curación durante dos meses y medio; después sobrevino otra meningitis y sucumbió el enfermo de una difteria intercurrente. En la autopsia se halló un tubérculo en el cerebelo, del tamaño de un huevo y lesiones meníngeas antiguas y recientes.

Por lo mismo que el pronóstico es tan fatal, es conveniente recomendar al médico que no se precipite en afirmar un diagnóstico cuya significación es tan grave, pues á pesar del más cuidadoso análisis de los síntomas, puede cometerse un error. Es menester, por último, «desconfiar de la aparente curación, común en la meningitis, y cuando se tiene certeza del diagnóstico, no dar una esperanza que no ha de realizarse» (Rilliet y Barthez).

Vista la evolución bastante regular de la enfermedad, generalmente es fácil prever la muerte inminente. La hipertermia, los sudores profusos, la cianosis, la mirada triste y el aspecto vítreo de la córnea, son los mejores signos. Desde este punto de vista, no es preciso contar con el coma, porque algunas veces se ve á los niños reponerse y despertar de un coma profundo, recobrando en parte el conocimiento y viviendo algunos días más.

TRATAMIENTO. — Tratamiento curativo. — No hay medicación eficaz contra la meningitis tuberculosa. Lo mejor que puede hacerse es desechar todo tratamiento, que contribuiría por una parte á debilitar al enfermo, y por otra le proporcionaría mayores padecimientos. Por estas razones deben prescribirse con cuidado los llamados remedios enérgicos, como las sangrías generales ó localizadas, las moxas, los sedales y los revulsivos (vejigatorios, aceite de croton, etc.). La medicación deberá ser puramente sintomática; pueden emplearse las lociones ó afusiones frías, á la cabeza, para moderar la cefalalgia. Se opondrá á la fiebre los antipiréticos usuales (antipirina, sulfato de quinina), á la agitación y al insomnio los hipnóticos y los narcóticos (cloral, opio, bromuros alcalinos, etc.); al estreñimiento los purgantes (calomelanos, drásticos). En ciertos casos de intensa excitación cerebral ó de excesiva hipertermia, podrá emplearse con utilidad la hidroterapia fría. Hay que reconocer que, aun limitándose á la modesta esperanza de combatir ó de atenuar los síntomas principales de la enfermedad, se está siempre muy lejos de conseguir el efecto deseado. Importa estar muy prevenidos contra las infinitas decepciones que se sufren en este particular.

(1) Rilliet, Barthez et Sanné, *Traité des maladies des enfants*.

El ioduro de sodio ó de potasio, los calomelanos á dosis fraccionadas, se prescriben de ordinario. Nada tenemos que decir de los demás medicamentos aconsejados por diferentes prácticos; las preparaciones de valeriana, el almizcle, los diuréticos, etc.

Debe considerarse racional el ensayo que puede hacerse de los medicamentos antífímicos empleados actualmente en inyecciones subcutáneas, como el guayacol, la creosota y el iodoformo.

En una enfermedad tan fatal como la meningitis tuberculosa, la única esperanza que puede conservar el médico es la de haberse equivocado en el diagnóstico, y por eso estará indicado ensayar la medicación antisifilítica, bajo la forma mixta é intensiva, que alguna vez podrá dar resultado. En todo caso nunca será irracional ponerla en práctica.

Vigílese acerca de los cuidados higiénicos. Debe alimentarse al enfermo lo más posible, dejándole reposar en el silencio y en la obscuridad.

PROFILAXIS. — Hay una doble indicación profiláctica: 1.º, evitar al niño el contagio tuberculoso; y 2.º, colocarle en las mejores condiciones de salud física para resistir á este contagio.

Si el médico es impotente para curar la meningitis tuberculosa, hay que convenir, en cambio, en que puede mucho para prevenirla en ciertas circunstancias. Las principales medidas de higiene que deberá tomar, no tienen nada de especiales para esta enfermedad; se refieren á la tuberculosis en todas sus manifestaciones. En las familias de tuberculosos será preciso vigilar con el mayor cuidado la desinfección de los esputos virulentos, que son el origen ordinario de los esputos. Habrá que evitar, además, que los enfermos expectores fuera de las escupideras dispuestas al efecto, y aun si es posible, se practicará el aislamiento de los niños. Debe vigilarse la escrupulosa observancia de las reglas generales de la higiene, relativas á la habitación. Los hijos de tuberculosos serán objeto de una solicitud particular; se les prolongará la lactancia por medio de una buena nodriza hasta el máximo del tiempo ordinario, de quince á dieciocho meses (Jaccoud). Se les pondrá en condiciones higiénicas especiales; se intentará desarrollarlos físicamente (hidroterapia, vida de campo, ejercicios físicos, etc.); se les prohibirá la fatiga y las vigias. Por último, se les someterá á un régimen cerebral particular, á fin de ahorrarles los esfuerzos intelectuales prolongados ó precoces y el cansancio. El empleo de las preparaciones ferruginosas, iodadas, aceite de hígado de bacalao y las fricciones secas á la piel, también están indicados. Se proscribirá, naturalmente, los excitantes cerebrales (alcoholes, vino en exceso, te café, etc.).