

lación esta fase intermediaria que otros autores consideran como perteneciente al período inicial de la meningitis. Caracterizado por el apaciguamiento de los fenómenos de excitación ó porque alternan con los de depresión, forma en realidad una fase de transmisión muy legítimamente aislada. Durante este período de transición es cuando se presenta, bastante á menudo, un conjunto de fenómenos engañosos que parecen indicar una remisión. Después de la extinción de los fenómenos alarmantes del primer período, vuelve la calma, disminuye la fiebre, se hace más lento el pulso y se regulariza el sueño; el enfermo queda adormecido; sus ademanes son lentos y reposados y puede momentáneamente reaparecer cierta lucidez intelectual; todo parece manifestar una calma de buen augurio y renace la esperanza en el corazón de los padres, que ven en todo esto la señal de una posible curación; esperanza engañosa, porque la enfermedad prosigue fatalmente su curso, y esta remisión no es más que el indicante del coma inminente, cuyo término marcará la muerte de una manera fatal.

Período de parálisis. — Después de producida la remisión insidiosa que acabamos de indicar, se marca el comienzo del período terminal por la reaparición de los accidentes. Vuelve la fiebre; los movimientos convulsivos, oscilatorios, rítmicos, los subsaltos de tendones y el temblor se manifiestan de nuevo: sobreviene el delirio, se exageran las contracturas, y luego se nota muy rápidamente la depresión cerebral. La torpeza intelectual confina con la soñolencia, se embota la sensibilidad, el oído se pone obtuso, y se oscurece la vista: sobrevienen parálisis diversamente localizadas, y, por último, pronunciadas perturbaciones del corazón y de la respiración indican el grave ataque del bulbo.

Es probable que, entre los síntomas de depresión, unos revelen la comprensión general del cerebro por los exudados ventriculares y meníngeos, y otros sean debidos á las graves lesiones de los nervios craneales ó á las alteraciones encefálicas.

Las parálisis son fugitivas ó permanentes, diseminadas, á menudo parciales é incompletas (paresias), y por eso mismo difíciles de reconocer. Suceden á esa inercia funcional, que sobreviene gradualmente, y afectan los miembros (monoplegias, hemiplegias), los músculos oculares (ptosis, estrabismo paralítico, divergente ó convergente, midriasis), el músculo vesical (retención de orina), y variados grupos musculares. La afasia ha sido citada alguna vez entre el número de los síntomas.

Ciertos trastornos de la inervación bulbar que ya se habían manifestado en el período inicial, como la lentitud y la irregularidad del ritmo respiratorio, van acentuándose considerablemente. El pulso por lo general es lento, hasta la aproximación del coma final, y en dicho momento se acelera, á la vez que se eleva la temperatura, y se indica el período agónico terminal, como hemos dicho, no tan sólo por la alta ascensión térmica, sino también por la aceleración, la pequeñez, y la irregularidad extrema del pulso. Tal es el resultado del agotamiento funcional del bulbo.

La respiración aparece todavía mucho más perturbada. Primero, ligeramente desigual y suspirosa, se hace después muy irregular, y suele presentar el ritmo especial conocido con el nombre de Cheyne-Stokes. En este caso, como en la uremia y en otros estados morbosos, este ritmo respiratorio anun-

cia la grave alteración de los centros respiratorios del bulbo. Sabido es en qué consiste: el enfermo, en cierto modo, se olvida de respirar, y á una larga pausa respiratoria sucede una inspiración larga y prolongada, como un suspiro, seguida de algunas inspiraciones gradualmente más débiles; sigue después una nueva detención respiratoria muy prolongada, y así continua hasta la detención definitiva de la respiración, rápidamente seguida de la detención del corazón. En numerosos casos, en el período agónico, desaparece el ritmo respiratorio de Cheyne-Stokes, y se aceleran los movimientos, como el pulso, hasta la muerte.

El enfermo se halla entonces en completo coma: los esfínteres están relajados; hay incontinencia de orina y de las heces fecales; la diarrea reemplaza al estreñimiento; el vientre, tanto tiempo retraído, se distiende; la piel se cubre de sudores viscosos, muy abundantes; la facies se arruga, progresa la asfixia, se enfrían las extremidades, la cara se pone violácea, ó con una palidez lívida; las conjuntivas se inflaman, congestionan y segregan un moco-pus que vela la córnea y la empaña. Después sobreviene la muerte, fatal, inevitable. El termómetro llega en este momento á su punto culminante (41° y 42°).

La muerte llega á veces, en medio de convulsiones generalizadas, probablemente de origen asfítico.

MARCA. — **DURACIÓN.** — **TERMINACIÓN.** — La división clásica en cuatro períodos, comprendiendo el prodrómico, es evidentemente esquemática; pero facilita la descripción, y responde suficientemente á la realidad de los hechos: comprende bien las grandes manifestaciones morbosas que se suceden en la evolución de la enfermedad. Roberto Whytt distinguió claramente el período de excitación y el de parálisis, cuya división fundamental ya había sido adoptada por todos los clínicos anteriores á él. Más tarde, se separó muy justamente de la enfermedad confirmada, el período de los síntomas precursores, ó período prodrómico; y por último, Jaccoud distinguió, con el nombre de período de oscilación, el de transición, durante el cual se entremezclan los síntomas de excitación con los de depresión, y que tan á menudo aparece señalado por una aparente remisión.

La meningitis tuberculosa tiene una marcha sub-aguda, más bien que aguda, cuyo carácter de sub-agudeza es uno de los más importantes de la enfermedad, puesto que en él se funda principalmente el diagnóstico diferencial con las otras meningitis microbianas.

La terminación natural es la muerte; ese es el único modo de terminar que se ve en la práctica. Se han citado algunos casos de curación; pero es probable que no fuesen de verdaderas meningitis tuberculosas. En los casos reales y bien observados, de los cuales hacemos mención más adelante, se trataba de tubérculos meníngeos circunscritos, habiendo motivo para creer que, en la mayoría de los otros, se trataba de pseudo-meningitis de origen reflejo, tóxico ó infeccioso, que simulaban la inflamación tuberculosa de las meninges. En algunos casos, puede ser también que haya habido confusión con la sífilis cerebral.

Cuando más, el rigor del pronóstico puede atenuarse, aunque muy poco, por la consideración de algunos casos de meningitis tuberculosa curada; pero entonces han dejado en pos de sí profundas lesiones encefálicas indelebles, que

han producido el idiotismo en los sujetos que las padecieron. Sólo, por completar este estudio, citamos esta terminación excepcional.

La duración de la enfermedad es muy variable. Cabe admitir, esquemáticamente, que es de tres semanas, una para cada período, abstracción hecha del prodrómico, que está comprendida entre algunos días y varias semanas. Esta duración, muy á menudo, resulta acortada, y á veces, prolongada.

Cuando se acorta la evolución, puede sobrevenir la muerte al cabo de ocho días, ó más precozmente aún: cada período dura entonces tres ó cuatro días. La evolución, en otros casos, puede resultar prolongada, y hacerse en varios meses, lo cual es debido á remisiones muy notables, que pueden presentarse en el estado de los enfermos, y se notan sobre todo durante el período prodrómico. Después de dibujado de una manera característica el conjunto sintomático que hace sospechar la meningitis tuberculosa en este período, ha podido verse desaparecer los signos, restablecerse la salud por completo, y mantenerse durante un lapso de tiempo más ó menos prolongado, reapareciendo luego los síntomas de nuevo, y conduciendo al niño á la muerte. En el curso de la enfermedad confirmada, después que ha presentado el sujeto los signos más característicos de la meningitis tuberculosa, se ha visto desaparecer los síntomas más graves (convulsiones, delirio, coma), y reaparecer la inteligencia casi completa, al mismo tiempo que mejoraba el estado general; pero esta remisión sólo ha sido, de ordinario, de muy corta duración, lo más de algunos días, pues los síntomas momentáneamente desaparecidos reaparecieron, durando hasta la muerte del enfermo. Estas remisiones se muestran más acentuadas todavía y más prolongadas por excepción, hasta el punto de constituir verdaderos períodos de detención en la evolución morbosa: ha podido verse al enfermo, en apariencia enteramente curado, levantarse, volver á sus ocupaciones habituales ó á sus juegos, y luego, al cabo de algunas semanas, ser presa de nuevos accidentes, esta vez mortales.

FORMAS CLÍNICAS. — La meningitis tuberculosa no sigue siempre la evolución clásica que acabamos de describir, atendiendo sobre todo al tipo morboso que reviste en el niño: por el contrario, presenta un número considerable de variantes que están en relación con la edad y la salud anterior de los sujetos afectados, y con el asiento topográfico de las lesiones en el encéfalo.

Pasaremos revista de las formas clínicas mejor diferenciadas:

Meningitis de la primera infancia. — Puede desarrollarse la meningitis en el niño recién nacido y durante la primera infancia: el hecho es cierto (Guer-sant, Barthez, Blache, Bouchut, Archambault), pero muy raro. Aun cuando la meningitis tuberculosa parece ser originada, seguramente, bajo la influencia de la herencia tuberculosa, la época de su aparición parece ser más posterior, lo cual no debe sorprendernos, porque lo mismo sucede con la tuberculosis pulmonar desarrollada bajo la misma influencia. Puede decirse más: siendo, por lo general, la meningitis tuberculosa consecutiva á la tuberculosis pulmonar, la menor frecuencia de ésta durante la primera edad, da naturalmente cuenta de la rareza de aquélla. Estos hechos se explican bien, si se admite que la herencia tuberculosa, aun la materna, no consiste en la transmisión directa del bacilo infectante al niño, sino en la de la aptitud para la infección. Tal es, sin duda, la ley general que no invalida algunos casos bien ob-

servados, pero excepcionales (Birch-Hirschfeld, etc.), de propagación bacilar de la madre al feto.

La meningitis tuberculosa desarrollada durante los primeros meses de la vida tiene una evolución particularmente aguda y rápida. Apenas se observa el período prodrómico: la depauperación que le marca es atribuída de ordinario á la alimentación defectuosa ó á perturbaciones de la nutrición. Las convulsiones son precoces y frecuentes, y constituyen casi las únicas manifestaciones de la excitación cerebral; pero como á esta edad son un fenómeno común de reacción nerviosa, susceptible de provocarse por las más diversas causas, resulta cierta dificultad para el diagnóstico. Si se observa que las regurgitaciones y los vómitos son fenómenos comunes en dicha edad, que la existencia de la cefalalgia sólo rara vez puede notarse, y, por último, que entre los trastornos intestinales sustituye á menudo la diarrea al estreñimiento, se comprenderá cuán difícil debe ser, en la mayor parte de los casos, el diagnóstico de esta forma infantil de meningitis tuberculosa. Cierto es que se ha citado la distensión y las pulsaciones de la fontanela anterior, así como la sensación exagerada de calor en el cráneo, y que á no dudarlo son signos que importa tener presente; pero apenas puede haber en ellos fundamento para el diagnóstico. La duración de la enfermedad es muy breve, y la muerte sobreviene en el coma ó en las convulsiones.

Meningitis de la segunda infancia. — Es la forma más común, la que nos ha servido de tipo para la descripción hecha más atrás. No hay para qué insistir en ella.

Meningitis del adulto. — La meningitis tuberculosa del adulto es susceptible de las más grandes variaciones en su expresión sintomática. Puede, á no dudarlo, presentar la evolución típica ya descrita, pero á menudo se separa de ella hasta el punto de hacer muy difícil el diagnóstico. En ciertos casos, la meningitis queda latente y sólo la autopsia la revela. A menudo es parcial, y casi siempre secundaria. La residencia topográfica de las lesiones, la coexistencia de lesiones tuberculosas en las vísceras y las «condiciones anteriores del terreno cerebral (1) (alcoholismo, neuropatía, etc.)», son los principales factores de estas variaciones tan numerosas del cuadro clínico en el adulto. Pronto volveremos á tratar de esta forma, á propósito de la meningitis secundaria.

Meningitis de los viejos. — La meningitis tuberculosa es muy rara en los viejos. Como en el adulto, siempre es secundaria, y sobreviene como última complicación de una tuberculosis visceral antigua. Se manifiesta clínicamente por signos menos explícitos que en el adulto ó en el niño, y, como acontece con muchas enfermedades en los viejos, sólo provoca una reacción muy atenuada, y puede quedar latente. Una fiebre ligera, soñolencia, estupor, cefalalgia, un delirio tranquilo que se revela por la incoherencia de los actos y de las respuestas, é insomnio; tales son los solos síntomas ordinarios de la meningitis tuberculosa á esta edad.

Meningitis secundaria. — En el niño, la meningitis tuberculosa es primitiva por regla general, siendo raro comprobar claramente, antes de la invasión de la enfermedad, la expresión sintomática de una tuberculosis visceral. Pues

(1) Dupré, Manuel de Médecine de Debove-Achard.

bien; esta comprobación es la regla en el adulto. Sobreviene la meningitis entonces en el curso de una tuberculosis confirmada, y lo más á menudo en el de la tuberculosis pulmonar. A veces se desarrolla en el último período de la evolución de una tisis, y toma el carácter de una complicación terminal que determina la muerte.

Concíbese que la evolución de una meningitis en un enfermo ya depauperado por la fiebre hética y por la diarrea, y acompañada de todos los síntomas que se refieren á la tuberculosis visceral concomitante, esté modificada considerablemente en muchos casos. La invasión de las meninges entonces suele revelarse de un modo brusco, sin prodromos, y también por lo común el desarrollo de la meningitis ocasiona la atenuación ó la misma cesación de los síntomas de la tuberculosis antecedente (disnea, tos, expectoración, etc.) (Valleix). La tos, sobre todo, cesa casi por completo, y cuando se trata de un tuberculoso afectado de diarrea, cesa también, sucediéndola por contraste notable un pertinaz estreñimiento. Puede decirse, con Rendu, que es generalmente de pronóstico funesto ver aparecer la cefalalgia en un tísico cuyos síntomas pulmonares se atenuan.

La meningitis tuberculosa secundaria puede seguir la evolución clásica, pero no suele ser así. Ordinariamente va desprovista de prodromos, su duración resulta abreviada (tres á ocho días por término medio, según Barthez), y su expresión clínica es muy incompleta. Algunas contracturas, la dilatación pupilar, la lentitud del pulso, algunos vómitos, un ligero delirio acompañado ó interrumpido por agitación y seguido de coma; tales son los síntomas que revelan de ordinario la invasión meningítica y conduce á la muerte en pocos días. Se ve que el conjunto sintomático puede no ser muy significativo, y se concibe que la complicación pueda ser desconocida ó pasar inadvertida.

Cuando sobreviene la meningitis en el período terminal de la tisis, pueden ser sus signos aún menos significativos y consistir simplemente en vómitos, soñolencia y coma: esta es la forma asténica ó tórpida de la meningitis tuberculosa secundaria. Ciertamente es que en otros casos, por lo demás raros, puede manifestarse la enfermedad por fenómenos muy alarmantes de agitación y delirio, encolerizándose el enfermo, rompiendo sus vestidos, golpeando y destrozando los muebles, etc.; parece entonces un loco en pleno acceso de manía, y acaso se le lleva á un asilo. Esa es la forma delirante de la meningotuberculosis secundaria, bien estudiada por Chantemesse, quien ha descrito algunas de sus múltiples variedades, porque no es posible comprender en una descripción general las diversas especies de perturbaciones psíquicas que puede originar la meningitis tuberculosa. «Cada enfermo, dice Chantemesse, es susceptible de presentar ideas delirantes que se diferencian notablemente de las que hay costumbre de observar». Se han visto, por excepción, fenómenos delirantes (delirio de persecución, trastornos afectivos é intelectuales diversos) preceder á título de prodromos á la invasión de la meningitis tuberculosa del adulto.

Hay también una forma apopléctica y otra tetánica que principia por el trismo (1): y hay, por último, otras variedades clínicas muy numerosas, en

(1) Boix, *Rev. de médecine*, Mayo 1893.

relación con las tendencias reactivas del sujeto enfermo y con la localización de las lesiones meníngeas.

La multiplicidad de las variedades posibles de meningitis tuberculosa secundaria puede hacer difícil el diagnóstico. «A menudo, dice Chantemesse, tienen de particular las lesiones meníngeas secundarias, que cualesquiera que sean las anomalías de su modo de principiar ó de evolucionar, su diagnóstico se funda menos en el examen de los síntomas que manifiestan directamente, que en la auscultación atenta del sujeto que las padece».

Desde el punto de vista anatomo-patológico, la lesión meníngea consiste á menudo en una erupción granulosa de la pia-madre, acompañada ó no de una reacción inflamatoria muy poco marcada: hay más bien tuberculosis meníngea que meningitis tuberculosa.

Meningitis tuberculosa cerebro-espinal.—Ya hemos dicho cuán frecuente es la coexistencia de las lesiones tuberculosas espinales y encefálicas. Los síntomas espinales son poco alarmantes de ordinario, y quedan en segundo término; pero puede no ser así, y la contractura de los músculos del dorso y del tronco, los dolores raquidianos, la hiperestesia cutánea, las perturbaciones vesicales, la paresia de los miembros inferiores, etc., descubren entonces más ó menos claramente la participación efectiva del eje-espinal. Se citan casos (Le Bouteiller, Châteaufort) en los cuales la meningitis tuberculosa ha sido primero espinal y después encefálica.

Meningitis de la convexidad.—La expresión sintomática de la meningitis, cuando predominan las lesiones en la convexidad de los hemisferios, puede presentar caracteres especiales que permiten discernir esta localización particular. En efecto, los elementos de la sintomatología cortical (delirio, agitación, contracturas, convulsiones, cefalea), predominan, mientras que los signos basilares (lentitud de pulso, trastornos de la respiración, parálisis de los nervios craneales) son nulos ó están atenuados.

Meningitis parciales.—Las meningitis parciales son frecuentes, sobre todo, en el adulto, y predominantes en la convexidad de los hemisferios. Su descripción clínica ha sido bien sintetizada por E. Dupré (1) en excelentes términos: «Estas formas parciales tienen una sintomatología en extremo irregular, caracterizada por el conjunto de fenómenos generales de la afección (fiebre, cefalea, vómitos, estreñimiento, etc.) y la aparición de fenómenos locales, bajo la dependencia del sitio de la lesión. Estas evolucionan *in situ* según las leyes ordinarias de la sintomatología de las lesiones corticales localizadas, de una parte, y las de las lesiones meningíticas, de otra. En efecto, entre los signos periféricos y el sitio de la lesión central, hay una estrecha correlación que ha establecido después de mucho tiempo la doctrina de las localizaciones cerebrales, y que Landouzy (2) ha sido el primero en aplicar á la interpretación de los síntomas de la meningitis tuberculosa; y por otra parte, al período de excitación tónica y clónica sucede el de parálisis. Así es que la meningitis tuberculosa en placas, que interesa lo más á menudo la zona rolándica, determina una sucesión de signos de epilepsia parcial y de parálisis localizadas».

(1) E. Dupré, *loc. cit.*

(2) Landouzy, *Convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales*. Thèse de Paris, 1876.

en el mismo territorio funcional. Sin insistir acerca de las diferentes variedades de estas meningitis parciales, á causa de su importancia y de su interés clínico, recuerdo las localizaciones de la lesión en las circunvoluciones frontoparietales ascendentes, en el lóbulo del pliegue curvo (ptosia), en la circunvolución de Broca (afasia) y en el lóbulo paracentral, cuya variedad suele ser bilateral y exclusivamente limitada á cada lado de este pequeño territorio de la arteria cerebral anterior y determina una monoplejía crural ó una paraplejía que puede simular una lesión transversal de la médula. La meningitis tuberculosa puede localizarse también en las meninges espinales y engendrar una sintomatología medular sobre la que es inútil insistir (forma espinal). Los islotes de meningitis tuberculosa que rodean los tubérculos superficiales del encéfalo se manifiestan clínicamente por la asociación al síndrome anterior del de los tumores cerebrales, fiebre y signos marcados de excitación localizada. El proceso morboso entra entonces en una fase aguda y crítica».

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de la meningitis tuberculosa dista mucho de ser fácil siempre, aun cuando se observe á los enfermos durante uno de los tres períodos de la enfermedad confirmada, como se comprende bien si se piensa en el considerable número de afecciones diversas susceptibles de provocar el conjunto de reacciones morbosas de orden encefálico, á las cuales E. Dupré ha dado el nombre de *meningismo*. Aunque más rara vez que las meningitis agudas, la tuberculosa puede permanecer latente ó revelarse sólo por síntomas vagos y ambíguos por consecuencia de su irregular sucesión. Es posible, pues, incurrir en error, ya calificando de meningitis tuberculosa una afección cuya curabilidad posible viene ulteriormente á dar un mentís formal al diagnóstico y al pronóstico, ya desconociendo el padecimiento. La multiplicidad de las formas de la meningitis tuberculosa, añade aun más dificultades al diagnóstico. Es preciso, pues, en general, ser bastante reservado y no dar el terrible diagnóstico antes de tener pruebas decisivas de su realidad; en todo caso, bueno será acompañarle de algunas salvedades prudentes y no destruir desde luego las esperanzas de las familias, de lo cual tendrá ocasión muchas veces de alegrarse el médico; sin embargo, es necesario tratar de fijar el diagnóstico lo más pronto posible, pero no cabe hacerle hasta que aparecen los signos de la enfermedad confirmada. En el período prodrómico, puede despertarse ciertamente la sospecha de una meningitis tuberculosa, pero nunca estamos autorizados para afirmarlo con entera certidumbre.

Las consideraciones en que hemos entrado acerca de la sintomatología, nos dispensan de insistir extensamente en los elementos generales del diagnóstico. Los más importantes son: la trinidad sintomática (cefalalgia, vómitos y estreñimiento); la fiebre remitente, la rigidez de la nuca, la lentitud é irregularidad inicial del pulso, los trastornos de la respiración; los oculares; las contracturas, convulsiones y parálisis, y las perturbaciones intelectuales progresivas, que llevan poco á poco, y después de varias alternativas, á la soñolencia y al coma. Hay que tener muy en cuenta la marcha sub-aguda de la afección.

Como no hay signos patognomónicos, importa recordar la siguiente advertencia de Dance, citada por Archambault: « Todos los síntomas son necesarios para alejar el error y aproximarse á la verdad. No debe considerárseles

aisladamente, ni dar á algunos un valor absoluto; por el contrario, es menester apreciarlos colectivamente y en todas sus fases, en todas sus modificaciones y desde su invasión hasta el final de la enfermedad ».

Es muy conforme con la realidad de los hechos, al mismo tiempo que cómodo desde el punto de vista descriptivo, considerar el diagnóstico diferencial de la meningitis tuberculosa en las diferentes edades: en el recién nacido, en el niño, en el adulto y en el viejo. Bueno es advertir, sin embargo, que esta clasificación no tiene nada de absoluta, porque una misma enfermedad, como la meningitis aguda, por ejemplo, puede sobrevenir en todas las edades, y tendrá que ser objeto de un diagnóstico diferencial con la meningitis tuberculosa: nosotros consideramos este diagnóstico en la edad en que es más habitual tener que hacerle, y si no volvemos á ocuparnos de él en los demás, no querrá decir esto que no deba ser tenido en cuenta, sino porque ya queda consignado anteriormente cuanto había que decir. De no incurrir en repeticiones fastidiosas é inútiles, no se puede evitar este inconveniente de la agrupación que hemos aceptado, imitando á muchos autores.

Diagnóstico diferencial.—A) *En el recién nacido.*—En esta edad la meningitis tuberculosa es muy rara. Las convulsiones y los vómitos son síntomas comunes que pueden existir aislada ó simultáneamente, pero que son á menudo provocados por causas poco importantes. Su origen meníngeo es muy raro.

Ciertas formas de *gastro-enteritis infantil*, en atención á los vómitos, á la demacración, á la irregularidad del pulso y de la respiración y á las crisis convulsivas más ó menos repetidas que provocan, así como á los gritos agudos debidos á los cólicos y al estado parético, casi comatoso, á los cuales conducen todos estos trastornos, pueden despertar la sospecha de una meningitis. Para desechar esta hipótesis, tan difícil de aceptar á esa edad, sirven la diarrea, la distensión del vientre, la atrepsia rápida y el estado coleriforme terminal; además, la depresión de las fontanelas y de las suturas fibrosas del cráneo, que indican la pérdida acuosa en las enteritis graves, contrasta notablemente con la hinchazón acompañada de latidos y la fluctuación de la gran fontanela, citada con razón como un signo frecuente de la meningitis infantil.

El *raquitismo*, en su primer período, puede provocar perturbaciones análogas á las de la meningitis tuberculosa. El examen del esqueleto y la evolución de los accidentes, de una parte, y la falta de un verdaderamente explícito conjunto de síntomas meningíticos, de otra, constituirán los caracteres distintivos esenciales.

Más difícil, sin disputa, es el diagnóstico con el meningismo reflejo, determinado por la helmintiasis y los accidentes de la dentición laboriosa.

En la *helmintiasis*, los caracteres comunes son: las convulsiones, el estreñimiento, á veces los vómitos y los gritos espontáneos, la dilatación pupilar y la lentitud con irregularidad de pulso. Los caracteres diferenciales consisten en la falta habitual de la cefalalgia, la apirexia, la existencia anterior de una eliminación verminosa, la facilidad con que cede el estreñimiento á los evacuantes, y sobre todo, el efecto del tratamiento antihelmíntico, al cual no debe vacilarse en recurrir en presencia de un síndrome meningítico sospechoso en un niño pequeño. Este tratamiento logra al mismo tiempo que la evacuación de los parásitos, la supresión del síndrome.