

meningitis tuberculosa y admitir la otra interpretación, la de la hidropesía caquéctica, que se encontraba además confirmada por el derrame seroso pleurítico, cuyo proceso fué ocasionado sin duda por los dos siguientes elementos hidropigénicos: el *nosohémico*, constituido por la hipoglobulia y la hipoalbuminosis, y el *mecánico*, por la escasa potencia cardíaca. Es tanto más notable que faltara la meningitis tuberculosa, cuanto que la niña padecía, como se ve, una tuberculosis coxo-femoral intensísima.

PRONÓSTICO. — Es completamente circunstancial, si bien en tesis general es relativamente leve, considerado exclusivamente á través del prisma del proceso intracraneal en sí, porque como hay que suponerle de lesiones probablemente de poca entidad, es natural que termine por el restablecimiento de la salud; mas no hay que olvidar, al formular el pronóstico, la gravedad dependiente de la enfermedad primitiva, en cuyo curso se ha desarrollado la pseudo-meningitis.

El *tratamiento* no se puede exponer *à priori*, porque no es una entidad morbosa definida, y, por consiguiente, no presta elementos al razonamiento terapéutico; nuestra conducta tiene que inspirarse necesariamente en las circunstancias de cada caso.

#### Meningitis cerebro-espinal epidémica.

Esta enfermedad ha sido también denominada *tifus cerebro espinal*, *espasmo de la nuca* y *fiebre cerebro-espinal*.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — Los niños ofrecen una notable predisposición á contraer esta enfermedad, hasta el punto de que algunas epidemias han limitado á ellos su radio de acción.

Se ha dicho si los menores de seis meses no estarían tan predispuestos; pero yo atribuyo esta aparente y relativa inmunidad, al género de vida especial de los niños pequeños que les substraen al contagio, pues de no ser esta circunstancia, tal vez fuera mayor su receptividad morbosa cuanto más próximos al nacimiento se encontraran. Aun cuando son atacados en mayor número los niños que las niñas, entiendo que es una simple casualidad, pues no veo la razón de que el sexo, que aún duerme el sueño fisiológico, influya en el desarrollo de una enfermedad de la naturaleza y topografía que ésta ofrece.

El hacinamiento, la viciación del aire por los productos de descomposición, la humedad de las habitaciones, los ejercicios activos en exceso y la mala alimentación ó su insuficiencia, son circunstancias que favorecen el desarrollo de esta enfermedad; así es que la clase menesterosa suministra el mayor contingente de víctimas; lo cual, en rigor, no es privativo de este padecimiento, pues es lo que sucede con todos los procesos infecciosos. Por lo común se presenta bajo la forma epidémica, si bien en ocasiones es esporádica; las epidemias suelen ser de pequeño horizonte.

El elemento verdaderamente causal se puede, no sólo sospechar, sino afirmar que es microbiano, por la naturaleza difusible del proceso, pues es una infección realmente expansiva, según veremos en la anatomía patológica y principal-

mente en la patografía, y porque es contagiosa la enfermedad; pero aún no se ha averiguado de manera indudable qué microbio sea el representante de la causalidad. Se ha encontrado en el exudado meníngeo el pneumococo, que á mi juicio no es probable sea el agente productor, porque está muy esparcido, y en cambio esta meningitis es relativamente rara; y recientemente un diplococo alargado, cuyos cultivos, según Heubner, inyectados en las meninges raquídeas de la cabra, han dado lugar al desarrollo de la meningitis cerebro-espinal, que ha sido denominado *meningococo*; pero en fin, aun cuando todavía no se conoce con seguridad cuál sea el microbio productor de esta enfermedad, para los efectos clínicos nos basta saber que se trata indudablemente de causa viva.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — En algunos casos fulminantes la inspección necrósica más minuciosa no ha puesto de manifiesto ninguna lesión (Leyden), ó bien no se ha encontrado otra cosa que una hiperemia más ó menos difusa. Pero cuando el curso del proceso no es tan rápido, existe opacidad y congestión muy graduada de la pia-madre cerebral y raquidiana, y por lo común un exudado purulento, claro ó cremoso, en la convexidad y en la base del cerebro, que se extiende á veces hasta la cola de caballo; la dura-madre, tanto cerebral como espinal, suele estar también más ó menos afectada. El cerebro y la médula se encuentran unas veces en estado normal y otras están hiperemiados y reblandecidos, y los ventrículos pueden contener líquido turbio ó pus.

Además de estas lesiones de los centros nerviosos pueden existir otras en diferentes órganos, como una degeneración grasosa de los riñones, hígado y músculo cardíaco; hiperemia de la mucosa bronquial y de la del pulmón; colecciones de pus en las articulaciones, en la caja del tímpano, etc.

Este conjunto de alteraciones somáticas demuestra que el padecimiento que nos ocupa consiste, no sólo en la flegmasia meníngea cerebro-espinal y en las irradiaciones de igual naturaleza circunyacentes, sino que existe una infección más ó menos generalizada, difundida por gran parte del organismo, cuyo dato es de importancia suma, aunque, por desgracia, de triste significación.

PATOGRAFÍA. — En los casos raros en que existen fenómenos *prodromicos*, se encuentran éstos constituidos por dolores en la cabeza, dorso y miembros, malestar y postración.

La *invasión* de la enfermedad se caracteriza por escalofríos, que en los niños pequeños son substituidos por un ataque eclámpico, vómitos, cefalalgia y raquialgia intensas. Los dolores se propagan á los miembros, apareciendo también una hiperestesia cutánea tan viva, particularmente en las extremidades abdominales, que un contacto ligero es susceptible de despertar en ocasiones fuertes dolores (*hiperalgia* ó *hiperalgesia*), de igual manera que se comprueba una sensibilidad exagerada cuando comprimimos con los dedos á todo lo largo de la columna vertebral.

En la esfera de la miotilidad observamos síntomas muy notables, como estrabismo, dilatación ó desigualdad pupilar, opistótonos, trismo, calambres, temblor, convulsiones, atonía aquinesiforme de los miembros ó contractura de éstos, y á veces afasia; y en la intelectual, insomnio, delirio, alucinaciones, vértigos, que son seguidos de somnolencia, á la que sucede el coma. Puede también presentarse sordera.

La temperatura está aumentada, marcando el termómetro 38, 39,5, 40 ó más grados; pero sigue una marcha muy irregular, ofreciendo el máximo hacia el final del padecimiento; el pulso es grande, lleno y poco frecuente, lento en algunas ocasiones y sólo excepcionalmente aparece muy acelerado; es decir, que tanto la temperatura como el pulso presentan diferencias notables, que á veces son paralelas, pero que á menudo no existe relación en el trazado esfigmo-térmico.

Con gran frecuencia se observa una erupción herpética en los labios, en la barba, en la frente, en los párpados y en las mejillas; petequias, que suelen manifestarse primero en los muslos y manos; erupciones escarlatiniformes y morbiliformes, y á veces roséola, varicela, etc.

Mencionaré, por último, entre los síntomas de esta enfermedad, el estreñimiento y la albuminuria.

**PATOCRONIA.**—Es tan variable el curso de la meningitis cerebro-espinal epidémica que se han admitido cuatro modalidades diferentes: la *común*, cuya duración es de cinco á veintiún días por lo general, si bien en ocasiones se prolonga mucho más; la *fulminante*, que aparece con más frecuencia de noche que de día, produce la muerte en diez ó doce horas; la *abortiva*, cuya característica no descansa en la duración del proceso, sino en la atenuación de sus síntomas; y, por último, la *latente*, en la que se dice que el niño se encuentra aparentemente en estado fisiológico hasta uno ó dos días antes del fallecimiento.

Las tres primeras formas las conceptúo aceptables porque tienen sabor clínico; pero la cuarta la considero inadmisibles por falta de realidad, toda vez que en la práctica sólo se aprecia lo que cae en el horizonte de la observación, y no sé qué motivos pueda haber para suponer que el niño se halla *aparentemente, y no en realidad*, en estado fisiológico, hasta uno ó dos días antes del desenlace funesto; creo que esta modalidad debe distribuirse entre la fulminante y la común; y para no tener que admitir otra forma intermedia desde el punto de vista cronológico, ya que entre estas dos últimas existe una diferencia de varios días, se podían considerar como fulminantes todos los casos en que el fallecimiento tuviera lugar dentro de las veinticuatro horas primeras, y como correspondientes á la forma común á todos los demás.

Se podría admitir una forma intermedia y denominarla, por ejemplo, *sobreaguda*, pero no veo conveniencia en multiplicar las especies morbosas cuando no hay un fundamento nosológico ni se llena un objeto clínico, y supuesto que esta división es puramente convencional, distribuyamos la duración entre las formas fulminante y común, y admitamos además la abortiva para representar la modalidad atenuada de la enfermedad; si bien yo creo que sería más apropiado llamar á esta última *benigna*, porque lo abortivo es lo que termina prematuramente, y, por lo tanto, sin haber recorrido todas las fases que integran *necesariamente* el desarrollo, concepto que en mi opinión no es aplicable á la meningitis leve, *porque desde el momento que llega á ser meningitis ha alcanzado el proceso en lo esencial todo su desarrollo*; el que sea la enfermedad más ó menos grave es cuestión de *intensidad*.

Cuando termina por el *restablecimiento de la salud* la defervescencia es rápida ó lenta, pero el espasmo de la regiones posteriores y el dolor de cabeza suelen persistir bastante tiempo; observándose también frecuentemente otros fenómenos durante la convalecencia, como temblores, sensación de frío, etc. Si, por el contrario, el *desenlace es funesto*, es éste producido por la asfixia ó por aquinesias generalizadas cuando se verifica pronto el fallecimiento; mientras que es ocasionado ordinariamente por una complicación en aquellos casos en que la muerte tarda en efectuarse.

Por lo común existen durante la marcha del padecimiento *remisiones é intermitencias* de los fenómenos más notables.

#### Juicios clínicos.

**DIAGNÓSTICO.**—Dada la exuberancia sintomática que esta enfermedad presenta, el diagnóstico es fácil en los casos de gran desarrollo desde el punto de vista intensivo y cronológico, pero puede ofrecer dificultades más ó menos considerables, cuando por su forma benigna ó fulminante aparezcan difuminadas ú obscurecidas las líneas semeióticas generales que constituyen su característica clínica.

Las dos enfermedades que ofrecen más analogía con la que estudiamos, son: la *meningitis simple aguda* y la *tuberculosa*; pero conocemos que se trata de la cerebro-espinal, aparte de la constitución epidémica que tal vez reine, por la raquialgia, la hiperestesia raquídea y cutánea, el opistótonos, las lesiones de la piel y la albuminuria.

La *fiebre tifoidea* puede ofrecer también algún parecido por la fiebre, el quebrantamiento general, la sordera, el delirio y las erupciones; pero lo lento de la invasión de la fiebre tifoidea; las oscilaciones ascendentes de la fiebre en su primera fase; la menor intensidad de la cefalal-

gia y la falta de opistótonos; y, en cambio, la existencia de la diarrea, del meteorismo y de los fenómenos bucales y respiratorios que en la fiebre tifoidea se presentan, constituyen un conjunto de datos negativos unos y positivos otros, que permitirán efectuar el diagnóstico en todos los casos con completa seguridad.

El *tétanos* le distinguiremos en que comienza por el trismo y no presenta la intensa cefalalgia, las grandes perturbaciones intelectuales y las erupciones que la meningitis cerebro espinal; arrojando también bastante luz el desarrollarse el *tétanos* preferentemente en los recién nacidos.

La fiebre, el dolor de cabeza, la raquialgia y la somnolencia que se observan en caso de *viruela*, podrían hacer pensar en la enfermedad que estudiamos; pero la falta de opistótonos, de trismo, de hiperestesia cutánea, de contractura ó de paresia de los miembros, y, sobre todo, el desarrollo de la erupción característica, disiparán toda duda.

La rigidez del cuello de índole *reumática* ó debida á la lesión vertebral llamada *mal sub-occipital*, se diferencian fácilmente, por la falta de fiebre en el segundo caso y probablemente también en el primero, y en los dos de desórdenes intelectuales y motores y de lesiones cutáneas.

PRONÓSTICO.—No ofrecen la misma gravedad todas las formas de este estado morbozo, pues en tanto que en la impropia llamada abortiva termina muchas veces por la curación, la fulminante lo hace tal vez siempre por la muerte; la modalidad común es la que presenta el término medio de gravedad, término medio que es, no obstante, muy elevado. Hay que tener mucho cuidado en no interpretar como mejorías reales las remisiones que esta enfermedad presenta.

TRATAMIENTO.—Aunque la *profilaxis* es poco conocida, debe consistir en el cumplimiento de todos los preceptos que la ciencia tiene establecidos para evitar el desarrollo de las enfermedades infecciosas y contagiosas en general.

El tratamiento *curativo* no cuenta con ningún medio específico, habiéndonos de limitar, por lo tanto, al empleo de aquellos recursos capaces de combatir el proceso flegmático y en lo posible el elemento infeccioso, siquiera uno y otro, y especialmente este último, se halle erizado de dificultades. Hablaré primero del elemento infeccioso.

¿Hay algún agente capaz de destruir al semi-indeterminado microbio causal de esta meningitis? Tal vez el porvenir reserve brillantes resultados á la *seroterapia*, pues esta enfermedad es una respecto de las que

se puede abrigar esperanza de que el progreso científico consiga hallar el verdadero antídoto; por de pronto Righi dice haber curado un niño de siete años mediante la inyección de 5 c. c. de suero sanguíneo extraído de una hermanita que estaba en la convalecencia del mismo padecimiento, y parece que en ambos niños era debida la meningitis á pneumococos.

En la actualidad, los medicamentos que en mi opinión están más indicados, son: una sal de *quinina*, el clorido-sulfato en inyección hipodérmica, llevando su efecto, si es preciso, hasta un *un grado prudente* de borrachera quínica, y las *fricciones mercuriales* practicadas con el unguento deble en las axilas, abdomen y cara interna de los muslos, cada cuatro horas; lavando al niño la boca dos veces al día con una solución de clorato de potasa para evitar la estomatitis mercurial. Son los dos medicamentos que me parece han de ser, relativamente, de mejor resultado: la quinina, por su compleja acción antitérmica, más ó menos antiséptica, moderadora de la circulación y tal vez isquemante del cerebro; y el mercurio, porque tengo alguna esperanza de que llevando la absorción al grado máximo que consienta la prudencia, ejerza una acción antiséptica.

Si el empleo de estas sustancias no da resultado, aconsejo la administración del *percloruro de hierro*, por si en este caso tuviera la eficacia que según Cowers ofrece en la meningitis septicémica.

Parece que Read ha obtenido excelentes resultados con la administración de la *ergotina* y del *extracto de belladona*; entiendo que puede atribuirse la influencia favorable de la ergotina á su acción vaso-constrictora; de la belladona no digo nada porque es, á mi juicio, un medicamento *enigma*, por la variabilidad de sus efectos fisiológicos.

Se colocará al niño con la cabeza bastante elevada, poniendo al efecto dos almohadas debajo de ella y una debajo de los hombros para que formen plano inclinado suave, y se cuidará que esté en decúbito lateral, para que no sea la columna vertebral la parte más baja y oponernos así en lo posible á que se congestionen las partes afectas; pero conviene que las almohadas sean de filamentos vegetales, lo mismo que el colchón, ó por lo menos que estén cubiertos con sábanas de hilo en varios dobleces, para evitar el calor que acumula la lana.

Debe apelarse á las aplicaciones frías á la cabeza y á la columna vertebral; á las ventosas secas á lo largo de ésta; á los pediluvios calientes; á los purgantes en el caso de que no exista diarrea; á las lavativas con agua caliente; envolver en algodón los miembros inferiores

y aplicar bayeta al vientre; y, si es necesario, los vejigatorios á la nuca y á las pantorrillas; también debe utilizarse el baño templado en la forma que he indicado al ocuparme de la meningitis simple aguda, y si no se obtiene con él un resultado satisfactorio, se eleva la temperatura del agua á 38°, 40° y aun 42° C., de cinco á diez minutos de duración, repetidos varias veces al día, según lo que la observación nos aconseje; en todos los casos se mojará la cabeza al niño con agua fresca mientras esté en el baño y se le templará la cama antes de meterle en ella. Aconsejo que se empiece por el baño templado, porque no se puede decir *à priori* cuál será más conveniente, si la acción emoliente, relajante de éste, ó la ligeramente revulsiva del caliente por la impresión que sobre la piel produce. El baño caliente, muy alabado por Eokine y por Wollisch, con el que dicen haber obtenido éxitos, le considero un arma de dos filos, porque por un lado produce revulsión y diaforesis consecutiva, mientras que por otro determina acción excitante y dilata los tejidos, y, por lo tanto, los vasos, dando lugar á lo que los antiguos llamaban *plétora rarefacta*; por eso aconsejo que se ajuste la conducta á lo que dicte la observación, pues sólo en vista de los efectos que cada uno de los baños produce es como se puede resolver lo que se debe aconsejar.

Recomiendo, por último, el *ioduro potásico*, pero no se apelaré á él sino cuando hayan fracasado todos los demás recursos que he indicado, pues temo su acción vaso-dilatadora, y si le aconsejo es porque me ofrece alguna esperanza de que pueda imprimir cierto impulso á la reabsorción de los exudados.

#### **Trombosis y flebitis de los senos de la dura-madre.**

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—Esta enfermedad se observa mayor número de veces en los niños que en los adultos, y preferentemente en los cuatro primeros años de la vida.

Las causas son muy variadas, si bien veremos que relativamente á la patogenia pueden clasificarse en algunos grupos; y al efecto, para facilitar su estudio y hacerle más fructífero, las enumeraré, adaptándolas ya á las diferentes modalidades patogénicas.

Figuran entre ellas las enfermedades que originan el *marasmo* (*trombosis marástica*), como el cólera infantil, los procesos tuberculosos, la sífilis, las supuraciones copiosas y prolongadas, el catarro intestinal crónico, los estados morbo-

sos pulmonares de larga duración, etc. Los padecimientos *infecciosos*, tales son: la difteria, la influenza, la fiebre tifoidea, las bronco-pneumonías. Los procesos *flegmáticos vecinos*, como, por ejemplo, los del peñasco, de la substancia cerebral, de las meninges, la erisipela del cuero cabelludo ó de la cara, los forúnculos y abscesos de esta última, y el impétigo de la cabeza. Y los estados morbosos que determinan *compresión*, como los tumores intracraneales, los del cuello y los mediastínicos.

*¿Cuál es el mecanismo patogénico de la trombosis de los senos?* Es diferente en cada uno de los precedentes grupos de causas; y así tenemos que en los estados marasmódicos puede referirse á la debilidad del impulso cardíaco, la cual implica una *vis á tergo* deficiente; en los infecciosos, á coágulos de esta naturaleza; en los inflamatorios vecinos, á flebitis por propagación; y en los compresivos, al retardo que experimenta la circulación en los senos correspondientes.

Mas el mecanismo patogénico que acabo de formular para cada uno de los grupos etiológicos y que he expuesto de una manera sintética para hacer resaltar las diferencias, no aparece en la práctica con tanta simplicidad, sino que pueden combinarse de distintos modos dando lugar á procedimientos mixtos; y por otra parte, las cuatro modalidades de mecanismo patogénico que he expuesto no son esencialmente distintas, sino que, por el contrario, la de los estados marasmódicos y la de los compresivos son análogas en el concepto de tendencia á la estancación sanguínea; y los infecciosos é inflamatorios son también semejantes respecto de las alteraciones somáticas que determinan. Por lo tanto, se puede expresar el mecanismo de producción de la trombosis bajo la siguiente fórmula: *Cuando disminuye la velocidad de la corriente sanguínea ó sufre alteraciones la textura de los vasos, se coagula la sangre, dando lugar al fenómeno que estudiamos.*

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Suele existir relación entre el sitio del trombus y la causa á que debe su formación; así el producido por lesiones del peñasco asienta en el transversal ó en los petrosos, mientras que el debido á estados marasmódicos se halla generalmente en el longitudinal superior y en el recto.

Los senos afectados aparecen distendidos por coágulos sanguíneos cuya forma es con frecuencia regular, lisos, de poca consistencia y negruzcos, si bien en ocasiones son de coloración más rojiza, elásticos y de mayor consistencia. La superficie de sección ofrece un color rojo moreno, hallándose á veces reblandecidos en su centro y adheridos á las paredes vasculares; este reblandecimiento, en el que se comprueba la existencia de leucocitos, grasa y granulaciones regresivas, sólo se halla cuando cuentan cierta antigüedad, pues si son recientes están compuestos de capas concéntricas. Los trombus se desprenden fácilmente de las paredes vasculares, pudiendo, sin embargo, encontrarse más ó menos