

arteria basilar, de las vertebrales ó de sus ramas. Los demás fenómenos prodrómicos, vagos y difusos, dependen de las alteraciones circulatorias, determinadas por las alteraciones vasculares preparadoras de la hemorragia. Se ha notado cefalalgia, paresias, perturbaciones de la respiración, crisis de disnea, lipo, vértigos, soñolencia, vómitos, trastornos vaso-motores de la cara, etc.

Haya sido ó no precedida de prodromos la enfermedad, la hemorragia se manifiesta repentinamente. Se produce un ataque apopléctico, que suele hacer pensar casi siempre en una hemorragia cerebral. El enfermo cae y pierde el conocimiento, y se le encuentra en el coma. Sucede, sin embargo, de ordinario, que el ictus apopléctico es menos brusco que en la hemorragia cerebral; la pérdida del conocimiento no es instantánea, pero se hace gradualmente completa. El enfermo está en resolución; luego cae en un profundo coma, que termina por una muerte rápida. A veces, no obstante, el aniquilamiento cerebral es menos completo; después del ictus despierta un poco la conciencia, y hasta puede suceder que no se produzca el ictus inicial, ó sea incompleto; entonces el enfermo sólo experimenta un simple embotamiento de los sentidos y debilidad intelectual y física más ó menos pronunciada; contesta mal á las preguntas, parece que las comprende con dificultad, no puede tenerse de pie, aunque mueve bien en el lecho brazos y piernas: su sensibilidad y su conciencia sólo están embotadas y no completamente perdidas. Al cabo de poco tiempo por excepción, sobreviene después de varias reintegraciones más ó menos pronunciadas de la conciencia, interrumpidas por períodos de soñolencia y de coma. Por último, se han citado algunas observaciones en las cuales ha quedado la hemorragia meníngea durante algunas horas y hasta durante algunos días latente, revelándose después de un modo súbito por el coma, seguida de muerte muy presto.

Siendo el coma, completo ó incompleto, el gran signo de la hemorragia meníngea sub-aracnoidea, no es fácil apreciar otros trastornos que puede presentar el enfermo. Estos diversos trastornos, que han podido observarse en cierto número de casos, son parálisis, y más rara vez contracturas y convulsiones. Hay que citar, además, la desviación conjugada de la cabeza y de los ojos, los vómitos, las perturbaciones respiratorias, las circulatorias y las térmicas.

Cuando el enfermo está solo amodorrado y soñoliento, se observan parálisis localizadas, por ejemplo, hemiplegia, pero no es un fenómeno frecuente. Su falta constituirá un carácter diferencial entre la apoplejía debida á la hemorragia meníngea sub-aracnoidea y á la cerebral, pero después de todo es un carácter insuficiente.

Las contracturas no indican casi nunca la hemorragia sub-meníngea pura, sino la ventricular y también la supra-aracnoidea, que puede complicarla. Las convulsiones (movimientos epileptiformes, tetaniformes ó de otra clase), parecen pertenecer, sobre todo, á la paquimeningitis hemorrágica, y excepcionalmente á la hemorragia sub-meníngea.

La desviación conjugada de la cabeza y de los ojos, ha sido observada varias veces. Es un fenómeno consecutivo á las lesiones localizadas en un hemisferio cerebral. La cabeza y los ojos se desvían en el mismo sentido: hacia el lado de la lesión.

Los vómitos son muy raros. En ocasiones hay lentitud de pulso, y bastante á menudo algunas perturbaciones respiratorias; respiración estertorosa, desigual, irregular. Por último, los trastornos térmicos consisten en un descenso inicial de la temperatura en el momento del ictus apopléctico, como en la hemorragia cerebral, seguido de elevación y de una gran ascensión en el período terminal.

La hemorragia sub-meníngea tiene una marcha que suele ser continua, pero á veces, como ya hemos dicho, es intermitente. La muerte es de ordinario muy rápida, á menudo sobreviene en algunas horas, y es raro que se haga esperar más de una semana. Esta es, por decirlo así, la única terminación observada en la variedad de hemorragia meníngea de que estamos ocupándonos.

DIAGNÓSTICO.— Los elementos en que puede fundarse el diagnóstico de la hemorragia meníngea sub-aracnoidea no permiten siempre, ciertamente, distinguirla de la hemorragia sub-aracnoidea primitiva ó consecutiva á la paquimeningitis, como tampoco de la hemorragia cerebral y del reblandecimiento.

Por lo que se refiere al primer diagnóstico, se fundará en lo brusco del ataque apopléctico, en la existencia de un coma profundo ó de un estado de torpeza cerebral, acompañado de astenia sin parálisis clara, en la falta ó rareza de los fenómenos convulsivos y en la rapidez de la marcha para diferenciar la hemorragia sub-meníngea de las *hemorragias supra-aracnoidea primitiva y paquimeningítica*.

El diagnóstico de la hemorragia sub-meníngea y de la cerebral es siempre muy difícil. Un ictus apopléctico brusco, seguido de un coma progresivo y de una muerte muy rápida, podrán hacer sospechar la hemorragia sub-meníngea. Otro tanto ocurrirá si, por el contrario, se ve sobrevenir, sin apoplejía inicial, una astenia y una soñolencia crecientes y luego un coma mortal sin hemiplegia.

El diagnóstico con el *reblandecimiento cerebral* es casi siempre imposible.

TRATAMIENTO.— El médico deberá renunciar al inútil empleo de las sangrías y de las emisiones sanguíneas locales, limitándose á hacer algunas prescripciones higiénicas que son de rigor en la mayor parte de las afecciones encefálicas: reposo y tranquilidad para el enfermo, temperatura moderada, aireación del cuarto en que está colocado, limpieza rigurosa del cuerpo, etc. Se vigilará la vejiga, para evitar la posible retención de orina. Los purgantes y sinapismos podrán emplearse sin inconveniente.

#### Hemorragias ventriculares.

El derrame de sangre en los ventrículos cerebrales rara vez se presenta como lesión aislada, casi siempre es consecuencia de una hemorragia cerebral, y particularmente de una hemorragia de los cuerpos opto-estriados, á veces de una hemorragia meníngea sub-aracnoidea: por lo tanto, la hemorragia ventricular puede resultar de la rotura de un vaso de los plexos coroideos ó de una venilla que serpea por la superficie del epéndimo. La sangre casi siempre se vierte en los ventrículos laterales, alguna vez en el tercero y cuarto ventrículos.



La sangre derramada distiende los ventrículos: ordinariamente está coagulada, y cuando la hemorragia es reciente, la pared ventricular permanece intacta. Cuando data de algunos días, la pared ependimaria está teñida de rojo, embebida y más ó menos engrosada, cuyo engrosamiento es todavía más notable cuando se trata de una antigua hemorragia curada, que se descubre accidentalmente en la autopsia: entonces tiene la pared un tinte nacarado, y la sangre está más ó menos absorbida. Semejantes observaciones de hemorragia ventricular curadas, de la que sólo se encuentran las huellas, son indiscutibles. La sangre, abundantemente extravasada en un ventrículo lateral, suele hacer irrupción en el otro por rotura del tabique.

Las hemorragias puramente ventriculares son debidas á roturas vasculares, cuyo origen debe ser atribuído á alteraciones vasculares análogas á las que determinan las demás hemorragias encefálicas. Son, sobre todo frecuentes en los hombres, entre los cuarenta y setenta años.

La hemorragia ventricular sobreviene por lo común de una manera brusca. Algunas veces va precedida de síntomas vagos: dolor de cabeza, vértigos y vómitos.

Sobreviene un ictus apopléctico. La resolución muscular puede ser total; otras veces se descubre una hemiplegia; pero el signo más importante de las hemorragias ventriculares son la contracturas que casi nunca faltan, por lo cual, en presencia de un ictus apopléctico acompañado de contractura, débese pensar muy lógicamente que se trata de un foco hemorrágico que ha hecho irrupción en los ventrículos: la autopsia viene muy comunmente á confirmar esta hipótesis.

La hemorragia ventricular suele ocasionar la muerte fulminante ó muy rápida: sin embatgo, hay observaciones en las cuales se ha prolongado la vida varios días y aun varias semanas: una de ellas se refiere al célebre naturalista Malpighi (1), quien sobrevivió mes y medio.

#### Hemorragias mixtas.

Las hemorragias mixtas son frecuentes. Se concibe, en efecto, muy fácilmente, que el derrame no siempre esté limitado por las disposiciones anatómicas que aseguran de ordinario la localización de los hematomas, los cuales pueden propagarse. La hemorragia cerebral hace irrupción á menudo, ya en los ventrículos, ya en la superficie del cerebro, debajo de la aracnoides y aun en la cavidad aracnoidea: puede extenderse á la vez á ambos lados. También una hemorragia puede ser á la vez sub y supra-aracnoidea. La hemorragia supra-aracnoidea es muy frecuentemente raquidiana al mismo tiempo que encefálica: pero estas variedades anatómo-patológicas de los derrames sanguíneos no tienen signos clínicos que permitan reconocerlos con certeza. Las hemorragias mixtas tienen una sintomatología mixta, y apenas es posible hacer más que sospecharlas, sin poder diagnosticarlas con toda precisión.

(1) Jaccoud et Labadie-Lagrange. Art. *Méninges*. Dict. de Méd. et Chir. pratiques, p. 126.

## CAPITULO IV

### TROMBOSIS Y FLEBITIS DE LOS SENOS CEREBRALES

La trombosis y la flebitis de los senos deben ser tratadas simultáneamente. La coagulación de la sangre en los vasos es, en efecto, debida casi constantemente á la alteración de sus paredes, y ésta parece ser, lo más á menudo, de origen infeccioso. Pero, á pesar de la relación íntima que hace de la trombosis y de la flebitis dos términos inseparables, por decirlo así, es usual en el lenguaje corriente designar con el nombre de trombosis la obstrucción venosa que sobreviene en el curso de las enfermedades generales infecciosas y de las caquexias, y con el de flebitis la que ocurre por una infección de vecindad. En el primer caso, el elemento mecánico, es decir, la obstrucción, es lo que predomina, y en el segundo, el elemento flegmático adquiere bastante importancia para colocársele en primer término.

ETIOLOGÍA. — La trombosis de los senos se encuentra á menudo en todos los estados marasmáticos, en los cancerosos, algunas veces en los tuberculosos, las cloróticas, y sobre todo, en los niños atrépsicos. Sus condiciones de desarrollo, en estas circunstancias, son las mismas que determinan las trombosis de las demás venas; si se considera á la infección como causa primera de la coagulación, es necesario, sin embargo, admitir que el éstasis sanguíneo y las alteraciones de la sangre, constituyen causas adyuvantes, cuya influencia es muy importante. Donde con mayor frecuencia se halla la trombosis marasmática, es en el recién nacido (Hutinel) (1), en el cual sobreviene, sobre todo, después de diarreas coleriformes, que determinan el enflaquecimiento rápido, la atrepsia aguda (Parrot) de los niños pequeños, pudiendo suceder también á las supuraciones prolongadas, al raquitismo y á la sífilis. Se la ha encontrado á consecuencia de diversas enfermedades infecciosas, de la difteria, de la fiebre tifoidea, de la erisipela y de las bronco-neumonías.

La trombo-flebitis de los senos es debida muy á menudo á una lesión próxima á la dura-madre. En ciertos casos, cuando está muy inmediata, la lesión venosa se produce por propagación inflamatoria. Otras veces se efectúa por intermediación de las venas que unen la región primitivamente enferma con el seno afectado y que sirven de vías de introducción á los agentes infecciosos. Así es como la trombo-flebitis de los senos sigue á veces á las lesiones sépticas de las partes blandas del cráneo y de la cara (erisipelas, antrax, forúnculos, absceso), pudiendo precederla entonces una flebitis facial y orbitaria (flebitis ascendente), ú otra determinada directamente, sin previa alteración de las venas faciales y orbitarias.

La flebitis de los senos es una complicación bastante frecuente de la otorrea;

(1) Hutinel, Contribution à l'étude de la circulation veineuse chez l'enfant. Thèse de Paris, 1877