2807

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MENINGITIS CÉREBRO-ESPINAL EPIDÉMICA

CONTRIBUCIÓN Á SU ESTUDIO EN LA R. ARGENTINA

TESIS DE DOCTORADO

POR

FÉLIX T. MUÑOZ

Ex-Interno del Hospital Militar de la Nación
Ex-Practicante de Vacuna

BUENOS AIRES

Imprenta, Litografía y Encuadernación de Jacobo Peuser

Calle San Martín, esquina Cangallo

1894

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MENINGITIS CÉREBRO-ESPINAL EPIDÉMICA

CONTRIBUCIÓN Á SU ESTUDIO EN LA R. ARGENTINA

TESIS DE DOCTORADO

POR

FÉLIX T. MUÑOZ

Ex-Interno del Hospital Militar de la Nación

Ex-Practicante de Vacuna

BUENOS AIRES

Imprenta, Litografía y Encuadernación de Jacobo Peuser

Calle San Martín, esquina Cangallo

—

1894

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Vice Decano

DOCTOR D. EUFEMIO UBALLES.

Académicos Honorarios

DOCTOR D. SANTIAGO LARROSA.
» » ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE.
» » IGNACIO PIROVANO.
» » MARTÍN SPUCH.

Académicos Titulares

DOCTOR D. MAURICIO GONZÁLEZ CATÁN.
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » PEDRO MALLO.
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.
» » JACOB DE T. PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.

Secretario Titular

DOCTOR D. LUIS M. ACUÑA.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomía Topográfica	»	Mauricio González Catán.
Histología teórico-práctica	Dres.	Andrés F. Llobet. / Rodolfo de Gainza (interino).
Fisiología General y Humana	Doctor	José M. Astigueta.
Higiene Pública y Privada	»	Melitón González del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Teurapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología Externa	»	Guillermo Udaondo
Patología Interna	»	José Penna.
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini.
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica.	»	Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Ignacio Pirovano. / Julián Aguilar.
Clínica Médica	»	Eufenio Uballes. / Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y clínica respectiva	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina Legal y Toxicología	»	Eduardo M. Pérez.
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata. / Atanasio Quiroga.
Física Médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Historia Natural Médica	»	Eliseo Cantón.
Fisio-patología experimental	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	Dres.	Baldomero Sommer. / Maximiliano Aberastury (inter.)
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia y Práctica farmacéutica	»	Juan A. Boeri.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología.	»	Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	»	Juvencio T. Arce.
Histología teórico-práctica		Vacante.
Fisiología General y Humana		Vacante.
Higiene Pública y Privada	»	Enrique Revilla.
Patología General y Ejercicios clínicos		Vacante.
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca. / Angel M. Centeno.
Patología Externa	»	Obdulio Hernández. / Pascual Palma (en ejercicio).
Patología Interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía Patológica	»	Carlos Malbrán.
Medicina Operatoria		Vacante.
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica.	Dres.	Enrique Bazterrica (en ejer.) / Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Antonio F. Piñero. / Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Vacante. / Francisco Barraza (en ejercicio).
Enfermedades nerviosas y su clínica	Doctor	José A. Esteves.
Enfermedades mentales y clínica respectiva		Vacante.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Antonio C. Gandolfo. / Juan B. Justo. / Alejandro Castro (en ejercicio).
Clínica Médica.	»	Abel Ayerza.(en ejercicio). / Julio Mendez / Francisco Sicardi.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Luis F. Vila.
Medicina Legal y Toxicología		Vacante.
Química aplicada á la Medicina	»	José M. Irízar.
Farmacia y Práctica farmacéutica		Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología		Vacante.
Laringología, otología, rinología		Vacante.
Obstetricia para alumnas parteras.		Vacante.
Odontología		Vacante.

PADRINO DE TESIS

Académico Doctor José Penna

A

Mis Padres y Hermanos

A MI TIO

Pedro G. Godoi

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Dos interesantes observaciones recogidas en la Casa de Aislamiento por su digno Director el Doctor José Penna, sirven de base á mi trabajo inaugural.

En ambas el ilustrado Profesor ha establecido el diagnóstico de meningitis cérebro-espinal epidémica en su manifestacion esporádica, y es como tales y convencido de su exactitud que los presento á vuestra consideracion.

No es solo la reconocida competencia de quien los ha formulado lo que me hace participar de él; sino el estudio de las dos historias concluyentes, á mas de consideraciones de otro orden que voy á exponer brevemente y que justifican ese diagnóstico, poniéndolo al abrigo de ser impugnado por la creencia de que dicha enfermedad no existe en nuestro suelo: creencia que voy á tratar de desvanecer.

El dato mas antiguo que he podido conseguir respecto de su presencia en nuestro clima, se refiere á la epidemia de meningitis cérebro-espinal observada en la ciudad de Montevideo el año 1840. Es seguramente la misma á que se refiere Hirsch, aunque poniendo en duda se trate de la misma entidad mórbida y sin dar razon alguna que abone su opinion.

Las tablas de nuestra mortalidad consultadas dan un total de 40 defunciones producidas por meningitis cérebro-espinal y que se distribuyen de la manera siguiente:

	1876	1879	1883	1891	1892	1893
Enero	—	—	—	2	I	—
Febrero	—	—	—	2	-	—
Marzo	—	—	—	I	—	2
Abril	I	I	I	—	3	—
Mayo	—	—	—	4	I	—
Junio	—	—	—	—	I	I
Julio	I	—	—	—	I	3
Agosto	—	—	—	I	—	2
Setiembre	—	—	—	—	2	—
Octubre	—	—	—	2	I	4
Noviembre	—	—	—	—	—	—
Diciembre	—	—	—	—	I	I

Es sabida la deficiencia con que se llevaban esta clase de estadísticas hasta hace poco tiempo y es ella la que explica la enorme diferencia que

se observa en el número de casos anotados en los tres últimss años y los anteriores. Mientras que en los primeros quince de 1876 á 1890 inclusive hay cuatro, en los tres restantes se encuentran treinta y seis. Además, en las estadísticas anteriores á 1890 se incluían en la línea correspondiente á meningitis ó meningo-encefalitis los casos anotados como meningitis cérebro-espinal, lo que contribuye tambien á la explicacion de esa chocante desproporcion.

A los precedentes hay que agregar los dos del Dr. Penna y los tres que siguen (lo que eleva su número á 45), porque su inscripcion en los cuadros necrológicos ha sido erronea, pues los tres han sido diagnosticados en la autopsia recien.

De estos, el segundo por orden de fecha, es el publicado por el Dr. Mendez en la Revista de la Sociedad Médica Argentina del mes de Julio de 1892. Observacion completa con autopsia demostrativa y análisis bacteriológico donde se encontró el neumococo puro.

De los otros dos nada se ha dicho y es por eso que los copio, así como para ilustrar mas el punto en cuestion. Las autopsias de ambos como tambien los datos estadísticos mas arriba anotados los debo á la buena voluntad del distinguido Profesor Dr. Susini.

Lo incompleto de las historias clínicas se debe

á la rapidez del desenlace y al estado en que llegaron los enfermos al Hospital en que fueron atendidos, estando sin embargo perfectamente de acuerdo el cuadro sintomático con las lesiones anátomo-patológicas para que el diagnóstico de meningitis cérebro-espinal pueda ser afirmado.

Oreste Solari, italiano de 45 años, con 21 de residencia, pallonista, entra al Hospital de Crónicos, sala 3ª, cama 3ª, casi á la noche del 7 de Junio de 1891.

Examinado al día siguiente por el Dr. Sommer; se nota:

Pérdida de conocimiento, estado en que llegó. Disnea intensa. Contraccion muy fuerte de los miembros superiores, é inferiores aunque en menor grado. Depresion abdominal, dolor á la presion. Dilatacion enorme de las pupilas y desviacion hacia afuera de ambos globos oculares. Pulso frecuente pequeño y blando. Latidos cardíacos poco perceptibles. Diarrea. Temperatura 39°.

A la depresion abdominal sucedió su elevacion. Todos los síntomas aumentaron desde algunas horas antes hasta las 10 de la noche del 8 de Julio en que fallece.

No hay antecedentes porque las personas que lo conducian lo abandonaron en la puerta de la Asistencia Pública.

Diagnóstico clínico: meningitis.

(Tomada de los archivos de la Dirección General de la Asistencia Pública. Libro 1244. Carpeta 243. Legajo 1486.)

Autopsia:

En mal estado de nutricion. Sumamente demacrado. Rigidez desaparecida. Manchas verdes por putrefaccion en el abdomen y espacios intercostales.

Los huesos que forman la bóveda son muy delgados siéndolo mas en algunos puntos que corresponden el seno longitudinal superior.

La dura-madre se encuentra en algunos puntos adherida á la calota ofreciendo un poco de resistencia para su desprendimiento.

Toda la extension de la base del cerebro presenta una coloracion amarillenta no debida á la aracnoides sino á un líquido que tiene aspecto de pus y situado entre esta membrana y la pía-madre. El pus llena las anfractuosidades de la base y sigue por la cisura de Silvio y arterias celebrales para llegar hasta la convexidad de los hemisferios. El bulbo y la médula alargada se encuentran en las mismas condiciones.

Separados los cuerpos vertebrales se halla la dura-madre espinal distendida por la acumulacion entre las aracnoides y la pía de una sustancia purulenta idéntica á la que se encuentra en el

cerebro. El pus llega hasta la porcion mas inferior de la médula.

La superficie de los pulmones tiene un color oscuro. Al corte y la presion un líquido del mismo color sale de los grandes vasos, y amarillo verdoso purulento de los bronquios de pequeño calibre. Estos focos se hallan diseminados por tado el pulmon.

Hígado de color verde en las superficies externa y de corte: muy reblandecido.

Bazo y riñones en el mismo estado.

Diagnóstico anátomo patológico: Meningitis purulenta cérebro-espinal. Bronquitis diseminada en ambos pulmones. Putrefaccion avanzada.

El examen bacteriológico practicado por el Dr. Sunini reveló la presencia del diplococus lanceolade de Fränkel en estado de pureza.

N. Badino. Argentino de 17 años. Fundidor.

Entra al Hospital de Clínicas el 4 de Agosto de 1893 á las seis de la tarde.

Se sentía enfermo desde tres dias atrás, habiéndose iniciado su padecimiento actual por fuerte cefalalgia, dolores vagos y difusos en los

miembros, decaimiento general, mucha sed y falta de apetito. Había tambien sentido escalofríos repetidos y temperatura elevada.

Al ingresar al Hospital, presenta la cara cianótica, las conjuntivas ictéricas, las pupilas contraídas desigualmente. Trismus y disfagia intensa que permite sólo la deglución penosa de líquidos. Torpeza intelectual. Respiración difícil. Desde 24 horas antes la cabeza se ha inmovilizado en fuerte extensión.

A las 8 $^1/_2$ a. m. del dia siguiente se encuentra al enfermo agónico con rales traqueales y fuerte cianosis.

Muere media hora mas tarde.

Diagnóstico clínico: Tétanos.

(Esta historia me la ha proporcionado mi aventajado condiscípulo el Doctor Alejandro Posadas, interno de guardia en esa fecha.)

Autopsia:

Rigidez cadavérica muy manifiesta. Todavía, después de 20 horas de muerte, la piel y órganos se conservan calientes.

Cianosis de las uñas de la mano y de la punta de la lengua, que se encuentra encerrada entre los dientes fuertemente apretados. No se notan lesiones de continuidad.

Cráneo: Huesos normales. Las meníngeas in-

tensamente congestionadas. Exudado purulento alrededor de los grandes vasos de la convexidad, parte superior del cerebelo y puente de Varolio, exudado que se continúa á lo largo de la médula espinal.

Tórax: Enfisema sub-pleurítico: congestion pulmonar, traqueal, bronquial.

Equímosis sub-pericárdicas. Corazon de volúmen algo aumentado, en sístole. El ventrículo izquierdo completamente cerrado: al corte transversal las columnas cardiacas se tocan, la cavidad parece desaparecida. Estructura de las válvulas endocardio, sin alteracion.

Abdómen: Estómago normal, lo mismo que el duodeno, resto del intestino y bazo.

Riñones é hígado congestionados.

Vejiga y uréteres llenos de orina.

Diagnóstico anátomo-patológico: Meningitis cérebro-espinal supurada.

Como complemento á lo anterior, haré notar que no hay una sola condición etiológica cuya ausencia pueda ser invocada en nuestra ciudad, y que tal vez el hecho de que su aparición como epidemia intensa no haya sido observada, sea debido á que esas mismas condiciones modifica-

das por razones locales, le son poco favorables á su desarrollo en esa forma.

En efecto, el escaso número de nuestro ejército, casi siempre alojado en lugares bien aereados, los ejercicios poco pesados á que se somete al soldado, lo reducido de las poblaciones; la ventajosa situacion de la gente obrera, por sus horas de trabajo, con habitaciones buenas y holgadas, con alimentacoin fácil, abundante y sana: todo considerado en relacion con lo que pasa en las grandes poblaciones europeas, atenúan las que con más frecuencia colocan al organismo en estado de inminencia mórbida eficaz para el desarrollo de la meningitis cérebro-espinal, epidémicamente.

Aceptando como real su existencia en Buenos Aires, hay que convenir en que si no se la señala más á menudo es porque se la desconoce, á lo que contribuye la idea preconcebida de que aquí no se presenta.

Y ¿qué tiene de extraño que se la desconozca, no estando prevenidos de su presencia y cuando nunca se ha llamado la atencion sobre ella como enfermedad reinante local?

¿No ha pasado lo mismo con la uremia que recien desde el año 1874 figura en nuestra morbilidad, la difteria, inscripta con ese nombre recién el 1864, la fiebre tifoidea en 1853 cuando se

la designaba así desde 1829, la fiebre estival que aun hoy no se diagnostica sino excepcionalmente, y tantas otras enfermedades perfectamente definidas y que sin duda han existido mucho tiempo antes de que se vulgarizara su conocimiento entre nosotros?

Por las razones espuestas y de acuerdo con las ideas del profesor Doctor Penna me creo autorizado á sostener que:

La meningitis cerebro-espinal epidémica existe en Buenos Aires.

El corto número de casos inscriptos con ese nombre no corresponde á la realidad.

Y por consecuencia pasa desapercibida y es confundida con la meningitis tuberculosa, meningo-encefalitis, tétano, etc.

Al hacerlo, es solo un interés científico el que me guía y por eso espero que no se me atribuirá la pretenciosa intencion de inferir un agravio á nuestro cuerpo médico: me reconozco el menos habilitado para tachar á nadie de ignorancia científica, y menos á aquel que tanto respeto me merece y entre cuyos miembros ha sido el ideal de toda mi vida poder contarme, como satisfaccion á los deseos y ligera compensacion á los sacrificios de mis padres, ideal que realizaré si prestais vuestra aprobacion á mi insignificante trabajo.

Meningitis cérebro-espinal epidémica

Es á principios del siglo actual que se encuentran las primeras descripciones de una enfermedad, cuya clasificacion nosológica se establece sin duda alguna. Es la meningitis cérebro-espinal epidémica de los autores franceses, nombre con que hoy la conocemos y descripta desde entonces con denominaciones diversas. Spotted fever, Sinking tiphus, Black death, Black tiphus, Malignant purpuric fever, Tipho apoplético tetánico, Tiphus tetánico, Púrpura acuta epidémica, Tiphus sincopalis, Fiebre cerebral atáxica, Fiebre con inflamación sorda del cerebro, Fiebre de manchas, Tiphus cérebro-espinal.

La epidemia de Ginebra observada por Viesseux en 1805 y la de Vermont por Gallup en 1806, sirven de punto de partida preciso para seguir su desarrollo en el viejo y nuevo continente.

Las observaciones anteriores á estas fechas no son concluyentes, lo que no importa negar que haya existido en épocas anteriores. Por el contrario, del exámen de las condiciones etiológicas

que le dan nacimiento, surge la casi seguridad de que muchos de los antiguos han sido sus víctimas. Basta recordar que ya Hipócrates conoció y describió la neumonia.

Posteriormente las epidemias se suceden siendo notadas una serie progresivamente ascendente desde 1805.

En Europa tiene por teatro de su desarrollo á Francia exclusivamente hasta 1839 en que su aparicion es señalada en Italia. En España se declara en 1844 la epidemia de Gibraltar. Dinamarca es invadida el 45 y el 46 la Gran Bretaña. Despues de algunos años de desaparicion, es indicada por primera vez en Suecia en 1854 y en Noruega en seguida. Los Países-Bajos la tienen en 1860 y el 63 Alemania.

Su marcha invasora sigue al Oriente, siendo notada el 64 en la Rusia Caucásica, el 65 llega á Moscow, y á San Petersburgo el 67: el 68 en Pola sobre el Adriático y en Grecia al mismo tiempo para pasar al Asia el 72, donde se desarrolla en Jerusalem.

En Estados-Unidos, única parte de América donde ha sido estudiada, se extiende paulatinamente á todo su territorio despues de la epidemia de Vermont.

En todos los países en que se presentó una vez epidémicamente, ha continuado haciéndolo con

intérvalos mas ó menos largos en la misma forma: observándose siempre entre una y otra epidemia su presencia por casos aislados, esporádicos, y convirtiéndose de epidémica en endémica.

Aparte de la diversa gravedad que reviste cada epidemia, pueden notarse como caracteres propios lo limitado del territorio invadido, su avance lento y lo reducido del número de atacados.

Etiología

En dos partes debe dividirse la enumeracion de las causas cuya concurrencia determina la aparicion de la meningitis cérebro-espinal: la primera comprende la etiología antigua, que hoy debe considerarse como puramente ocasional y predisponente: la segunda, la moderna que atribuye al neumococo de Fränkel, la produccion de ella: causa determinante.

Primera:

Tiene una predileccion marcada por los niños desde seis meses á cinco años: comun hasta los catorce se hace mas rara á medida que la edad avanza, encontrándose aún á los 45 años, pero excepcionalmente.

Los de sexo masculino figuran en proporcion superior á los del femenino.

Son los militares los mas atacados y entre estos los reclutas y soldados, habiendo pocos ó ningún caso entre los veteranos y oficiales. Vienen en seguida los obreros en el elemento civil: la gente acomodada es casi inmune.

Durante las estaciones frías es cuando con mas frecuencia se ha observado, así como su desparicion durante los veranos. En Francia de 54 epidemias primitivas, 47 han comenzado en invierno. En Italia, Holanda, Gran ducado de Baden, Suecia, todas han aparecido en invierno. En Norte América de 16 epidemias, 6 han reinado en invierno, 5 en invierno y primavera, 4 en primavera y solo una en otoño. Las epidemias aparecidas en estaciones calurosas se han hecho notar por su benignidad.

En muchas de las epidemias de meningitis cérebro-espinal, ha coincidido su aparicion con la de otra enfermedad infecciosa, con una constitucion médica reinante: así ha sido notada su coexistencia con la gripe, coqueluche, fiebre tifoidea, parotiditis epidémica, sarampión, neumonia, escarlatina, difteria.

Otras condiciones, como altitud, latitud, longitud, constitucion del suelo, no tienen importancia, como lo prueba el haber sido observada en regiones completamente distintas á ese respecto.

Segunda:

La naturaleza parasitaria de la meningitis cérebro-espinal epidémica ó esporádica, cuyo estudiocomo tal data de 1883 en que Leyden indicó la presencia de un diplococo en el exudado cérebro-espinal y que reconoció Fränkel en 1886 como

idéntico al que produce la neumonia, es una conquista bacteriológica cuya exactitud discutida al principio, han confirmado los trabajos posteriores que establecen la especificidad del neumococo.

La aparicion simultanea de epidemias de neumonía y meningitis cérebro-espinal, la semejanza de las lesiones de esta forma de meningitis y de la metaneumónica, así como la de las alteraciones encontradas en los demás órganos en ambas enfermedades, los caracteres de su difusion epidémica, hacían ya sospechar una identidad etiológica hoy generalmente admitida.

El neumococo se encuentra con mucha frecuencia en la cavidad buco-faríngea de individuos sanos. Sobre cinco que lo posean en la saliva, por término medio, cuatro de ellos habrán sido anteriormente atacados de neumonia. Existe tambien en las fosas nasales, en el oido medio consecutivo á otitis neumocóccica ó en otros lugares como consecuencia de una de las numerosas afecciones que hoy se sabe son producidas por él, y que hacen que su presencia sea tan generalmente constatada en el organismo.

En estos casos la infeccion meníngea es directa por el neumococo de las cavidades bucal, faríngea ó nasal, cuyo pasaje puede hacerse por la lámina cribada del etmoides ó por cualquier

abertura natural ó accidental que haga comunicar aquellas con la cavidad craneal ó raquídea. Puede ser secundaria, consecutiva á una otitis de la misma naturaleza ó metastática, meningitis neumoccócica por infeccion sanguínea, como en los casos de neumonia, endocarditis, etc., y cuyo productor sea el mismo micro-organismo.

Cuando el neumococo no existe anticipadamente en el organismo del sujeto afectado, llega á él por *contagio*.

Este siempre es limitado: tiene por vehículo los objetos, ropas y demás efectos que el enfermo ha tenido en contacto, así como la espectoracion. Las finas partículas en que se divide un esputo desecado ú otra secrecion en que se encontrase el neumococo y que flotando en la atmósfera serían llevadas á las cavidades accesibles al aire, serían en este caso el agente de trasmision del microbio, cuya vitalidad y virulencia resisten largo tiempo á la desecacion.

Admitida la especificidad del neumococo de Fränkel en la meningitis cérebro-espinal, se establece como consecuencia la unidad patológica de ella y la neumonia: ambas no serían sino la expresion de la distinta localizacion del mismo micro-organismo: localizacion que se hace con tanta mayor frecuencia en el pulmon por su situacion: siempre espuesto á la llegada del neu-

mococo y á su fijacion en él por las numerosas causas que atentan contra su integridad fisiológica y rebajan su aptitud á la defensa contra las causas mórbidas.

Si la meningitis cérebro-espinal es una enfermedad microbiana: si el organismo que la produce es un huésped frecuente del organismo humano: ¿por qué el número poco elevado relativamente de los casos en que la determina? ¿por qué su aparicion epidémica con intérvalos irregulares, cuando la causa es persistente?

Para que una enfermedad microbiana se produzca, no es suficiente la presencia del microbio en el órgano cuyo ataque se traduce por la produccion de un tipo patológico determinado: es además indispensable que encuentre en él condiciones favorables á su desarrollo y evolucion; que la resistencia orgánica disminuída sea impotente para resistir un ataque que en condiciones normales hubiera sido inocuo y que este ataque sea llevado por un agente que haya dejado de ser de accion patógena latente, para trasformarse en activo, agresivo por la exaltacion de su virulencia.

Si se tienen en cuenta las causas enumeradas en la primera parte, puede deducirse, tomándolas en conjunto, que todas ellas concurren á esta conclusion:

La meningitis cérebro-espinal epidémica se desarrolla preferentemente en personas que por su ocupacion habitual, método de vida, condicion social, etc., se hallan sometidas á la influencia constante del aire viciado, de los rigores de las estaciones frías, de la alimentacion nociva é insuficiente, de los trabajos materiales exagerados, en una palabra, de trasgresion á todas las reglas elementales de buena higiene; elementos todos que contribuyen á colocarlas en estado de miseria fisiológica y por consiguiente eficaz para que una enfermedad infecciosa se cebe en ellas.

Si además no se olvida la coaparicion de otras enfermedades infecciosas, constituciones médicas, que en algo explicarían la exaltacion de la virulencia de los micro-organismos, exaltacion cuya esencia se ignora casi totalmente, se puede concebir el por qué de su aparicion epidémica y á intérvalos irregulares.

En cuanto al corto número de enfermos que caracteriza las epidemias de meningitis cérebro-espinal, su interpretacion es hoy accesible que se conoce su microbio. Es una consecuencia de sus propiedades, que de la misma manera se manifiestan en caso de epidemias neumónicas.

Atonomia patológica

La autopsia descubre desemejanzas considerables en las lesiones producidas por la meningitis cérebro-espinal epidémica.

En los casos que corresponden á la forma clínica fulminante ellas pueden ser macroscópicamente nulas y se acentúan en relacion con la duracion de la enfermedad desde la simple vascularizacion hiperémica de las meníngeas céreb ro-raquídeas hasta la inflamacion intensa con exudado fibrino-purulento, ó francamente puralento.

La aracnoides y la pía-madre son las membranas en que radica primitivamente la lesion y ella constituye la característica anátomo-patológica de la enfermedad.

Levantada la calota, que casi siempre presenta sus huesos ricos de sangre así como los tegidos que la cubren, se observa la dura madre tensa, con algunos puntos hemorrágicos en su cara interna y los senos llenos de sangre coagulada.

La aracnoides algo espesada y opacificada,

deja ver á través de la napa purulenta sub-aracnoidea la red vascular hiperémica arterial y venosa, rojiza y azulada que arborizándose, se distribuye sobre la pía-madre y corteza cerebral.

El exudado que se encuentra entre la pía y aracnoides, es sero-purulento y más habitualmente fibrino-purrulento: de color lactescente, amarillento ó amarillo verdoso, se extiende en forma de placas concretas, continuas, membraniformes ó al contrario por islotes ó siguiendo como guías á la largo de los vasos.

La abundancia del exudado es mayor al nivel de las fisuras, cisura de Silvio, lóbulos frontales, parte superior del cerebelo, quiasma de los nervios ópticos, y en la médula, cuya participacion se constata en la gran generalidad de los casos, hacia su extremidad inferior y cara posterior.

Puede sin embargo ser solo cerebral y lo que es muchísimo mas raro, exclusivamente espinal.

La corteza del cerebro se halla alterada en los puntos en que las lesiones meníngeas son mas acentuadas, pasando lo mismo en la médula. Esta alteracion consiste en un reblandecimiento ó induracion. Microscópicamente se nota la proliferacion de la adventicia de los capilares y de la neuroglia, proliferacion de la que no participan las células nerviosas, así como la degeneracion grasosa de las fibras medulares.

Los ventrículos del cerebro y el conducto central de la médula suelen encontrarse llenos de un líquido turbio y espeso de caracteres análogos al que reviste la parte esterna.

Alteraciones de la misma naturaleza que la de los centros se han visto en las fibras nerviosas: su hiperemia con aumento de número y volúmen de los núcleos, degeneración grasosa de ellas así como de las células ganglionares.

Las modificaciones de los demás órganos no tienen significado especial, siendo análogas á las que se observan en la mayor parte de las enfermedades infecciosas.

El corazón, blando, de color rojo ó rojo-oscuro, amarillo en ciertas partes, permite observar al examen microscópico la desaparicion parcial y aún total de su estriacion trasversal y longitudinal así como la degeneracion cerea ó grasosa y estado granuloso de sus fibras.

Semejantes á las del corazon son las lesiones que se aprecian en los demás músculos de la economía.

La sangre, de coloracion rojiza ó mas intensa, siruposa unas veces, se fluidifica otras por la destruccion rápida de los glóbulos rojos y entonces la hematina, libre, infiltra y colorea los vasos y tegidos próximos.

Los riñones, el hígado, el bazo, aumentados de

volúmen, congestionados, reblandecidos, son el asiento frecuente de la degeneracion grasienta.

El intestino delgado en su parte terminal suele presentar sus folículos y glándulas de Peyer hinchados é hiperemiados, alteracion que igualmente existe en los ganglios mesentéricos.

Las pleuras son el sitio frecuente de derrames serosos ó purulentos, derrames que también se observan en el pericardio, túnicas vaginales, sinoviales articulares.

En el oído: inflamacion catarral ó purulenta de de la caja del tímpano: hemorragias y supuracion con destruccion del oído interno.

En el ojo: conjuntivitis, iritis, corroiditis, retinitis, etc.

La descomposicion cadavérica es rápida.

Sintomatología

No hay regularidad ninguna en la manera de iniciarse la meningitis cérebro-espinal.

Si en algunos casos pueden indicarse síntomas prodrómicos, como pérdida de apetito, laxitud general, debilidad creciente, vértigos, cefalalgia, vómitos, dolores irradiándose á la nuca y dorso y cuya duracion nunca es mayor de ocho días, en la generalidad no existen y la enfermedad estalla atacando al paciente en el goce pleno de su salud: sano al dormir, despierta enfermo.

Un gran escalofrío ó varios pequeños y sucesivos pueden marcar el comienzo de la enfermedad.

Coincide en general con la elevación brusca de la temperatura, cuyo máximum es alcanzado entre las primeras 24 ó 36 horas: llega á 38°.5 ó 39°.5 y rara vez á 40° ó mas para descender en seguida, siendo en adelante imposible precisar su marcha por sus grandes irregularidades.

Puede sin embargo establecerse que: no alcanza sino por excepción á las elevadas cifras térmicas que se observan en otras enfermedades

infecciosas: las remisiones entre las dos temperaturas extremas diarias son poco marcadas: que no hay relacion alguna entre ella y la gravedad del caso, y que en algunos de estos, cuando no hay paralelismo entre ella y el pulso, fiebre disociada, puede servir de indicio para atribuir á la lesion más acentuada una localizacion mas ó menos próxima á los centros de la calorificacion.

La observacion de un tipo remitente ó francamente intermitente es excepcional, pudiendo en este último caso, á veces, ser explicada por su desarrollo en un palúdico.

El número de pulsaciones oscila entre 80 y 150, siendo por lo general de 90 á 120, y sin caracteres propios.

Los síntomas culminantes de la meningitis cérebro-espinal, tomando como base su forma mas común, pueden ser descriptos como perteneciendo á dos períodos distintos: de excitacion el primero, el segundo de depresion ó parálisis.

Primero:

Cefalalgia, Raguialgia.—Síntomas constantes y precoces, presentándose aisladamente si las lesiones de las meníngeas cerebrales y raquídeas lo son ó simultáneamente, que es lo habitual por la coincidencia de la afección en ambas.

La cefalalgia es por lo general muy intensa, pudiendo así destacarse como síntoma único: di-

fusa ó localizada á la frente, nuca ó una mitad del cráneo, es constante ó intermitente agravada en ciertos momentos, paroxística y rebelde á todo tratamiento: arranca al enfermo gritos agudos, plañideros y de timbre particular, gritos hidroencefálicos, siendo debida su localizacion, cuando existe, á la predominancia de la inflamacion meníngea en determinados puntos.

La raquialgia es menos intensa y su asiento variable sobre el eje espinal; exasperado por la presion ó percusion de la columna este dolor se irradia hacia las extremidades.

Perturbaciones intelectuales se presentan precozmente: la amnesia y ligera somnolencia psíquica del primer momento ceden su puesto al delirio que se presenta bajo todas sus formas; desde el tranquilo y locuaz, de palabra, hasta el violento y furioso, de actos, que provoca el empleo del chaleco de fuerza.

La hiperestesia cutanea, de aparicion temprana y durando casi siempre hasta la terminacion de la enfermedad, puede ser tan exquisita, que la mas leve presion y hasta el contacto de las ropas sea para el enfermo un tormento insoportable. Ella es explicada por la excitacion de los cordones posteriores medulares á cuyo nivel la inflamacion meníngea predomina.

La contracturas y las convulsiones, prueba de la

excitacion motriz, son contemporáneas ó posteriores á la excitacion intelectual.

Las primeras, mas frecuentes, son hemi ó monoplégicas. Interesan preferentemente los flexores en los miembros y extensores en el dorso. En aquellos inmovilizan la rodilla en flexion cuando el enfermo está sentado, por contractura de los músculos cuya funcion es esa, y la flexion no desaparece hasta que se suprime la del muslo sobre la pelvis. Síntoma, este último, muy raro y característico. Las convulsiones, generalizadas ó parciales, mono ó hemiplégicas, predominan casi exclusivamente en los niños.

El ataque á las zonas motrices se traduce además por el trismus, chirrido de dientes, estrabismo, disfagia, disfonia, opistótonos, etc. La contractura de los músculos de la nuca puede llegar hasta el extremo de que la presion de la cabeza sobre los omóplatos haya podido determinar la gangrena de la piel que los cubre; siendo como para todas las otras, impotentes las tentativas de reduccion y acompañadas de dolores agudísimos. El opistótonos se atribuye á la excitacion directa de los nervios de la médula cervical.

Los vómitos, biliosos ó alimenticios, repetidos, independientes de trostornos digestivos, que son tan frecuentemente notados como síntoma inicial

de la enfermedad, se presentan también en su transcurso, y deben ser considerados como de origen cerebral.

La constipación tenaz es la regla, siendo, en muy pocas ocasiones dado observar la diarrea en su reemplazo.

La sordera creciente, atribuible en ciertos casos á la obtusion del sensorium, es casi siempre debida á la excitacion del nervio acústico, alcanzado por el proceso inflamatorio. La acompañan silbidos y zumbidos.

En el ojo: Fotofobia, por excitacion de los nervios ópticos: trastornos de la vision, diplopia, ambliopia. Desórdenes en el dominio de los nervios óculo-motores, falta de coordinacion en los movimientos de los bulbos, los que pueden ser automáticos, estrechez y desigualdad de las pupilas que reaccionan perezosamente.

Las erupciones que se observan en el curso de este período de la meningitis cérebro-espinal, son de diversa clase: pustulosas, vesiculosas, simulando la escarlatina, urticaria, erisipela, pero afectando principalmente tres formas:

1º El herpes: en los labios, nariz, párpados, cuero cabelludo, cuello y tronco.

2º Petequias, con ó sin manchas equimóticas. De aparicion rápida empezando por los muslos y las manos, limitando su número á 40 ó 50 man-

chas; puede generalizarse á toda la superficie tegumentaria.

3º Exantema rubeoliforme.

La frecuencia de estas erupciones es de 65 por ciento, siendo en ocasiones su forma compleja.

La simetría con que pueden presentarse en ambos lados del cuerpo, ha hecho pensar que su orígen bien podía ser una alteracion nerviosa.

Las perturbaciones vaso-motoras se manifiestan por cambios rápidos en la coloracion de la piel y la facilidad de producir la raya meningítica.

La poliuria que es probablemente de origen nervioso, poco frecuente, va á veces acompañada de *albuminuria*, sobre todo en ciertas epidemias. La *glicosuria* es muy rara.

Los *reflejos cutaneos* y *tendinosos*, á veces exaltados, pueden encontrarse tambien debilitados ó totalmente abolidos.

Excepcionalmente se ven al principio ó en el curso de la meningitis cérebro-espinal, epístasis, neumorragias, inyeccion rosada de las conjuntivas.

La actitud del enfermo en la cama en decúbito lateral: actitud defensiva para sustraerse al dolor que le produciría el decúbito dorsal por la presion sobre el raquis, y como encogido, por la flexion de sus miembros, así como la expresion extraña de su rostro, cuyos músculos contraídos por la excitacion del nervio facial, producen en

él el fenómeno conocido con el nombre de risa sardónica, son elementos que sin importancia capital tomados aisladamente, pueden, agrupándolos á los anteriores, contribuir á sentar el diagnóstico de meningitis cérebro-espinal.

Segundo:

No puede precisarse el momento en que el primer período es reemplazado por el segundo, pues la transicion no es brusca sino gradual, observándose entonces la alternancia de los dos órdenes de síntomas.

La agitación delirante, las convulsiones, las contracturas, la hiperestesia, no se observan ya.

El enfermo cae en una postración somnolienta que gradualmente va acentuándose hasta convertirse en coma.

Los músculos se relajan; las pupilas se dilatan. La orina y las materias fecales son evacuadas inconscientemente por un paciente en estado de insensibilidad absoluta.

El pulso es frecuente é irregular, la respiración superficial y entrecortada: la insuficiencia de esta determina la cianosis de los tegumentos y el enfriamiento de las extremidades.

La temperatura, hacia la proximidad de la muerte, se eleva mas que durante la enfermedad; ascenso que continúa todavía despues de ella, pudiendo llegar hasta 43°.

Formas clínicas

La descripción precedente se refiere á la forma *común* de la enfermedad, la que se observa en la gran mayoría de los casos. Pero reviste á veces caracteres anómalos que hacen necesaria la indicacion de varios otros tipos.

Fulminante—Calificativo derivado de la rapidez de la marcha y desenlace que tiene lugar en 24 horas pudiendo serlo en 10. Los síntomas de exitacion no se producen ó en este caso su duracion es inapreciable. El enfermo cae rápidamente en coma y sucumbe.

Su diagnóstico con hemorragia cerebral es difícil, salvo el caso de epidemicidad.

Abortiva—Cefalalgia intensa, decaimiento general, fiebre moderada: á veces vómitos y contracturas. Síntomas todos muy atenuados y que desaparecen gradual y lentamente.

Intermitente—Elevaciones de la temperatura á intérvalos fijos, cada 24 ó 48 horas con agravacion de los síntomas y remision consecutiva.

Esta forma es muy rara y se observa casi ex-

clusivamente en los casos de duracion considerable, de seis, ocho ó mas semanas.

La duracion total de la enfermedad es por lo general de 5 á 8 días, correspondiendo de uno á tres al período de excitacion, siendo ocasionada á veces la muerte cuando sobreviene posteriormente, por alguna de las numerosas complicaciones que se presentan. Pero no es extraño verla prolongarse durante quince, veinte días, un mes, y llegar hasta seis y ocho semanas.

Inflamaciones de las serosas con derrame mas ó menos abundante, seroso ó fibrino-purulento: pleuresía, pericarditis, peritonitis, vaginalitis, artritis.

Bronquitis, bronco-neumonia en los niños, neumonia, miocarditis, parotiditis, erisipela de la cara, ictericia, escaras del sacro.

En el ojo, inflamaciones purulentas y destructivas de todas sus partes. Conjuntivitis, keratitis, iritis, coroiditis, retinitis, neuritis óptica, y que segun su importancia pueden ocasionar la pérdida definitiva de la vision. Parálisis musculares.

En el oído: supuraciones del oído medio é interno con perforacion algunas veces de la membrana timpánica. Si la perforacion es doble, la sordera persistente y absoluta es la consecuencia y en los niños la sordo-mudez.

Diagnóstico

En general fácil en su forma comun y en caso de epidemia, no lo es así cuando se presenta aislada y bajo alguna de sus formas anómalas.

El principio agudo de la enfermedad, la precocidad de los síntomas cerebrales, la cefalalgia y raquialgia características, la rigidez de la nuca y el herpes labial constituyen un conjunto sintomatológico atribuible casi exclusivamente á la meningitis.

En presencia de ella, es necesario determinar: si se trata de meningitis primitiva, epidémica ó secundaria, propagada ó tuberculosa.

El exámen minucioso del oido del enfermo, del cuero cabelludo ú otro órgano asiento de supuracion que pueda extenderse al interior del cráneo, hará conocer la meningitis supurada propagada.

La meningitis tuberculosa se distinguirá: por el comienzo menos brusco, el aspecto del enfermo, la herencia, una manifestación anterior de la misma enfermedad, como pleuresía, coxalgia, el

estado actual de sus pulmones: el herpes abogaría en favor del diagnóstico meningitis epidémica, el que á pesar de todo casi siempre queda inseguro al principio y en casos aislados.

La forma meningítica del reumatismo se establecerá por los antecedentes: artropatías anteriores, curva térmica, efectos del ácido salicílico.

La seudo-meningitis de la uremia, por el examen de la orina, hipotermia.

La forma cerebral de la neumonia infantil puede inducir á error: los síntomas que revelará la auscultación del tórax la harán conocer cuando la brillantez de los síntomas nerviosos la hubieran mantenido oculta.

En la fiebre tifoidea: período prodrómico acentuado: temperatura típica, exantema tardío, meteorismo, diarrea, dolores abdominales, la no existencia de síntomas propios de la meningitis cérebro-espinal, y pudiendo completarse con el exámen bacteriológico de las deyecciones y del líquido extraído del bazo por puncion.

En el tifus exantemático: lentitud de la invasión y terminación brusca, por crisis. Temperatura más elevada y de evolución cíclica. Exantema particular por sus caracteres y manera de aparecer. Participacion muy frecuente del aparato respiratorio. Duracion mayor. Falta de contracturas de las extremidades y region de la nuca.

Pronóstico

La mortalidad producida por la meningitis cérebro-espinal epidémica es variable. Desde 33 °/₀ en las epidemias mas benignas observadas, hasta 80 °/₀, siendo la cifra más general 45 á 60 °/₀. Cifras que ponen de relieve lo sombrío del pronóstico y la colocan entre las enfermedades que mas víctimas producen entre los atacados.

La muerte puede considerarse como produciéndose por diversos mecanismos: por asfixia, por parálisis bulbar y cortical ó por infeccion é intoxicacion, siendo en ocasiones tan rápida y precoz que constituye una verdadera sorpresa que no explican ni la observación clínica ni las lesiones, ni siquiera esbozadas.

Puede aceptarse que cuando la curacion sobreviene anunciada por la vuelta al estado normal de todos los órganos y funciones, temperatura, estado general, y de manera progresiva y creciente es porque la congestion infecciosa ha declinado antes de llegar á la purulencia ó á lesio-

nes orgánicas irreparables. En este último caso, curando, se encontrarían trastornos persistentes, como lentitud del pulso, perturbaciones pupilares, parálisis limitadas, afasia ú otras.

Tratamiento

La gran proporción de la mortalidad anotada en el pronóstico pone de manifiesto la ineficacia de los tratamientos hasta hoy empleados.

No poseyendo ningún medicamento que obre sobre la causa productora de la enfermedad, todos ellos deben tener por base la localizacion conocida del proceso mórbido y su cortejo sintomático.

La intensidad de la inflamacion meníngea debe tratar de moderarse por la aplicacion constante de bolsas de hielo sobre la cabeza y nuca, y si es posible á lo largo de toda la columna vertebral: al par que su accion paliativa marcada, estas aplicaciones serán benéficas por la influencia conocida del frío sobre el dolor.

Con el mismo objeto se emplean las sangrías locales: sanguijuelas detrás de las orejas, en la nuca y dorso, ventosas escarificadas ó secas, aplicaciones de tintura de iodo en las mismas regiones, rapándose previamente el cuero cabelludo si la aplicacion se hace en él. La tintura de

iodo tiene el inconveniente de que su uso se hace rápidamente intolerable por el dolor que provoca. El ungüento mercurial se usa en fricciones de 4 á 8 gramos por día.

El calomel debe ser empleado á dosis purgante. Al mismo tiempo que combate la constipacion habitual, puede esperarse que por la derivacion intestinal que produce, influya sobre la inflamacion meníngea, aunque esta influencia no haya sido demostrada.

En los casos que han presentado manifestaciones de parte de las articulaciones, el uso del salicilato de soda á altas dosis, ha parecido de alguna utilidad. Con mayor razon estaría indicado si se sospecharan antecedentes reumáticos.

Pasada la faz congestiva, aparecido el exudado, la indicacion es provocar su reabsorcion: el ioduro de potasio la llena á dosis fuertes de 4 á 6 gramos, pero con un resultado poco halagüeño.

Todos los demás medicamentos que se usan, responden solo á indicaciones sintomáticas.

Los antitérmicos no dan resultado salvo la quinina en la forma intermitente, siendo su accion inconstante y siempre pasajera.

Contra la cefalalgia, raquialgia, hiperestesia cutánea, se emplean la antipirina, aconitina, morfina. Esta última, la más eficaz, debe suplan-

tar á las otras, pues además del dolor, domina la exaltacion psíquica y motriz contra las que se revela superior á los bromuros, y vómitos incoercibles que habían resistido al hielo, pocion Rivière, tinturas aromáticas, opio, etc., han cedido rápidamente al empleo de un solo centígramo.

Se administra en inyecciones hipodérmicas.

Los baños á la temperatura de 32° á 34° acompañados de abluciones con agua á 15° ó 20° sobre la cabeza, de duracion de ocho ó diez minutos y repetidos varias veces al día, combaten benéficamente el coma, aunque la mejoría es de corta duracion.

Una alimentacion conveniente y sustanciosa, pociones alcohólicas, vinos generosos deben agregarse al tratamiento medicamentoso, atribuyéndole una importancia de primer órden. La conservación de las fuerzas del paciente que tal vez va á soportar una enfermedad de varias semanas y siempre una convalecencia larga y penosa, es un deber imperioso para el médico y que puede ser el motivo de sus mejores éxitos.

La profilaxia comprende el aislamiento de los enfermos, su diseminacion en lugares bien ventilados, desinfección del foco, etc.

Medidas que no reclaman la rigurosidad que en otras enfermedades infecciosas, por lo limitado del contagio.

Observaciones

I

J. Ferrer, español de 13 años, vacunado, entró á la Casa de Aislamiento el 23 de Febrero de 1893.

El enfermo había sido denunciado como sospechoso de estar atacado de fiebre amarilla, porque procedía del vapor «Norte América» que acababa de cumplir el tratamiento sanitario impuesto por el Departamento Nacional de Higiene, por haber tocado en su tránsito en los puertos del Brasil, donde á la sazon reinaba una grave epidemia de esa enfermedad; y su remision á este Hospital por la Asistencia Pública, obedecía al deseo de confirmar ó rectificar el diagnóstico.

Los antecedentes de familia ó individuales no arrojaban nada de particular respecto á su padecimiento actual; la madre había muerto á los 22 años sin saber la causa, el padre es sano; en cuanto á él no recordaba haber tenido ninguna enfermedad de importancia.

La enfermedad actual había comenzado el día antes por una intensa cefalalgia seguida de vómitos, postracion y dolores generalizados á todo

el cuerpo. En el momento en que lo ví, 24 horas despues de iniciado el mal, ofrecía el cuadro clínico siguiente: dolor de cabeza muy pronunciado y estendido á todo el cráneo, obtusion intelectual, disminucion de la memoria, rigidez de la region cervical por contractura persistente de los músculos de la parte posterior del cuello, la cual se extendía tambien, pero en menor grado á la region dorsal de la columna; la posicion en el lecho era la de decúbito lateral derecho con flexion de los miembros inferiores; esta posicion no es conservada por largo tiempo, pues existe un estado especial de inquietud que lo obliga á cambios frecuentes que ejecuta parcial y muy difícilmente.

Había fotofobia, pero las pupilas de tamaño y forma normal, reaccionaban bien; había igualmente trismus pero no muy exagerado, pues podía ser vencido: estas tentativas eran seguida de una contraccion general de los músculos del rostro, en cuyo momento este expresaba gran sufrimiento; contracturas del mismo orden existían en los miembros superiores, pero el esfuerzo lograba vencer momentáneamente ese estado.

Los reflejos cutaneos, patelares, estaban exagerados particularmente del lado derecho; el fenómeno del pié se manifestaba por una trepidacion durable, más pronunciado tambien á la derecha.

La piel era el asiento de una hiperestesia acentuadísima, y la mas leve excitacion despertaba gritos de dolor; pero entre todos sus sufrimientos ninguno era tan intenso como el que refería á la cabeza, hacia cuya region llevaba automáticamente las manos á objeto de mitigarlo.

Con estos síntomas nerviosos existían vómitos y náuseas frecuentes; los primeros eliminaban casi siempre los líquidos y los alimentos que tomaba, la lengua estaba húmeda y cubierta de un barniz saburral en el dorso, había sed y anorexia completa. Los demás órganos no suministraron nada de particular; sin embargo la respiracion era frecuente, 30; el pulso regular, la temperatura que por la mañana era de 37°.9 subió á la noche á 38°.6. La orina recogida desde su admision alcanzó á 300 gramos; era trasparente de color amarillento, ácido y no contenía albúmina.

Obligado terminantemente á dar un diagnóstico, clasifiqué el caso de *meningitis*, probablemente tuberculosa.

El tratamiento que instituí, fué el siguiente: aplicacion de hielo sobre el cráneo, y ventosas secas sobre la región cervico-dorsal.

Observación.—*Febrero 25*—Noche intranquila; ligero delirio de palabra. Persisten los mismos síntomas nerviosos de ayer, pero las contracturas de los brazos han disminuido un poco, apare-

ciendo en cambio en el miembro inferior derecho; reflejos en el mismo estado, las pupilas reaccionan con lentitud; misma cefalalgia.—La cara es el asiento de una hiperemia uniforme, acentuada principalmente en las mejillas y en los surcos naso-labiales. — Placas hiperémicas muy circunscriptas ocupan la piel del labio superior é inferior derecho, en cuyo centro se manifiestan por la noche vesiculitas pequeñas que se agrandan rápidamente, formando un grupo que circunscribe la comisura derecha. Periodos de somnolencia alternan con otros de excitacion, durante los cuales se queja de su cefalalgia. La temperatura se mantiene alrededor de 38°; el pulso entre 80 y 110, es desigual como lo comprueba el trazado esfigmográfico, y la auscultacion del corazon. Una deposicion provocada por un enema presenta caracteres normales; la orina alcanza á 450 gramos sin nada de particular.

Añádese al tratamiento un purgante de calomel.

Febrero 26—Noche regular pero con delirio; continua la hiperemia de la piel del rostro.—Las vesículas de la piel de los labios se han agrandado, están llenas de un líquido trasparente y forman un grupo extenso, que va desde la comisura hasta la nariz, del lado derecho; hacia la

izquierda existe otro grupo de herpes, pero mas limitado; la mucosa labial del lado derecho es el asiento de un proceso análogo, pero aquí las vesículas maceradas por la humedad, están rotas.

El líquido que estas eflorescencias contienen, no tarda en modificarse y tomar un aspecto sero-purulento, el cual se concreta sobre la superficie de las vesículas que prontamente empiezan á romperse.

La cefalalgia es menor, la rigidez del cuello vá disminuyendo un poco, pero, no puede ejecutarse la flexion ni aún haciendo un pequeño esfuerzo. Estas tentativas producen un dolor en dicha region que este día aparece un poco tumefacta y su piel enrojecida; la tumefaccion ocupa la parte posterior del cuello, correspondiente á las 3 ó 4 primeras vértebras cervicales, y se extiende un poco lateralmente.—Una tumefacción análoga con hiperemia cutánea se descubre en el lado externo de la articulacion tibio-tarsiana derecho, ofreciendo el aspecto de una infiltracion del tejido celular subcutáneo, pero la presion del dedo no deja impresion de edema; la articulacion homónima del lado opuesto presenta igual lesion, pero aquí se sitúa en la cara anterior donde existe una placa análoga de unos 5 ó 6 centímetros de diámetro; la articulacion parece libre de este proceso, los movimientos espontáneos como

forzados no determinan dolor, ni se percibe en ellas frote, ni señal de derrame. Los reflejos rotulianos siguen exagerados, la trepidacion del pié ha cesado, pero persiste el débil grado de contractura de los miembros superiores, pierna derecha y músculos maséteros. La temperatura se mantiene por arriba de 38°, la respiracion al rededor de 30; el pulso irregular, entre 80 y 90. El abdómen está deprimido y el purgante de ayer ha producido una deposicion.

No obstante creer que las determinaciones periarticulares no son de orígen reumático, añado al tratamiento, salicilato de soda.

Febrero 27—Ningun cambio favorable. El herpes labial se ha desecado en costras sobre la piel, descamándose por pequeños colgajos; del lado de la mucosa aún persisten pequeñas escoriaciones.

Febrero 28—Nótase un poco de mejoría, pero los dolores subsisten, así como los síntomas nerviosos, y las placas rojas señaladas periarticulares.—Hay constipacion y el vientre se deprime cada dia mas; este fenómeno es hoy muy notable (para la temperatura, respiracion, cantidad de orina, etc., véase el resumen general). Continúa con el mismo tratamiento.

Marzo 1°—No hay cefalalgia, la tumefaccion cervical ha disminuido, en cambio ha aumentado

en la articulacion tibio-tarsiana derecha, cuyo maleolo externo desaparece por la tumefaccion; una placa hiperémica extensa se ha manifestado por espacio de unas seis horas sobre la region del hipocondrio derecho.—A pesar de este estado, consérvase la rigidez del cuello, el aumento de los reflejos, y ha vuelto á presentarse el fenómeno del pié. La inteligencia continúa embotada y la mayor parte del dia el enfermo es presa de una sonnolencia notable.—Sigue la constipacion. Por la tarde la temperatura pasa de 39°. Se sigue con el salicilato de sodio, con el hielo sobre la cabeza, aplicándose de cuando en cuando ventosas á lo largo de la columna vertebral y enemas diarios para combatir la pereza intestinal. Olvidaba mencionar entre las novedades observadas este dia, un movimiento irregular de ambos globos oculares en diversos sentidos y que aparecían por intérvalos; sin embargo, las pupilas funcionan con regularidad.

Marzo 2 y 3—El enfermo está mejor; la cefalalgia no ha vuelto á presentarse; la rigidez del cuello ha disminuido y logra imprimir á éste algunos movimientos pero de extension limitadísimos; la tumefaccion cervical ha disminuido, la tumefaccion del pié derecho está igualmente en disminucion, pero en cambio aparece un dolor sin alteracion cutánea apreciable

á lo largo del borde interno del pié izquierdo.

Los reflejos este día se acentúan justamente á la izquierda, el patelar y cremasteriano particularmente. La temperatura desciende á la normal y el paciente manteniendo rígida toda la columna vertebral, puede dar algunos pasos.

Marzo 5—Continúa bien; la rigidez es menor, no hay dolores, el pulso se regulariza, no queda más placa tumefacta que la del maleolo derecho. El enfermo siente apetito. Se suprime el hielo.

Marzo 6—Despues de la aparente mejoría, y sin cesar en la medicacion salicilada, este dia reagrávase el enfermo; la temperatura sube á 39°, la cefalalgia vuelve á manifestarse con la violencia del principio, sobreviene un desfallecimiento profundo, la piel del rostro torna á enrojecerse, en una palabra: parece que la enfermedad renaciera de nuevo sin faltar la rigidez de la nuca, la exageracion de los reflejos, la hiperestesia cutánea, etc. Entre tanto la tumefaccion del pié se ha disipado.

Se vuelve á la aplicacion del hielo y ventosas, se da un baño tibio de media hora, y se administra un purgante de calomel.

El ascenso térmico de ese día persiste hasta la mañana siguiente y la de los días 8 y 9; es esta faz febril, la mas elevada durante toda la enfermedad. Los síntomas del lado del sistema ner-

vioso, se mantienen sin variacion. La medicacion salicílada se sostiene hasta este dia, en que se hace un cambio radical en el tratamiento: se recurre á las fricciones de ungüento mercurial, y al interior se administra ioduro de potasio, empezando por un gramo. La fiebre es tratada por la balneoterapia.

Desde el 9 al 20 de Marzo, la fiebre toma un tipo francamente intermitente, subiendo por la tarde, por arriba de 39° y descendiendo por la mañana á la normal. Durante este periodo, el enfermo que estaba notablemente enflaquecido se demacra mas, llegando á un adelgazamiento extremo. Los demás síntomas continúan presentando ligeras alternativas, ora en favor, ora agravándose, hasta llegar el 20 de Marzo á un estado lamentable caracterizado por la pérdida del conocimiento, el grito hidro-encefálico, una agitacion continua, dilatacion é inmovilidad de las pupilas, contractura cérvico-dorsal, pulso pequeño, incontinencia de orina, enfriamiento. Este conjunto de síntomas que revelaban un desenlace fatal, pronto fué seguido de una atenuacion gradual: el enfermo volvió á su conciencia, las funciones vegetativas se regularizaron, pero los síntomas meningíticos iniciales persistían sin cambio favorable alguno, los cuales unidos á la demacracion casi esquelética, obligaban un pronóstico

absolutamente fatal. No obstante, la familia lo sacó del Hospital, falleciendo el 20 de Mayo, sin ofrecer otros síntomas, que algunas convulsiones.

FECHA	TEMPERATURA		RESPIRACIONES		PULSACIONES		Cantidad diaria de orina
	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	
Febr. 23	--	39,2	--	30	—	85	300 gramos
» 24	37,9	38,6	24	35	I05	85	450 »
» 25	38,4	37,2	28	36	92	72	4I5 »
» 26	38,2	38,4	28	34	88	92	550 »
» 27	38,2	38,3	28	38	83	I00	626 »
» 28	37,9	38,6	26	36	90	I00	850 »
Marzo I	37,8	39,2	32	30	99	I08	I.000 »
» 2	36,8	37,6	24	28	95	84	I.025 »
» 3	36,5	37,6	26	30	90	84	I.I50 »
» 4	37,2	37,3	22	26	80	90	I.000 »
» 5	36,4	37,0	22	24	I00	98	I.050 »
» 6	39,0	38,5	28	30	I02	I00	I.025 »
» 7	39,7	39,8	30	32	I10	II2	900 »
» 8	39,0	39,6	24	34	I00	I04	750 »
» 9	37,2	40,0	24	26	92	II8	875 »
» I0	38,4	39,8	24	26	I09	I09	950 »
» II	37,2	39,7	24	30	I04	I00	I.000 »
» I2	38,0	39,2	24	26	I02	I04	I.I00 »
» I3	36,8	39,6	24	26	98	I08	975 »
» I4	37,0	39,5	28	30	98	I02	I.250 »
» I5	37,I	39,5	24	28	92	I04	I.800 »
» I6	36,6	38,6	24	30	I00	II0	I.250 »
» I7	36,6	38,3	23	28	96	II2	I.200 »
» I8	37,0	39,2	24	28	I00	I04	I.I75 »
» I9	37,2	39,3	24	30	96	I00	I.000 »
» 20	37,3	37,5	24	28	82	84	I.300 »
» 2I	37,0	37,6	24	28	72	90	I.250 »
» 22	36,7	37,5	24	26	84	92	I.I75 »
» 23	36,6	37,8	22	28	82	I04	I.375 »
» 24	36,4	37,2	24	26	92	II0	I.375 »
» 25	36,3	36,8	22	26	96	98	I.200 »
» 26	36,2	38,6	25	28	96	I00	I.400 »
» 27	36,8	37,8	22	26	96	I04	I.375 »
» 28	36,4	37,4	22	24	90	I02	I.500 »
» 29	36,8	38,0	20	24	86	I00	I.450 »
» 30	36,4	37,4	20	26	94	I08	I.375 »
» 3I	38,0	37,2	22	24	I00	I02	I.400 »
Abril I	36,2	36,8	20	26	88	82	I.350 »

FECHA		TEMPERATURA		RESPIRACIONES		PULSACIONES		Cantidad diaria de orina
		A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	
Abril	2	36,6	37,0	20	24	80	86	I.424 »
»	3	36,3	37,4	20	24	80	82	I.375 »
»	4	37,2	37,3	20	26	78	84	I.500 »
»	5	36,6	37,7	22	24	90	82	I.450 »
»	6	36,4	37,0	20	26	90	I00	I.475 »
»	7	38,4	38,6	22	25	I02	96	I.424 »
»	8	36,8	37,0	20	26	I00	I04	I.525 »
»	9	36,2	37,0	20	24	90	I00	I.475 »
»	I0	38,0	37,8	22	24	I08	I02	I.500 »
»	II	37,2	37,4	22	24	I00	I02	I.375 »
»	I2	36,4	37,0	20	25	98	I00	I.450 »
»	I3	36,2	36,6	20	24	92	98	I.525 »
»	I4	36,2	38,6	20	26	86	94	I.475 »
»	I5	36,7	37,5	22	26	86	I04	I.375 »
»	I6	36,6	37,3	22	24	I00	96	I.425 »
»	I7	36,4	36,8	20	24	94	86	I.300 »
»	I8	36,2	37,0	20	24	84	86	I.475 »
»	I9	38,2	37,2	22	24	I00	98	I.400 »

Desde aquí en adelante la temperatura osciló entre 36 y 37 °, con excepcion del 25 y 28 de Abril y del 5 de Mayo, en que llegó solo por algunas horas de la tarde á 38 °.

II

Benito Lujan, argentino, de 20 años, soltero vacunado con éxito á los diez años, ocupado como buzonista en el Correo, ingresó el 1° de Julio á la Casa de Aislamiento, ocupando la cama, núm. 98 de la sala «M. A. Montes de Oca».

El diagnóstico del médico que lo remitía era de púrpura hemorrágica.

Los antecedentes hereditarios no suministran mas dato de valor que una sordera en el padre, trasmitida en grados diversos al enfermo en cuestion, así como á sus otros tres hermanos.

Sus antecedentes individuales son buenos: no recuerda haber padecido de enfermedad alguna, y solo refiere que hace un mes y medio próximamente que sufrió de un malestar á la cabeza, acompañado de vómitos y pérdida de fuerzas que le duró tres ó cuatro dias, despues de lo cual se sintió bien.

Además, hace como un mes que tuvo una pequeña erosion de la piel de la mano derecha á la altura de la articulacion metacarpo-falángica del

segundo dedo y hacia su cara palmar, originada y sostenida por el uso del sello; esta lesion cutánea curó despues de haber supurado por espacio de 12 ó 15 días.

Este individuo cuya inteligencia se encuentra perturbada, no refiere con precision los síntomas iniciales de su enfermedad: unas veces hace remontar el comienzo de ella á 12 días, otras á 8, en fin, otras veces á 4 solamente; pero en lo que no vacila es en decir que hallándose perfectamente sano, despertó á la mañana siguiente gravemente enfermo, sintiendo á media noche un violento escalofrío con temblor y castañeteo de los dientes, y luego fiebre intensa, fuerte cefalalgia frontal y dolor á la parte posterior del tronco con irradiacion á los miembros. Añade que á las 10 ú 11 a. m. del primer dia de enfermedad, le sobrevino un vómito espontáneo, formado de materias líquidas de color amarillo verdoso, el cual fué acompañado de deposiciones diarréicas, gran postracion, de sordera más intensa que la habitual en él (lo que atribuía á la violenta afalalgia), disfagia muy pronunciada, mucha sed, anorexia y un poco de tos.

Los conmemorativos recogidos de la familia difieren en parte de los suministrados por el enfermo: niegan ó ignoran el ataque que dice él haber tenido un mes y medio há, y que los demás

datos que ha dado respecto al comienzo de la enfermedad son exactos, pero incompletos, pues hay que añadir que tuvo: un vómito á altas horas de la noche en que empezó su mal (líquidos biliosos), un vértigo ó desvanecimiento á las 10 a. m. seguido de un segundo vómito de materias líquidas que había ingerido, un segundo vértigo á la media hora del primero, notándole entonces unas manchas oscuras en los párpados; y por último, otro vómito de materias mas oscuras que le sobrevino en la ambulancia que lo condujo á este Hospital.

Estado actual—Es un individuo regularmente constituido, de sistema óseo y muscular bien desarrollado, en estado de perfecta nutricion.

Está en decúbito lateral izquierdo, la cabeza está llevada de una manera muy pronunciada hacia atrás, por contractura de los músculos de la región posterior del cuello; ni voluntaria ni pasivamente se logra ejecutar el movimiento de flexion, y estos ensayos provocan agudos dolores; los movimientos de lateralidad de la cabeza, se efectúan, pero en límites muy estrechos y despertando dolor. La rigidez del cuello se extiende á todos los músculos de la parte posterior del tronco, y el epistótonos que origina, hace imposible que el enfermo se mantenga en decúbito dorsal, lo mismo que la estacion sentada. Toda

tentativa hecha en tal sentido, hace gemir al paciente, cuyo rostro animado por la risa sardónica, concluye por dar á este enfermo una expresion singular de sufrimiento profundo. Las arrugas de la frente están bien dibujadas, las comisuras labiales llevadas hacia afuera, los maséteros hacen eminencia, hay trismus y los incisivos apenas si logran, despues de algunos esfuerzos, ser separados un centímetro ó un centímetro y medio.

Las conjuntivas oculares estan inyectadas y rojas, la bulbar presenta pequeños puntos hemorrágicos.

La articulacion de las palabras es difícil, lo mismo que la deglucion.

La lengua ancha está cubierta de un barniz saburral espeso; la mucosa bucal de color pálido en general, ofrece hacia la cara interna de los labios, velo del paladar y úvula, diseminados puntitos hemorrágicos. La inspeccion de las amígdalas que se hace imperfectamente, hace ver en cuanto es posible que están un poco aumentadas de tamaño y que su mucosa está hiperemiada.

La percusion sobre las apófisis espinosas de la region cervical y lumbar es dolorosa, y este dolor se irradia á los miembros inferiores principalmente. Una hiperestesia exagerada ha invadido á toda la piel, pero es mas acentuada

hacia la mitad derecha del cuerpo, el simple contacto, el cosquilleo, así como un pellizco ligero son suficiente para exagerar la sensibilidad, al punto de traducirla el enfermo por un dolor que le arranca quejas; es como se vé una hiperalgesia. Los mismos movimientos pasivos obran en el mismo sentido, y ni es posible cambiarlo de posicion sin ocasionarle esta sensacion.

La movilidad voluntaria está disminuida, el enfermo se mantiene en la misma posicion sin poderla cambiar por sí mismo; los miembros no logran mudar de sitio, sino de un modo incompleto. El acto de llevar la mano á la cabeza, á la boca, la flexion y extension de estos miembros, así como los inferiores, no se efectúan espontáneamente, y cuando se ordena al enfermo el cumplirlos, se lo ve esforzarse por satisfacer el mandato, sin llegar á realizarlo.

Los reflejos, rotuliano, plantar, cremasteriano, abdominal, etc., existen un poco exagerados, sobre todo á la derecha. Las pupilas están un poco contraídas, y los colores son perfectamente distinguidos; hay una ligera fotofobia.

Las funciones psíquicas están alteradas; hay una depresion notable de las facultades intelectuales; las preguntas hechas con toda lentitud y en alta voz son confundidas después de repetirlas varias veces, y las repuestas que suce-

den á su apreciacion y dicernimiento, revelan una pesada elaboracion mental: la atencion, la memoria, el juicio existen, pero requieren un gran esfuerzo. Por momentos un sub-delirio de palabra, interrumpe la quietud soporosa en que el enfermo se mantiene; pero en realidad el sueño es muy difícil, siendo mas bien el insomnio lo que predomina. El delirio aumenta un poco por la noche sin llegar á presentar una intensidad alarmante. En medio de este cuadro es la cefalalgia persistente y el dolor extendido al cuello y columna vertebral hasta la region lumbar y sacra lo que molesta mas al sugeto y de lo que principalmente se queja y á lo que atribuye la causa de su insomnio, y cuando llega á dormir la oclusion parpebral es incompleta.

La piel es tambien asiento de una erupcion especial, generalizada á toda ella; es un exantema hemorrágico, algo parecido al sarampion y constituido por manchas irregulares discretas y coherentes que se apiñan particularmente en el tronco, cara anterior y posterior siendo mas tupida en las regiones inter-escapulares, deltoidea, cuello, y mas diseminada en los miembros superiores, inferiores y el rostro, donde las manchas hemorrágicas mas grandes, ocupan los párpados superiores.

Los elementos fundamentales de este exantema general, están formados por manchas pequeñas de color rojo oscuro, que no desaparecen por la presion, ni se muestran elevadas sobre la epidermis, y parecen ser mas bien la resultante de la diapedesis, que de la ruptura vascular, dado el color indicado, el cual se desvanece hacia la periferia del lugar infiltrado, sin colectarse sino en muy limitados lugares, como los párpados donde forma verdaderos equímosis azuladas. Una erupcion análoga pero menos intensa parece haber existido en la mucosa de las cavidades.

Entre los síntomas del aparato digestivo, hay que indicar el aplanamiento del vientre y la constipacion que dura desde dos dias atrás, pero que cede á la accion de un enema, el cual hace eliminar materias fecales de aspecto normal, de un color verde oscuro. El hígado está un poco aumentado hacia su lóbulo izquierdo; el bazo sensiblemente normal.

A pesar del cuadro clínico descrito, este enfermo reclama alimentos, porque dice tener apetito.

La emision de la orina se verifica con espacios de tiempo muy largos, y en una ó dos veces desde su entrada, ha eliminado 800 gramos de reaccion ácida sin albúmina.

La respiracion regular llegaba á 24 movimien-

tos por minuto, no había tos, y el exámen físico no suministraba nada de anormal.

El aparato circulatorio tampoco manifiesta alteraciones: los ruidos cardiacos son fuertes y regulares, el pulso algo frecuente, oscila alrededor de 100. El trazado esfigmográfico normal.

La temperatura á su entrada era de 37°.8 y esta mañana ha descendido á 36°.6.

El interno de guardia le prescribió ayer antipirina como analgésico, hielo sobre el cráneo y limonada sulfúrica.

Tal es el conjunto clínico que presentaba este enfermo, al cuarto dia de su enfermedad, el cual podría resumirse así; principio brusco por escalofrío y cefalalgia intensa, pronto seguida de vómitos biliosos que se continuaron despues, y luego aparicion en una época no determinada, de contractura de los músculos de la nuca y tronco, con trismus, disfagia, hiperestesia cutánea, paresia motriz, perturbaciones en la esfera psíquica, con manifestacion de un exantema generalizado, todo en medio de una fiebre de tipo desconocido, que llegó y aun descendió á la normal en las primeras doce horas de permanencia en el Hospital.

Observación. *Julio 3*—Se acentúan mas los síntomas cérebro-espinales, la temperatura aumenta y se mantiene despues de las 2 p. m. por encima

de 38°; el pulso se vuelve mas frecuente, la deglución es mas fácil, persiste el insomnio y delirio; no hay deposicion.

La erupcion ha disminuído en la intensidad de su color, pero hacia las prominencias óseas sobre la rótula, olécranon, cara dorsal del carpo, han aparecido manchas hiperémicas algo estendidas y un poco tumefactas en las manos; al imprimir movimientos á las articulaciones vecinas, el enfermo se queja de dolor, pero dada la hiperestesia general no es posible saber si es realmente la articulacion el foco de este fenómeno.

Se prescriben ventosas escarificadas á lo largo de la columna vertebral y fricciones con ungüento mercurial á dosis de 3 gramos; al mismo tiempo se recomienda la desinfeccion y limpieza prolija de la boca.

Los signos del lado de las mucosas se mejoran y las amígdalas están realmente aumentadas de volúmen.

Hay constipacion y ligero timpanismo abdominal. La orina es ácida, contiene albúmina y muchos cristales de ácido úrico.

Los latidos del corazon son muy acelerados, el pulso es pequeño y muy frecuente, 140. La temperatura en la nocbe pasa de 39° y con todo esto los síntomas generales se agravan. La respiracion igualmente frecuente.

Se administra un purgante drástico con escamonea y calomel, el cual determina dos deposiciones abundantes.

Julio 4. — Noche intranquila, una deposicion involuntaria conteniendo muchas mucosidades. Somnolencia, sub-delirio, por momentos entra en un período de agitacion al cual sucede un sopor profundo. Sin embargo, se logra despertarlo de ese estado y entonces se advierte que la inteligencia se conserva con los mismos caracteres ya enunciados. Los movimientos son hoy mas fáciles en el lado derecho; los reflejos patelares están abolidos, conservándose el cremasteriano del lado derecho, la hiperestesia es menor, las pupilas están muy dilatadas y no reaccionan sino muy imperfectamente á su excitante ordinario.

La erupcion primitiva no ha dejado sino en los lugares de coherencia una pigmentacion oscura poco apreciable en los sitios menos invadidos; las placas eritematosas periarticulares, han disminuído de extension; en el codo son muy pálidas, en la region radio-carpiana se sostienen con lo mismo y son dolorosas como la articulacion misma, han aparecido placas hiperémicas hacia la cara anterior é interna de ambos muslos.

El pulso es más frecuente aún, alcanza á 150, para la temperatura y otros datos, consultar el cuadro adjunto.

En la noche de este dia los síntomas se mejoran, la dilatacion pupilar cede, y los movimientos activos son mas fáciles y extensos.

Se añade al tratamiento el salicilato de sodio á dosis de 5 gramos diarios y siguen las aplicaciones continuas de hielo sobre el cráneo.

Julio 5—La erupcion hemorrágica primitiva mas pálida, las placas eritematosas articulares en el mismo estado. Los movimientos del lado derecho son un poco mas extensos, el reflejo rotuliano vuelve en el dia y desaparece al venir la noche; la hiperestesia cutánea, la dilatacion pupilar, el estado intelectual, continúan en el mismo estado; la temperatura durante el dia de 37°.8 á 38°.8, el pulso frecuente llegó en ciertos momentos á 152, la respiracion tambien algo frecuente, 38,32. Persístese en el mismo tratamiento.

Julio 6—Se añade este dia al cuadro clínico una ligera ictericia visible en las escleróticas y comprobada por la reaccion química de la orina, en el hígado sin embargo no se encuentra nada de anormal: además timpanismo abdominal con gorgoteo en la fosa iliaca derecha; los demás síntomas del lado del sistema nervioso en el mismo estado. El pulso, la respiracion y la temperatura han disminuido un poco. Olvidaba señalar entre los síntomas nuevos de este dia una hemi-

plegia facial no muy intensa del lado izquierdo, con disminucion notable de la boca del lado opuesto.

Julio 7—La erupcion primitiva está á su término, dejando en ciertos lugares una pigmentacion oscura, la ictericia de ayer ha disminuido mucho hoy, la hemiplegia facial se sostiene y el trismus ha cedido un poco, los reflejos abolidos, las pupilas dilatadas reaccionan algo á la luz; la hiperestesia tambien ha disminuido, y los movimientos voluntarios tienden á volver. En medio de este conjunto de síntomas halagüeños, debe señalarse la persistencia de la obtusion intelectual, el delirio, el timpanismo abdominal, la pereza vesical, los fenómenos hiperémicos periarticulares, la persistencia de la fiebre y de la frecuencia del pulso y respiracion.

Julio 8—La observacion de este dia puede reasumirse diciendo que todos los signos de mejoría se acentúan pero lentamente, y que la rigidez del cuello ha cedido muchísimo, no así la contractura de los músculos del tronco que persiste.

Julio 9 y 10— Continúa la mejoría, el enfermo ha empezado á tomar alimentos sólidos, huevos, presa de gallina. La inteligencia se despeja, el delirio y el insomnio cesan, lo mismo que la contractura del facial; con gran dificultad logra sentarse en el borde de la cama, pero se advierte que

la temperatura comienza á elevarse, apareciéndole un dolor no muy intenso en la region precordial que se irradia al lado izquierdo de la base del cuello, brazo del mismo lado é inserciones diafragmáticas correspondientes y palpitaciones. No obstante este síntoma de irritacion del plexo-cardíaco, el exámen del corazón permanece incierto.

Julio 11—Los dolores de la region precordial se han acentuado y la presión en el 2º y 3er espacio intercostal izquierdo lo exagera, determinando las irradiaciones espontáneas de ayer; el exámen local revela una pericarditis seca de frote mas intenso hacia la base. Se aplica un vejigatorio y se aumenta á 8 gramos la dosis diaria de salicilato de soda. Vuelve á manifestarse el estado soporoso del principio y las lesiones periarticulares están en disminucion.

En los días 12, 13 y 14, se nota que las lesiones del pericardio avanzan hacia la parte media y aún hasta la punta, pues el frote se ha extendido hasta el vértice; el pulso muy frecuente y pequeño se ha vuelto irregular.

Julio 15— Mismo estado, aparece un poco de tos. Se insiste en el tratamiento instituído. De los síntomas nerviosos dominan ahora la hipereste-sia del plexo-cardíaco y principalmente las irradiaciones en todo el brazo izquierdo. Durante todo

este tiempo los principales síntomas de la enfermedad primera son la rigidez de los músculos del tronco, la pérdida y reaparicion intermitente de los reflejos, el delirio y la fuerza motriz.

Julio 16— Disminuyen los dolores, pero los signos de paricarditis subsisten.

Julio 17— Mismo estado; sobreviene un poco de tos y una abundante epístasis (200 gramos).

Julio 18— El frote de la base ha cesado, pero persiste hacia la punta; el choque precordial se nota en el 4º espacio intercostal, la presion del 2º espacio determina todavía dolores. Habiéndose exagerado la sordera y la somnolencia, se disminuye la dosis de saliciato.

Desde este dia hasta el 24, el enfermo continúa mejorándose de su complicacion pericardíaca, pero como el pulso tendiera á hacerse pequeño é irregular, se le administró la digital. En esta fecha, ciertos síntomas que habían disminuído, han vuelto á exagerarse, tales son: la rigidez del cuello, la desviacion de la cara, la dificultad de la deglucion, la imposibilidad de la estacion sentada. Suspéndese tambien este dia las fricciones mercuriales, que con toda regularidad se han hecho desde el principio.

Sin grandes cambios en el estado general y con disminucion de la contructura cervical, se pasan cuatro dias hasta el 28 en que solo se ha-

cen dominantes las perturbaciones del corazon que se traducen con el pulso, notándose además hacia al fin de este período, que el levantamiento del choqueo precordial ha sufrido una importante modificacion, que poco manifiesta al principio, ha concluído por hacerse bien patente: es la depresion sistólica de la punta al nivel del 4º espacio intercostal un poco por dentro y debajo del mamelon, lo cual se hace mas visible al observar dicha depresion al mismo tiempo que se explora el pulso. Dicho signo permite aseverar la existencia de una sinequia peri-cardíaca, consecuencia de la pericarditis seca.

La medicacion instituída fué: ioduro de potasio, infusion de café y aplicaciones tópicas de tintura de iodo, sobre todo la region precordial.

Hasta el fin de Julio no había otro fenómeno de importancia que consignar.

En los diez primeros días del mes de Agosto, esto enfermo continuó en un estado sensiblemente estacionario, persistiendo los síntomas de la sínfisis cardíaca pero ya con una depresion menos visible que se acentuaba, sin embargo, despues de un esfuerzo y siempre que el trabajo del corazon se exageraba. De los síntomas del lado del sistema nervioso, quedaba todavía un poco de rigidez en los músculos del tronco, la dilatacion pupilar, la pérdida de los reflejos rotulianos,

la pereza motriz y dolores vagos localizados de preferencia en la region renal. La albuminuria poco intensa, persistía tambien. Hay que añadir por último que en medio de este estado, el enfermo tenía mucho apetito y que el enflaquecimiento á que había llegado era considerable.

Fué por defecto de régimen que sobrevinieron alteraciones gástricas, con inapetencia, vómitos y fiebre en los días 2, 6 y 10 de Agosto. (Véase el cuadro).

El 17 el enfermo se levantó por primera vez, pero su debilidad era extrema. Persistía todavía la dilatacion pupilar, la rigidez de los músculos del tronco, una constipacion pertinaz y un poco de albúmina en las orinas.— La depresion sistólica concluyó por desaparecer. El único medicamento que tomaba aún, era el ioduro de potasio.

Mas de un mes despues el 23 de Setiembre, este enfermo cuya convalecencia fué inusitadamente larga, conservaba aún algunos síntomas de su enfermedad.

El 27 de Setiembre en que salió de alta aún no había reaparecido el reflejo rotuliano derecho y un ligero dolor de la region sacro-lumbar, que cuando se exacerbaba tenía irradiaciones á la misma extremidad.

FECHA		TEMPERATURA		RESPIRACIONES		PULSACIONES		Cantidad de orina diaria
		A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	
Julio	I	—	37,8	—	24	—	92	800 gramos
»	2	36,6	37,0	22	27	98	I20	900 »
»	3	37,8	38,3	32	32	II8	I32	850 »
»	4	39,I	39,I	36	36	I30	I40	I.900 »
»	5	38,0	38,2	34	30	I52	I40	2.200 »
»	6	37,9	37,4	28	30	I2I	II7	I.950 »
»	7	37,6	38,I	28	32	III	I20	2.200 »
»	8	38,0	37,8	28	26	I02	I04	I.I00 »
»	9	38,3	38,3	30	32	I20	I22	650 »
»	I0	38,2	39,0	28	34	II8	I24	I.850 »
»	II	38,3	38,6	30	32	II6	II7	2.300 »
»	I2	38,2	38,8	28	34	II6	I20	2.500 »
»	I3	39,0	38,0	30	32	II8	II0	2.I00 »
»	I4	38,3	38,0	28	32	II8	II9	4.000 »
»	I5	39,0	38,6	30	34	I20	II8	3.400 »
»	I6	39,0	37,9	32	34	II0	I08	2.600 »
»	I7	38,5	37,4	36	32	I08	II0	2.875 »
»	I8	37,6	36,9	34	30	I05	I00	2.875 »
»	I9	38,0	37,0	32	28	I02	I03	3.650 »
»	20	38,0	37,2	26	26	I0I	I00	3.650 »
»	2I	38,3	36,6	28	28	98	98	4.000 »
»	22	38,0	37,0	28	28	98	I00	2.I25 »
»	23	38,5	37,0	28	28	98	I00	3.500 »
»	24	36,8	38,0	26	28	98	I02	2.I00 »
»	25	36,8	36,5	26	26	I00	I00	2.000 »
»	26	36,4	36,5	26	28	98	96	2.500 »
»	27	36,2	38,4	26	26	94	98	2.000 »
»	28	36,5	37,I	24	26	97	98	I.500 »
»	29	36,3	37,0	24	24	96	96	I.625 »
»	30	36,2	36,8	24	24	92	95	2.I25 »
»	3I	36,3	36,4	28	30	93	I02	2.I00 »
Agost.	I	38,2	37,7	28	30	I20	I08	I.750 »
»	2	36,7	37,0	26	26	I04	98	2.000 »
»	3	36,4	36,7	26	24	94	94	I.750 »
»	4	36,0	36,2	24	28	80	86	2.000 »
»	5	37,8	37,2	26	28	I00	I02	I.I00 »
»	6	36,3	36,7	26	28	98	97	2.200 »
»	7	36,4	36,6	26	28	84	82	2.000 »
»	8	36,2	36,4	24	26	78	82	I.500 »
»	9	38,0	37,2	28	26	I02	I04	I.000 »
»	I0	36,4	36,5	26	26	I02	100	I.I25 »
»	II	36,0	36,4	24	26	80	84	I.750 »
»	I2	36,0	36,4	22	22	82	84	I.300 »
»	I3	36,2	36,4	24	22	80	80	I.300 »

Las dos historias precedentes reasumidas ofrecen el siguiente conjunto sintomático:

1º	2º
Antecedentes hereditarios	
Buenos	Sordera en el padre transmitida á sus cuatro hijos en diverso grado.
Antecedentes individuales	
Buenos	Mes y medio antes, cefalalgia, vómitos y decaimiento que desaparecieron en tres ó cuatro días. Quince días despues erosion de la piel, pronto curada.
Principio	
Brusco, por intensa cefalalgia, postracion, vómitos y dolores á todo el cuerpo.	Brusco por escalofrío, fiebre, cefalalgia, vómitos, deposiciones diarréicas, vértigos, raquialgia irradiándose á los miembros.
Posición	
Decúbito lateral derecho.	Decúbito lateral izquierdo.
Cefalalgia persistente. Perturbaciones intelectuales. Delirio tranquilo. Contractura de los músculos de la region cérvico-dorsal, cara, masticadores, y miembros superiores é inferiores.	Cefalalgia intensa y persistente. Perturbaciones intelectuales, delirio de palabra, insomnio, sordera mas pronunciada que la habitual. Contractura de los músculos de la nuca y dorso; cara y masticadores. Disfagia y disfonia. Paresia motriz.

Hiperestesia cutánea muy acentuada.	Hiperestesia acentuadísima: dolor á la presion de la columna.
Reflejos cutáneos y tendinosos exagerados.	Exageracion de los reflejos cutáneos y tendinosos.
Fotofabia. Movimientos irregulares, intermitentes é involuntarios de ambos ojos.	Conjuntiva inyectada y con puntos hemorrágicos que existen tambien en la mucosa de la boca. Pupilas contraídas. Fotofobia, lagoftalmia.
Constipacion tenaz, depresion abdominal, anorexia, sed.	Constipacion, depresion abdominal, congestion hepática, ictericia, sed, anorexia.
Herpes y placas hiperémicas diseminadas.	Exantema hemorrágico morbiliforme.
Todos estos síntomas continúan con alternativas de mejoría y agravacion hasta el 20 de Marzo en que se encuentra el enfermo en coma: con contractura cérvico dorsal, dilatacion pupilar, grito hidroencefálico, incontinencia de orina, enfriamiento.	Incontinencia de materias fecales.
Orina	
Escasa en los primeros días, aumenta gradualmente hasta un término medio aproximado á la normal.	Poca cantidad los tres primeros días, aumenta despues hasta alcanzar un término medio de 2112 gramos. Albuminuria.
Pulso	
Entre 85 y 110. Una sola vez 72, 112, 118. Sin relacion con la temperatura.	Entre 80 y 120. Por una vez llegó á 132, 130, 170, 152, 140. Sin relación con la temperatura.

Temperatura

Muy irregular. Desde el 9 de Marzo que alcanzó á 40º por única vez durante toda la enfermedad hasta el 20, se hizo francamente intermitente. Desde el Iº de Abril solo tres veces llegó á 38 ó 38.6 hasta el I9 y en adelante varió entre 36º y 37º salvo el 25, 28 y 5 de Mayo que llegó á 38º por algunos momentos á la tarde.

Una sola vez llegó á 39.I, cifra la mas alta, el 4 de Julio. Muy irregular hasta el 24, normal en adelante que solo dos veces llega á 38º.4 el 27 de Julio y á 38º el 9 de Agosto.

Murió á los 87 días.

Convalecencia muy larga.

Son como se vé dos casos en que lo completo del cuadro clínico permite clasificarlos con verdad de meningitis cérebro-espinal epidémica.

Voy sin embargo á indicar ligeramente algunas de las enfermedades con las cuales su diagnóstico diferencial pudiera suscitar dudas.

La meningitis tuberculosa: no tiene el comienzo rápido que aquella, ni las contracturas cérvico-dorsales, ni la hiperestesia, ni las manifestaciones cutáneas ó de infeccion generalizada, etc. Además se desarrolla en los niños especialmente y en aquellos que por herencia ó por haberla adquirirido presentan otra manifestación de la misma diátesis.

En el tétano cuyo origen es siempre traumático, las contracturas tienen caracteres especiales. No son continuas sino paroxísticas, extremada-

mente dolorosas, despertados por la menor excitacion, y volviendo por accesos. Durante estos la temperatura se eleva hasta 41 ó 42º, el pulso se acelera y el enfermo traspira abundantemente. No hay cefalalgia, perturbaciones psíquicas, erupciones, etc.

La forma cerebral y raquídea del reumatismo articular agudo puede ocasionar confusion por presentar varios síntomas comunes: cefalalgia, insomnio, delirio, convulsiones, manifestaciones cutáneas y articulares, hiperestesia raquídea, parálisis ó paresia de los miembros inferiores y esfínteres, etc.

Pero siempre se presentan en el curso ó convalecencia del ataque reumático. Van siempre acompañados de gran elevacion térmica y coinciden con el ataque á alguna otra víscera. La cefalalgia no reviste la gravedad que en aquella: los trastornos motores no llegan nunca á la contractura, y todos estos síntomas pueden reemplazar ó alternar con las artropatías. Además el no haber padecido en ninguna época ninguno de estos dos enfermos de reumatismo, deben hacer eliminar esta causa de error.

¿Se trataría tal vez de meningitis cérebro-espinal secundaria ó metastática consecutiva á la

afeccion de otro órgano y cuyo mismo agente pudiera haberla determinado?

La falta de antecedentes mórbidos en ambos enfermos deben hacer rechazar esta idea en absoluto pues la sordera de que habla Lujan es una afeccion simple que no ha sido jamás precedida ó acompañada de síntomas inflamatorios y dado lugar á supuracion que pueda hacer sospechar la localizacion en el oído de una causa capaz de producir la meningitis cérebro-espinal.

Hay que notar que en el primer caso en que la terminacion se ha hecho esperar tanto, la temperatura ha revestido durante unos dias una faz intermitente típica, sin que pueda sospecharse paludismo, y que es lo que suele observarse en los de duracion inusitada.

FELIX T. MUÑOZ

PROPOSICIONES ACCESORIAS

La neumonia no es una enfermedad local. Es la localizacion más frecuente de la infeccion neumocóccica.

Tanto en las neumonias primitivas como en las que se desarrollan durante el curso de otras enfermedades, el micro-organismo que las produce es el diplococo lanceolado encapsulado de Fränkel.

La sífilis es una enfermedad curable.

Buenos Aires, Junio 20 de 1894.

Sírvanse dictaminar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los señores Académicos Dr. Eufemio Uballes, Profesor Dr. Gregorio N. Chaves y Profesor suplente Dr. Marcial V. Quiroga.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
L. M. Acuña.

Señor Decano:

Esta tesis está de acuerdo con las prescripciones reglamentarias y puede imprimirse.

Junio 25 de 1894.

EUFEMIO UBALLES.
Gregorio N. Chaves.— Marcial V. Quiroga.

De acuerdo con el dictámen que antecede entréguese al interesado esta tesis para su impresion, debiendo oportunamente señalarse por Secretaría, el dia en que deba ser sostenida en acto público.

Buenos Aires, Junio 28 de 1894.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
L. M. Acuña.

BIBLIOGRAFIA

Laveran. —Diccionario enciclopédico de Ciencias Médicas.—Dechambre, I877.

Richard. —Diccionario de Medicina y Cirugía.—Jaccoud, I885.

Jaccoud —Patología interna.— I877.

Grasset. —Enfermedades del sistema nervioso.—I890.

Eichhost. —Patología interna.— I889.

Strümpell. —Patología especial.— I888

Hutinel. —Semana médica de París.—Página 249, I892.

Netter. —Tratado de Medicina.— Charcot y Bouchard, I893.

Hirt. —Enfermedades del sistema nervioso.—I894.

Dieulafoi. —Patología interna.—I894.

Grasset. —Semana médica de París.—Página I2I, I894.

Dupré. —Manual de Medicina.—Achard y Debove, I894.