

Conviene que haya cierto movimiento intestinal, y hasta que se produzca congestión del paquete hemorroidal, lo cual se consigue con la administración del áloes. Hay algunas sustancias que hasta cierto punto pueden reputarse antihemorragicas, porque facilitan el riego cerebral: tales son el café, te, los preparados amónicos, la salvia, etc.

Cuando se produce ya la lesión, el tratamiento varía según el caso. En los primeros momentos y antes de que la hemorragia se acompañe de apoplejía, ofreciendo sólo las parálisis más ó menos desarrolladas, la terapéutica clásica consiste en las evacuaciones sanguíneas. Ahora bien: ¿qué papel desempeñan las subtracciones de sangre en el tratamiento de la hemorragia cerebral? Se concibe en seguida: la apoplejía se produce muchas veces á causa de que la hemorragia es de gran foco, y siendo de gran foco suele desarrollarse alrededor de la misma una fluxión colateral que desparramándose por la masa encefálica es otro motivo de apoplejía; así es que disminuyendo esa fluxión colateral, queda desahogado el cerebro en las partes libres de la hemorragia; y disminuyendo la fuerte presión arterial y venosa, disminuimos también la facilidad para la hemorragia, porque detenemos el escape de sangre. De modo que yo entiendo que las subtracciones sanguíneas constituyen un tratamiento racional, cuando hay una apoplejía concomitante, y sobre todo cuando nos parezca hija de una fluxión colateral: y esto lo conoceremos por la inyección de la conjuntiva ocular, y hasta por el pulso, que se presenta tardo. Pero el caso es que hay hemorragias cuya apoplejía no depende de la fluxión colateral, sino del *choch*, y entonces se comprende que la evacuación sanguínea no producirá el efecto que en el caso anterior. En clínica se ven casos de hemorragia con gran palidez, frialdad, sudor pegajoso y pulso miserable; y en estos casos ¿quién se atreve á abrir la vena? Por manera que cuando no haya apoplejía sino simplemente parálisis, y funcionen bien las demás partes del encéfalo, no veo la necesidad de la evacuación sanguínea; pero ésta la reservaremos para los casos apopléticos, siempre que el enfermo no se ofrezca en estado de gran colapso. Pero hay

otros medios que podemos emplear en todos los casos, si bien no producen ningún efecto directo sobre el foco hemorrágico, porque se trata de un hecho ya consumado; me refiero á la revulsión intestinal fuerte, con el aceite de croton-tiglio, coloquintidas, tintura de jalapa compuesta á dosis altas, calomelanos, si la deglución es posible, y á la aplicación de sinapismos, colodión cantaridado ó de pomadas amoniacales sobre los extremos. ¿Qué diremos de la aplicación del frío sobre la cabeza? Que es de resultado dudoso: en primer lugar, si la hemorragia es profunda, la acción del frío no alcanzará el sitio de la lesión, y como, por otra parte, la refrigeración periférica aumentará la presión central, de ahí que la aplicación del frío tenga más inconvenientes que ventajas. Podemos también recurrir á la medicación interna, empleando sustancias que actúen sobre los vasos en el concepto de constreñirlos: de ahí el gran uso del cornezuelo de centeno, y principalmente de las inyecciones con ergotina.

Si salva el enfermo la primera embestida y logra salir del estado apoplético, conviene vigilar la encefalitis; y si viniere, hemos de combatirla con los medios que se aconsejarán á propósito de la misma, (revulsivos intestinales, y sobre todo administración á dosis corta de los calomelanos). Si sale el enfermo de ese peligro y quedan todavía las parálisis, entonces conviene facilitar el movimiento de reabsorción del suero, por medio de los yoduros, en los que no deposito gran confianza, aunque todos los prácticos los emplean. Debemos también usar aquellos medios que exciten la contractilidad perdida, con el fin de restablecer la motilidad de los miembros paralizados. Pero conviene advertir que esto debe hacerse muy tarde; porque el empeño de querer curar con rapidez ciertos estados paralíticos, á menudo contribuye á que revivan las vascularizaciones. Los baños de Caldas de Montbuy son excelentes: y á propósito de lo que antes hemos indicado, debo añadir que la precipitación en recomendar los baños termales, ha sido causa de que algunos enfermos hayan sucumbido al meterse en el baño por efecto de una nueva hemorragia; así es que sólo deben emplearse

tres ó cuatro meses después del ataque. La estrignina de poco sirve. Para avivar la contractibilidad se puede apelar á la electroterapia: sin embargo, no nos hagamos ilusiones, porque puedo asegurar que si en algún caso la electroterapia produce resultados exiguos, es en este caso. Enhorabuena que se emplee para combatir las parálisis periféricas; pero en la afección que acabamos de describir casi siempre fracasa.

REBLANDECIMIENTO CEREBRAL

Consiste en una lesión nutritiva de los elementos intrínsecos del encéfalo, debida á una alteración del riego cerebral. Reviste dos formas, que se denominan: reblandecimiento agudo y crónico. El agudo se enlaza con la embolia cerebral, y el crónico viene relacionado con la trombosis. Ocupémonos del primero.

Varias veces nos hemos referido al proceso embólico. Se trata de la emigración de un coágulo que comienza á circular por el interior de los vasos hasta que, encontrando uno de calibre menor, se atasca. Obstruído el vaso, quedan obstruídas también todas las ramas que parten de él, y queda, por consiguiente, un territorio celular sin riego, á menos que los vasos del rededor suplan esa falta, volviéndose á restablecer el círculo. Esto es, en resumen, lo que constituye la embolia, y que puede lo mismo radicar en una arteria grande que en una pequeña, tanto, que ya expuse haberla observado en la misma bifurcación de la aorta abdominal.

Etiología.—Hay una relación íntima entre la embolia cerebral y las lesiones cardíacas y aórticas, especialmente de aquellas que ofrecen rugosidades y asperezas en el interior del corazón ó de la aorta, como las endocarditis del corazón izquierdo, la aortitis crónica, el aneurisma de la aorta, etc. Pero aparte de esto, hay alteraciones hemáticas capaces de producir una coagulación sanguínea, y formar el

émbolo que puede correr á lo largo de los vasos y atascarse en el encefalo.

Anatomía patológica.—Aunque la embolia puede radicar en todas las partes del cerebro, sin embargo, preferentemente, se forma en la arteria silviana del lado izquierdo, y sobre todo en la rama cortical que se distribuye en las circunvoluciones. El coágulo que parte del corazón, podrá enfiar por el tronco braquio-cefálico, ó por la carótida primitiva; pero se observa que de ordinario enfiar por la carótida primitiva y no por aquel tronco, gracias á que la abertura de éste, en el cayado de la aorta, ofrece una oblicuidad que hace difícil la penetración en él del coágulo, porque éste viene adosado siempre á la pared inferior del vaso, y precisamente la carótida primitiva se abre en la aorta de tal manera que permite que el émbolo enfile por su interior: por esto la embolia suele observarse en el lado izquierdo. El émbolo circula por la carótida hasta llegar al exágono de Willis; entonces, según sea el grosor del coágulo, podrá atascarse en la arteria silviana antes de dividirse en sus dos grupos central y cortical, quedando sin riego el tálamo óptico, cuerpo estriado, cápsula interna y externa, lo propio que las circunvoluciones, según el lugar donde se opera el atascamiento.

Como quiera que sea, al obstruirse el vaso, queda un territorio celular exangüe, y aparece una zona encefálica pálida, descolorida, blanca; blancura que no se extiende á la totalidad del órgano, porque las partes periféricas de la región isquemiada se presentan rosáceas en virtud de una fluxión colateral, pues ocurre que las arterias que han quedado libres del atascamiento, suministran material bastante para restablecer la circulación interrumpida, en cuyo caso la isquemia desaparece y no se produce el reblandecimiento. Pero no es común que esto suceda, debido á la disposición especial de los vasos encefálicos, que no se distribuyen siempre en bifurcaciones á modo de las ramas de un árbol, sino que se dividen y subdividen paralelamente con escasísimos vasillos de enlace que pue-

dan establecer anastomosis. De todos modos, si la circulación colateral no se establece, se forma una especie de regresión de la mielina, que termina por degeneración grasosa, junto con las fibras nerviosas y el neurilema, resultando de ello una pulpa blanco-amarillenta, más amarilla cuanto mayor sea la materia grasosa que se ha formado. Esta masa grasosa se va reabsorbiendo, y en aquel punto el cerebro se frunce y coarruga, persistiendo de una manera indeleble el sello de la destrucción.

Síntomas.— Ordinariamente los fenómenos son bruscos, porque un momento antes del hecho embólico la circulación cerebral era libre, y un momento después queda una zona cerebral sin riego. Entonces se operan dos cosas: un fenómeno de fluxión colateral alrededor del foco isquemiado, y luego otro fenómeno puramente dinámico que se conoce con el nombre de choque; porque se comprende que un acto de tal cuantía deba producir una conmoción en el resto del cerebro, sobre todo tratándose de un órgano de funciones tan solidarias; de aquí que en virtud del choque se produzca la apoplejía y quede en suspenso el funcionalismo cerebral, pudiendo morir el enfermo bruscamente. Pero si se salva este primer peligro, cuando se haya desvanecido el cuadro apoplético, se descubre el estado paralítico determinado por la embolia: parálisis que ordinariamente afectan el lado derecho, ya que la embolia radica en el izquierdo; y como quiera que á más de los cuerpos estriados, la cápsula interna y los tálamos ópticos están sin riego, de ahí que junto con la hemiplejía haya hemianestesia. Lo propio que en la hemorragia, queda con mayor temperatura el sitio de la parálisis. Si la lengua se paraliza, se inclina hacia el lado lesionado y hay dificultad en la articulación de la palabra. Después que el enfermo ha salido del estado apoplético y se ha producido la parálisis se puede observar un hecho que no suele verse en la hemorragia, y es la afasia. Más tarde puede ocurrir ó que se restablezca la circulación colateral, quedando regado el foco isquémico, lo cual se puede lograr con rapidez mucho mayor que en la hemorragia, desapa-

reciendo los fenómenos afásicos y recobrándose la motilidad y la sensibilidad, ó que el enfermo, con mayor fortuna, siga viviendo largo tiempo con los fenómenos indicados, pudiendo tal vez morir de otra enfermedad ó extenuado por la inmovilización de medio cuerpo, que al fin acarrea trastornos viscerales. En los casos de no rehabilitación, pueden operarse hechos análogos á los tardíos que vimos en la hemorragia, porque puede producirse alrededor del foco un trabajo de esclerosis que se haga descendente á lo largo de la cápsula interna, y vengan las contracturas, los movimientos epilépticos, la atetosis y hasta la atrofia de los músculos que sufren la parálisis.

Diagnóstico.—¿Cómo distinguiremos la hemorragia cerebral de la embolia? Digamos ante todo que la hemorragia se observa casi siempre en individuos de edad avanzada, y la embolia se presenta en cualquiera época en que exista una cardiopatía ó una lesión aórtica: por manera, que cuando veamos una persona apoplética y paralítica joven, por esa sola circunstancia nos inclinaremos á admitir la embolia, sobre todo si por la auscultación cardíaca ó vascular comprobamos alguna de las lesiones apuntadas. Además, en la embolia no hay antes soñolencia, vértigos ni cefalalgia, como suele haberlos antes de la hemorragia, y la hemiplejía no tarda ocho ó doce horas en quedar del todo establecida, sino que en el momento del ataque queda completada en una sola extremidad ó en regiones aun más extensas, según sea el calibre y sitio del vaso obstruído. La hemorragia radica indistintamente en cualquier lado, y las parálisis embólicas suelen ser del lado derecho. La embolia produce afasia; la hemorragia no, porque se produce en las arterias centrales, y por consiguiente no queda lesionado el órgano del lenguaje. Por último, el choque funcional se opera con cierta rapidez en la embolia, y es más tardío en la hemorragia. En virtud de todo lo cual formaremos el diagnóstico diferencial, ó cuando menos nos aproximaremos á él, sin que se entienda que la norma apuntada sea absoluta.

Pronóstico.—Grave, gravísimo, pues aunque el enfermo salve

el estado apoplético, puede quedar paralítico toda la vida; y, aun suponiendo que no sea así, como queda siempre en pie la cardiopatía, fácil es que otro día se reproduzcan fenómenos idénticos. Además, hemos dicho ya que la embolia solía lesionar el órgano del lenguaje, produciendo la afasia; y esto hace que agravemos más el pronóstico, porque el pobre afásico queda inútil para muchos actos de la vida y para vivir en sociedad.

Tratamiento.—Dejando aparte el de la lesión causal, cardíaca, aórtica, etc., para combatir el estado apoplético nos ajustaremos á las reglas de conducta señaladas en la hemorragia, pero con más parsimonia en lo que toca á las substracciones sanguíneas, porque gracias á la circulación colateral, puede rehabilitarse la zona isquemiada, y si nosotros abusáramos del plan depletivo de sangre, entonces no se restablecería la circulación en aquella zona y colocaríamos al enfermo en peores condiciones; por manera que sólo en caso de un peligro inminente, recurriríamos á ellas para dar tiempo al tiempo. Podemos apelar á los purgantes, á la aplicación de revulsivos, á la ergotina, ácido esclerotínico, cornezuelo del centeno, bromuro de amonio (al objeto de facilitar la circulación cerebral y oponernos al éxtasis). Cuando queda vencido el estado apoplético, conviene acentuar más el tratamiento expuesto para avivar la circulación cerebral, y administraremos amoníaco, café, cafeína, etc. Gracias á esta intervención, se podrá recobrar poco á poco la motilidad, lo propio que la sensibilidad, si es que se había perdido; y más tarde, si todavía quedara cierto estado paralítico, apelaremos á las corrientes eléctricas y hasta á los baños termales (si es que no están contraindicados por las lesiones cardio-vasculares).

REBLANDECIMIENTO CEREBRAL CRÓNICO

Viene ligado á la trombosis y á las circunstancias que la facilitan: ateroma de los vasos, endocarditis que produzcan rugosidades y aspe-

rezas de la túnica interna y media de las arterias, el estado fibroso ó esclerósico vascular, etc., en cuyos casos se forma la trombosis. De ahí que el reblandecimiento crónico sea común en los viejos sólo por la condición de serlo, y que sea patrimonio de los reumáticos crónicos y de los gotosos, pues estas enfermedades producen alteraciones en los vasos con endurecimiento. El alcoholismo es otra de las causas que puede producir la misma lesión de los vasos; lo propio que la sífilis, la gota y el saturnismo.

Anatomía patológica.—La fibrosis y el ateroma vasculares se pueden desarrollar en cualquier punto del encéfalo, pero preferentemente en la capa cortical; así es que al practicar la autopsia se encuentra una arteria, dos ó más, con placas de ateroma y con producciones fibrosas, obstruídas, y con sangre coagulada en su interior. Por consiguiente, queda una zona cerebral sin riego, que más tarde se convierte en materia grasosa ó en una especie de papilla, zona que así puede radicar en la parte anterior del cerebro como en la posterior ó hacia la base ó en la parte alta.

Síntomas.—Por regla general, comienza con trastornos psíquicos que casi siempre preceden á los de motilidad, á los de sensibilidad y á los tróficos. La alteración psíquica puede ser distinta: unas veces vemos, con dolor, personas que van perdiendo aquella potencia intelectual que lucieron en días no muy lejanos. Están cuerdos, sí, ¿cómo no lo han de estar? Discurren, hablan, peroran, tienen conciencia de sus actos; pero si el proceso se acentúa más, pierden la memoria (amnesia) y éste es uno de los hechos más constantes del reblandecimiento cerebral crónico. Pero esta pérdida tiene la particularidad de parecerse á la memoria de los viejos: así es, que recuerdan con exactitud todos los hechos antiguos, lo que les aconteció en su infancia; pero respecto de lo recientemente acaecido lo recuerdan mal, y así por grados pueden desmemoriarse tanto que llegan á olvidar hasta su propio nombre, como si perdiesen la conciencia de su propia personalidad; por manera que pueden ejecutar entonces actos inconscientes, de

que resultan, por tanto, irresponsables. También hay alteraciones de la afectividad, que pueden ser de categoría muy distinta. Hay algunos casos que son verdaderamente gráficos: así se ven enfermos de muy buena posición social, elegantes y hasta petimetres, que se van abandonando y se presentan desaseados y sucios, y llegan á cometer una serie de inconveniencias reñidas con las más elementales reglas del decoro, y si á mano viene comen con los dedos, se orinan en cualquier parte, si no hacen todavía cosas peores. También es frecuente observar personas acomodadas que están continuamente atormentadas por la idea de que han de volverse pobres, aunque estén nadando en la abundancia; todo lo escatiman y todo lo guardan, temerosos de verse reducidos á la miseria.

Respecto al movimiento, se van dibujando las paresias y las parálisis: el paso es oscilante y rastrean los pies. Las facciones se alteran también, y hay en ellos un sello de atontamiento, que recuerda la imbecilidad. Y según en qué circunvolución radique el foco, pueden quedar paralizados éstos ó aquellos músculos, incluso los de la lengua, en cuyo último caso el balbuceo es muy característico.

En orden á la sensibilidad es frecuente que acusen sensación de ardor, de calor, de tirantez en la cabeza ó en otras partes, y que se produzcan neuralgias, anestias y parastias.

Este cuadro puede ir sosteniéndose meses y años, pero siempre interrumpido de vez en cuando por ataques. Si las alteraciones de la motilidad no se rehabilitan en virtud de las circulaciones colaterales, restableciéndose la integridad vascular del encéfalo, á la larga se alteran las funciones viscerales, cardíacas, renales, hepáticas y respiratorias, debido no solamente á la falta del excitante nervioso, sino á que se opera mal la circulación, gracias al ateroma y fibrosis de los vasos. Las arterias temporales, flexuosas ya de sí, al objeto de adormecer un tanto la circulación para que el encéfalo no reciba un riego brusco, se acentúan más en el concepto de su flexuosidad, y se hacen más duras y resistentes. Por último, aparece el arco llamado senil, que se pre-

señala en la córnea transparente, formado como por una especie de anillo lactescente que va extendiéndose de fuera adentro.

Curso.—Pueden ocurrir dos cosas diferentes: ó la extenuación lenta y gradual de todas las funciones, sucumbiendo al fin el paciente, ó que la muerte sea el resultado de la formación brusca de un foco trombótico ó hemorrágico en una región incompatible con la vida.

Diagnóstico.—Con ninguna de las afecciones estudiadas puede confundirse la trombosis cerebral. La congestión crónica no llega á producir la pérdida de la memoria, ni esos trastornos de la afectividad tan notables: la hemorragia es un proceso ejecutivo, agudo; la embolia es también aguda y más rápida, si cabe, que la misma hemorragia cerebral. Más difícil será distinguir la trombosis de otros afectos que aun no hemos estudiado, por ejemplo la meningo-encefalitis crónica; pero esta enfermedad no es privativa de edad adelantada: al revés, se presenta en los jóvenes ó en los individuos de edad madura; y si bien á la larga puede conducir á una extinción gradual de todas las actividades encefálicas, no suele hacerlo sin pasar antes por un período de cierta energía psíquica que le conduce á idear proyectos más ó menos irrealizables y que marcan así como una especie de delirio de grandezas, bien al revés del que padece un reblandecimiento, cuyo círculo de ideas, ya desde el principio, va reduciéndose.

Pronóstico.—Es una enfermedad incurable de todo punto: es la muerte del encéfalo, y lo que muere no vuelve á vivir.

Tratamiento.—No hay terapéutica posible. Nos vemos reducidos á combatir los síntomas: todas las tentativas que se han hecho para modificar el estado de los vasos, han sido infructuosas; sin embargo, se ha dicho que las arteritis sifilíticas se han corregido con los mercuriales y yoduros; pero sin duda, que tal vez se trataba de un goma sifilítico del encéfalo, mejor que de una trombosis. Por consiguiente, ya que nada podemos hacer contra la causa, debemos sostener las fuerzas con alimentación nutritiva, aconsejando parquedad en el uso de las bebidas alcohólicas, y que los enfermos no hagan esfuer-

zos mentales á fin de impedir fenómenos de fluxión; conviene tengan expeditas las vías digestivas, que se opongan al estreñimiento tenaz de vientre; en una palabra: evitar todo lo que proporcione mayor aflujo de sangre al órgano. Se han aconsejado los arsenicales al objeto de avivar algo la circulación cerebral y las substancias que prestan cierta motilidad á los vasos, para que no se produzcan remansos de sangre; de aquí el uso del café, de la ergotina, del cornezuelo de centeno, así como del fósforo, fosfuro de zinc, hipofosfitos, etc. Contra el ataque se puede desarrollar una terapéutica más potente: si se produce la isquemia cerebral, compuestos amoniacaes, café, arsénico; si se desarrolla una fuerte fluxión colateral, sanguijuelas en el ano ó detrás de las orejas. En una palabra: hay que aplicar aquí aquellas reglas de conducta que señalamos para un caso de hemorragia cerebral ó de embolia.

AFASIA

Constituye uno de los capítulos más curiosos de la Patología cerebral. Se conoce también con los nombres de *afemia* y *alalia*; pero el que más priva es el de afasia, que significa dificultad en la expresión de las ideas por medio de la palabra.

Es difícil definir la afasia de un modo concreto, porque no siempre se presenta el síndrome de la misma manera; pero fundamentalmente puede decirse que el afásico tiene idea de las cosas, pero que cuando trata de exteriorizar por medio de la palabra ó de otros signos su propio pensamiento, no puede hacerlo ó lo hace imperfectamente.

Nuestros actos de orden intelectual los expresamos de dos maneras en el estado fisiológico: por medio de actos automáticos que realizamos con independencia de la voluntad ó por medio de signos voluntarios. Actos involuntarios son los mímicos, ó sean la serie de mo-

vimientos del rostro, de los brazos y aun de otras partes del cuerpo, y que traducen, á modo de un lenguaje, las actitudes del pensamiento. La mano, especialmente, traduce al exterior, de una manera inconsciente, las operaciones intelectuales: al hablar, no sólo hacemos gestos y miramos de cierto modo, sino que movemos constantemente las manos sin darnos cuenta de ello. En virtud de estos actos automáticos, algunas personas dicen que adivinan el pensamiento, con tal de sostener entre las suyas las manos del que se somete al experimento; mas no hay tal adivinación, sino que el sujeto en experimentación revela, sin darse cuenta, lo que pasa en su fuero interno. Yo pienso, verbigracia, en el número 8; pues mi mano traducirá inconscientemente aquel pensamiento, trazando en la pizarra el número 8. Si cogemos un reloj colgado de una cadenilla y lo colocamos como un péndulo dentro de un vaso, mientras estamos pensando una hora cualquiera de las pintadas en la esfera, ocurrirá que el reloj dará tantos golpecitos sobre la pared del vaso, cuantas sean las horas que vayamos contando. Si manteniendo el reloj en la posición indicada, tenemos fijo y permanente el pensamiento de que gira de derecha á izquierda, al mirar después, se verá que ha girado siguiendo la dirección en que se ha pensado. Pues bien: estos actos involuntarios no se alteran en la afasia; sólo quedan modificados los voluntarios, como la palabra articulada y la escrita.

Por manera que la afasia depende de una alteración en las transmisiones que en el estado normal se producen, entre la potencia intelectual y los órganos encargados de la manifestación externa de las ideas. No se trata aquí de una pérdida de la memoria de las cosas, sino de un error en el empleo de los vocablos que corresponden como signo externo á cada uno de los pensamientos, ideas, actos, objetos, etc. Así un afásico sabe, por ejemplo, lo que es una esponja, un sombrero, una silla, etc.; pero en el momento de querer pronunciar estos nombres, los trueca ó emplea otros, con la particularidad de que cree haber hablado sin error alguno.

Etiología y anatomía patológica.—Se admite que la afasia dimana de una lesión en la parte anterior de la tercera circunvolución frontal izquierda, producida por cualquier causa, como trombosis, embolia, hemorragia, sífiloma, glioma, exostosis frontal, que comprimiera la citada circunvolución, etc. Yo no puedo concebir siquiera que el órgano del lenguaje radique sólo y únicamente en aquel sitio, sino que debe tener una zona más vasta y complexa. Apoyan esta idea la relación íntima y estrecha que existe entre aquella circunvolución y la ínsula de Reil, y el hecho de encontrarse éstas únicamente en el hombre y en los monos (sabido es lo que se ha dicho respecto á la facultad del lenguaje de los cuadrumanos). Además se han registrado casos de afasia sin lesión en la circunvolución tercera ó de Broca. Pero aun creo que á los ojos del sentido común no puede admitirse que una de las facultades que imprimen más carácter al hombre, resida en un solo lado: esto, para mí, es un absurdo; sobre todo tratándose de un órgano como el encéfalo, formado por dos partes simétricas, derecha é izquierda. Si hay dos nervios oftálmicos, dos acústicos, dos ópticos; si todos los nervios cerebrales son dobles, ¿cómo puede concebirse que el órgano del lenguaje, don tan noble para el hombre, esté representado únicamente por la tercera circunvolución frontal izquierda? Si me dicen que la función cerebral es más potente en el lado izquierdo que en el derecho del cerebro, enhorabuena lo admitiré, ya que son pocos los hombres zurdos, y, por otro lado, el testículo y la mama izquierdos suelen tener más desarrollo que los derechos.

Velpeau, esa biblioteca ambulante, departiendo con Broca, ya demostró que hay lesiones en el lado derecho productoras de la afasia; y al revés, lesiones en el lado izquierdo que no siempre la han producido.

Yo recuerdo haber recogido datos en dos autopsias: una, con lesión del lado derecho y con alteración del lenguaje; y otra, con una lesión que invadía por completo la tercera circunvolución izquierda, á pesar de lo cual no había afasia.

Creo, por otra parte, que no es difícil explicar el por qué se pre-

senta la lesión en el lado izquierdo: se recordará que dijimos era debida probablemente á procesos embólicos; precisamente la carótida primitiva es el vaso de la embolia, y no el tronco braquio-cefálico. No sé si estoy en lo cierto; pero veo la cosa tan clara, que no titubeo en afirmar que el órgano del lenguaje existe tanto en el lado derecho como en el izquierdo, y en la ínsula de Reil.

Hay afasias idiopáticas que no se presentan con lesión del órgano: tal sucede en los histéricos, que en un momento dado suelen quedar afásicos, y aun fuera de este caso, basta que nos apasionemos fuertemente ó que hablemos con inusitada exaltación, para ponernos afásicos por un momento, sin que esto suponga estado morboso alguno.

Síntomas.—La forma más simple, pero que en algunos casos ya indica la posibilidad de un mayor desarrollo, es aquella que consiste en el trueque ó cambio de varias palabras, en el curso de una peroración y hasta á veces en la conversación familiar. Teniendo idea clara de lo que quiere expresarse, en vez de un vocablo se emite otro, ya sea en el lenguaje articulado ya sea en el escrito, tanto, que hay personas afásicas en el habla y que escriben muy bien, y otras que hablan bien, pero en la escritura omiten palabras ó escriben otras dislocadas y sin sentido, lo cual supone una perturbación ya más acentuada.

Otras veces la afasia consiste en una reducción notable en el número de los términos que cada cual tiene disponibles para expresar sus pensamientos. Todos tenemos un diccionario de más ó menos palabras, según sea el conocimiento que tengamos del idioma; pero esa suma total de voces va reduciéndose de tal manera en la afasia que pueden reducirse hasta treinta, veinte ó aun menos, y con sólo éstas ha de exteriorizar el afásico sus ideas, resultando que se da á entender de unã manera tan laboriosa como el que posee unas cuantas palabras de un idioma extranjero y quiere con ellas expresar sus conceptos, ayudado de gestos y actitudes. Pero aun puede extremarse más la pobreza de vocablos y quedar reducido el afásico á dos ó tres palabras ó á una sola frase con la que expresa todas sus ideas; y á

todo esto, sigue perfectamente lúcido y habla emitiendo siempre aquella misma frase, que puede ser correcta gramaticalmente hablando, pero que no corresponde á lo que el enfermo quiere decir. Yo tengo una carta, que conservo como oro en paño, de tres páginas, escrita sin ningún verbo, y eso que el verbo es una parte integrante, casi indispensable, de la oración; carta escrita en estilo cervántico por una persona conocedora de nuestro idioma como nadie y á la que ustedes conocían. Pues bien: eso que es fisiológico en la persona que aludo, es patológico en los afásicos; pero no tan sólo suprimiendo verbos, sino nombres propios, adjetivos, etc. Recuerdo el caso de un afásico que siempre repetía la frase: “de la mateixa manera,” contestando del mismo modo á cuanto se le preguntaba. En estos casos el enfermo goza de lucidez, sin conocer que sólo posee aquella frase y que la repite una y cien veces, con toda la naturalidad y entonación del que cree hablar correctamente.

Hay todavía otros enfermos cuya única frase, gramaticalmente ni es correcta, ni siquiera tiene representación en el lenguaje propio. Conocí una mujer afásica que sólo empleaba la siguiente frase: “sibí, sibé, sibá,” y sólo por el gesto y las actitudes con que acompañaba la citada frase, podía yo comprender sus pensamientos.

Por último, hay otras formas á más de las indicadas que consisten en escribir y hablar con las palabras comunes, pero tan dislocadas y revueltas, que es imposible comprender lo que se quiere decir. Recuerdo un caso de esta forma de afasia: se trataba de una persona que traducía perfectamente del latín al castellano, pero al leer la traducción, saltaba palabras, se hacía afásico, teniendo, no obstante, el recuerdo completo de los dos idiomas y sin error de ninguna clase.

Hay afásicos que se vuelven amnésicos y van olvidando el nombre de las cosas, y gradualmente la lucidez intelectual que antes poseían. Puede también ofrecer alteraciones de la afectividad.

Curso.—Hay afasias transitorias, como las de las personas que se emocionan en un momento dado ó que son histéricas. Pero las

afasias subordinadas á encefalopatías de alto vuelo, duran mucho tiempo, retrocediendo ó avanzando, y hasta complicándose con otros procesos cerebrales.

Diagnóstico.—No puede confundirse la afasia con la mudez ni con la amnesia: en la mudez no se pronuncia palabra alguna, y en la pérdida de la memoria hay olvido de las cosas, pero no se truecan las palabras. En medicina legal se dirá hasta qué punto el afásico tiene responsabilidad, pues sin duda que tratándose de una cláusula testamentaria ó de una firma reviste el hecho muchísima importancia.

Pronóstico.—Debe formularse leve, si la afasia es histérica; pero cuando reconoce por origen una lesión material debe reputarse grave, no porque la vida peligre, sino porque se trata de un proceso de difícil resolución y que priva al hombre de manifestar sus pensamientos.

Tratamiento.—Para hacer algo, debemos remontarnos al origen de la afasia, con el objeto de modificar la lesión productora. Si se trata de un trombus, procuraremos que se restablezcan las circulaciones colaterales. Si es un sífiloma, usaremos los preparados mercuriales. Si la causa es de orden congestivo, apelaremos á todos los descongestionantes. Si es debida al histerismo, echaremos mano de los bromuros, del valerianato de zinc, etc. Aparte de esto, aconsejaremos á los enfermos, que no se precipiten en el acto de la locución; que procuren estar apacibles y tranquilos; que hablen despacio, porque de esta manera acertarán más en la emisión de los términos, y así á veces con el tiempo, que supone cierta gimnasia cerebral, algunos afásicos logran mejorarse.

ENCEFALITIS AGUDA

La inflamación del encéfalo ha perdido gran parte del valor que se le concedía en los clásicos antiguos. La experiencia demuestra que

cada día es más reducido el número de las verdaderas encefalitis. No es que haya de borrarse del cuadro de la Patología, pero resulta que muchos casos diagnosticados de encefalitis no son más que el reblandecimiento cerebral agudo; fenómenos embólicos que determinaban la formación de un infarto hemorrágico, no por flógosis de la masa cerebral, sino sencillamente por necrobiosis.

Sin embargo, la encefalitis existe, demostrada por su anatomía, su etiología y su síndrome.

Anatomía patológica.—En el concepto anatómico la encefalitis se caracteriza por presentarse la lesión circunscrita; no se trata aquí de un proceso difuso como lo es, verbigracia, la congestión; se trata tan sólo de la aparición de un foco; es una parte del cerebro la lesionada, parte que será mayor ó menor, pero no aparecen focos dispersos. Ahora, si confundimos la encefalitis con la formación de abscesos independientes de un proceso inflamatorio preexistente, entonces sí que pueden observarse múltiples abscesos. La lesión consiste en un trabajo de hiperemia seguido de la diapedesis de los elementos morfológicos de la sangre; más tarde aparece una especie de desintegración de los elementos celulares del encéfalo, fragmentación de la mielina, y entonces basta dar un paso para que, dada la ingerencia de los microbios puógenos, aparezca la purulencia. La encefalitis tiende mucho á producir la supuración, pero otras veces, sin ese trabajo de vascularización previo y sin la desintegración de la mielina, aparece la supuración y la consecutiva formación de un absceso.

El absceso cerebral puede ser pequeño y grande; los hay monstruosos, que destruyen casi un lóbulo del cerebro; con la particularidad de que estos estragos existen sin que haya siempre un síndrome que los acuse, todo efecto de que el cerebro tiene zonas tolerantes y zonas intolerantes, y de que hay elementos anatómicos cuya función sustituye á los lesionados.

Etiología.—La encefalitis reconoce diferentes orígenes. Es innegable que las hay traumáticas, sin que esto sea decir que se nece-

site una solución de continuidad de la bóveda craneana para producirse la encefalitis traumática. Sin fractura, sin la penetración de un proyectil (en cuyo caso es de sentido común que sobrevenga la encefalitis), basta á veces una contusión ó conmoción, para que, previo desgarró de los vasos, se produzca la encefalitis; es por esto que una caída de pies ó de nalgas, puede ser causa de la afección que me ocupa.

Un trabajo mental fuerte es capaz también de dar lugar á una encefalitis. La explicación de este hecho es muy difícil, pero yo puedo asegurar á ustedes haber visto dos alumnos, modelo de estudiosos, ser víctimas de encefalitis, sin causa alguna que la justificara. Las causas más frecuentes son, sin duda alguna, los abscesos de los huesos del cráneo, particularmente del oído medio, en virtud de arrastres de materiales supuratorios que van á un foco cualquiera cerebral. Asimismo durante el curso de otros afectos morbosos, v. g. la hemorragia cerebral, por el trabajo flogótico que determina á su alrededor, y consecutivamente á ciertos procesos infectivos, como viruela, sarampión, escarlatina, etc.

Sintomatología.—No todas las encefalitis que se presentan encuádran en el síndrome que voy á describir, antes bien se trata de una enfermedad muy variable en sus manifestaciones externas y poco franca en su evolución, cosa muy natural si se tiene en cuenta que el punto de residencia es muy distinto. En la imposibilidad, pues, de describir todos los tipos, voy á sintetizar un síndrome que ustedes pueden *in mente* ampliar y aplicarlo á casos concretos.

En la encefalitis vemos desde luego fenómenos que derivan del trastorno cerebral y fenómenos acompañatorios que se desarrollan á distancia. Ordinariamente hay cefalalgia difusa; difusión, empero, que bien se echa de ver que no es absoluta, pues siempre habrá una región craneal más dolorosa que las demás. Así el enfermo puede acusar fuerte dolor hacia el occipucio ó hacia la región frontal ó parietal, etc.; foco de dolor que corresponde con mayor ó menor exactitud al sitio

lesionado. El dolor es distinto, tanto por lo que respecta á cantidad como á calidad, en los diferentes casos: sensaciones de peso, tirantez, distensión de tejido, pungitivo, pulsátil, etc. Dolor fijo, continuo ó intermitente y remitente, con exacerbaciones y remisiones. Hijos del mismo dolor, hay en el enfermo agitación, insomnio, bien que pueden trocarse los frenos y el enfermo quedará soñoliento, atontado y aun en verdadero sopor ó coma.

El dolor aumenta á veces á la presión, principalmente al nivel de aquellos nervios que sienten más ó menos la influencia del foco flogístico, pero siempre es profundo ó intracraneal. Al propio tiempo en el enfermo hay vértigo con bastante constancia, y aun sensación rotatoria intensa cuando el enfermo mueve la cabeza y quiere incorporarse. Es frecuente la hiperestesia de los sentidos; los globos oculares están rojos, las escleróticas encendidas, las pupilas cerradas, mióticas y poco sensibles á la luz, por efecto de la retracción del iris. Hiperestesia acústica, muy acentuada en las primeras épocas del mal.

El vómito es frecuente en esta afección, con todo el carácter del vómito cerebral, esto es, sin ir precedido de náuseas ni congoja alguna, lanzando los materiales á gran distancia.

Hasta aquí, todo lo dicho no nos pone en camino del diagnóstico, pues lo expuesto es común á muchos afectos, como la meningitis, los tumores cerebrales, etc.; pero desde el instante que va acentuándose el foco flogístico y comienza la desintegración de las células nerviosas, y sobre todo cuando la encefalitis va produciendo purulencia, aparecen ciertos trastornos de sensibilidad y motilidad que sirven para aclarar el diagnóstico. Respecto á sensibilidad son frecuentes las hiperestesias; de ahí que un brazo, ó una pierna, ó lo que sea, aparecen con la sensibilidad exaltada, y que no pueda tocarse al enfermo sin que se queje. Estas zonas hiperestésicas no aparecen en la encefalitis de una manera simétrica y uniforme por todo el cuerpo; siendo raro, v. g., que los dos brazos ó las dos piernas se presenten hiperestésicos por igual, y se comprende perfectamente que sea así, dada la circunscripción de las lesiones que en la encefalitis se ofrece.

A la par hay trastornos de movimiento, como temblores, rigideces, calambres, contracturas y hasta convulsiones, trastornos, por otra parte, también muy circunscritos y en subordinación á la topografía de las lesiones.

Estos trastornos sensitivos y motores no son fijos, sino que van y vienen, y la pierna que ahora está contracturada después se afloja, quedando parética, hasta que luego vuelve á contraerse, y así sucesivamente; esto es muy gráfico. Los enfermos pueden presentar tortícolis, ó la cabeza en flexión, ó en extensión, ó bien hacen muecas, visajes, por efecto de la contracción parcial de la cara, ó están estrábi-cos, ó tienen asimetría pupilar ú otros desórdenes por el estilo.

Juntamente con todo lo dicho, es común el delirio, de intensidad variable, aunque en general no muy exaltado, siendo común que el enfermo quede constituido en una especie de subdelirio soñoliento, del cual sale llamándole fuertemente la atención. La existencia del delirio no es constante, viniendo subordinado, como se comprende, á la zona afecta; es por esto que si la encefalitis es basilar, puede desarrollarse sin trastornos psíquicos.

Aparte de lo expuesto, en el enfermo hay fiebre continua y con cifra térmica bastante elevada (39°, 40°), no coincidiendo siempre la temperatura con el carácter y la frecuencia del pulso, ya que éste viene supeditado en gran parte á la localización del mal; es por esto que el pulso puede ser lento ó acelerado, fuerte ó débil, rítmico ó con intermitencias y desigualdades, etc., según los casos. El encefalítico tiene tendencia al estreñimiento de vientre, y á presentar el abdomen deprimido ó retraído; sin embargo, en un momento dado, pueden presentarse deposiciones involuntarias, y es que los esfínteres empiezan á sentir la influencia del estado cerebral. Hay que tener en cuenta que respecto de la vejiga es más frecuente la retención de orina que la incontinencia, que sólo se presentará si el esfínter también se paraliza.

Desarrollado el cuadro de esta suerte, pasan los días y pueden suceder dos cosas: si no llega á operarse la supuración del foco inflama-

torio, si no hay desintegración celular, van remitiendo todos los síntomas, se resuelve el mal, y el enfermo cura. Desgraciadamente esto no es lo común y aparece la purulencia, en cuyo caso van acentuándose todos los síntomas, sufriendo empero algunas modificaciones. El dolor se mitiga, el sopor se hace cada vez más profundo, y el enfermo queda aletargado profundamente, el delirio va desapareciendo, el rostro es estúpido, la asimetría pupilar se marca más y más, continuando á veces cerradas las pupilas, que sólo en un período extremo se han de dilatar.

En vez de las hiperestésias el enfermo acusa anestésias, gracias á que se va destruyendo la pulpa cerebral en zonas relacionadas con la sensibilidad; y en vez de los calambres, de las contracturas, de la fotofobia y de los demás síntomas de excitación, aparecen parálisis de movimientos.

El bulbo no puede menos que resentirse de este estado de cosas, y es entonces que el pulso se perturba, con tendencia á la lentitud y á la aritmia. La respiración sufre también las consecuencias: en vez de 18 respiraciones por minuto, hay sólo 10 ó 12, ó menos, hasta el punto que parece va á suspenderse la función respiratoria; el ritmo también puede alterarse, ofreciéndose la respiración de Scheine Stokes, propia de muchos afectos cerebrales y meningíticos.

Ya así las cosas, el enfermo ha de morir por parálisis cardíaca ó respiratoria.

Curso y terminaciones.—El trámite es variable: hay enfermos que en seis ó siete días siguen todas las etapas indicadas, sobre todo si el afecto radica en la base hacia la protuberancia y el bulbo. En otras ocasiones los enfermos resisten mucho más, y aun puede suceder que entren en un período de calma, en un interregno durante el cual se extinguen todos los fenómenos, hasta que de repente, ó poco menos, muere el enfermo á consecuencia de fenómenos paréticos, sucediendo esto preferentemente en las encefalitis de origen traumático. Las terminaciones quedan ya indicadas: si el afecto no llega á supurar, puede curarse el enfermo; en otro caso su fin es la muerte.

Diagnóstico.—Con ninguna de las enfermedades estudiadas hasta aquí puede confundirse la encefalitis; pero convendrá distinguirla de las que estudiaremos luego.

Pronóstico.—Es grave, gravísimo, sobre todo si el enfermo entra en el período purulento.

Tratamiento.—Variará según el período. En los primeros momentos hemos de combatir la flegmasía con los medios ordinarios: aplicación de sanguijuelas detrás de las orejas ó en el ano; administración de los calomelanos, á dosis refractas; vejigas de hielo permanentes en el cráneo; medicación revulsiva enérgica, purgantes; aparte de cumplir indicaciones de orden sintomático contra el delirio, el dolor, los vómitos, el estreñimiento, etc. Si avanza el mal y entra el enfermo en el período parético y paralítico, usaremos los excitantes cerebrales, como la kola, cafeína, amoníaco, salvia, árnica, etc. Conviene entonces insistir en el plan revulsivo, sobre todo intestinal, y también cutáneo; vejigatorios en la nuca.

Hoy, delante de una situación de esta clase, se pone sobre el tapete la intervención quirúrgica, que sólo en circunstancias excepcionales creo yo que pudiera ser útil: conocimiento exacto del punto en que la lesión radica y que sea accesible á los medios que el cirujano posee, circunstancias ambas muy difíciles de reunir, y aun así, si ha entrado ya la lesión en período supurativo, poco es lo que se obtendrá con la intervención armada.

ENFERMEDADES DE LAS MENINGES ENCEFÁLICAS

MENINGITIS ENCEFÁLICA

Es un capítulo que ha adquirido hoy un desenvolvimiento extraordinario. Se divide en aguda y crónica. La aguda se subdivide según

sea la meninge lesionada, pues se puede lesionar la duramadre, esa membrana encargada de formar el periostio de la superficie interna del cráneo; se puede flogosear la aragnoides, y la piamadre también. Ordinariamente, hablando de meningitis aguda, solemos referirnos á la flogosis de la aragnoides y de la piamadre: aragnoiditis y piama-tritis; porque la duramadre casi nunca se flogosea en la forma aguda, siendo, en cambio, el sitio predilecto de las lesiones en la forma crónica. Por el sitio se clasifican en meningitis agudas de la base, del vértice ó de la bóveda, que es división muy clínica, porque los síntomas de la una y de la otra son bastante distintos. Otros admiten también, según el sitio en que radica la meningitis, meningitis bulbar, del encéfalo, de la cisura de Silvio, etc. La meningitis común y ordinaria, la clásica, la que vamos á estudiar, es el verdadero proceso flogótico de las meninges; pero hay otras que no constituyen un verdadero proceso flogístico, pero que por radicar en las meninges se reputan meningitis: tales son la reumática, la tuberculosa, tan común en los niños, la escarlatinosa, etc.

La meningitis se puede sufrir en cualquier época de la vida, pero no hay duda que los niños son los más predispuestos á padecerla. Las causas, dígase lo que se quiera, no siempre se pueden apreciar: se atribuyen á cosas más ó menos problemáticas: á los tubérculos, al alcohol, á una influencia *a frigore*, á una contusión, etc.; pero en rigor de verdad, es bastante obscura la etiología. Estas meningitis clásicas, cuando obedecen á la escarlatina, á la viruela, al sarampión, á la tuberculosis, etc., tienen una génesis más conocida, y hasta podríamos admitir que muchas de ellas son parasitarias, porque acabo de indicar unos procesos que indudablemente podemos decir que son panspéricos en su origen.

Anatomía patológica.—La lesión puede presentarse más ó menos generalizada, pero ordinariamente no se difunde por la totalidad de las meninges. Sin embargo, si quisiéramos establecer puntos de diferencia entre la mayor ó menor región que abarca el procesc

meningítico agudo y el encefalítico, diríamos que las meningitis se propagan mucho más que las encefalitis. De todos modos, la meningitis se circunscribe en una zona, y no es total casi nunca. Las lesiones radican en la aragnoides, y pueden correrse á la piamadre. Se observa en la aragnoides una vascularización fuerte, pues se trata de una serosa riquísima en vasos; así es que está turgente, inyectada, rosácea, en vez de pálida, descolorida, como en estado fisiológico. Aparecen en ella puntitos rojos y manchas equimóticas.

Durante la primera etapa, la aragnoides, que es un órgano segregante, más bien se presenta seca, recordando el aspecto de sequedad de la pleura y del pericardio; pero en seguida viene una exudación en las paredes de la aragnoides, que segregan una especie de serosidad como gelatina clara y de color amarillo; esto es típico en la meningitis, tanto, que al practicar las autopsias la vemos cubierta por una capa blanco-amarillenta bastante densa y adherente; y á más, en los espacios subaragnoideos, se deposita un líquido sero-fibrinoso que recuerda el exudado plástico que se va aglomerando hacia la parte declive, en la base del cráneo, y es por eso que á veces encontramos todos los ventrículos repletos de ese líquido, y con esto queda constituida la hidrocefalia aguda. Ese líquido puede permanecer transparente, pero á veces, al cabo de cuatro ó cinco días, se enturbia, lo mismo que el exudado pleurítico, y entonces flotan en él los glóbulos blancos que han escapado de los vasos. La lesión casi siempre se propaga algún tanto á la región cortical del encéfalo, y sobre todo á la hendidura de Silvio, como en busca de la ínsula de Reil, y también hacia el arranque de los pares craneales, que es donde el trabajo flogótico se acentúa más. Por manera que no se puede admitir una meningitis propiamente tal, sino que va acompañada de hipereimia encefálica, habiendo á veces una verdadera meningo-encefalitis.

Síntomas.—Pueden agruparse en dos períodos: en el primero, los de excitabilidad; en el segundo, los de postración, los de sedación. Bien se comprende que en el primer período se desarrolla una

serie de síntomas, que no pueden ser perfectamente iguales en todos los casos, porque vienen subordinados al sitio del mal; sin embargo, describiremos un tipo.

Es enfermedad dolorosa y determina cefalea más ó menos intensa; pero se trata de un dolor que puede ocupar varios sitios del cráneo, según sea el sitio de la lesión. Es un dolor continuo, y los enfermos acusan como una cierta sensación de tirantez interna. En los niños, es difícil observar todos esos caracteres; pero no obstante, se nota que aun cuando el dolor sea continuo, de vez en cuando se exagera, porque el grito encefálico, cerebral ó meningítico que lanzan, lo pone de manifiesto: se ven niños que están durmiendo, y de repente despertan y prorrumpen en gritos, levantan las manos y se aprietan fuertemente la cabeza. Ese carácter, que es tan frecuente en la meningitis granulosa, puede observarse también aquí. El dolor se aviva á favor de cualquier excitante, como las impresiones luminosas, los ruidos, etc. Además, hay en el primer período agitación, insomnio, y sobrevienen alteraciones de la inteligencia, de la sensibilidad y de la motilidad. Las alteraciones intelectuales vienen subordinadas de una manera perfecta al sitio del mal: así es que hay meningítico que tiene delirio, que unas veces es pacífico y otras es frenético y de excitación considerable. Los sentidos también se perturban en el concepto de la excitabilidad: así es que hay fotofobia, y contracción de las pupilas, tan exagerada á veces, que quedan reducidas á un punto; las conjuntivas se inyectan, presentándose con arborizaciones rosáceas en su totalidad; algunas veces hay ilusiones y alucinaciones, toda vez que los enfermos ven fantasmas, monigotes, etc. Por lo que respecta al oído, perciben ruidos intensos, craneales, de cascada, etc., oyen conversaciones que no existen, ó bien dejan de percibir los ruidos que son reales. Las alteraciones olfatorias y las gustativas, están subordinadas al desorden gastro-intestinal. Respecto á la sensibilidad general, suele también presentarse perturbada; la sensibilidad táctil, la dolorosa, y todas, están exaltadas, por manera que hay como una es-

pecie de hiperestesia por todo el cuerpo. Aparte de eso, se nota con bastante frecuencia la existencia de trastornos digestivos: lengua saburral, catarro gástrico, vómitos, que son muy comunes en esta afección, sobre todo si la meningitis es de la base; pero aun en otras localizaciones de la meningitis se puede presentar y se presenta el vómito cerebral. Examinando el abdomen, se encuentra el sello de los fenómenos cerebrales: el vientre tiende á excavarse, hay estreñimiento, lengua afilada, etc. Por último, hay fiebre que suele ser alta, con pulso de 120 pulsaciones, en el adulto, y de 140 á 160 en el niño; pulso, á la par que frecuente, duro, resistente: la cifra térmica está en consonancia con la frecuencia del pulso (38° á 40°). Como que hay gran pirexia, el semblante del meningítico está animado, la orina es densa y coloreada, como en todo proceso febril. Los síntomas del primer período se sostienen durante dos, cuatro, seis ó siete días, después de los cuales puede entrar en el segundo período, si no se resuelve.

Supongamos, para que el estudio sea completo, que la meningitis avanza y viene el período segundo, representado por la hidrocefalia, con secreción de un líquido que llena los espacios subaragnóideos y que hasta invade los mismos ventrículos laterales. El cambio que se opera en este período no puede ser más radical, y siguiendo el mismo orden que en el primero, digamos que el dolor desaparece; que el insomnio se convierte en soñolencia, y más que soñolencia, en un estado de coma ó de letargo profundo; cesa el delirio, y aquella fotofobia se convierte en indiferencia á la acción de la luz, las pupilas antes tan contraídas se dilatan, y en vez de la miosis hay midriasis, que ordinariamente es simétrica, como simétrica era la miosis, cosa que no sucede en la meningitis granulosa; la inyección, empero, no desaparece, siendo éste un síntoma pésimo, sobre todo cuando se acentúa en un ojo más que en otro; respecto al oído, en vez de excitado está casi insensible, tanto, que hay necesidad de gritar para que el enfermo abra los ojos y nos entienda. Aquella hiperestesia que se había generalizado por doquier, va desapareciendo, y el período irritativo, ó sea el pri-

mero, caracterizado por temblores, contracturas, rigideces y hasta convulsiones generales, se trueca en relajación, en postración y colapso; van cesando los vómitos, la orina es expelida sin conciencia, lo propio que las heces fecales; la fiebre remite, el pulso baja y se va haciendo lento, tanto, que así como en el período primero latía 120 veces por minuto, ahora late 80, 70 y hasta 50 veces; la temperatura descende, pero sin llegar á la cifra normal. Puede haber una circunstancia muy común, que no siempre sirve para significar una fiebre: me explicaré. Hay enfermos que tienen afecciones nerviosas y que experimentan una fuerte pirexia, sólo por un desorden de la inervación; aumentando la temperatura, en una zona determinada, de una parte del cuerpo, (ya se recordará que á propósito de la hemorragia cerebral, dijimos que la fiebre subía en la parte paralizada); pues bien: eso mismo puede suceder en este segundo período, así es que á veces se eleva la temperatura, sin que por esto el pulso cambie, como si hubiera una discordancia entre el proceso esfígmico y el térmico.

En esta fase hidrópica generalmente el curso es progresivo, quedando el enfermo completamente abatido y sólo falta entonces que el líquido ejerza presiones al nivel del cuarto ventrículo, en cuyo caso comienzan las irregularidades del pulso y de la respiración, que son precursoras de la muerte. En la meningitis tuberculosa ofrece esta alteración respiratoria, un tipo especial que no puede confundirse, y consiste en que después de dos ó tres actos inspiratorios fuertes, y como suspirosos, queda el pecho como en parálisis y no respiran durante algunos segundos, volviendo después á presentarse las respiraciones fuertes, y así sucesivamente. Este es también un síntoma de mal agüero, pues casi siempre se produce la muerte por parálisis cardíaca y respiratoria.

Curso.—Es rápido porque, aun suponiendo los dos períodos, bastan á veces ocho ó diez días para que el enfermo sucumba. Pero eso no quiere significar que el curso no puede ser más breve, sobre todo en los niños, en los que puede la meningitis ser tan violenta que mueran al cabo de algunas horas.

Terminaciones.—Puede operarse la resolución en el primer período; pero si aparece el período hidrópico, aunque la curación todavía es posible, ordinariamente la muerte constituye el final del proceso.

Diagnóstico.—Puede confundirse con otras enfermedades y desde luego con la encefalitis aguda; sin embargo, hay puntos de vista capitales para el establecimiento del diagnóstico. En primer lugar, la encefalitis, constituyendo proceso único é independiente, es muy rara y presenta una etiología bastante expresiva: traumatismos, caídas de nalgas, otitis de la caja, y principalmente lesiones del caracol, laberinto y conductos semicirculares, caries del temporal, esfuerzos cerebrales, insomnios prolongados, etc.; cuyos datos etiológicos nos servirán de mucho para establecer el diagnóstico diferencial. Pero en la encefalitis no queda tan separado, como en la meningitis, el primer período de excitabilidad, como tampoco el segundo, ó sea el de postración; además, los fenómenos de parálisis no tienden en la encefalitis á generalizarse tanto como en la meningitis; es menos pirética y no se observa en ella una frecuencia tan grande de pulso.

Es posible confundir la meningitis aguda con la hiperemia cerebral, ya que dijimos que no se localiza en un solo punto, sino que se disemina; sin embargo, si la hiperemia cerebral no es ejecutiva, no es posible la confusión, y si es violenta son tan intensos los trastornos y marchan con tal rapidez, que es imposible desconocerla: una ráfaga de hiperemia es capaz de matar á un niño por eclampsia en el espacio de una hora. Además, en la hiperemia, si puede dominarse, los síntomas desaparecen con gran rapidez, cosa que no es posible que suceda en la meningitis. Respecto de la meningitis granulosa, hay un dato de mucho valor, y es que casi nunca aparece bruscamente, sino que tiene su período de preparación, que puede el médico recelar: los niños están de mal humor, duermen agitados, lloran, no comen, van perdiendo carnes y no tarda en presentarse después la invasión marcada de la meningitis granulosa.

Pronóstico.—Es una enfermedad siempre grave, sobre todo si entra en el período hidrópico; pero en el primer período, á pesar de que se trata de un afecto cerebral muy importante, todavía es corregible y podemos poner en juego una terapéutica violenta. De todos modos, como seguridades respecto de la marcha no las tenemos, será conveniente reservar el pronóstico. Desde luego que es preferible una meningitis franca á una granulosa, que es poco menos que mortal.

Tratamiento.—Debemos dividirlo en tratamiento del primero y del segundo período. En el primer período debemos someter al enfermo á dieta absoluta, y si el paciente no pudiera sostenerla, al cabo de unas cuantas horas, se le puede dar caldo ó leche. Si el individuo ofreciera condiciones á propósito, se puede sacar gran partido de las depleciones sanguíneas; porque en este primer período hay una fuerza vascular que existe *per sé*, aun sin las contingencias del proceso flogótico, que puede producir delirio fuerte y hasta convulsiones, y la muerte. Todo esto arguye la necesidad de oponerse al trabajo de vascularización; así es que deberemos aplicar sanguijuelas en el ano, detrás de las orejas ó en las sienes. Pero, ora porque el enfermo no se ofrezca en buenas condiciones, ora porque tienda al colapso, ora por la edad, lo cierto es que nos vemos privados del uso de las evacuaciones sanguíneas; y entonces otro medio brillantísimo es el mercurio, los calomelanos, á dosis cortas. Creo que si hay una flegmasía que se pueda combatir bien con el mercurio, es ésta: tal vez produce aquí mejores efectos que en la pleuresía y en la peritonitis. Se puede apelar á las sustancias alcalinas, nitrato potásico, de sosa, salicilato de sosa, hoy tan en boga en la Terapéutica, porque es antitérmico, analgésico é isquémico, y por consiguiente se opone á la hiperemia. En este período, si bien es verdad que lo principal es lo que acabo de decir, aun podemos ampliarlo: podemos hacer uso del bromuro potásico, precisamente porque produce efectos parecidos á los del salicilato sódico; también puede recurrirse al cloral, con el fin de sedar al enfermo. La aplicación del hielo es otro remedio de gran fuerza, porque se trata de una

lesión hasta cierto punto periférica, porque se encuentra inmediata á la bóveda craneana, en relación con el cráneo por medio de los vasos que atraviesan la bóveda ósea; por consiguiente, es muy posible que la aplicación del frío produzca una isquemia beneficiosa. Si se trata de una meningitis de la base, no son tantas las ventajas.

En el segundo período, no es útil nada de lo dicho anteriormente; lo que interesa es distraer cantidades de líquido de la aragnoides, para que los fenómenos de compresión disminuyan; de ahí el tratamiento revulsivo que puede hacerse periférico ó intestinal; aplicación de cantáridas en las extremidades inferiores, sobre todo en las pantorrillas, vejigatorios sobre el cráneo á manera de un casquete, aunque el medio es violento; también podemos recurrir á la medicación purgante, principalmente á la hidragoga, á fin de que se produzca un descarte de serosidad; los dialíticos, como el acetato potásico y el yoduro de sódico, y el potásico, no sólo por la virtud diurética que posee, sino por facilitar el movimiento de reabsorción. Si la postración es mucha y los enfermos quedan como en un estado de soñolencia y hay depresión del pulso, convendrá galvanizar un poco la excitación bulbar, para dar tiempo al tiempo; de ahí la administración del café, cafeína, preparados amoniacaes, etc. Si se trata de un niño, en el que se han agotado todos los recursos, puede apelarse á la punción de las meninges por una de las fontanelas ó suturas, si es que todavía existen. Esta operación no produce ningún trastorno especial, si se evita el perforar uno de los senos y producir una hemorragia. Pero aparte de esto, el resultado es dudoso, porque al cabo de algunas horas, como quiera que sigue la secreción de la aragnoides, vuelve la compresión á producirse. Así es que, hasta en los hidrocefalos crónicos, se ha desacreditado este procedimiento, cuanto más en el agudo.

MENINGO-ENCEFALITIS CRÓNICA

Esta afección hasta hace poco no era bien conocida, ó al menos no se le daba el carácter sindrómico que verdaderamente tiene, y que es más propio de la alienación mental que de las encefalopatías ordinarias. Por otra parte, los alienistas, al estudiar una vesania que se relaciona precisamente con la meningo-encefalitis, no hacían referencia á ella. Hoy, bien estudiado el asunto, se ha visto la perfecta concordancia que existe entre lo que anatómicamente apellidamos *meningo-encefalitis crónica* y lo que los alienistas estudian con el nombre de *parálisis general de los alienados*.

Anatomía patológica.—Como el nombre indica, las lesiones existen en las meninges y en el cerebro. Respecto de las meninges, todas ellas están lesionadas, pero de un modo principal la *duramadre*. Las tres se ofrecen gruesas, con infiltración, ingurgitadas, y aun con cierta dureza la que representa periostio de la superficie interior del cráneo. La extensión de estas lesiones es considerable, abarcando toda la zona cortical, sobre todo en su parte psíquica.

La pulpa cerebral, macroscópicamente, se nos presenta con las circunvoluciones como borradas, aplastadas, duras y con cierta erupción granujienta que se observa también en el interior de los ventrículos laterales; el cerebro está duro y esclerosado, porque es de advertir que la lesión suele comenzar por los vasos, y se extiende á la neuroglia. De ahí las placas de induración del cerebro, de todo lo cual se deduce que la masa total del encéfalo resulta menor que en el estado normal.

Etiología.—Es indudable que influye la herencia como preparación remota de la enfermedad, ya que en muchos afectos mentales es aquélla un factor muy atendible; sin embargo, otras son las causas que más directamente influyen en su desarrollo, y entre ellas figuran

en primera línea las bebidas alcohólicas, la sífilis, el sexo masculino, la edad (de 30 á 50 años), y todo género de vida que mantenga grandes excitaciones cerebrales.

Sintomatología.—Lo más importante del síndrome es el estado mental de los enfermos, aparte de ciertos trastornos del orden somático. Respecto de la esfera psíquica, hay un período inicial incierto y sin gran significación diagnóstica, consistente en cambios de carácter, tendencia á la misantropía, ó bien á la exaltación, con irritabilidad de carácter, ilusiones de los sentidos ó alucinaciones de índole la más diversa. Sin embargo, es común que ya de un modo prematuro se presenten en el enfermo manifestaciones de orden somático, que indican el camino que la enfermedad ha de seguir: tal es cierto temblor de la lengua, con articulación de la palabra embarazosa, como si hubiese balbuceo y cierta dificultad en el movimiento lingual. También es común que se produzca cierto temblor de las extremidades, principalmente en las manos; y todo esto llama más la atención que otros fenómenos, que parece debieran desarrollarse preferentemente, dadas las lesiones descritas, como dolor de cabeza, alteraciones de la sensibilidad, etc. El cuadro, pues en este primer período, queda reducido á las indicadas alteraciones psíquicas, al temblor de las extremidades y al balbuceo. Pero avanzan las lesiones, y entonces aparece la fisonomía psíquica característica del mal. Es entonces que van presentándose la amnesia, ó cuando menos una disminución de la memoria, que contrasta con cierta brillantez de los juicios, constituyendo el llamado *delirio de grandezas*. El enfermo con meningo-encefalitis crónica tiene un convencimiento erróneo y exagerado de su propio ser y del estado social en que vive, por cuya equivocación, aun siendo tal vez de condición humilde, se cree persona de gran importancia; siendo pobre ó de escasos recursos pecuniarios, vive en la creencia de que nada en la abundancia, y de ahí proyectos más ó menos fantásticos, pero siempre grandiosos; de ahí la creencia de que haciendo esto ó lo de más allá ha de enriquecerse; que está emparentado con persona

de alta alcurnia; que puede disponer de todo; que no le arredra hacer grandes compras, idear negocios inverosímiles, etc.

Sin embargo, á los ojos del médico no se oculta que todo aquello es fantasmagórico, fuegos de artificio; porque aquel hombre que da muestras de ser un potentado, balbucea, habla mal, le tiemblan las manos, se pone de pie y se tambalea; en una palabra: aquella fuerza cerebral de que hacía alarde, es falsa; en el fondo se ve la tendencia paralítica, y efectivamente, cada día se acentúan más los temblores y las paresias musculares, y el enfermo acaba por no poder andar; va perdiendo el resorte de los esfínteres, y basta ir acentuando todo esto para que se desarrolle la parálisis completa, y para que, en cuanto al estado mental, se vayan apagando todas las actividades hasta caer en los extremos de la demencia, si es que el enfermo no sucumbe antes por congestión cerebral, trombus ó hemorragia.

Diagnóstico.—En los primeros momentos podrá ser dudoso; pero cuando se pronuncia el delirio de grandezas, y aparecen el balbuceo, el temblor, la amnesia y las parálisis, el cuadro clínico no puede confundirse con otro alguno.

Pronóstico.—Ya hemos indicado que es mortal.

Tratamiento.—No le hay positivo; para combatir la esclerosis cerebral, aunque sin resultado, daremos los yoduros, mercurio, arsénico, etc. La hidroterapia también sin resultado. Así pues, sólo un tratamiento sintomático hasta donde quepa.

TUMORES DEL CEREBRO

Son muchos los tumores cerebrales que el hombre padece. Los demás seres del reino animal presentan una reducción bastante notable en el número de los tumores desde el punto de vista anatómico: el ganado lanar frecuentemente padece tumores del encéfalo; pero son parasitarios; procesos raros, por fortuna, en el cerebro humano. Los tu-

mores que más afectan al hombre, en orden de su frecuencia, son: los vasculares, los tuberculosos, los sífilíticos, los cancerosos y los gliomas. Pueden también radicar en las cubiertas cerebrales, incluso los huesos, y en la misma pulpa cerebral. Los sífilomas circunscritos, generalmente se desarrollan en la base; al paso que los difusos, pueden presentarse en cualquier parte, hasta en las circunvoluciones frontales. El cáncer de las meninges, tanto el encefalóideo como el sarcomatoso, pueden presentarse en la pulpa cerebral, con carácter más ó menos franco. Los tuberculosos son comunes en los niños, en los que á veces no tienen más volumen que el de un grano de mijo, y se desarrollan más en las meninges, hacia la cisura de Sylvio, que en la pulpa cerebral. También hay tumores aneurismáticos que pueden dar lugar á fenómenos de compresión con todo el carácter de un tumor.

Los grandes tumores se ofrecen en cualquier época de la vida, pero por regla general se observan en los adultos, al paso que en los niños es frecuente y casi única la meningitis tuberculosa. En los viejos, los grandes tumores son poco frecuentes. La causa próxima no se conoce, pero ya queda dicho que la sífilis, el cáncer, etc., se fijaban en el cerebro. Hay tumores relacionados con un traumatismo, el glioma, por ejemplo. Nada diré de la anatomía patológica, porque prefiero extenderme en la sintomatología y en el diagnóstico diferencial.

Sintomatología.—Preséntanse fenómenos de dos orígenes distintos: unos son debidos á la compresión producida por el tumor, y otros son dependientes de su naturaleza íntima. La compresión producida por el tumor no despierta fenómenos en el sitio mismo de la compresión, sino en partes lejanas del encéfalo, en virtud de una especie de reflejismo ó *schok*.

El síntoma más constante y á veces único del tumor cerebral, es el *dolor de cabeza*: dolor agudo, fuerte, intenso, que los enfermos lo traducen por punzadas, tiranteces ó como si tuvieran un cuerpo extraño en la cabeza. El dolor es continuo, á lo más con ligeras intermitencias, remitiendo durante el día y exacerbándose por la noche.