

serva este trastorno motor en ninguna de las afecciones que entrañan sólo la pérdida de la función de todo ó parte del cerebelo en las afecciones poco susceptibles de un efecto á distancia, tales como el osteoma y el tubérculo, pero en cambio existen los tumores de desarrollo rápido que tienen una gran tendencia á hacer sentir lejos sus efectos, y que se asemejan en esto á los abscesos y á las hemorragias.

Por lo que respecta á los nervios craneanos, fácil es comprender que la mayor parte de los nervios bulbares pueden ser comprimidos directa ó indirectamente por la neoplasia cerebelosa. Por lo demás, las parálisis de estos nervios son muy raras, y las más frecuentes las de quinto y sexto par; como consecuencia de la del motor ocular externo resulta un estrabismo convergente y diplopia, y por el hecho de la destrucción del motor ocular común aparecen trastornos pupilares, midriasis, miosis, desigualdad de las pupilas y estrabismo divergente. El que más rara vez se afecta es el motor ocular común, siéndolo un poco más frecuentemente el motor ocular externo. No se ha observado seguramente hasta el día que se haya afectado el patético (cuarto par). La parálisis facial puede existir, pero es un hecho en extremo raro. Muy rara vez coexiste con la parálisis de las extremidades á la inversa de lo que pasa en la parálisis facial de origen cerebral; se halla siempre en el mismo lado que la lesión del cerebelo, y en general lleva el sello de su origen periférico, estando interesado el facial superior.

Los trastornos de la palabra, que coexisten á menudo con la dificultad de la deglución, tienen una frecuencia muy relativa; según Luys, Ollivier y Leven una vez de cada cinco casos. Recuerdan, sobre todo, la anartria; la palabra se articula mal, es interrumpida, lenta, como los movimientos de la lengua, que son incompletos, perturbados, en cierto modo no coordinados; así es que conviene distinguir estos trastornos de la palabra, muy frecuente en la atrofia del cerebelo, de los que sobrevienen en la hemi-parálisis de la lengua, y que podrían depender de la compresión unilateral del hipogloso. En este último caso la palabra se halla dificultada por la falta de función de los músculos de la mitad de la lengua paralizada. En el primero, por el contrario, todos los músculos de la lengua parece que participan de la astenia general. Compréndese, pues, que en presencia de estos trastornos de la palabra, de la deglución y á veces de la respiración, sea posible la confusión con una parálisis bulbar.

Todos estos trastornos paralíticos pueden ser reemplazados por fenómenos convulsivos ó de excitación. Se observan con bastante frecuencia el nistagmus, los accesos epileptiformes generalizados ó limitados á un lado ó á un miembro, los temblores generales ó parciales, así como también contracciones variadas. El ritmo respiratorio puede hallarse alterado; el corazón presenta á veces aritmia ó lentitud de sus pulsaciones. Los trastornos del oído y del gusto, las anestias, las parestias, las hiperestias, según la distribución de los trayectos nerviosos son muy raros.

La inteligencia permanece por lo general intacta, pero pueden existir trastornos psíquicos, y entonces se trata de un atontamiento comparable al de otras muchas afecciones del encéfalo causado por el aumento de la tensión intra-craneana.

DIAGNÓSTICO.—¿Es posible hacer el diagnóstico de un tumor cerebeloso? En ciertos casos, sí (1). Pero es necesario, para llegar á este resultado, que se puedan agrupar ciertos síntomas característicos, y también que estos últimos no sean enmascarados por los signos accesorios, complicaciones de las cuales ya hemos hablado. Así, dividiremos los tumores cerebrales en cuatro grupos que tienen en clínica la ventaja de ir de lo simple á lo compuesto, y de corresponder á localizaciones y extensiones diferentes de la lesión.

En el primer grupo colocaremos los casos latentes, sorpresas de autopsias.

En el segundo, aquellos en que se observa una cefalalgia tenaz, sola ó acompañada de vértigos ó de vómitos.

En el tercero, á los vómitos y á la cefalalgia; á los vértigos se agrega la vacilación cerebelosa, y el primero, por orden de los síntomas de compresión, los trastornos amauroticos ó ambliopicos.

En el cuarto, á los fenómenos precedentes se agrega un complexus sintomático causado por las compresiones ejercidas por el tumor y el aumento de la presión intra-craneana, convulsiones, contracturas, parálisis diversas, atontamiento y coma.

Respecto al diagnóstico para los casos del primer grupo, no cabe nada que hacer. La cefalalgia, los vómitos, pueden en los casos del segundo hacernos pensar en *algo cerebeloso*, tratándose entonces sobre todo de tubérculos. Pero á pesar de la tenacidad, la violencia especial á la cefalea cerebelosa, su localización occipital, sobre todo, sólo se podrá formar una ligera hipótesis, á menos que un síntoma muy preciso no vaya á confirmar el diagnóstico.

Sólo en los casos del tercer grupo se afirmará la lesión cerebelosa; en este caso, la cefalalgia, los vómitos, la vacilación cerebelosa con los caracteres ya descritos permitirán, sobre todo si hay ambliopía, precisar el diagnóstico.

Este será mucho más difícil en los del cuarto grupo; sin embargo, se podrá hacer con los signos diagnósticos del tercero, si los fenómenos de compresión no lo enmascaran demasiado, pudiendo encontrarse las más variadas combinaciones de signos cerebelosos y signos de compresión, y según los casos, puede faltar cada uno de estos fenómenos. Así es, que muy raras veces el diagnóstico podrá ser cierto; para que lo sea, será necesario comprobar, además de ciertos signos, la falta ó las anomalías de algunos otros. En resumen, se basará en la comprobación de los fenómenos siguientes, asociados en mayor ó menor número: cefalalgia tenaz localizada á menudo, pero no siempre, en la región occipital, vómitos, vértigos persistentes, trastornos de equilibrio, vacilación cerebelosa, caídas, á veces, en un sentido determinado, tendencia á aptitudes especiales del cuerpo y de la cabeza (retroflexión, opistótonos, pleurostótonos), convulsiones epileptiformes ó temblores coreiformes, trastornos oculares. En fin, contrastando con los síntomas precedentes, integridad notable de la sensibilidad general y á veces de las funciones intelectuales, rara vez parálisis.

Insistiremos poco sobre el diagnóstico de las afecciones que no tienen más que un síntoma común con la lesión cerebelosa, puesto que el diagnóstico de éste no podrá basarse más que en un grupo de síntomas.

(1) Véase con este motivo una lección dada en la Clínica de Enfermedades nerviosas por Brissaud y publicada en *Le Progrés Médical*, 1894, núm. 3. El diagnóstico de tumor cerebeloso fue ratificado por la autopsia.

La neuralgia occipital, la cefalea sífilítica, no pueden ser confundidas con la cefalalgia cerebelosa, puesto que no há lugar á diagnóstico si esta última existe sola; además, los puntos dolorosos especiales y la hiperestesia en la primera, y los conmemorativos en la segunda, bastarán para diferenciarlos.

Las enfermedades del estómago producen vómitos y vértigos *a stomacho læso*; pero acompañadas de dispepsia, que casi siempre mejora el tratamiento; además, los vómitos son dolorosos en las afecciones del estómago, indolentes en las del cerebelo.

El vértigo de Ménière es más difícil de reconocer; en efecto, frecuentemente los enfermos que lo padecen tienen náuseas, vómitos, vértigos, y hasta una especie de vacilación; pero la falta de cefalalgia y de trastornos de la vista, unido á los fenómenos auriculares (sordera más ó menos completa, zumbidos, etc.), permitirán diferenciar esta afección del tumor cerebeloso.

La neurastenia presenta á veces una gran semejanza con una lesión del cerebelo. En esta enfermedad, en efecto, hay dolor occipital especial llamado del cerebelo, trastornos gástricos y vértigos; pero la cefalea no es un verdadero dolor, es más bien una pesadez, una tensión, una presión: no es comparable á los latidos, á las punzadas de la lesión cerebelosa. Si la localización es á veces occipital, se irradia con mucha frecuencia á las sienes y á la frente, en el límite del *casco*. Además, los vómitos no tienen el carácter particular de violencia que tienen en el neoplasma cerebeloso; no hay vacilación ni trastornos de la vista; los vértigos, no tan frecuentes, son menos intensos. En fin, el estado general del enfermo y su estado mental particular en la neurastenia, permitirán precisar el diagnóstico.

Pero la enfermedad con la cual la lesión cerebelosa puede ser confundida más fácilmente es la ataxia locomotriz. Duchenne, en efecto, había considerado primero como equivalente la incoordinación motora atáxica y la vacilación cerebelosa, pero después él mismo combatió este error: en vez de andar en zis-zas como arrastrado por su propio peso, levantando poco los pies, de presentar, en una palabra, la marcha de un hombre ébrio, que titubea, como sucede con el cerebeloso, el atáxico no describe ningún zis-zas: mira sus piernas, y éstas, levantadas demasiado en alto, las deja caer con fuerza sobre el suelo. En el cerebeloso todo el cuerpo oscila, en el atáxico las piernas están flojas. En caso de duda, los demás síntomas aclaran el diagnóstico.

Los tumores del cerebro no tienen de común con los tumores del cerebelo más que los síntomas causados por las acciones á distancia, aumento de la presión intra-craneana ó compresiones de vecindad. Se distinguirán por los signos de localización y falta de vacilación, teniendo una gran importancia la existencia de una hemiplegia, los caracteres de ésta y en particular, de la parálisis facial, si la hubiese. Los casos en que haya epilepsia jacksoniana, afasia, ptosis y hemianestesia, serán casos de tumores cerebrales.

Una vez reconocida la afección cerebelosa, ¿cuál es la naturaleza de la lesión? Los conmemorativos, los síntomas actuales de la sífilis, nos harán pensar en un goma cerebeloso. El ateroma generalizado, un aneurisma concomitante, la edad del sujeto, las sensaciones de golpes en la cabeza, y en fin, las parálisis aisladas de los nervios craneanos, nos inclinarán hacia la hipótesis de un aneurisma. La coincidencia de otro quiste hidatídico, la rapidez de los fe-

nómenos de compresión, los accesos epileptiformes nos harán pensar en un hidatide. Los antecedentes, la tuberculosis pulmonar ú otra bien comprobada, abogan en favor del tubérculo.

Se sospechará el cáncer por el enflaquecimiento rápido, la coloración amarilla-pálida y las producciones cancerosas en otros órganos, pudiendo afirmarlo cuando el cáncer, invadiendo el occipital, determine en él abolladuras, hecho eminentemente raro, y sólo cuando se hayan descartado estos tumores, será necesario pensar en los neoplasmas benignos y recordar la predilección del sistema nervioso por estos tumores, procedentes del mismo, ó sea los gliomas.

La vacilación permitirá afirmar que el vermis se halla interesado directa ó indirectamente, pudiéndose precisar con más exactitud la localización por los signos de compresión y por el orden en que aparezcan, pero esto será muy difícil.

TRATAMIENTO. — No creemos necesario insistir sobre la gravedad de los tumores cerebelosos que dan origen á síntomas. Salvo en los casos de sífilis, en que el tratamiento puede conducir á la resolución del goma y á la desaparición de los síntomas, el tratamiento no podrá ser más que paliativo; sin embargo, en un caso se intentó operar un tumor del cerebelo. Bennett May (1), en 1887, extirpó por medio de la trepanación un tubérculo del cerebelo; el niño, que se hallaba muy extenuado, murió algunas horas después. La dificultad del diagnóstico exacto de la localización cerebelosa, hace estas tentativas peligrosas (2).

Abcesos del cerebelo.

Los abcesos del cerebelo son una lesión poco frecuente; según Korner, de 100 casos de abcesos del encéfalo, 62 son cerebrales; 32 cerebelosos, y, en fin, seis casos en que se hallan ambos órganos afectados; según Pad, hay en el cerebelo un foco purulento por cada cuatro en el cerebro. Como las demás alteraciones cerebelosas, los abcesos pueden no dar origen á síntoma alguno, pero en los casos contrarios la gravedad de la afección es tal, que resulta de gran interés hacer el diagnóstico, porque el tratamiento quirúrgico sirve de poco al enfermo (véase más adelante *Abceso del cerebro*).

ETIOLOGÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las causas de los abcesos del cerebelo son las mismas que las del cerebro. A veces son producidos por la piohemia, de igual modo que los otros abcesos metastáticos. Otras veces por verdaderas embolias sépticas; pero la mayor parte son consecutivos á una supuración inmediata del cerebelo, y principalmente á las osteítis supuradas del temporal, y entre éstas la más frecuente, la caries del peñasco, es también la causa más común del abceso en el cerebro. Las lesiones del oído, las otitis medias supuradas crónicas entran por mucho en la etiología de esta afección, que ha sido

(1) Bennett May, *The Lancet*, t. 1, pág. 769, 1887; Excision of tumour of cerebellum.

(2) El Dr. Mac Ewen refiere (Congreso anual de la Asociación Británica, *British Medical Journal*, 23 Diciembre 1893, pág. 1365) tres operaciones de tubérculo del cerebelo con éxito operatorio: en dos casos, los enfermos murieron cuatro y cinco meses después de tuberculosis de otros órganos; en el tercer caso, desapareció la cefalalgia.

también comprobada á consecuencia de una simple otitis externa. Las otitis agudas supuradas rara vez engendran esta enfermedad, sino más bien la meningitis ó la trombosis de los senos. La caries del peñasco, consecutiva ó no á la otitis, es la que desempeña el principal papel en la etiología de esta afección.

Las lesiones del oído medio y la caries del peñasco dan también origen á abscesos del cerebro. Esta localización, sea en el cerebro, sea en el cerebelo, tiene su causa en el sitio de la caries del peñasco. Cuando es en la cara superior del hueso, entonces es en el cerebro donde se halla el foco purulento secundario; si es en la cara posterior del hueso, el absceso, si es que se forma, estará en el cerebelo. Esta regla se comprueba en todas las observaciones (1); así es que, por lo general, se le encontrará en un hemisferio cerebeloso y se extenderá más ó menos hacia el vermis, que podrá invadir por completo. Las lesiones de la apófisis mastoideas, tan frecuentes á consecuencia de la otitis media, han sido consideradas por Politzer como causas de los abscesos del cerebelo, y la causa de que el niño se halle menos expuesto á los focos purulentos del cerebelo es el gran desarrollo en el adulto de las células mastoideas (desarrollo que hace inagotable la supuración). De esta etiología puede deducirse el sitio del foco: se encuentra en el lado del oído enfermo, pero á veces se halla en el opuesto.

Los traumatismos craneanos desempeñan también su papel en la etiología de la lesión que nos ocupa, pero más rara vez con relación al cerebro.

El volumen del absceso varía desde el tamaño de un guisante al de un huevo de gallina; algunos contienen medio vaso de pus, y levantan más ó menos la pared formada por el hemisferio cerebeloso, que se halla deformado, y si es muy considerable, aquélla puede quedar reducida á una delgada cáscara. En los dos tercios de los casos, el pus se halla separado de las meninges por una capa de tejido cerebeloso sano, que falta con mucha frecuencia. En efecto, el absceso del cerebelo va á menudo acompañado de un absceso situado entre el peñasco y la dura-madre, y de una paquimeningitis purulenta externa, que sirve de intermediario entre la lesión del oído y el absceso cerebeloso. Esta paquimeningitis puede también dar origen á una perforación que haga comunicar el absceso con el foco formado alrededor de la caries del peñasco, pero las meninges, á pesar de todo, pueden permanecer sanas, y entre la osteítis y el absceso se encuentran estas membranas y una capa nerviosa no alteradas.

El pus contenido en el absceso es espeso, amarillento ó verduzco, á veces fétido, encontrándose en él los microbios ordinarios de la supuración, los de las otitis, streptococcus, estafilococcus y hasta el pneumococcus, microbios que partiendo del oído invaden el cerebelo de dos modos, ó bien causan la caries del peñasco, que produce á su vez un foco por debajo de la dura-madre, que da origen á una meningitis circunscrita supurada: el cerebelo se inflama por contigüidad y de ahí el absceso, en cuyo caso la pared cerebelosa de éste es incompleta, ó bien los microbios siguen la vía arterial, verdadera embolia séptica, la vía venosa, que da origen á una flebitis supurada, ó también la linfática. Estos últimos modos de propagación explicarían la integridad de las me-

(1) Chipault, in *Bull. de la Société Anatomique*, 1888.

ninges, frecuentemente comprobadas, y el aislamiento del absceso en medio del órgano cuya superficie parece sana.

La cavidad del absceso presenta dos paredes grisáceas y tomentosas, á veces desgarradas.

SÍNTOMAS. — El absceso del cerebelo, si no interesa el vermis y si se halla bien localizado, si es estacionario, puede permanecer del todo silencioso, pero las más de las veces no evoluciona sin producir desórdenes graves que llamen la atención. Es necesario distinguir dos marchas, una aguda y otra crónica, que pueden sucederse recíprocamente.

En la forma aguda, generalmente el sujeto padece una otorrea antigua que ha producido una sordera más ó menos completa, que indica así la alteración profunda del oído medio; pero la otitis podría ser también de fecha reciente (caso de Chipault). El flujo, al principio continuo, á la larga se hace intermitente, y á veces hasta se suprime después de algún tiempo. De repente, los accidentes aparecen, ya sin causa aparente, ya con motivo de una angina, de una inflamación de las fosas nasales que revive la lesión del oído medio.

Estos accidentes tienen, desde luego, un carácter grave: son trastornos encefálicos, un coma más ó menos profundo, á veces con síntomas generales de infección; todo esto enmascara la lesión cerebelosa y existe también en el absceso del cerebro; pero si se examina la oreja, se ve que la región mastoidea está roja, pastosa, en ocasiones hasta fluctuante, y puede haber empezado el flujo por el conducto auditivo. A veces la apófisis se halla en estado normal, salvo en los casos en que es asiento de un dolor profundo, que se exaspera por la percusión; en resumen, como se ve, estos son signos de caries ósea y de inflamación meníngea; los fenómenos cerebelosos faltan, y el enfermo muere con un absceso cerebeloso no sospechado.

Estos síntomas pueden atenuarse y la enfermedad pasa al estado crónico, y sólo entonces los fenómenos propios á las lesiones cerebelosas hacen su aparición, pudiendo ser los primeros en aparecer, si falta el período agudo, lo que es bastante frecuente, en cuyo caso no hay reacción inflamatoria y los signos del absceso son los que hemos estudiado á propósito de los tumores cerebelosos, y que son propios de los neoplasmas de desarrollo progresivo.

Cuatro de ellos son los más frecuentes é importantes: primero, la cefalalgia, intensa y persistente, sobre todo occipital y á veces exactamente limitada al lado en que se encuentra el absceso. Hay casos en que presenta irradiaciones hacia las sienes y la frente, siendo tal su violencia, que hace prorrumpir en gritos al enfermo. Después vienen los vómitos repetidos, provocados por los movimientos, el acto de sentarse ó la ingestión de alimentos: tienen el mismo carácter de tenacidad que las otras lesiones del cerebelo; en fin, los vértigos y la vacilación llamada cerebelosa son características del ataque directo ó indirecto del vermis y patognomónico de la lesión del cerebelo. El individuo oscila sobre sus pies como un hombre ébrio, describe zis-zas, y hasta algunas veces se cae; en una palabra, su marcha presenta los caracteres que hemos ya descrito para los tumores del cerebelo. A menudo también se comprueba la desigualdad de las pupilas que se hallan inmóviles y reaccionan poco ó nada á la luz; á veces hay ambliopía.

Si bien estos síntomas pueden existir solos, en la mayor parte de los casos

se agregan otros debidos á la compresión de los órganos vecinos. Unas veces es una parálisis (alterna en ciertos casos), es decir, una parálisis facial con estrabismo convergente de un lado y parálisis de los miembros del opuesto; otras, el enfermo presenta una violenta contractura dolorosa de la nuca, que no se puede aminorar sin hacerle sufrir. También se han señalado crisis de opistótonos con pérdida de conocimiento. La contractura de la nuca puede hallarse limitada á un solo lado y de ahí la desviación de la cabeza, ó bien es simétrica.

En los casos de marcha crónica, la temperatura general es variable; á veces elevada, puede no pasar de 38° y parece no depender del absceso del cerebelo; en efecto, desciende á la normal, generalmente después de la trepanación que limpia el hueso y el foco situado por encima de la dura madre.

El estado general del enfermo es bueno, pero, en un momento dado, los vómitos reaparecen con nueva intensidad, no pudiendo el enfermo moverse sin provocarlos. Las crisis dolorosas se hacen más frecuentes, acentuándose todos los síntomas; la debilidad es extrema y el enfermo muere en el coma ó en una crisis de dolor á veces con opistótonos.

DIAGNÓSTICO.—Como se ve por los síntomas, no es siempre fácil. En efecto, los absesos de marcha crónica presentan casi todos los síntomas de las lesiones en foco de los tumores del cerebelo y su diagnóstico queda desde luego hecho al hacer el de estos. Sólo el flujo purulento por el oído permitirá pensar en el absceso, debiendo recordarse que á menudo, en la marcha crónica, no hay fenómeno inflamatorio reciente en la apófisis mastoide ó del oído y se tendrá siempre en cuenta todo flujo, aun cuando halla cesado después de cierto tiempo.

En los absesos agudos del cerebelo, la lesión se manifiesta por la violencia de la reacción general, por los fenómenos tifóidicos ó piohémicos. La atención se fijará en el oído y reconociendo la lesión de éste, se pensará en un absceso cerebral ó en una meningitis, sin que nada permita pensar en el cerebelo. Y aun en los casos en que haya vómitos repetidos, cefalalgia occipital intensa y contractura de la nuca, antes de pensar en el absceso del cerebelo será necesario eliminar la meningitis y la trombosis de los senos.

Así, el pronóstico basado en el diagnóstico y en la posibilidad de una intervención completa, es de los más graves en el caso de absceso de marcha primitivamente aguda ó de un brote agudo en un absceso crónico. Los focos purulentos de marcha crónica tienen la gravedad de los tumores del cerebelo y se comportan como estos últimos, si un brote agudo no termina la escena.

TRATAMIENTO.—Es evidente que no hay más que uno: la evacuación del pus; es pues de la incumbencia del cirujano, quien deberá tener presente, si fuese preciso trepanar, que el absceso se halla siempre más cerca del peñasco que del occipital. La operación ha sido hecha muchas veces, pero Mac-Ewen fue el primero que curó una enferma mediante una operación sistemática en 1887. Por lo demás, la trepanación dista mucho de dar brillantes resultados, y, en la mayor parte de los casos, la falta estriba en la disposición anatómica del foco purulento. La terapéutica quirúrgica se dirige sobre todo á la supuración del peñasco y absceso situado entre este hueso y la dura madre. ¿Qué puede suceder entonces? Que habiendo el cirujano trepanado y limpiado el foco purulento exterior al cerebelo, continúe ó no la supuración ósea y los síntomas de la

lesión cerebelosa sigan su curso. El cirujano ha visto la superficie del cerebelo, le ha parecido sano, desconociendo el absceso profundo del cerebelo á consecuencia del cual muere á veces el enfermo al cabo de uno ó dos meses, así es que, si después de una primera trepanación se acentúan los fenómenos cerebelosos, el cirujano se halla autorizado para hacer una punción en el punto trepanado.

Falta.—Atrofia.—Esclerosis é hipertrofia del cerebelo.

Reuniremos bajo un solo título todos estos hechos que, al parecer, debieran exigir capítulos diferentes. Pero ya veremos que la atrofia y la hipertrofia del pequeño cerebro tienen los mismos síntomas, que no difieren más que por su anatomía patológica, y que la falta congénita del cerebelo está representada por un caso único. Estos casos serían evidentemente preciosos para el estudio de las funciones del cerebelo si fuesen casos simples, pero desgraciadamente no sucede así, y sus condiciones etiológicas, las alteraciones concomitantes de otras partes del encéfalo hacen estas lesiones difíciles de observar. Marie, en la *Semana Médica* de 27 de Septiembre de 1893, ha expuesto recientemente una opinión con el nombre de heredo-ataxia cerebelosa; este autor describe una enfermedad que presenta dos puntos de semejanza con la enfermedad de Friedreich, trastornos idénticos de los movimientos y origen hereditario; pero difiere por la anatomía patológica. En efecto, en la heredo-ataxia cerebelosa, la médula no presenta las alteraciones características de la enfermedad de Friedreich y además el cerebelo está atrofiado; pesaba 81 gramos en el caso de Fraser; 51 en el de Nonne, en vez de 160 á 170 gramos, su peso normal. Marie atribuye á esta atrofia los trastornos cerebelosos.

FALTA CONGÉNITA DEL CEREBELO.—Este caso, único hasta el día, fue observado por Combette (1), interno de Kapeler, en el hospital de San Antonio. No podemos hacer nada mejor que resumir la observación: Alejandrina Labrosse, nacida en Versailles, en Mayo de 1820, hija de un padre fuerte y robusto, y de una madre enfermiza, extenuada por excesos de todo género. La niña vino al mundo delgada, aun cuando bien conformada; era sumamente ruín y delicada y adquiría muy poco desarrollo. A los dos años aún no tenía sus primeros dientes y hasta los tres no empezó á balbucear algunas palabras. No empezó á ponerse en pie hasta la edad de cinco años y á los siete estaba poco desarrollada y tenía una gran debilidad; era muy torpe y no podía articular claramente las palabras. A los nueve años su pupila estaba dilatada, lo que se atribuyó á los helmintos; se masturbaba.

En su hoja de admisión en el hospital, en Enero de 1830, consta que se halla paralizada de las dos extremidades abdominales y habla con gran dificultad. Sus piernas, aunque muy débiles, le permiten andar, pero se cae muy á menudo; su desarrollo es casi igual al de una niña de seis años. A partir de Octubre de 1830, permanece constantemente acostada; apenas puede mover las piernas, cuya sensibilidad permanece intacta; las manos gozan de todos sus

(1) Combette, *Bulletin de la Société anatomique*, 1831, pág. 148, et *Revue médicale*, t. II, 1831, página 57.