

menos casi constantes. La hemiopía pertenece exclusivamente á los abscesos de la parte occipital. La muerte sobreviene en el delirio ó en el coma.

Es excepcional por completo, que el principio de esta tercer fase sea lento y progresivo; y se ha preguntado, sin llegar á resolver el problema, por qué los accidentes últimos—á los que sigue la muerte en un plazo tan corto—desarrollan con tal rapidez. No es admisible que el absceso no esté formado ya por completo al principio de la fase paralítica. Si permanece momentáneamente silencioso durante la fase de remisión, se explica por la costumbre de los conductores nerviosos. Pero para comprender la explosión brusca de los espasmos y de las parálisis finales, es preciso admitir la influencia de uno de estos fenómenos de inhibición que desempeñarán, al parecer, cierto papel en la fisiología patológica del porvenir ó resignarse á confesar nuestra ignorancia, que hoy viene á ser casi lo mismo.

En ciertos casos puede especificarse, sin error posible, el estado anatómico accidental que origina los síntomas convulsivos ó paralíticos de la última fase: se ve por ejemplo la infiltración en la cápsula interna de un absceso circunscrito hasta entonces ó su invasión en el ventrículo lateral. En estos casos la interpretación es relativamente sencilla; pero no sucede así en la mayor parte de ellos.

*Forma latente.* — Lo que acabamos de decir, permite dedicar un párrafo especial á una forma clínica en la que faltan por completo las dos fases primeras. La enfermedad principia por la parálisis terminal ó algunas horas después, por el coma mortal.

Si se desconocen las circunstancias etiológicas, por ejemplo, una otitis media antigua ó una caries específica de los senos frontales que pueden ocasionar en un individuo joven un conjunto sintomático tan imprevisto y casi siempre fatal, no se sabe á qué lesión atribuirle y sólo la autopsia da la satisfacción tardía del « diagnóstico seguro ».

Hay, por último, casos en los que sobreviene la muerte sin síntomas. Se observa entonces que el absceso ocupa el centro del lóbulo frontal, ó la parte postero-interna del occipital. A estas localizaciones profundas no corresponden síntomas apreciables, cuando los conductores del centro oval no están interceptados por completo: es precisamente lo que sucede en la encefalitis supurada. Por esta razón, el absceso cerebral ocupa un sitio importante en la etiología de la muerte repentina.

**DIAGNÓSTICO.** — Fuera del traumatismo ó de otra causa bien conocida, el principio de la encefalitis es siempre difícil de apreciar. Los anamnésticos tienen, por lo tanto, un valor de primer orden en el diagnóstico de los abscesos cerebrales. Es indudable que la aparición de la afasia ó de una monoplejía en un individuo que padece otitis media (1), entraña casi por necesidad el diagnóstico de absceso del cerebro. Cuando faltan los datos de este género, debemos limitarnos á los más generales que permiten el diagnóstico por eliminación:

Si no hay indicio alguno de traumatismo craneano, ningún signo de catarro crónico del oído, lesión alguna específica de la órbita ó de las cavidades profundas de las fosas nasales, etc., la cuestión se planteará de la manera siguiente:

(1) Saenger et Siela, *Centralbl. f. Chir.*, 1898, n.º 10.

te: dado un conjunto sintomático, caracterizado por fenómenos dolorosos, convulsivos ó paralíticos, con fiebre, ictus jacksonianos, coma apoplético, etc., ¿cuáles son las afecciones cerebrales susceptibles de producirle?

La *meningitis tuberculosa infantil*, en las condiciones bastante especiales de edad y de herencia morbosa en que se presenta, es casi siempre fácil de conocer. Al contrario, la forma larvada de los adultos, tan bien estudiada por Chantemesse, puede, con la mayor facilidad, inducir al error. « La localización regional de los accidentes, la sucesión de las fases dinámicas y paralíticas de las reacciones cerebrales, pueden ser idénticas; cuando el proceso interesa más tarde las meninges, la cefalea circunscrita, la aparición de la raya meníngea, el vientre abarquillado, los vómitos, y las irregularidades del pulso, completan una semejanza engañosa » (1). Lo mismo sucede con las meningitis « por insolación », á las que acaba por aludirse, y cuyos ejemplos son excepcionales para que figuren en lista. En estas afecciones, la cefalea jamás se limita con exactitud.

La *hemorragia cerebral y el reblandecimiento por trombosis ó embolia* se manifiestan, en la mayor parte de los casos, por un ictus apoplético inicial. Aunque este modo de invasión es propio también del absceso del cerebro, puede considerarse como verosímil que un individuo joven que no es sifilítico, ni alcohólico, ni reumático, ni tuberculoso, y en el que se presenta de repente una apoplejía que va acompañada de fiebre con fenómenos convulsivos, padece más bien una encefalitis circunscrita supurada, que una hemorragia capsular ó un reblandecimiento cortical.

El problema es el mismo, en lo que se refiere al diagnóstico de los *tumores*, y en particular de los *tumores parasitarios*. En este caso, los síntomas pueden presentarse de una manera rápida, absoluta. Es necesario tener presente que los ictus cerebrales por tumores, van acompañados rara vez de fiebre. Aunque, por otra parte, en los casos de evolución lenta, los tumores originan una cefalalgia circunscrita, ésta se desarrolla en general de un modo más progresivo, y dura mucho más tiempo. Además, las convulsiones epileptiformes son mucho más frecuentes en los que padecen tumores; se presentan con intervalos más ó menos regulares, como en los epilépticos; tienen mucha más importancia que los fenómenos paralíticos. Entre estos últimos es frecuente el estrabismo, y excepcional en la encefalitis supurada. Lo mismo sucede con la atrofia de la papila, frecuentísima en los tumores, y rara en absoluto en los abscesos.

El diagnóstico de la *paquimeningitis hemorrágica*, es más difícil; ésta es consecutiva también al traumatismo; es capaz asimismo de originar un dolor unilateral, fiebre, y de producir parálisis espasmódicas ó convulsiones epileptiformes. Pero se recordará que el dolor de la paquimeningitis es *superficial*, menos circunscrito, que se propaga por el territorio de las ramas del quinto par, afectados en las meninges y, por último, que no le exacerban los movimientos; que la fiebre es efímera por completo; y, en fin, que los ictus convulsivos suceden inmediatamente á un período de depresión, sin el período de calma intercalar que se observa en el absceso del cerebro.

La *paquimeningitis de los alcohólicos y de los viejos* no se prestan á confusión

(1) Chauffard, *Soc. méd. hóp.*, 31 Julio, 1891.

alguna por su carácter bilateral, y sobre todo por las condiciones etiológicas que la rigen.

Cuando por eliminación se deduce la existencia de un absceso cerebral, el problema está todavía á medio resolver. Es preciso localizar el foco. Nada tenemos que añadir sobre este asunto á lo que hemos dicho ya relativo á las localizaciones en general. La intervención quirúrgica depende de esta localización en cada caso en particular. Pero es necesario, sobre todo, no olvidar que aunque los fenómenos *localizados* son complejos y no se atribuyen al parecer á una lesión *localizable*, esto depende de que los abscesos del cerebro son muy á menudo múltiples y que en un gran número de observaciones coexiste un foco cerebral con otro cerebeloso.

PRONÓSTICO.—Es inútil insistir sobre la gravedad del pronóstico. Primero, porque los casos frustrados de evolución fulminante, no sólo hacen fracasar todo tratamiento, sino á menudo todo diagnóstico; después, porque la multiplicidad y el volumen de los abscesos no son compatibles, aun en las formas lentas, con una separación *ad integrum*; además, porque la intervención quirúrgica, si no es muy tardía, jamás es lo suficientemente completa; y por último, porque en las observaciones más favorables, la destrucción espontánea ú operatoria del hemisferio ha producido consecuencias desastrosas sobre el mecanismo tan delicado y complicado del encéfalo.

TRATAMIENTO.—La terapéutica puede ser eficaz antes de formarse el absceso propiamente dicho, cuando es posible diagnosticar una encefalitis. En tales casos deben emplearse con la mayor rapidez y energía todos los medios revulsivos y derivativos; las emisiones sanguíneas locales é inmediatamente después las aplicaciones de hielo *loco dolenti*, son los medios que se han empleado siempre y que se emplearán sin duda durante mucho tiempo. La derivación intestinal por los purgantes drásticos, la medicación hiposténica contra los accidentes espasmódicos y la excitación, la estimulante contra los de depresión ó de entorpecimiento, son, en general, los recursos médicos propiamente dichos. El ioduro potásico, excepto en la infección sífilítica, no ejerce al parecer influencia alguna sobre el absceso, una vez formado. Pero es prudente recurrir á él, porque la sífilis es la causa desconocida por excelencia.

Cuando los síntomas de la supuración local son tan evidentes que es imposible la duda, debe intentarse la evacuación del pus. Sensible es tener que reconocer que esta intervención es casi siempre muy tardía para obtener éxito. La causa es no existir pruebas evidentes hasta después del período de remisión. Para obrar con utilidad, sería preciso abrir el absceso durante este período, es decir, antes de los accidentes finales que quitan toda duda. Pero jamás se poseen los datos suficientes sobre la existencia y el sitio del absceso para atreverse á emplear prematuramente el medio supremo, la trepanación, el único tratamiento que da alguna esperanza. No debe condenarse la prudencia, por excesiva que sea. Pero deben recordarse algunos éxitos obtenidos, considerarlos como el objeto que se quiere alcanzar, no olvidar lo inofensivo de la trepanación y tener presente el resultado fatal si no se emplea.

## CAPÍTULO XII

### ENCEFALITIS CRÓNICA Y ENCEFALOPATÍAS ATRÓFICAS DE LA INFANCIA

Los niños, desde el nacimiento hasta la segunda dentición, están expuestos á una serie de afecciones orgánicas del encéfalo que, con un substratum anatómico variable, se manifiestan por un conjunto de síntomas clínicos muy constante. La cuestión de la localización es la más importante, lo mismo que en el adulto. Los casos no son por necesidad idénticos; pero en general, y cualquiera que sea la naturaleza de las lesiones que provocan el síndrome, este último está caracterizado casi siempre por *trastornos de la movilidad, en los que domina el elemento espasmódico, combinados con modificaciones más ó menos profundas de la inteligencia.*

Las alteraciones del encéfalo de que se trata consisten en diversas clases de inflamaciones crónicas, espontáneas ó consecutivas á isquemias ó á hemorragias circunscritas: la esclerosis lobular, la de todo un hemisferio, la meningo-encefalitis parcial, la porencefalia y otras tantas variedades anatómicas, bastante definidas por sus nombres, y á las que siguen trastornos funcionales que vamos á estudiar. Entre éstas existe una, cuyo tipo clínico es tan especial y homogéneo de un modo tan notable, que durante mucho tiempo se le ha considerado como dependiente siempre de un solo y mismo proceso encefalopático: la *hemiplegia espasmódica infantil*. Pero es difícil, sin embargo, que esta hemiplegia pertenezca exclusivamente á tal ó cual forma de encefalitis. La lesión importa poco;

su localización tiene una influencia mucho mayor. Pero lo que da al cuadro clínico un aspecto especial es, quizá más que la localización, el hecho de que el proceso principia en un período de la vida en el que el cerebro está incompletamente formado, cuando apenas principian á esbozarse sus fibras de las comisuras y sus hacecillos anastomóticos. Hay, por tanto, en la historia de las encefalopatías infantiles, algo muy especial é inherente en absoluto á la edad.



Fig. 47. — El pie zambo (Ribera).