

micos, y que pertenecen casi completamente á la afeccion de que se trata. Este es su modo de proceder, y solo despues de una sucesion numerosa de etapas congestivas (que se nos perdone esta locucion) se confirma y entra en el periodo de estado. Pueden producirse entonces en razon de la creciente intensidad de los fenómenos uno ó muchos ataques apopléticos; pero esto no suele ser el principio de la enfermedad sino un episodio muy notable ó á la verdad del proceso morboso. Hacer nacer de aquí la enfermedad, es hacer caso omiso ó desconocer todo un periodo anterior á su existencia, que no es menos importante que caracteriza su marcha esencialmente *crónica*. De modo que es un verdadero y grave error atribuir sin distincion á esta especie de reblandecimiento un principio y una forma *apopléticos*.

Bástenos recordar aquí que el delirio proteiforme de que hemos dado antes una descripcion sumaria, forma habitualmente parte de las primeras manifestaciones llamadas prodrómicas, del reblandecimiento senil; pero es menester saber que los fenómenos delirantes propiamente dichos son pasajeros dejando bien pronto lugar á los sintomas de perturbacion intelectual ó á la demencia.

No nos volveremos á ocupar de los fenómenos de la parálisis, sino para hacer observar que tienen mas tendencia á generalizarse en el reblandecimiento senil que de las demás variedades de la enfermedad, en razon de la implicacion simultánea mas frecuente de los dos hemisferios, presidida por las condiciones orgánicas de la determinacion morbosa.

§ VI.—**Marcha, duracion, terminacion de la enfermedad.**

Los datos que hemos presentado acerca del desarrollo de esta enfermedad, nos dejan poco que decir de su marcha y duracion, quedando ambos puntos implicitamente tratados en la descripcion nosológica que precede. Pero en razon de su importancia debemos decir algunas palabras sobre la *terminacion* del reblandecimiento cerebral á cuya cuestion se refiere la de su *curabilidad*.

Para abordar con fruto el estudio de tan difícil cuestion, es menester tomar por base ciertas distinciones muy descuidadas y que procuraremos establecer por mas que aun estas no nos permitan una solucion definitiva.

Aunque el proceso que constituye el reblandecimiento cerebral, presenta frecuentemente en su evolucion periodos de descanso que representan *remisiones* mas ó menos marcadas de los fenómenos sintomáticos, no parece en general que pueda retroceder hasta la completa delitescencia. Algunos autores han hecho loables esfuerzos para encontrar pruebas anatómicas de una reparacion definitiva del trabajo morboso, pero nada demuestra que los casos presentados por Dechambre (1),

(1) Dechambre, *Memoire sur la curabilite de ramollissement cerebral*. (*Gaz. med.*, 19 mayo 1838).

en particular por Cruveilhier (1) y por Durand-Fardel, pertenecen en realidad al reblandecimiento, del mismo modo pudiera creerse pertenecian á la hemorragia cerebral. Si bajo el punto de vista anatómico puro ciertas cicatrices encontradas en el seno del tejido cerebral, ciertas cavidades celulosas y areolares llenas ó no de serosidad, ciertas placas amarillas, etc., pueden ser consideradas como el sitio ocupado por un foco de reblandecimiento estinguido y como un esfuerzo de reparacion realizado; ¿es posible encontrar en esto testimonio de una curabilidad real y definitiva, cuando por otra parte se encuentra en presencia de sintomas paralíticos é intelectuales persistentes y frecuentemente progresivos y cuando las condiciones orgánicas inherentes á la enfermedad realizan la inminencia necesaria de una nueva determinacion morbosa? Tal es el caso del reblandecimiento senil del cual no existe un ejemplo de curacion *auténtica*. Rostau no ha podido obtener uno solo á pesar de procurararlo con la mejor voluntad, consolándose solo de tan aflictivo resultado, con la esperanza de progresos sucesivos de la ciencia. Pronto veremos hasta qué punto pueda ser legitima esta esperanza por los recursos de la terapéutica.

En suma, no vemos condiciones de probable curabilidad del reblandecimiento cerebral, sino las que presiden á la determinacion de esta afeccion por obliteracion arterial; para algunos autores esta curabilidad está demostrada con hechos á la verdad muy raros. Está subordinada además, como hemos dicho, al sitio de la obliteracion en una de las carótidas, esto es, hácia acá del círculo de Willis, único que permite el restablecimiento suficiente rápido de la circulacion por las vias colaterales.

§ VII.—**Relaciones entre las lesiones y los sintomas.**

Entrar aquí en detalles sobre la *relacion de los sintomas con el sitio de la lesion en las diversas partes del encéfalo* seria repetir exactamente lo que hemos dicho en el artículo HEMORRAGIA CEREBRAL al cual referiremos al lector. En cuanto al sitio de predileccion de las alteraciones que constituyen el reblandecimiento cerebral y á las manifestaciones sintomáticas que les correspondan, tenemos muy poco que añadir á las consideraciones espuestas en el capitulo correspondiente á las lesiones anatómicas; así recordaremos el predominio de la hemiplegia derecha correspondiendo á la mayor frecuencia relativa de la alteracion izquierda en la region del cuerpo estriado y la insula de Reil, frecuencia subordinada á la de la opturacion de la arteria silvia del lado izquierdo; á estas mismas condiciones se refieren ciertas alteraciones de la palabra sobre las que nos volveremos á ocupar. Recordaremos del mismo modo la simultaneidad casi constante de las lesiones de la capa cortical de las circunvoluciones y de las lesiones de las re-

(1) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, con láminas, XXI entr.

giones centrales en particular del cuerpo estriado y del tálamo óptico en el reblandecimiento espontáneo senil, simultaneidad á la que responden los factores sintomáticos siguientes: parálisis motriz y alteración intelectual (perversion ó debilidad, es decir, delirio ó demencia). Añadamos que existe en general una verdadera relacion entre la intensidad y la generalización de las manifestaciones sintomáticas y el estudio del reblandecimiento.

§ VIII.—Diagnóstico. Pronóstico.

El diagnóstico del reblandecimiento cerebral abraza dos cuestiones principales: 1.º distinguir esta afección de las enfermedades cerebrales á las que se asemeja por su fisonomía sintomática y con las que puede confundirse; 2.º distinguir entre las diversas especies de reblandecimiento, esto es, determinar con el auxilio de los caracteres diferenciales suministrados por el exámen clínico las diversas condiciones patogénicas de la enfermedad.

La solución del segundo problema que constituye el *diagnóstico patológico*, es una continuación implícita de las consideraciones preliminares que han servido de base á las divisiones establecidas por nosotros y en el estudio que ámpliamente hemos hecho de las condiciones patogénicas de la afección; sería verdaderamente superfluo volver á repetirlo. Lo que únicamente debe ocuparnos es el *diagnóstico nosológico*.

Si la *congestion* del cerebro puede confundirse con el reblandecimiento de este órgano solo es en condiciones muy raras y escepcionales, como hemos visto en las que las manifestaciones sintomáticas congestivas implican parcialmente la motilidad y revisten la forma apoplética; estas condiciones se parecen en efecto á las que caracterizan sintomáticamente la obliteración arterial generatriz del reblandecimiento, sobre todo la obliteración embólica. Pero lo repetimos, esta forma de *congestion cerebral* es tan rara, que aun su existencia no se encuentra fuera de dudas mas ó menos motivadas; aun cuando en realidad exista solo puede confundirse con la misma embolia arterial y no con el reblandecimiento que es la consecuencia de esta última.

El reblandecimiento dá lugar á fenómenos cuya *persistencia* sola basta para distinguir las manifestaciones transitorias y pasajeras que pertenecen á la *congestion*. En suma, los verdaderos motivos de una posible confusión en este caso, residen en las condiciones de la *anemia cerebral*, pero una vez reconocidas no puede haber confusión. Hemos insistido sobre los caracteres de la *congestion prodrómica* del reblandecimiento espontáneo senil, y fácilmente se comprende la importancia de reconocerla bien, porque constituye la enfermedad en uno de sus períodos y concurre notablemente á su determinación diagnóstica.

La *meningitis simple* ó *primitiva* es tan rara, que apenas se tendrá ocasión de confundirla con el reblandecimiento, mas bien la *meningo-*

encefalitis pueda dar lugar á una distinción, y entonces solo se trata en definitiva de determinar la existencia de una complicación, ó al menos de encontrar simultaneidad, por otra parte constante, y la solidaridad casi fatal de las alteraciones de las meninges y de la sustancia cerebral periférica en contacto entre sí; esta simultaneidad se revela habitualmente por fenómenos propios cuya doble expresión es el predominio de las alteraciones funcionales por parte de la inteligencia (en general exaltación, *frenesi*), y el predominio de síntomas convulsivos por parte de la motilidad. Además la meningo-encefalitis es sobre todo de causa accidental, y los signos anamnésicos (conmemorativos) tienen en estos casos la mayor importancia. En cuanto á la *meningo peri-encefalitis difusa* (parálisis general llamada de los enagenados) solo la indicaremos para señalar algunas analogías sintomáticas con el reblandecimiento propiamente dicho, procediendo las analogías del sitio orgánico; las condiciones de edad, la existencia constante y la forma acentuada de los fenómenos frenopáticos, las alteraciones notables de la palabra, la habitual falta de localizaciones paralíticas y la misma forma de las manifestaciones por parte de la motilidad, que no son las de la parálisis verdadera, pero que constituyen una especie de ataxia del movimiento, por último la evolución de la enfermedad, etc., todo concurre á permitir una distinción fácil entre estos dos estados morbosos que sin embargo, presentan notables puntos de contacto.

Distinguir la *hemorragia cerebral* del reblandecimiento, hé aquí el punto capital del diagnóstico de esta afección. Esto no siempre es fácil, pero tampoco imposible como han querido decir últimamente. Las dificultades corresponden, segun hemos observado, mas que á la realidad de las cosas al modo como se han observado é interpretado, y para decirlo de una vez, á los errores de observación é interpretación.

Se trata ante todo de establecer las condiciones que realizan la posibilidad de una confusión, ó de colocarse en el verdadero terreno del diagnóstico; entre estas condiciones hay una esencial, y es la analogía de la forma con que comienzan ambas afecciones, principio *epileptiforme*, hé aquí el punto de contacto sintomático; ¿cuáles serán los elementos necesarios para la distinción? Solo pueden tenerse en consideración los fenómenos repentinos determinados por la obliteración arterial embólica que puede determinar el reblandecimiento, porque los síntomas de esta naturaleza no pertenecen al principio del reblandecimiento espontáneo senil. Los fenómenos apopléticos que indican la producción de una hemorragia cerebral, no presentan por sí mismos caracteres suficientemente marcados que los distingan de los que puede dar lugar la embolia arterial, condición orgánica del reblandecimiento; se ha hablado de la mas corta duración (Todd), de la pérdida del conocimiento y de la mayor resolución de los músculos paralizados en el reblandecimiento por oclusión de las arterias encefálicas; pero en verdad no puede tenerse seguridad en estos datos, ni para fundar un diagnóstico probable es menester buscar fuera del mismo

ataque los signos más positivos de la distensión. Los signos anamnésicos podían ilustrar algo, las condiciones de edad tampoco dejan de tener importancia; la hemorragia cerebral es frecuente, especialmente de los cuarenta y cinco á los cincuenta años, mientras que el reblandecimiento por embolia tiene tendencia á manifestarse antes de esta época. Aparte de ciertos fenómenos concomitantes que distan mucho de ser indiferentes, y de los que nos ocuparemos, este último rara vez va precedido de síntomas prodrómicos; por el contrario, frecuentemente, si no siempre, el raptus hemorrágico va precedido de un preludio del que las manifestaciones congestivas son su expresión habitual. Las condiciones obligadas de la producción de la embolia cerebral están en la existencia de las alteraciones concomitantes de otras vísceras, y en particular del órgano central de la circulación, los fenómenos sintomáticos de estas alteraciones se encontrarán más necesariamente en el reblandecimiento de que se trata que de la hemorragia: en fin, la consideración del lado del cuerpo afecto de parálisis no es de ningún modo indiferente, si se recuerda que el sitio de predilección de la embolia intra-cerebral generatriz es el hemisferio izquierdo.

Fuera del principio de la afección y del ataque súbito que le constituye, los elementos del diagnóstico se obtienen de la evolución de la enfermedad; hemos insistido sobre esta evolución suficientemente para que sea necesario volver á demostrar las diferencias que caracterizan la sintomatología de la hemorragia cerebral.

No presenta iguales dificultades el diagnóstico cuando se trata de distinguir la hemorragia del reblandecimiento ligado á alteraciones vasculares desarrolladas en el sitio, y teniendo por asiento primitivo el sistema capilar (trombus capilar) y del cual es tipo el reblandecimiento senil; en este caso, en vez de presentar el principio de la afección la instantaneidad que estudiamos, es lento y progresivo; su marcha es esencialmente *crónica*, y sin presentar manifestaciones agudas son la expresión de un trabajo morboso secundario intercurrente. Sin embargo, los *fenómenos apoplejiformes* pueden también formar parte de su cortejo sintomático, y este es su verdadero punto de contacto con la alteración hemorrágica. ¡Pero cuán diferentes son las condiciones del ataque apoplejico! La hemorragia principia y se anuncia por este ataque, es, por decirlo así, su primer acto, y si va precedido por fenómenos precursores, cuando existen, se reducen á la manifestación rara vez reiterada de un estado congestivo pasajero que podría constituir una *advertencia* eficaz, pero que pasa comunmente desapercibida. En el reblandecimiento se producen los ataques congestivos con una tenacidad particular, su número es, por decirlo así, ilimitado, y cuando un observador se propone no perder de vista al enfermo en este período de la enfermedad, lo que principalmente llama su atención es la reiteración constante de los fenómenos congestivos. Estos fenómenos, no solo constituyen los prodromos, sino una faz real de la enfermedad, cosa esencialmente característica cuando podemos apre-

ciarla con certeza. Hemos insistido suficientemente sobre estos fenómenos considerados en sí mismos (véase *Congestión cerebral*) para ocuparnos de ellos nuevamente; recordaremos solamente que este período inicial de la afección se marca así mismo con manifestaciones delirantes más ó menos pasajeras, de cuyos datos pueden obtenerse ventajas de gran valor para el diagnóstico. Estos delirios, de los que ya hemos indicado las diversas formas, son el preludio de una alteración más profunda de las facultades cerebrales, cuya desorganización sucesiva conduce á la demencia completa. De modo que cuando sobreviene el ataque apoplejiforme no se encuentra el enfermo como en los casos de hemorragia virgen, digámoslo así, de alteraciones intelectuales, y la existencia anterior de estas últimas, cuando han podido demostrarse, constituye un excelente carácter distintivo entre ambas afecciones.

Puede suceder que un ataque apoplejico estalle en un individuo que se encuentre á la vez en las condiciones de una hemorragia y de un reblandecimiento cerebrales, y cuyos antecedentes es imposible remontarse con la certeza suficiente. Dos casos pueden entonces presentarse, ó bien sin morir súbitamente queda el enfermo bajo la impresión de este ataque, es decir, bajo la impresión de los accidentes que con una remisión apenas sensible no le permiten recobrar ni la conciencia ni las manifestaciones de la vida animal compatibles con la existencia: en este caso la autopsia es la única que puede esclarecer el diagnóstico: diremos, sin embargo, que esta terminación brusca y rápida es menos propia del reblandecimiento que de la hemorragia, á menos que el reblandecimiento no provoque una hemorragia verdadera; casos cuya posibilidad debe estar siempre presente en el ánimo del clínico.

La segunda alternativa es aquella en que el enfermo se *repone* más ó menos rápidamente del ataque apoplejico; los elementos del diagnóstico deben buscarse en los fenómenos que constituyen el ataque mismo, ó en la evolución consecutiva de la enfermedad. No nos cansaremos de repetirlo; los fenómenos apoplejicos propios no suelen ser suficientes para presentar los caracteres diferenciales necesarios, pueden ser menos marcados en el reblandecimiento, puede ser más súbito el ataque y la resolución menos completa, pero no se puede sobre estos datos fundar una legítima distinción, y hace necesario buscar los signos en los fenómenos consecutivos. Estos fenómenos pertenecen á las alteraciones de la motilidad por una parte, y por otra á manifestaciones del orden intelectual. Se admite generalmente, según Rostan, que mientras los fenómenos paralíticos se atenúan ó quedan estacionarios en la hemorragia, aumentan por el contrario en el reblandecimiento, ó por lo menos experimentan una notable remisión que no tarda en tomar una marcha ascendente. Sin duda que esta noción es exacta y merece tomarse gravemente en consideración, pero para tener un valor diagnóstico real no debe ser exclusivo; debe, en nuestra opinión, dejar paso á la consideración algo descuidada de las

alteraciones intelectuales, ó por lo menos asociarse á esta. Resulta, en efecto, de cuanto precede, que las alteraciones intelectuales en el reblandecimiento no datan del ataque apoplejiforme, anteriores á este reciben una agravacion nueva que se aumenta mas y mas hasta constituir una demencia completa. No sucede lo mismo en la hemorragia cerebral; pasado el estupor apoplético recupera el paciente, sino el vigor primero, al menos la mayor parte de los atributos de la inteligencia; si sobreviene una alteracion de esta consiste mas bien en una especie de *pusilanimidad* que en la destruccion parcial ó total de las facultades, constituyendo la demencia de diversos grados. No es esto decir que no pueda producirse la demencia por la presencia de un foco hemorrágico en el cerebro, y del trabajo morboso consecutivo que le acompaña, pero en este caso es el producto de una evolucion en un hemipléjico antiguo sometido á intervalos mas ó menos cortos, á muchas recidivas de la enfermedad primera, hasta que se determina por otro ataque mas violento que los anteriores. Estas condiciones se alejan mucho de las que caracterizan la evolucion del reblandecimiento para que puedan producir confusion.

Pronóstico. Lo dicho anteriormente de la marcha y terminacion de la enfermedad resuelve casi completamente la cuestion del pronóstico que es de los mas graves. Hemos insistido en las limitadas condiciones en las que puede producirse una terminacion favorable; estas condiciones no pertenecen apenas mas que al reblandecimiento ligado á la obliteracion de uno de los troncos arteriales situados por debajo del círculo de Willis (carótida primitiva, vertebral, tronco basilar) tendiendo á la posibilidad, y sobre todo á la rapidez del reblandecimiento por las vias colaterales, de la circulacion cerebral; aun en este caso, por poco que tarde en manifestarse este restablecimiento por la remision de los fenómenos sintomáticos, cuarenta y ocho horas, y sobre todo tres ó cuatro dias, puede considerarse como segura la terminacion fatal. Tal es la regla sin escepcion en el *reblandecimiento espontáneo senil* confirmado, solo es mas ó menos rápido, siendo necesario no dejarse impresionar por las remisiones que frecuentemente se producen. Ya veremos que la gravedad del pronóstico no se atenúa sensiblemente por la intervencion terapéutica, especialmente cuando la afeccion ha entrado francamente en el periodo citado. No insistiremos en las motivadas dudas que hemos presentado relativamente á ciertos testimonios anatómicos de la curabilidad del reblandecimiento; recordaremos únicamente que la muerte no depende siempre de la afeccion, sino mas bien de las complicaciones que sobrevienen generalmente en los órganos respiratorios.

§ IX.—Tratamiento.

1.º *Tratamiento curativo.* Lo que hemos dicho de la terminacion habitual de la enfermedad debe hacer presumir que es poco accesible

á los recursos terapéuticos. Sin embargo, gracias al conocimiento mas profundo de las condiciones patogénicas se pueden precisar mejor las indicaciones del tratamiento; la consideracion de la especie de reblandecimiento y el estudio de la naturaleza del trabajo patológico, presentan bajo este punto de vista la mayor importancia.

1.º Si existe un proceso primitivamente inflamatorio como en el reblandecimiento accidental ó traumático, se encontrará ocasion de emplear el tratamiento antiflogístico; se practicarán emisiones sanguíneas generales y locales, subordinando la energia del tratamiento á la individualidad constitucional del individuo y á la intensidad de los fenómenos morbosos.

2.º Esta medicacion convendrá especialmente en el periodo agudo, y no será indiferente asociarse con los medios siguientes: *purgantes suaves* (sales neutras, maná, sen, aceite de ricino, etc.), *aplicaciones frias sobre la frente*, revulsivos cutáneos superficiales (sinapizacion) á los miembros inferiores, bebidas diluyentes, etc.

3.º Los *tópicos irritantes*, las *fricciones irritantes* y los *exutorios*, solo se emplean en un periodo avanzado del mal, cuando se han calmado los accidentes inflamatorios y se ha realizado el paso al estado crónico. Tampoco están demás en este momento algunos tónicos al interior. Si existen complicaciones se las combatirá con tanta mas energia cuanto parezcan ligarse mas intimamente al reblandecimiento cerebral.

4.º En el reblandecimiento primitivo espontáneo pueden emplearse medicaciones de otro orden. Cuando una obliteracion arterial preside la produccion del reblandecimiento, en cuyo caso la afeccion se marca por un ataque súbito apoplético, hay que cuidar en seguida del tratamiento del ataque. Como se trata en estas condiciones de una suspension mas ó menos parcial de la circulacion, y que este accidente constituye esencialmente la *anemia cerebral*, el tratamiento antiflogístico debe evitarse cuidadosamente. Todos los medios capaces de disolver los coágulos fibrinosos y de combatir la tendencia morbosa de la sangre á estas coagulaciones, se emplearán ventajosamente, lo mismo que los que tienen por objeto ayudar al restablecimiento de la circulacion por las vias colaterales; las preparaciones alcalinas, los escitantes difusivos al interior, la posicion declive de la cabeza, etc., deben emplearse. Despues del ataque y en el periodo de reaccion, el tratamiento será en lo posible adecuado á la naturaleza é intensidad de los fenómenos de hiperemia y de irritacion secundaria que caracteriza este periodo. No es imposible que tengan entonces lugar de ser los antiflogísticos moderados.

5.º En el reblandecimiento espontáneo senil (*trombus capilar*), importa subordinar los medios terapéuticos á dos fases distintas de la enfermedad. En el primer periodo, ó periodo inicial, constituido principalmente, como hemos dicho, por fenómenos congestivos, tendrán verdadera eficacia las emisiones sanguíneas locales reiteradas, pero poco abundantes, pudiendo limitar los accidentes mas graves con que

se confirma la enfermedad. La aplicacion de ventosas escarificadas á la nuca llena cumplidamente esta indicacion y objeto; es un medio á la vez de revulsion y deplecion, puede regularse á voluntad su accion, permitiendo la valuacion exacta de la cantidad de sangre estraida; por lo que las ventosas son preferibles á las sanguijuelas.

En el periodo confirmado del reblandecimiento senil, las condiciones de la debilidad general de las fuerzas y con frecuencia la caquexia, imponen al práctico medios de otra naturaleza; las preparaciones tónicas tienen entonces una importancia capital, y si hay necesidad de emplear medios de revulsion ó debilitacion momentánea, solo será en los casos en que existen complicaciones ó fenómenos de irritacion local secundaria; aun en estas circunstancias es menester usar con mucha moderacion de los antiflogísticos.

Apenas hay necesidad de recomendar los cuidados asiduos, aunque accesorios, que necesitan la impotencia é incapacidad de la mayor parte de los órganos de la vida vegetativa bajo la influencia de los progresos de la parálisis (retencion de orina y de materias fecales, parálisis de la faringe, etc.).

2.º *Tratamiento preservativo.* Este tratamiento es tan semejante al de la apoplejia, que solo añadiremos pocas palabras. Consiste especialmente en *precauciones higiénicas* que tiendan á sustraer al cerebro de todas las causas de congestion si sobrevienen algunos sintomas que puedan hacer temer un principio de congestion sanguínea, sobre todo en un sugeto de avanzada edad, como cefalalgia, aturdimientos, pesadez, hormigueo en los miembros, etc.; se debe, como recomienda Durand-Fardel, emplear medios casi tan activos como si se hubiese declarado el reblandecimiento.

ARTICULO IV.

REBLANDECIMIENTO BLANCO AGUDO ESENCIAL EN LOS NIÑOS.

Bajo el nombre de *reblandecimiento blanco agudo esencial en los niños*, ha publicado el doctor Duparque (1) cinco observaciones, de las que una es tomada al doctor Deslander, y presenta de este modo la historia de esta afeccion:

1.º *Causas predisponentes y determinantes.* Inteligencia precoz ó desarrollada; fatigas intelectuales; emociones morales profundas ó vivas.

2.º *Sintomas propios.* Cefalalgia con soñolencia; integridad de las funciones intelectuales; exaltacion de los sentidos especiales; de la sensibilidad general; apirexia, y aun lentitud de la circulacion.

3.º *Sintomas negativos.* Ausencia de delirio, de convulsiones, de contraccion, sintomas que están ligados al reblandecimiento debido

(1) Duparque, *Archives generales de medecine*, febrero, 1852.

á inflamaciones meníngeas ó encefálicas, ausencia de letargo, de pérdida mas ó menos completa de las funciones intelectuales, parálisis, etc., sintomas que pertenecen inevitablemente al reblandecimiento por infiltracion serosa ó sanguínea ó purulenta (congestion, encefalitis, apoplejia, hidrocéfalo).

4.º Manifestacion por la autopsia del reblandecimiento, solo con exclusion de toda otra alteracion ó lesion anatómica.

5.º Las *emisiones sanguíneas* deben desecharse, á no haber circunstancias especiales.

La intermitencia que se ha observado desde el principio coloca en primer lugar el *sulfato de quinina*. Los *baños templados*, las *afusiones frias sobre la cabeza*, las *aplicaciones locales de éter*, de *cloroformo*, los *opiados*, los *derivativos cutáneos é intestinales*. Es menester añadir que hasta el presente nada ha probado de un modo cierto la eficacia de este tratamiento.

Sin duda estos hechos merecen fijar la atencion; pero esperan de los médicos que se dedican especialmente á las enfermedades de la infancia una confirmacion que aun no han tenido; así presentamos este régimen sin mas comentarios y con toda reserva.

ARTICULO V.

ABCESOS DEL CEREBRO.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se dá el nombre de *abcesos del cerebro* á los focos en que el pus se ha reunido sin mezclarse, bien los rodee un quiste ó que forme sus paredes la sustancia cerebral mas ó menos reblandecida. Es evidente que es una de las formas de la cerebritis; así pues repito, que no he tratado por separado de esta alteracion, sino porque ofrece algunas particularidades que no carecen de importancia, tanto relativamente á los sintomas, como respecto á la anatomia patológica.

Estos abcesos han sido descritos indiferentemente con los nombres de *encefalitis*, de *cerebritis*, de *supuracion del cerebro*, etc.

Es mucho mas raro observar en el órgano cerebral un abceso perfectamente circunscrito que un reblandecimiento con supuracion.

§ II.—Causas.

Las *causas* de esta afeccion no se diferencian sensiblemente de las del reblandecimiento inflamatorio; sin embargo, es necesario reconocer que se observa mas frecuentemente que el producido por *violencias externas* y en sugetos *jóvenes* y *vigorous*. Algunas veces se le ha observado á consecuencia de algunas operaciones hechas en una parte del cuerpo distante del encéfalo. En el hospital de la Caridad he visto