

pilares, más ó menos confluentes, que erizan la superficie de la membrana y abundan sobre todo en los tálamos ópticos y en los cuerpos estriados. La membrana puede estar engrosada y más resistente, y otras veces reblandecida: no es raro hallar en la autopsia el reblandecimiento del cuerpo caloso, del trígono y del septum lucidum, cuyos órganos resultan transformados en una pulpa cremosa y difuente, en una verdadera papilla. ¿Esta alteración debe atribuirse á una especie de imbibición y de maceración de la substancia nerviosa, ó revela una reacción de orden inflamatorio? He ahí un punto que no se halla indiscutiblemente dilucidado aún.

Cuando el exudado es abundante, distiende los ventrículos y aplasta las circunvoluciones contra la bóveda craneana.

Según la composición química del líquido exudado y según el aspecto del epéndimo, cabe admitir que la hidrocefalia resulta principalmente de la participación inflamatoria de la membrana endimaria, de la tela coróidea y de los plexos coróideos.

**Lesiones de la médula.** — Principalmente desde los trabajos de Lionville (1) se sabe que la tuberculosis espinal coexiste con frecuencia con la tuberculosis encefálica. En la superficie de la pia-madre y de la aracnoides espinales hay granulaciones diseminadas ó confluentes, á la vez que distiende la cavidad aracnoidea una serosidad turbia. Pueden encontrarse las granulaciones en todas las regiones del eje espinal, pero de preferencia en las inmediaciones de los surcos longitudinales y particularmente del posterior, acaso rodeando los vasos meníngicos en lo profundo de los surcos. La substancia medular presenta también, en la proximidad de las granulaciones, lesiones comparables á las del encéfalo.

**Complicaciones anatomo-patológicas.** — La hemorragia cerebral y la meníngea han sido mencionadas en la meningitis tuberculosa, pero son complicaciones muy raras. No es más frecuente comprobar la paquimeningitis tuberculosa, consistente en un engrosamiento de la dura-madre y en falsas membranas fibrinosas con granulaciones tuberculosas diseminadas en su superficie.

**Variaciones anatomo-patológicas.** — La meningitis tuberculosa, cuyo sitio ordinario es la base del encéfalo, algunas veces puede predominar en la convexidad, y ser también circunscrita y localizada á ciertas zonas de la superficie encefálica, en vez de presentar lesiones esparcidas y difusas; entonces aparece bajo forma de placas que ostentan la doble lesión característica, granulaciones y productos inflamatorios fibrino-purulentos, solamente que la granulia y la inflamación supurativa son limitadas y circunscritas. Se han encontrado semejantes placas de meningitis tuberculosa en el lóbulo paracentral (Souques y J. B. Charcot), en las circunvoluciones fronto-parietales ascendentes izquierdas (observación de J. B. Charcot y G. Brouardel).

Los tubérculos cerebrales grandes pueden determinar una reacción inflamatoria del todo local, y de ello resulta una variedad de meningitis en focos, cuya forma, mixta desde el punto de vista anatomo-patológico, da origen á un síndrome clínico mixto como ella, que debe sus signos al cuadro clínico de la meningitis tuberculosa y al de los tumores encefálicos.

(1) Lionville, *Archives de Physiologie normale et pathologique*, 1878.

No haremos más que recordar aquí la granulia meníngea y el tubérculo meníngea, cuya descripción nosológica procede, para la primera, de la tuberculosis aguda, y para el segundo, de los tumores cerebrales.

**Lesiones concomitantes de otros órganos** — En la autopsia de un individuo fallecido de meningitis tuberculosa, es absolutamente excepcional no encontrar, por medio de un examen minucioso y profundo de todas las vísceras, lesión alguna tuberculosa actual ó antigua; en la mayoría de los casos hay lesiones pulmonares (ley de Louis), limitadas ó extensas, apagadas ó en actividad. Muy á menudo se observa, como coincidentes, tuberculosis de las serosas (peritoneo, pleura, pericardio), de los ganglios mesentéricos y del mediastino, del intestino, del hígado, del bazo, de los riñones, de las cápsulas supra-renales, del timo, etc.

Las relaciones anatómicas que unen el ojo al aparato encefálico, dan cuenta de la presencia de las alteraciones del fondo del ojo (Bouchut), las cuales consisten, por una parte, en congestión de los vasos retinianos é infiltración edematosa de la papila y, por otra, en tubérculos coróideos.

**SINTOMATOLOGÍA.** — Todo cuanto sabemos de la variabilidad de asiento, de la extensión y de la intensidad de las lesiones meníngicas y de las alteraciones encefálicas á que dan origen en la meningitis tuberculosa, puede ya hacer prever la variabilidad de la evolución clínica de la enfermedad.

La afección se anuncia, de una manera general, por cierto número de prodromos, por lo regular muy vagos. Sin embargo, ciertos síntomas revelan, á veces desde el principio, el estado de padecimiento encefálico. El período prodrómico se prolonga durante un tiempo más ó menos largo, hasta el día en que un conjunto de síntomas, del todo característicos, revela la enfermedad confirmada. A partir de este momento, se desarrolla el cuadro clínico presentando numerosas variedades en la naturaleza, en el número, en el grado de intensidad y en el modo de encadenarse sus síntomas. Dicha variabilidad hace bastante difícil la agrupación de los síntomas referidos, por lo cual se ha convenido en reconocer dos grandes períodos en la enfermedad: el primero, ó de *excitación*, así denominado porque los síntomas que se presentan durante él parecen resultar, en su mayor parte, de la irritación de la substancia cerebral y de los nervios craneales; el segundo, ó *período de depresión*, llamado así porque los fenómenos paralíticos y comatosos que predominan en él parece que son debidos á la supresión de las incitaciones nerviosas encefálicas. Estos dos períodos siguen el uno al otro de tal manera, que los síntomas que caracterizan cada uno de ellos se mezclan en un período medio, de transición, que ha diferenciado Jacquod con el nombre de *período de oscilación*. En total, resultan cuatro períodos: prodrómico, de excitación, de oscilación y de depresión. Esta división, evidentemente esquemática, responde, sin embargo, con bastante exactitud á los hechos clínicos.

Los síntomas de excitación cerebral son debidos á la irritación de la corteza cerebral y de los orígenes nerviosos por la inflamación meníngea, y son de varios órdenes: los unos expresan el padecimiento general del organismo, por consecuencia de la infección, otros revelan el padecimiento de todo el encéfalo, y otros indican alteraciones locales en ciertos centros corticales ó en ciertos nervios craneales. Cada caso de meningitis tuberculosa presenta, pues,

una fisonomía clínica especial, en relación principalmente con la determinación topográfica de las lesiones. Sabido es que la localización de las alteraciones constituye, en el encéfalo, el factor predominante de las reacciones clínicas de este órgano. Landouzy y luego Rendu, han hecho ver que esta fórmula es perfectamente aplicable á la meningitis tuberculosa.

**Periodo prodrómico.**— La invasión de la meningitis tuberculosa no es brusca; según hemos dicho, va precedida de un periodo prodrómico, que rara vez falta; si apenas figura en las historias clínicas, tomadas en los hospitales, es debido á las condiciones en que se observa en ellos á los enfermos. En la práctica domiciliaria es más fácil comprobar los diversos trastornos que le pertenecen, y que en los niños no dejan de despertar precozmente la atención y solicitud de los parientes. Estos signos precursores que permiten sospechar el próximo desarrollo de la meningitis tuberculosa, son de diversos órdenes: unos están bajo la dependencia de la tuberculosis primitiva latente de un órgano cualquiera (pulmones, intestinos, etc.); otros revelan la tuberculosis meníngea que principia. Los primeros indican solo cierto estado de enfermedad vaga, cuyo origen no puede comprenderse fácilmente; son perturbaciones comunes, pérdida del apetito, malestar digestivo, fenómenos dolorosos vagos en el tórax y en los miembros, astenia, demacración sin causa conocida. El niño se pone pálido, adelgaza y se debilita y tiene algo de fiebre de cuando en cuando. La causa de este estado enfermizo queda oculta ó nebulosa, pero es, sin embargo, el indicante de una tuberculosis latente, á la cual puede seguir la meningitis. Los segundos, en razón á su naturaleza, solicitan la atención hacia el estado cerebral del niño; tales son las modificaciones del estado mental (aspecto triste ó arisco, abatimiento y laxitud, tendencia al aislamiento ó al silencio, irascibilidad, mal humor, inquietud general, dificultad en fijar la atención, falta de lógica, exageración de la afectividad y de la emotividad, llanto inmotivado, disminución de la inteligencia y de la memoria en el adulto, etc.); las perturbaciones del sueño (insomnio, agitación, pesadillas); los trastornos motores (sacudidas musculares, castañeteo y rechinar de dientes); dolor de cabeza; vómitos sin causa apreciable y, en fin, fiebre. La existencia de fiebre en el periodo prodrómico de la meningitis tuberculosa no está admitida por todos los autores: Roberto Whytt la citó; Fothergill, Rilliet y Barthez la niegan; Achambault, por el contrario, afirma que á veces hay ligeros movimientos febriles que se revelan por aceleración de pulso y elevación de temperatura. Es preciso buscar con cuidado los accesos, que sobrevienen por la tarde, y son tanto más manifiestos, cuanto más avanzado está el periodo prodrómico.

Las perturbaciones de dicho periodo pueden preceder algunos días ó algunas semanas, y á veces varios meses, á la explosión de la enfermedad; pueden ir acentuándose y multiplicándose; pero también es posible que se atenuen y desaparezcan sucesivamente varias veces y engañen respecto á su grave significación.

**Periodo de excitación.**— La invasión de la fiebre y el desarrollo de los tres síntomas principales, cuyo complexus en razón á su importancia fundamental en el cuadro clínico ha sido calificado desde hace mucho tiempo de *trípode meningítico*, marcan el principio de la enfermedad confirmada.

Estos tres síntomas son: la cefalalgia, los vómitos y el estreñimiento. Sucesivamente se desarrolla durante el primer periodo de la enfermedad toda una serie de síntomas, de los cuales los más frecuentes y los más significativos son la rigidez de la nuca y las contracturas diversas, las convulsiones parciales ó generalizadas, los trastornos oculares (fotofobia, estrabismo, etc.), y las perturbaciones intelectuales. Vamos á pasar revista á todas estas manifestaciones sintomáticas.

La *cefalalgia* suele ser un síntoma prodrómico; va exagerándose al paso que se confirma la enfermedad y son sus caracteres: muy intensa, lancinante ó gravativa, continúa con paroxismos; puede hacer proferir gemidos ó gritos al enfermo, quien instintivamente lleva las manos á su frente. Este significativo gesto, unido á los gritos, basta para dar á conocer el dolor de cabeza en los niños pequeños. Sin localización especial, antes bien, difusa, se exagera la cefalalgia por el ruido, la luz y los movimientos de cabeza; así es que el enfermo se impacienta al menor ruido, evita las caricias que se le prodigan, tiene los ojos cerrados y oculta la cabeza bajo la sábana ó la almohada: en éste, como en la mayor parte de los casos de lesiones cranio-encefálicas, la cefalalgia revela lesiones meníngeas. La substancia cerebral es insensible, mientras que, al contrario, las meninges tienen gran sensibilidad, así es que el dolor referido debe atribuirse á sus alteraciones fluxionarias ó inflamatorias.

Rara vez faltan los *vómitos*, que presentan ciertos caracteres particulares. No cabe duda que pueden ser alimenticios y sobrevenir después de la comida ó de la ingestión de bebidas; pero suelen aparecer sin plenitud estomacal, en ayunas, después de un movimiento, cuando el enfermo se levanta ó se sienta. Son fáciles y se efectúan sin náuseas y sin esfuerzo, por sacudidas, representando una especie de regurgitación, que suministra materiales moco-biliosos ó biliosos. Estos caracteres, que también se encuentran en los vómitos que sobrevienen en el curso de diversas afecciones encefálicas, han hecho que se los designe con el nombre de vómitos meningíticos ó cerebrales. Son más ó menos frecuentes, se reproducen comunmente por intervalos bastante largos, y á veces también como vómitos incoercibles. Al cabo de algunos días disminuyen y cesan, siendo raro verlos persistir durante toda la evolución de la enfermedad; pero después que han desaparecido, se los ve algunas veces reaparecer hacia el fin del mal. Se supone que estos vómitos son debidos á la irritación de los orígenes del nervio pneumogástrico.

El *estreñimiento* es la regla en la meningitis; le hay desde el principio de la enfermedad, y hasta se ha llegado á citarle como fenómeno prodrómico. Hace contraste con los vómitos, desde el punto de vista de la hipótesis de una simple perturbación digestiva, es singularmente pertinaz y con frecuencia resiste á los más enérgicos purgantes. Cuando aparece la meningitis tuberculosa en el curso de la enteritis de la misma clase, puede sorprender, aunque el hecho dista mucho de ser constante, ser reemplazado el flujo diarreico bruscamente por el estreñimiento. La patogenia de éste, en las meningitis, no se conoce bien. ¿Débese á la contractura de los esfínteres anales ó está bajo la dependencia de una paresia intestinal ó de una detención de las secreciones del intestino que sobreviene por efecto de las alteraciones del pneumogástrico? Punto es ese que no se halla aún bien dilucidado.

Al principio el vientre está normal, luego se aplanan progresivamente, yendo acompañado el estreñimiento de una retracción muy pronunciada de la pared abdominal, de lo cual resulta una depresión local limitada por la eminencia de la jaula torácica y de los huesos ilíacos que asemeja bastante bien la forma de una palangana ó de una barquilla. De ahí procede que se acostumbre á designar al abdomen, así retraído y excavado, con el nombre de *vientre en barco*, cuyo síntoma es debido probablemente á la debilidad de la masa intestinal, á la falta de la secreción gaseosa del intestino y á la simultánea contracción tónica de los músculos abdominales.

La *fiebre* marca el principio de la enfermedad; la temperatura es moderada, por regla general llega á 38 ó 39°, y sólo por excepción pasa de 39°,5. Durante todo el primer período oscila la temperatura entre estas cifras, con remitencia y acusando una exasperación vespertina bien acentuada, y pudiendo sufrir de una hora á otra notables oscilaciones. Lo más común es verla descender progresivamente y llegar á ser normal ó casi normal hacia el fin de la enfermedad, para subir en seguida bruscamente al aproximarse la muerte y alcanzar, durante la agonía, la culminante temperatura de 40°,5, 41° y más.

De una manera general, las modificaciones del pulso son correlativas con las de la temperatura. Acelerado durante el período febril, 100, 120 pulsaciones, se hace lento cuando la temperatura desciende en el segundo período de la enfermedad, baja á 60, 50 y 40 pulsaciones, y á la vez se hace generalmente desigual é irregular, presentando verdaderas intermitencias; y como la temperatura, á pesar de todo, queda por encima de la normal, resulta una disociación de los dos grandes signos de la fiebre, temperatura y pulso; aquélla es anormal por su elevación y éste por su descenso, en cuyas condiciones bien merece la fiebre el nombre de *fiebre disociada* que se le ha dado. Cuando se eleva la temperatura hacia el fin de la vida, el pulso, de lento que era, se torna en acelerado y pequeño, desapareciendo su irregularidad; la aceleración, que suele ser considerable (120, 140, 160 pulsaciones), marca la fase terminal, agónica, de la enfermedad, en unión de la exageración de las perturbaciones respiratorias, de que hablaremos más adelante: es, pues, un fenómeno que no sobreviene hasta las últimas horas, ó en los dos ó tres últimos días que preceden á la muerte. Se supone, con cierta verosimilitud, que el retardo del pulso durante el período inicial es debido á la irritación del pneumogástrico, y que su aceleración durante el período terminal lo es á la parálisis del mismo nervio. Sea lo que fuere, importa hacer resaltar, que tanto la temperatura, como el pulso, llaman la atención por su irregularidad, variando entre límites muy separados, no sólo de la mañana á la tarde, sino á veces también en el día. Se han mencionado, como excepcionales, casos de meningitis tuberculosa con hipotermia (36, 35° y aun 31°).

Además de la trinidad sintomática ya descrita, el período inicial de la meningitis tuberculosa comprende un número bastante considerable de síntomas que vamos á pasar en revista.

El aspecto del enfermo y su fisonomía son muy importantes y hay que observarlos, porque á primera vista suelen presentar rasgos característicos. La fisonomía y la mirada tienen una expresión notable de inmovilidad y de fijeza, de asombro y de hostilidad. El enfermo se echa de un lado con preferencia y

se vuelve de espaldas á la luz; oculta la cabeza bajo las ropas ó la almohada; se encoge, poniendo en flexión los muslos y las piernas, dirigiendo las rodillas hacia el mentón, en la postura llamada de «perro sentado».

Toda excitación procedente del exterior le repugna; hace falta cierta insistencia para vencer su embotamiento intelectual; la palabra es breve, desigual, á veces ligeramente embarazada; sus respuestas son difíciles de conseguir, cortas, incompletas, emitidas con impaciencia ó mal humor. El enfermo se conduce «como una persona que tiene prisa de concluir con las preguntas, y que á todo trance aspira al reposo. El examen á que se le somete, parece serle muy desagradable, grita y repele la mano del observador» (1).

Resulta, pues, que hay perturbaciones intelectuales que van acusándose progresivamente. Hay *delirio*, por lo general suave, tranquilo, intermitente, acompañado de musitación, agitación, carfología, movimientos diversos, que se repiten con monotonía durante un tiempo más ó menos largo, crocidismo, balanceo de la cabeza, etc. Mas rara vez es violento el delirio, con agitación muy pronunciada é impulsiones motoras.

Estos trastornos intelectuales no sobrevienen por lo común hasta después de algunos días del principio de la enfermedad, lo cual es debido quizás á que el cerebro no participa más que secundariamente de las lesiones meníngeas, siendo necesario que transcurra tiempo bastante para que sufra las consecuencias de ellas y para que reaccione directamente. El estado soporoso ó delirante es interrumpido de cuando en cuando en todos los casos por un grito espontáneo, muy agudo, que recuerda el de una persona aterrorizada por la perspectiva de un peligro imprevisto. Coindet ha dado á este grito el nombre de *grito hidro-encefálico*.

El estado de excitación cerebral se revela además por trastornos de la motilidad, consistentes en convulsiones y contracturas localizadas muy diversamente. Las convulsiones pueden ser generalizadas en los niños muy pequeños, manifestándose á veces desde el principio de la enfermedad una ó varias crisis epileptiformes (eclampsia), que se repiten en varias series durante el curso del primer período.

Más frecuente es que las *convulsiones* sean parciales, haya nistagmus temporal, oscilaciones convulsivas de las papilas, movimientos lentos poco repetidos, oscilaciones de los ojos, estrabismo intermitente, pestañeo, rechinar de dientes, castañeteo, movimientos de succión, visajes, risa sardónica, movimientos clónicos ó sub-saltos bruscos en los miembros superiores ó inferiores (convulsiones monoplégicas ó hemiplégicas) y en grupos musculares variados. Estas perturbaciones motoras expresan sin género alguno de duda la irritación localizada ó difusa, sistemática ó irradiada, de los centros corticales psico-motores ó la excitación de los nervios craneales comprimidos ó inflamados.

A esa misma irritación hay que atribuir las *contracturas* más ó menos acentuadas, pasajeras ó permanentes de diversos grupos musculares, y en particular de los de la nuca. La rigidez de la nuca es uno de los fenómenos más constantes en la enfermedad. Se comprueba fácilmente su existencia tratando de poner en flexión la cabeza del enfermo; la resistencia que opone es á veces

(1) Archambault, Dict. encyclop. des sc. méd. Art. *Méningite tuberculeuse*.

tal, que pasando la mano por debajo del occipucio, se puede levantar el cuerpo entero como una plancha. Esta contractura es dolorosa y cuando aparece muy intensa, invierte la cabeza hacia atrás y la inmoviliza. En ciertos casos se agrega á ella una contractura análoga de los músculos dorso-lumbares, que produce el verdadero opistótonos. También afecta á menudo la contractura á los músculos oculares (estrabismo permanente), á los masticadores (trismo), á los de los miembros (rigidez permanente ó intermitente de los brazos y de las piernas).

Al principio de la enfermedad puédesse también notar perturbaciones variadas de la marcha; pero llega á ser ésta imposible muy rápidamente, y el enfermo se ve forzado á guardar cama. Por lo general, durante el período de excitación están separados los reflejos; más tarde, cuando le sucede el período de depresión, produciendo el coma, la resolución muscular y la parálisis, están debilitados y aun pueden desaparecer.

En la esfera sensitiva, los fenómenos morbosos parecen manifestar, lo mismo que en la esfera motora, la excitación cerebral. Además de la cefalalgia ya descrita, hay á menudo hiperestesia cutánea; el menor contacto, la menor palpación, determina en algunos casos dolor, y llega hasta hacer proferir en gritos á los niños.

La inervación vaso-motora está profundamente alterada, como prueban las alternativas de palidez y arrebatos del semblante, de las mejillas, en particular la existencia de chapas rojas fugaces, espontáneas ó determinadas por la presión, y también la fácil producción de la raya meningítica. Sábese que dicha línea se provoca en muchos sujetos, hasta en los sanos, cuando, como indica Trousseau, se hace una impresión con la uña sobre la piel del abdomen ó de las diversas regiones del cuerpo. También este signo indica un estado morbozo; pero la facilidad de su provocación y su persistencia exagerada pueden ser consideradas como un signo digno de atención, aunque está muy lejos de indicar siempre la enfermedad meningítica, como prueba el hallarla en todos los estados morbosos, muy numerosos, que producen una perturbación de la inervación simpática, tales como las neurosis, las intoxicaciones, las infecciones, la urticaria, el dermatofismo, etc.

Los trastornos oculares objetivos ó subjetivos son múltiples, y revelan la irritación inflamatoria de los nervios motores del ojo, del quiasma y del nervio óptico. Ya hemos citado el estrabismo convergente ó divergente, transitorio ó permanente de uno ó de los dos ojos; la diplopia es su consecuencia funcional. Se halla también la hemiopía, la desigualdad pupilar, la miosis y el dolor á la presión de los globos oculares. Los reflejos pupilares están perturbados; las pupilas inmovilizadas, reaccionan débilmente á la luz ó presentan movimientos alternativos, irregulares, de contracción y de dilatación. El examen oftalmoscópico, que se ha querido elevar á método usual de exploración en la meningitis tuberculosa (cerebroscopia de Bouchut), es en realidad un método de investigación extremadamente difícil de practicar en los niños, al menos en el período inicial de la enfermedad; es, á no dudarlo, fácil durante el coma, pero ya no es dudoso el diagnóstico en este momento, y las comprobaciones que proporciona nada pueden añadir para la confirmación del juicio referido. Sea como quiera, el examen de la imagen retiniana, cuando puede ser practicado, suministra datos interesantes. No es raro, desde luego (dos ó tres veces en 25 casos,

según Jaccoud y Labadie-Lagrave) que haga descubrir tubérculos de la coroides, en forma de puntos amarillentos y ligeramente elevados, lo cual es un signo patognomónico, la firma de la enfermedad. Más á menudo todavía se nota edema papilar ó peri-papilar y congestión de los vasos retinianos. El edema por estancación se explica fácilmente por el englobamiento del nervio óptico en los productos inflamatorios meníngeos, y se reconoce por el enturbiamiento peri-papilar, por el velo turbio y ligeramente blanquecino que oculta los contornos papilares y los vasos del fondo del ojo. Estas alteraciones son de ordinario bilaterales.

La mayor parte de los fenómenos precitados son síntomas debidos á la reacción meningo-encefálica. Hay también en la enfermedad síntomas generales. La nutrición se perturba; por parte de los órganos digestivos, además de los vómitos ya descritos, hay trastornos diversos que realizan á menudo el síndrome común del embarazo gástrico: lengua blanca y saburrosa, pérdida total del apetito, aversión á todo alimento. A pesar de la fiebre, la sed es rara vez intensa, y con frecuencia las bebidas parece que repugnan al enfermo tanto ó más que los alimentos.

La demacración se pronuncia con extremada rapidez y llega al marasmo más profundo.

La excreción urinaria es débil ó nula. Aunque los trastornos vesicales y esfinterianos pertenecen más bien al segundo período, no es raro apreciar durante el primero la retención de orina, que obliga al médico á una atenta vigilancia de la micción. No hay albuminuria.

El bazo está á menudo hipertrofiado, ya por consecuencia del estado infeccioso, ya por razón de su infiltración tuberculosa, tan común en la tuberculosis infantil.

La respiración suele estar perturbada desde el principio de la enfermedad; es suspirosa é irregular, sus trastornos van acentuándose, y durante el período siguiente adquieren suma intensidad.

Período de oscilación. — El período de oscilación es muy variable, ordinariamente dura una semana. Fuera del estado febril y de los tres síntomas primordiales, cefalalgia, vómitos y estreñimiento, que se manifiestan de una manera casi constante desde el principio, acompañados de rigidez de la nuca, todos los demás síntomas ya enumerados se distribuyen con inconstancia y sin cronología regular. De un modo general, el estado del enfermo va agravándose desde luego, y después poco á poco el delirio, los gritos, las convulsiones, las contracturas, todos los fenómenos alarmantes que indicaban la excitación cerebral y causaban en rededor del enfermo el más vivo espanto, y los temores más inmediatos se apaciguan brevemente, entrecortándose por períodos de reposo durante los cuales el niño, más tranquilo, adopta el decúbito dorsal y queda con los ojos fijos y muy abiertos, en un aspecto de calma y meditación. En este estado efectúa el enfermo, de cuando en cuando, algunos movimientos monótonos, ya citados, ó lanza un grito agudo. No manifiesta hambre ni sed; la torpeza intelectual se pronuncia más y más; la soñolencia y la resolución muscular, que aparecieron al fin del primer período, se acentúan y conducen al enfermo á la parálisis y al coma. A ejemplo de Jaccoud y de Labadie-Lagrave, designamos con el nombre de período de osci-