

bios más frecuentemente hallados en estado depureza; debiéndose mencionar entre las asociaciones microbianas más comunes la del pneumococo con el estreptococo ó el estafilococo dorado, y la del estreptococo con el colibacilo. La más frecuente de todas las meningitis es la de pneumococos; mientras que parece ser el estreptococo menos á menudo la causa de la meningitis y muy rara vez los estafilococos aislados (Guinon).

PATOLOGÍA.—No obstante la variabilidad del cuadro sintomático, lo cual es dependiente de la naturaleza é intensidad de la causa, de la topografía del proceso y del grado de impresionabilidad del niño, ofrece la enfermedad rasgos generales que me servirán para hacer su descripción.

Se pueden admitir dos períodos ó fases capitales en este padecimiento: el primero que merece el nombre de *período de excitación* y el segundo de *depresión*; y aun cuando no todos los casos particulares se ajustan exactamente á esta división, no está desprovista de utilidad, porque marca á grandes rasgos la clase y sucesión de los desórdenes que, por lo general, caracterizan á este estado morbosos. La fisiología patológica no es idéntica en los diferentes síntomas, pues cada uno ofrece un procedimiento genésico especial, pero puede formularse una interpretación genérica que de una manera aproximada explique el mecanismo de producción de todos ellos. Y al efecto los dividiré en tres grupos: fiebre, fenómenos del primero y fenómenos del segundo período. La fiebre existe durante toda la enfermedad; pero separo su fisiología patológica de la del resto de los síntomas, porque es realmente especial, ya que en mi opinión es de índole infecciosa y su causa está representada por toxinas que merecen con toda propiedad el nombre de pirogenas, independientes en más ó menos grado de la localización y aun de la extensión de las lesiones meningíticas, toda vez que no depende intrínsecamente de éstas, sino que es un proceso que surge en cualquiera enfermedad, á la manera que lo hace una complicación, y que si no la damos este nombre, es únicamente debido, á mi juicio, á que hasta ahora no ha sido conocida su relativa independencia y á la constancia con que acompaña á gran número de estados morbosos. Los síntomas del primer período pueden referirse á una *irritación de la capa cortical del cerebro* que exalta su funcionalidad, ya por la influencia de vecindad, de contacto, que ejerce en ella el proceso meníngeo, ó bien por la participación que en este proceso tome por propagarse á ella las lesiones, revelándose por los fenómenos de excitación que constituyen esta primera fase de la enfermedad. Y los síntomas del segundo período

pueden originar, ya de la compresión que los exudados producen sobre la substancia nerviosa encadenando su funcionalismo, ora de la desorganización que ésta sufre en los casos de meningo-encefalitis, ó bien de una parálisis por fatiga, á un agotamiento de la excitabilidad de los elementos nerviosos á consecuencia de haber sido fuertemente excitados; esta última modalidad patogénica de neurolisis es la que considero menos probable, y, desde luego, menos frecuente; pues si bien debe suponerse su intervención en la fisiología patológica del aniquilamiento de las funciones cerebrales, entiendo que semejante intervención es tan sólo como un factor secundario, no como representante exclusivo, ni principal siquiera, de la causalidad anátomo-fisiológica, la cual, á mi juicio, está constituida por los dos primeros factores que he indicado: la compresión y la desorganización de la substancia nerviosa.

La *invasión* de esta enfermedad es más ó menos repentina, anunciándose unas veces por prodromos de corta duración constituídos por fenómenos que no tienen nada de característicos, como inapetencia, insomnio, malestar y fiebre, á los que sigue una violenta cefalalgia; pero otras veces falta por completo este período prodrómico y se inicia desde luego el padecimiento por el fuerte dolor de cabeza, cuyo asiento no es siempre el mismo, pues si bien es muy frecuentemente frontal, en otras ocasiones es occipital, hemisferiano ó difuso; es continuo, pues las remisiones que ofrece son insignificantes, y rara vez presenta recrudescimientos marcados ó la forma accesional, y se exagera por los ruidos, la luz y por los movimientos. En los niños de dos ó tres años de edad es en los que se comprueba este síntoma con más seguridad, porque ya dicen dónde les duele; en los más pequeños hay que deducir su existencia del lenguaje mímico, de la agitación y de los gritos que les arraca el sufrimiento. La cefalalgia dura hasta que el niño pierde el conocimiento: de uno á tres días.

Simultáneamente con la cefalalgia ó algunas horas después, se presentan vomitos, que faltan á menudo en los niños pequeños y en algunos casos de meningitis secundaria; el pulso es frecuente y á veces irregular, y la temperatura se eleva á 40° ó más, siendo muy ligeras las remisiones que ofrece; y hay estreñimiento y retracción del vientre. La fisonomía está animada al principio, y luego contraída ó sin expresión; hay agitación, rechinar de dientes, estrabismo y excitabilidad exaltada, pues aparecen los niños impresionables á la acción de la luz y de los sonidos; se presenta miosis, y los globos oculares mues-

tran una gran sensibilidad cuando se ejerce sobre ellos una presión suave; delirio muy intenso, furioso, que es seguido de coma y alterna con él, si bien, aunque excepcionalmente, puede preceder el coma á las demás perturbaciones del sistema nervioso; falta el delirio cuando el proceso está circunscrito á la base.

Las convulsiones constituyen uno de los síntomas más notables que ofrece la miotilidad, las cuales son una de las primeras manifestaciones de la meningitis en los dos primeros años de la vida, pudiendo aparecer otros desórdenes durante la marcha de la enfermedad, como subsaltos de tendones, rigidez de las extremidades ó del tronco y convulsiones del diafragma.

El *periodo de depresión* se establece mediante el apagamiento de los fenómenos de excitación, apagamiento que hay que cuidar de no interpretar como una mejoría; cesan la agitación, el delirio, las contracturas y las convulsiones, siendo reemplazados por el coma, la anestesia, la midriasis ó la desigualdad pupilar y las aquinesias, cuya localización varía en cada caso, pudiendo ser monoplégicas, hemiplégicas ó circunscritas á determinados grupos musculares, presentándose también la parálisis de los esfínteres, lo que da lugar á la incontinencia de los excrementos y de la orina, si bien en algunos casos hay retención de esta última por predominar la aquinesia de la túnica muscular del cuerpo de la vejiga; la fiebre aumenta, pero sólo en lo que se refiere á la temperatura, la cual puede llegar á 41 y 42°, pues el pulso se hace lento, cuya falta de armonía esfigmo-térmica ha sido la causa de que se la denomine *fiebre disociada*; la respiración pierde su ritmo y presenta á menudo el tipo de Cheyne-Stokes; se inicia la asfixia y sobreviene el desenlace funesto, precedido á veces de un ataque eclámpsico.

Se han descrito diversas modalidades clínicas de meningitis cuya utilidad práctica no se me alcanza, pues no implican formas diferentes de la enfermedad, sino coexistencias morbosas ó predomios sintomáticos, cuya razón será detalles topográficos, grado distinto de impresionabilidad individual, etc. Hago esta reflexión para encerrar el alcance de estas diversas clases de meningitis en sus justos límites, y advierto además, que, si fuéramos á hacer resaltar otras circunstancias accidentales que pueden presentarse, se multiplicarían las especies de meningitis sin ninguna dificultad, pero también sin utilidad alguna, pues como las enfermedades no se ajustan á un patrón invariable, es inútil fundar divisiones en el predominio de tales ó cuales síntomas, porque la inestabilidad de éstos, desde el punto de vista de sus mutuas relaciones intensivas y cronológicas, no presta base sólida á semejantes diferenciaciones. Así, pues, me limitaré á indicar que Rilliet y Barthez han descrito la *forma frenética ó comatosa* y la *forma convulsiva* de la meningitis, en razón al predominio de las pertur-

baciones intelectuales en la primera y de los fenómenos convulsivos en la segunda; habiéndose también descrito por otros autores la meningitis de los *recién nacidos* y la de los niños de más edad, variedades que no tienen razón de ser, porque aunque las condiciones individuales son importantísimas, no cambia por eso la naturaleza de la enfermedad; y, por último, la *meningitis primitiva* y la *secundaria*, según se desarrolle hallándose el individuo en estado fisiológico ó en el curso de otra enfermedad, cuya división tampoco es aceptable porque estas dos clases no significan diferencia de naturaleza.

PATOCRONIA.—La meningitis aguda siempre verifica su invasión repentinamente; sigue una marcha rápida y continua, pues las remisiones son excepcionales y cortas por lo general; y termina en algunos días y en ocasiones en pocas horas, pasando rara vez de la primera semana; no obstante, en los niños mayores puede durar quince ó veinte días. El modo más frecuente de terminación de esta enfermedad es la muerte, pero puede algunas veces ir seguida del restablecimiento de la salud, como lo demuestran hechos citados por Charpentier, Constant, Goclés, etc.; pocas son, sin embargo, las curaciones comprobadas, como son también excepcionales los casos en que adopta un curso crónico, en el cual quedan contracturas, aquinesias, perturbaciones de la inteligencia y hasta idiotismo.

Todos estos hechos se explican perfectamente, lo mismo la curación completa, que la incompleta y que la muerte. La curación se comprende sin violencia de ningún género; porque siendo una enfermedad exclusivamente flegmática, sin neoplasias evolutivas como ocurre con la meningitis tuberculosa, es natural que puedan desaparecer la inflamación, reabsorberse los exudados y realizarse la *restitutio ad integrum* de las partes afectas, y, por consiguiente, la total curación. La incompleta puede explicarse por la desaparición parcial de las lesiones, pero quedando restos de proceso, como exudados sin reabsorber, ó reliquias temporales ó definitivas, tal es una esclerosis cerebral; y por último, la muerte es la que más fácil interpretación encuentra, toda vez que es natural el desenlace funesto en una enfermedad que se desarrolla en órganos cuya entidad vital es de primer orden.

Aún se puede precisar más el por qué íntimo de estos diversos modos de terminación inquiriéndole en la naturaleza de la causa y de las lesiones. No es posible decir si en todos los casos hay paralelismo entre aquella y éstas, ó si surgen discrepancias por las diferentes condiciones de cada individuo; pero yo creo que uno y otro hecho tendrán lugar, pues á cada especie microbiana, aunque este estudio se halle todavía poco adelantado, debe suponérsela una virtualidad morbígena determinada, de igual manera que es preciso reconocer como indudable el diverso grado de impresionabilidad y de resistencia que cada individuo ofrece, y por lo tanto, la diferente intensidad del proceso en cada caso. Así puede pensarse que cuando termina por la curación completa, tal vez las lesiones han sido principalmente hiperémico-edematosas, que las verdaderamente flegmáticas han sido muy ligeras y circunscritas, y los exudados simplemente sero-fibrinosos; que en los casos en que la curación es incompleta, la flegmasia ha sido más intensa y extensa, tanto en la meninges como en la substancia cortical del encéfalo; y que en aquellos en que el desenlace es funesto, la menin-

gitis ó la meningo-encefalitis son difusas, el exudado francamente purulento, y, en una palabra, la naturaleza é intensidad del proceso incompatibles con la continuación de la vida.

Juicios clínicos.

Para el *diagnóstico* remito al lector al capítulo en que me ocupo del meningismo.

PRONÓSTICO.—Es en general de suma gravedad, aunque no desprovisto de esperanzas de curación, según acabo de manifestar al estudiar la patocronia de esta enfermedad.

TRATAMIENTO.—El *profiláctico* está representado por el empleo oportuno de los recursos adecuados para combatir los estados morbosos locales ó generales que originan la meningitis, entre los cuales se encuentran los del oído, tan frecuentes en los niños.

El *curativo* me merece idénticas reflexiones que el de la meningitis tuberculosa y aconsejo los mismos medios que en ésta, para lo cual remito al lector á lo que he dicho al ocuparme de esta enfermedad. Las únicas diferencias que establezco son las siguientes:

1.^a En la meningitis simple no hay que emplear ni *creosota* ni *iodoformo*, pero creo que debe ensayarse la *quinina* á altas dosis, eligiendo la vía hipodérmica.

2.^a Debe prescribirse un *baño* templado á 35° C., de cinco, diez ó quince minutos de duración, según los efectos que produzca, y continuando durante él las aplicaciones frías en la cabeza. Este baño se dará lo más al principio posible de la enfermedad, y se repetirá ó no, según los efectos inmediatos y consecutivos que haya producido, es decir, según hayamos observado que ha sido ó no beneficioso. Se enjuagará al niño al sacarle del baño con una sábana tibia y se le templará también la cama antes de meterle en ella, cuidando además de realizar todas las maniobras con gran dulzura, para que no sufra la cabeza del niño ninguna sacudida.

3.^a El *ioduro potásico* le considero inconveniente en la meningitis simple, porque es vaso-dilatador y agravaría, por consiguiente, la enfermedad. Sólo creo se podrá apelar á él cuando veamos que los demás recursos han sido ineficaces y que el niño se encuentra ya en pleno período de depresión; entonces le aconsejo porque *tal vez* favorezca la reabsorción de los exudados; y digo *tal vez*, porque *es posible* que los aumente por la excitación circulatoria que produce; y como tengo esta duda, que no hay manera de disipar, de ahí que le aconseje como último recurso.

4.^a Si hay sospechas de sífilis en el niño, debe emplearse el tratamiento específico, sin descuidar por eso los demás medios.

5.^a Si á pesar del empleo de los diferentes recursos llega el período de depresión, considero indicada la *punción lumbar* propuesta por Quincke.

6.^a ¿Debe apelarse en la meningitis simple aguda á las emisiones sanguíneas, ó diré mejor, á una sola aplicación de sanguijuelas? Las modernas teorías, de verdad indiscutible, respecto de la naturaleza de la inflamación en general y por lo tanto de la meningitis, no son nada favorables á este recurso; es posible que la pérdida de sangre no haga más que colapsar al niño sin atenuar el proceso intracraneal; así es que no considero indicado este medio. Sin embargo, hago una excepción: en caso de meningitis verdaderamente repentina, cuya causa—predisponente, coadyuvante, ó lo que sea—sea indudablemente una insolación, sobre todo si el niño es vigoroso, creo debe apelarse á una aplicación de sanguijuelas en el ano, en relación con la edad del enfermito, *si vemos que el frío en la cabeza, los purgantes, los pediluvios sinapizados, etc., no han mejorado al niño en las primeras horas.*

Diré, para concluir, que el Dr. Cowers considera eficaz en la meningitis septicémica al percloruro de hierro. «Este medicamento—dice—es más poderoso que otro alguno para salvar la vida de los septicémicos; fué administrado en todos los casos de meningitis notoriamente septicémica terminados por la curación, en uno de los cuales existía intensa cefalalgia con delirio, rigidez de los miembros de un lado y 40°,5 de temperatura.» Cito esta opinión de Cowers, porque sería motivo de gran júbilo el que el percloruro de hierro tuviera semejante virtud. ¿Cómo obraría este medicamento? Además de su acción astringente, se ha dicho por alguno que disminuye las hiperemias patológicas y que tiene poderosas cualidades antiflogísticas y antipiréticas. Sea de esto lo que quiera, creo que debe ensayarse este medicamento, pues por tenue que sea el rayo de esperanza que represente, brilla mucho sobre el fondo sombrío del pronóstico de la meningitis.

Anemia cerebral.

Esta enfermedad ha sido denominada por Marshall Hall *hidrocefaloide*, á causa de cierta semejanza que existe entre sus síntomas y los del hidrocéfalo agudo (meningitis tuberculosa).

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—Todas las causas de la anemia