

tades musculares ordinarias y de cierto grado de inteligencia. Las partes existentes habian bastado para el sostenimiento de todas las funciones, y al de los músculos en particular. Volviendo á nuestro objeto, creemos que puede establecerse una lesion, aunque sea profunda, sin producir parálisis, si su marcha es lenta. Tal lo demuestran los casos frecuentes de reblandecimientos extensos, de encefalitis crónicas, de cánceres y de tubérculos de los centros nerviosos, sin parálisis.

Si se nos hace la objecion de que las mismas lesiones han producido en otros casos parálisis perfectas, dirémos que tieneu su explicacion en la destruccion de los filetes próximos, y que por lo tanto no pueden suplirse, y tambien por la complicacion brusca y rápida que hemos señalado ya, en la presentacion de estos fenómenos. Un reblandecimiento del cerebro cuya marcha es lenta, sin parálisis apreciable, puede hacer caer al enfermo repentinamente atacado de hemiplegia; producida una congestion periférica ó una hemorragia en el foco del reblandecimiento, se verifica una rotura extensa de las fibras respetadas hasta entonces, resultando una interrupcion rápida en el curso del influjo nervioso. No insistirémos sobre la explicacion de estos hechos tan fáciles de comprender, y para los que recordamos lo que sucede en la circulacion colateral, en las interrupciones de las vías arteriales.

Harémos notar tambien que la produccion de la parálisis es tanto mas fácil, cuanto la lesion está mas próxima á la base del cerebro, á los pedúnculos y al bulbo; existe un verdadero *detritus* en el sitio por el cual deben pasar las sensaciones y los impulsos voluntarios; poco se necesita para interceptar su paso en estos sitios, no sucediendo lo mismo en la parte superficial exterior del cerebro. Las desorganizaciones profundas de la superficie tienen poca accion sobre el movimiento, al paso que la menor lesion de los pedúnculos y del bulbo pueden hacerse prontamente mortales por la interrupcion de los centros nerviosos con la periferia. — Se hace representar en fisiología un gran papel al bulbo y á los pedúnculos, pero seria un error si se les considerase como el punto de partida del movimiento y del sentimiento. Es cierto que las vivisecciones parecen apoyar esta idea de fisiología experimental; pero es fácil encontrar en el bulbo ó en los pedúnculos el punto en que tienen bajo su dependencia tal ó cual parte del cuerpo, y la poca extension de aquellos explica el resultado; seria una equivocacion deducir de esto que el origen, el manantial de las funciones no existe mas arriba; es muy difícil de encontrarse en el espesor de la masa cerebral. La médula oblongada no es, en nuestro concepto, sino un cordon de transmision, un es-

trecho por el que pasan las impresiones exteriores para llegar hasta el cerebro, y por el cual se transmiten las órdenes emanadas de la masa encefálica. Es una expansion de los nervios, en cuyo seno se elaboran los actos voluntarios que se trasmiten en seguida por tal ó cual vía, ó talvez por toda la extension de la masa. Cuando se altera un punto, cesa de ser conductor, y las partes inmediatas se encargan mas ó menos de la funcion que desempeñaba; pero el acto nervioso debe siempre pasar por el puente de los pedúnculos y la médula. Si se altera esta, la transmision se compromete con mas seguridad que si el sitio de la lesion está mas arriba; de aquí la mayor facilidad en la produccion de la parálisis y otros accidentes por la lesion de la base del cerebro.

Hemos llegado á la indicacion de los caracteres de la parálisis muscular en las principales afecciones cerebrales.

Congestion cerebral.—Se distinguen dos especies de congestiones de la cabeza, la de los centros nerviosos y la de los vasos del interior y del exterior del cráneo.

Esta última, que debe denominarse *éstasis sanguíneo de la cabeza*, se manifiesta principalmente en las enfermedades del corazon y de los pulmones, en la asfixia, en la embriaguez, á consecuencia de la insolacion y el uso del opio. Está caracterizada por la estancacion de sangre en el sistema venoso, y por su regreso incompleto y muy lento á la vena cava superior, mientras que la sangre arterial continúa afluyendo al cerebro por todas las arterias ascendentes del cuello. Se ve entonces una distension general de las venas yugulares, de las de la cara, de los senos de la dura madre y de toda la red venosa de la superficie cerebral: el cerebro se encuentra tambien ingurgitado de sangre en toda su extension: este líquido no está extravasado, y su detencion en las venas cerebrales es consecutiva á la distension de los grandes troncos venosos. Este estado no sobreviene sino de un modo lento y gradual. En estos casos no se observa generalmente sino cefalalgia, obtusion de los sentidos, debilidad de las funciones musculares, pero sin parálisis real ni localizada. A esta forma es á la que deben referirse los numerosos casos de congestion cerebral, observados en los soldados en marcha por sitios descubiertos, al sol, y por una elevada temperatura. Andral cita diversos casos, y se han observado otros hace ya algunos años en Bélgica.

En la otra especie, que es la *verdadera congestion cerebral*, el sistema circulatorio extra-craneano no está ni mas lleno, ni mas distendido que de ordinario, y la lesion se encuentra situada exclusi-

vamente en el cerebro, encontrándose un punteado mas ó menos menudo, arborizaciones y rastros vasculares: este estado rara vez es general, ocupando comunmente un solo punto. No es esta una congestión mecánica como la precedente, sino activa y que participa más de la fluxion inflamatoria que del éstasis pasivo. Se localiza y desarrolla sobre todo alrededor de un punto de inflamación, de reblandecimiento preexistente, alrededor de una producción cualquiera, que la sirve en cierto modo de núcleo. Pertenece al mismo género que la congestión que se encuentra en las inmediaciones de los focos apopléticos. Los síntomas son en esta especie muy diferentes de los de la antecedente. Escasa ó ninguna cefalalgia, invasión brusca y accidentales en el opuesto lado al que en el cerebro sufre la congestión, alteraciones de la sensibilidad y del movimiento, algunas veces hemiplegia verdadera y completa. Hé aquí un ejemplo de esta forma de congestión cerebral.

Al fin del mes de setiembre del año 1853, un hombre de treinta años, que estaba en la visita de M. Bouillaud (sala de San Juan de Dios, núm. 9), afectado de tisis laringea, se vió bruscamente atacado de hemiplegia derecha sin pérdida del conocimiento; la parálisis era absoluta en los miembros y en la cara, no existiendo sino débiles movimientos reflejos en el brazo; la palabra se enunciaba con mucha dificultad, conservándose la sensibilidad. Al cabo de media hora se presentó el movimiento en el lado del cuerpo paralizado, y desapareció la dificultad en la dición. Dos días despues se reprodujo la hemiplegia, y el enfermo murió al tercer día de la recaída. En el fondo de la cisura de Sylvio del lado izquierdo existía una meningitis poco extensa; una masa alargada, formada por el tejido fibroplástico aglutinante de las meninges de los lados de la cisura, de 5 á 6 milímetros de espesor, dura, cenicienta, de antigua apariencia y adherida fuertemente al tejido cerebral, sin que este estuviese sensiblemente alterado; la parte mas posterior de esta masa estaba negruzca, extendiéndose esta coloración hasta la mitad inferior del pedúnculo cerebral correspondiente, cuya estructura era fácil de reconocer; en fin, había punteado sanguíneo en este pedúnculo, en el tálamo óptico y en el borde de la cisura de Sylvio. El lado opuesto del cerebro estaba sano. El exámen microscópico hizo encontrar, en el tejido anormal, filamentos fusiformes poco numerosos y muy pálidos, glóbulos de inflamación y de pus, sin rastros de materia tuberculosa.

En este caso, la parálisis no podía explicarse por la presencia del tumor en la cisura de Sylvio, donde por otra parte había estado permanente. Este tumor ha sido, si se quiere, la causa mediata: en

cuanto á la causa inmediata que la ha producido, no ha podido consistir sino en una causa pasajera como la misma parálisis, esto es, en una congestión sanguínea que afectó el pedúnculo del cerebro. Recordando lo que hemos dicho anteriormente sobre la importancia de esta parte como órgano de transmisión, se comprenderá por qué en una afección tan poco extensa é importante, como una congestión, produjo una parálisis tan extensa y completa.

En general, en la parálisis por congestión cerebral no hay pérdida de la inteligencia como en la apoplejía propiamente hablando; pero existen vértigos, alteraciones de los sentidos, etc. Esta parálisis es algunas veces gradual; pero se disipa con mucha rapidez. Esta afección tiene formas diversas, y está perfectamente descrita en la *Clinica* de M. Andral.

Hemorragia cerebral.—Existen tres grados ó variedades que M. Rostan llama *hemorragia mediana, débil y fuerte*. La mediana es el tipo de la afección, y al mismo tiempo su forma mas comun. La parálisis muscular es el fenómeno capital. Hé aquí cómo se manifiestan los fenómenos.

La apoplejía sanguínea se verifica en general en el centro de los lóbulos cerebrales, pudiendo depender de la rotura de los vasos cuyas paredes se han hecho inextensibles y frágiles por la inflamación crónica (Bouillaud), ó de un reblandecimiento anterior. Se presenta principalmente en los adultos y en los viejos. No va nunca ó rara vez precedida de síntomas de congestión, de epistaxis, de cefalalgia; exceptuándose, sin embargo, los casos en los cuales se produce en el centro de un reblandecimiento inflamatorio.

Los individuos bien constituidos pierden súbitamente la inteligencia, el sentimiento y el movimiento, presentando algunas veces movimientos convulsivos que se disipan con rapidez; caen del lado opuesto á la lesión cerebral; la cara se altera, se desfigura, y toma un tinte rojo y violado ó una coloración pálida y cadavérica; expresa el estupor mas profundo, la respiración se hace difícil y estertorosa; los ojos se ponen vítreos, parados y sin expresión; la saliva sale de la boca babeando; algunas veces se presentan evacuaciones involuntarias: los miembros se ponen flácidos, moviéndose algunas veces un poco cuando se les pincha, pero sin que la cara demuestre sufrimiento.

Al cabo de algunos instantes, ó de muchas horas ó algunos días, los enfermos vuelven en sí. La inteligencia es entonces débil, obtusa, y la palabra torpe; hay atontamiento, pero sin cefalalgia; parecen salir de un largo sueño, y no atienden bien á las preguntas que se

les dirige, quedando una parálisis franca de la mitad del cuerpo, es decir, de la cara y ambos miembros.

Cuando se elevan los miembros, caen por su peso, ó no ejecutan sino movimientos débiles é incompletos. Los enfermos no pueden ni levantarse ni moverse de su cama, se arrastran ó dejan rodar con ayuda de los miembros sanos, pero con mucha dificultad. La sensibilidad se conserva generalmente; algunas veces está debilitada, pero nunca extinguida; así es que cuando se pellizca en los miembros sanos, la fisonomía expresa el sentimiento, y el enfermo se mueve para huir del dolor; algunas veces esta excitación determina movimientos completamente involuntarios, sin que el enfermo tenga conciencia de ellos, y que tienen en la médula el punto de partida (*movimientos reflejos*). Parálisis de los esfínteres é incontinencia de orina y de las materias fecales, parálisis de la vejiga y del recto, y entonces retención de sus materiales. Dificultad en la deglución; introducción de las bebidas en la laringe, tos, etc. Algunas veces dificultad en la respiración por parálisis de los músculos respiratorios: comunmente se conserva la acción del diafragma, á menos que la apoplejía ocupe las inmediaciones del bulbo, en cuyo caso la muerte por asfixia es rápida.

La parálisis se disipa gradualmente, pero con lentitud; la cara adquiere primero sus funciones, después el miembro inferior y últimamente el brazo; algunas veces los esfínteres no se contraen normalmente sino muy tarde, y en su consecuencia muchos enfermos conservan largo tiempo la incontinencia de orina ó de los excrementos; el aspecto de un convaleciente de una hemiplegia es característico; se ve á los enfermos arrastrar una pierna, inclinar el cuerpo hácia adelante sobre este lado, el brazo en flexión y sujeto al pecho por una charpa, persistiendo la parálisis mas largo tiempo en este miembro que en la pierna.

Algunas veces el movimiento reaparece completa ó incompletamente.

La hemorragia tiene sobre todo por carácter: la pérdida de la inteligencia, del sentimiento y del movimiento; después, la vuelta de la inteligencia y del sentimiento con persistencia de la hemiplegia; por último, el descenso gradual de esta y la curación algunas veces completa.

Esta hemorragia tiene sus variedades. Cuando es fuerte, la muerte sobreviene antes de la vuelta de la inteligencia. Si es débil, la pérdida de la inteligencia dura poco, la hemiplegia es incompleta, la parálisis poco pronunciada, no afectando sino algunos músculos, rara vez los de la cara, y se disipa con rapidez.

Sucede á menudo que, renovándose la hemorragia, se multiplican los focos, viéndose entonces nuevos ataques generalmente mas débiles que el primero, pero siempre con pérdida del conocimiento; y cuando este reaparece, se nota que, según la parálisis es mas extensa ó mas fuerte, la inteligencia está mas alterada.

En la convalecencia sobrevienen algunas veces encefalitis alrededor de un foco apoplético, traduciéndose esto por fiebre, cefalalgia, convulsiones, contractura, aumento de los fenómenos paralíticos, alteraciones de la sensibilidad y debilidad de la inteligencia; los enfermos se quejan, gritan, se enternecen y lloran sin motivo.

Algunas veces la apoplejía no produce sino la parálisis de una parte del cuerpo. Según algunos médicos, estará localizada en el cuerpo estriado, si la paralizada es la pierna; en el tálamo óptico, si es el brazo; en los lóbulos anteriores del cerebro, si quedan abolidas la memoria y la enunciación de la palabra (Bouillaud); en la protuberancia, si hay hemiplegia *alterna* (Gubler). Por último, parece seguro que una hemorragia en la protuberancia altera la respiración y da lugar á fenómenos de asfixia.

En la mayoría de los casos es menester renunciar á establecer una relación entre el sitio de la hemorragia y el de la parálisis. Hay por lo menos una excepción de esta regla. M. Broca ha demostrado que la pérdida de la palabra (afasia) iba acompañada de una hemiplegia derecha, y que estaba enlazada á una lesión de la tercera circunvolución del lóbulo anterior izquierdo. Esta singular coincidencia, que contradice de un modo manifiesto las ideas tenidas acerca de la acción simétrica de las partes similares de los hemisferios, se apoya en un número de observaciones suficiente para desvanecer toda duda. Debemos añadir que las autopsias se han verificado con todo el cuidado apetecible, y que las investigaciones se han ejecutado por los anatómicos mas expertos.

La parálisis es algunas veces cruzada, dando entonces lugar á suponer una lesión doble, la que tiene lugar frecuentemente cuando la hemorragia, después de verificarse en un hemisferio, se abre paso á los ventrículos laterales, y se pone en comunicación con los dos hemisferios: lo mas comun es que exista hemorragia en un hemisferio y congestión en el otro; algunas veces es, sin embargo, inexplicable la parálisis cruzada. En todos los casos sucede que el movimiento vuelve mas pronto en un miembro que en otro.

En las *hemorragias del cerebelo* hay mas bien paresia que parálisis verdadera. Se observa con frecuencia una titubeación comparable á la de la embriaguez. La hemiplegia es rara y por lo comun incompleta. Se conserva la sensibilidad. Cuando existe la hemiplegia, es

directa algunas veces, pero las más cruzada. Las paraplegias, cuando se observan, son casi siempre incompletas. Las alteraciones de la palabra varían desde la simple dificultad á la imposibilidad completa de articular. Se observa con alguna frecuencia amaurosis y sordera. M. Hillairet ha insistido mucho sobre los vómitos ⁽¹⁾.

Se observa con frecuencia la parálisis en los casos de *hemorragias meníngeas*. Estas hemorragias, frecuentes sobre todo en los borrachos y en los viejos, se han estudiado últimamente con gran esmero por Charcot y Vulpian, según los que el origen de la hemorragia son los vasos desarrollados en el espesor de las falsas membranas de la dura madre (paquimeningitis). Estas hemorragias meníngeas van acompañadas con menos frecuencia de parálisis que las hemorragias cerebrales. La contractura y las convulsiones se observan preferentemente.

Encefalitis. Reblandecimiento del cerebro.—Hasta estos últimos tiempos ha reinado una completa confusión sobre la naturaleza del reblandecimiento. En los trabajos de Rostan y Lallemand, de Bouillaud y de Durand-Fardel, vemos siempre la palabra reblandecimiento como síntoma de encefalitis, excepto en algunos casos, sobre los que estos renombrados observadores se ven obligados á guardar alguna reserva. Los trabajos modernos han establecido de un modo manifiesto que la inflamación no entra por lo común en nada en la génesis del reblandecimiento. Puede decirse que estos trabajos han tendido á borrar del cuadro nosológico la encefalitis, con la que se ha querido sustituir hace algunos años el reblandecimiento. Es cierto que fuera del traumatismo apenas se observa la encefalitis sino en los casos de meningitis, tumores cerebrales y afecciones óseas. Es, por el contrario, uno de los casos mejor establecidos que el reblandecimiento cerebral rojo ó blanco es siempre consecutivo á lesiones vasculares de las arterias ó de los capilares del encéfalo. Las lesiones son por lo común resultado de embolias ó de trombosis, siendo el resultado idéntico. Una parte de la sustancia cerebral se ve privada de los materiales que le suministran los vasos y sufre una verdadera *desnutrición*, y su estructura se modifica profundamente; se reblandece, y el microscopio hace ver una transformación regresiva grasosa de los elementos nerviosos, y demuestra la alteración de los vasos, origen de todo el

(1) Hillairet, *Archives générales de médecine*, 1838.—Aug. Voisin, *Des Signes propres à faire distinguer les hémorragies cérébelleuses des hémorragies cérébrales*. (*Union médicale*, 1839).—Luys, *Syst. nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions et ses maladies*. París, 1863, in 8 et atlas.—*Archiv. générales de médecine*, 1864.

desórden. Estos hechos se habían como adivinado por Rostan, á lo menos en lo concerniente al reblandecimiento blanco, al que consideraba como una especie de gangrena; pero el tinte rojizo de ciertos reblandecimientos había sido siempre apreciado como manifestación de su naturaleza inflamatoria. Hoy se miran estas coloraciones como hiperemias procedentes de fluxiones colaterales ó de éstasis sanguíneas. Experimentos comprobantes no han dejado duda sobre el particular.

En resumen, fuera del traumatismo, casi todos los casos de encefalitis aguda ó crónica pueden agruparse al reblandecimiento, encontrándose hoy casi siempre en las obliteraciones vasculares la aplicación de las lesiones que hasta ahora se consideraban como el resultado de la más franca inflamación. Nosotros no negamos la encefalitis, sino que restringimos considerablemente su papel en la patología cerebral.

Sin embargo, bien se comprende la dificultad de escoger entre los síntomas que se han creído característicos de la encefalitis los que en realidad la pertenezcan.

Presentaremos, sin embargo, los que siempre pueden observarse en el reblandecimiento cerebral.

Estos síntomas no son siempre idénticos. Se admiten muchas formas de reblandecimiento:

1.º La forma apoplética. La apoplejía puede ser más ó menos grave, y variar desde una pérdida momentánea del conocimiento con hemiplegia, hasta un coma rápidamente mortal.

2.º Forma repentina, la más frecuente de todas. En esta forma no se observa la sideración que caracteriza la apoplejía. La inteligencia se conserva por lo general. La hemiplegia es incompleta. Es frecuente que al levantarse se encuentre el enfermo paralizado. La pérdida del movimiento puede ser completa y conservarse la sensibilidad.

3.º La forma atáxica. Se caracteriza por cefalagia violenta, el delirio, y las convulsiones son muy raras, al menos en el reblandecimiento simple, sin complicación de meningitis ó de delirio alcohólico. En los casos raros de cerebritis verdadera esta forma es, por el contrario, habitual.

4.º El reblandecimiento lento, en el que los enfermos presentan durante mucho tiempo todos los signos de una alteración permanente de las funciones cerebrales; aturdimiento, sordera, vértigo, embarazo de la palabra y debilidad en los miembros. Casi siempre este estado crónico se anima de cuando en cuando por ataques más ó menos fuertes, que dejan cada vez al enfermo más abatido. Un ataque apoplético termina generalmente la escena.

El reblandecimiento puede confundirse en la forma apoplejiforme con la hemorragia cerebral. Lo cierto es que ni en la forma de los accidentes, ni en los prodromos hay nada que diferencie ciertamente ambas enfermedades. El diagnóstico se apoya en consideraciones deducidas del estado del enfermo. Se creará en un reblandecimiento cuando el sujeto atacado tenga una enfermedad del corazón ó esté sujeto á otras crónicas con caquexia. La conservación de la inteligencia y de la sensibilidad concuerda mejor con el reblandecimiento. Se diferencia la congestión por la rapidez con que por lo común desaparecen los accidentes. Fácilmente se comprende la inseguridad de estos diagnósticos. Lo mismo diremos de la hemorragia meníngea.

La encefalitis aguda comienza de pronto; tal es la que se observa á consecuencia de las heridas, contusiones del cráneo, caídas, golpes, etc.; se distingue generalmente por una serie de síntomas, como fiebre, calambres, contractura, cefalalgia intensa, que son excepcionales en el reblandecimiento. Añadiremos que á estas contracturas sucede, cuando la encefalitis sigue su curso habitual y ha desorganizado la pulpa cerebral, una hemiplegia que aumenta con rapidez.

Cuando el reblandecimiento sigue una marcha lenta, puede confundirse con muchas enfermedades, principalmente con la parálisis general. Se observa que en esta última enfermedad hay mas bien debilidad general que verdadera parálisis. Se ha observado en la palabra un embarazo característico.

No pretendemos dar al diagnóstico del reblandecimiento una certeza que no tiene clínicamente. Hay un conjunto de síntomas que pueden guiar al observador, sin darle, sin embargo, certeza absoluta de su diagnóstico.

Es verdad que el reblandecimiento va por lo común precedido de prodromos, que producen con mas frecuencia que hemorragias parálisis incompletas, pero que quedan persistentes, y van acompañadas de contracturas tardías, procedentes lo mas probable de la degeneración secundaria de los manojos medulares. La demencia y sobre todo la afasia son tambien mas frecuentes en el reblandecimiento que en la hemorragia cerebral.

En fin, siempre que tengamos á la vista una lesión cardíaca ó arterial que pueda determinar la embolia; cuando observemos un enfermo atacado de una de esas enfermedades que predisponen á las coagulaciones sanguíneas, estado puerperal, caquexia cancerosa, etc., en todos estos casos las lesiones cerebrales que se produzcan deben referirse con preferencia al reblandecimiento (1).

(1) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau, ou Histoire anatomo-*

Otras afecciones del cerebro.—El modo de producirse, la marcha de la parálisis y su asociación con otros accidentes, presentan menos firmeza y regularidad en otras afecciones del cerebro que en las que acabamos de estudiarla.

En la meningitis no hay parálisis de los músculos de la vida de relación, observándose, por el contrario, en los de la vida orgánica, en el recto, en la vejiga, el esófago, etc., pudiéndose presentar, sin embargo, en los músculos de los ojos.

Lo mismo sucede en las infiltraciones serosas, sero-sanguinolentas, purulentas, etc. En todos estos casos se ha señalado la parálisis, pero incompleta y doble, y que nosotros designaremos con el nombre de *resolución*. (V. esta palabra).

Los productos extraños desarrollados en el exterior ó en el espesor de los centros nerviosos, no producen algunas veces ningun fenómeno apreciable, lo que se puede explicar, sea por la lentitud de su producción, sea por el sitio que ocupan, de lo cual es fácil darnos cuenta por las razones que hemos expuesto al estudiar el mecanismo de la parálisis. Además, siendo tan variables estas producciones accidentales, sería aventurado pretender plantear de un modo seguro el diagnóstico.

Hé aquí, sin embargo, lo que puede decirse para terminar la observación de un gran número de casos.

Se deben distinguir los productos extraños bajo el punto de vista de su naturaleza, de su volumen y de su sitio.—Las especies que se encuentran comunmente son: los tubérculos, el cáncer, los tumores fibrosos ó fibro-plásticos, las hidátides y los tumores sífilíticos.

Los tubérculos forman generalmente tumores desde el volumen de un guisante ó de una nuez, en oposición á lo que sucede en las demás partes del cuerpo en que están comunmente aislados y únicos. Se los encuentra en la superficie de los hemisferios y adherentes á la pia madre, de modo que están en contigüidad con el cerebro, ó bien colocados en la base del cráneo, en cuyo caso están generalmente fijados en la dura madre y, por último, en la misma pulpa cerebral; parece que tienen predilección por el cerebelo y por los pedúnculos cerebrales y del cerebelo. Estos tumores están siem-

pathologique des congestions encéphaliques, du délire aigu, de la paralysie générale ou périencéphalite chronique diffuse à l'état simple ou compliqué, du ramollissement cérébral ou local aigu et chronique. Paris, 1839.—Virchow, *Archiv. für pathologische Anatomie.* Berlin, 1860.—Lancereaux, *De la thrombose et de l'embolie cérébrales considérées principalement dans leurs rapports avec le ramollissement du cerveau.* Thèse, 1862.—Proust, *Thèse d'agrégation de médecine,* 1866.

pre en el estado de tubérculo duro, amarillo, opaco; no lo hemos visto nunca en estado de materia gris semitransparente, ni en el estado de supuración; son de un amarillo claro ó casi blancos, muy semejantes por su color á la pulpa cerebral, siempre duros y resistiendo al escalpelo, de modo que hay algunas veces dificultad de distinguirlos de la sustancia cancerosa. Cuando están en la pulpa cerebral forman cuerpo con ella, y no puede apreciarse exactamente su superficie; cuando están en las meninges, tienen la superficie áspera y como mamelonada. Es muy raro encontrar al mismo tiempo granulaciones tuberculosas en las meninges. Los tubérculos voluminosos, como los que describimos, dan comunmente lugar á la meningitis, si se desarrollan en estas membranas; pero si su sitio es la pulpa cerebral, son en general mas inofensivos, y no determinan sino congestión; no recordamos haber visto encefalitis ni reblandecimiento á su alrededor.

Los tumores cancerosos tienen muchas semejanzas con los tuberculosos; son generalmente pequeños, duros, blancos, desarrollándose en las meninges y en la pulpa cerebral; pero son con frecuencia múltiples y caminan hácia el hueso, llegando en muchos casos á perforarle y hacer salida al exterior. Tienen algunas veces un color verde muy marcado, señalado por M. Lebert (*), pero que ya se habia indicado anteriormente. Suelen adquirir gran tamaño y se reblandecen, produciéndose hemorragias en su interior. Se los encuentra rara vez colocados en los pedúnculos y en la proximidad de la protuberancia anular.

Las producciones fibrosas ó fibro-plásticas tienen generalmente su punto de partida en las meninges, penetrando, al aumentar de volumen en las anfractuosidades, pero sin adherirse ó verificándolo por filamentos muy delgados; no los hemos visto nunca en la pulpa cerebral.

Los parásitos mas comunes en el hombre son los hidátides y los cisticercos. Los hidátides que contienen equinococos son casi siempre solitarios, de un gran volumen, y colocados en la masa cerebral, sin quiste protector y sin adherencias. Se los encuentra por lo comun en el centro de los hemisferios, y algunas veces en la superficie, sin que suelan verse en el exterior del cerebro. Su volumen suele igualar al de una naranja, en cuyo caso la pulpa cerebral está comprimida alrededor del tumor, pero sin alterarse.

Las enfermedades sifilíticas pueden producir en el encéfalo ó en sus cubiertas lesiones variables y múltiples que han sido objeto úl-

(* *Traité pratique des maladies cancéreuses*. Paris, 1851.

timamente de investigaciones minuciosas (*). Estas lesiones consisten mas habitualmente en exudados, tumores de volumen variable afectando una especie de predilección por las partes situadas en la base de los hemisferios, de lo que resultan con frecuencia parálisis circunscritas que pueden ayudar al establecimiento del diagnóstico. Por otra parte, los síntomas determinados por las alteraciones sifilíticas del encéfalo no presentan en su marcha nada que les distinga de los tumores ordinarios ó de ciertas formas de reblandecimiento. Pero como estas lesiones son por lo general curables, es útil en presencia de una enfermedad cerebral crónica consultar con cuidado los antecedentes del enfermo, y por poca duda que haya plantear un tratamiento antisifilítico.

En todos estos casos de tumores no se observa parálisis, explicándose bien esta ausencia. Si un tubérculo situado en las meninges de la convexidad ó en la pulpa cerebral, pero hácia la superficie de los hemisferios y lejos de la base, se desenvuelve con lentitud; si, por último, no ha determinado ningun trabajo inflamatorio periférico, no hay razon para que se presenten fenómenos en la locomoción ó en otra cualquiera función; la tolerancia del cerebro en estas compresiones y lo lento de sus desorganizaciones dan la razon de este fenómeno. Pero si llegan á convertirse en centro de fluxión ó de inflamación que, aunque aguda, sea poco extensa, se concibe que sobrevengan alteraciones de las funciones cerebrales, entre las que descollará la parálisis como en los casos citados anteriormente.

Si el tubérculo está situado, no ya en las partes exteriores, sino en la base del cerebro, cerca del bulbo, en los pedúnculos, no podrá dejar de producir accidentes profundos persistentes, aunque independientes de toda congestión y de inflamación; su acción se dirigirá á interceptar la comunicación entre los hemisferios cerebrales y el resto del cuerpo. Por pequeño que sea, siempre es funesta su presencia para el ejercicio de la sensibilidad, del movimiento y de las funciones cuyos nervios ocupan la base del cerebro (vista, respiración). Se puede deducir de aquí que los tubérculos obran menos por su naturaleza, que por su sitio y por las complicaciones á que dan lugar. Así es que, cuanto más se aproxime un producto extraño á la base del cráneo, tanto mas fácilmente producirá los trastornos.

Iguales circunstancias concurren en el cáncer; pero como este se desarrolla con menos frecuencia en la base y la pulpa cerebral, tendiendo á producirse sobre todo hácia el hueso, tiene una acción me-

(* Lagneau hijo, *Maladies syphilitiques du système nerveux*. Paris, 1860.—Lanceaux, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861.—Idem, *Traité théorique et pratique de la syphilis*. Paris, 1866.