

compresion del tejido medular por un producto orgánico (tuberculoso, etc.), es muy rara, y además es completa, é interesa lo mismo á la sensibilidad que á la motilidad y á los esfínteres, y tiende mas á aumentar que á decrecer.

La paraplegia por traumatismo se diferencia por la causa misma que la produce; sucede lo mismo con la paraplegia por mal de Pott; no obstante, es conveniente recordar que esta última enfermedad puede existir simultáneamente con la parálisis de la infancia, de lo cual ha visto un caso Laborde (1).

La *hemiplegia* no pertenece, como forma paralítica primitiva y persistente, á la enfermedad que nos ocupa; constituye de hecho por su existencia un signo diferencial casi absoluto, pero además, se halla enlazada habitualmente á un cierto número de fenómenos que no permiten duda alguna sobre el origen *cerebral* de la afeccion que caracterizan, y son principalmente el trastorno de los sentidos especiales, estrabismo, amaurosis y sordera, la imperfeccion mas ó menos notable de la inteligencia y la dificultad ó imposibilidad de la palabra, el aire de tonto y aun los verdaderos atributos del mas completo idiotismo; y las contracturas activas y permanentes; la *congenialidad*, una mala conformacion congénita ó adquirida del cráneo, y por último, la *herencia*: tales son los caracteres *verdaderamente clínicos* que permiten diferenciar las diversas afecciones de origen cerebral de la parálisis de la infancia, caracteres que importa, bajo todos aspectos, no sacrificar jamás á un medio *esclusivo* de exploracion, tal como la electricidad.

Localizada la parálisis en un solo miembro, ó en un cierto número de músculos, se parece entonces por esta localizacion á la parálisis por traumatismo local, por compresion, ó á las parálisis reumáticas; pero basta mencionar las diversas causas para evitar la confusion que, sin embargo, ha sido cometida claramente por el doctor Kennedy (*parálisis temporales*). Recordemos, por último, que las neurosis convulsivas (corea, epilepsia, histeria), pueden dar lugar á parálisis parciales; mas la existencia de la afeccion convulsiva, aparte de los caracteres propios de la parálisis secundaria, basta para permitir una distincion cierta.

El diagnóstico en el *periodo de atrofia y de deformidad*, no ofrece dificultades serias, si se recuerda su sitio especial; así como la naturaleza de estos fenómenos consecutivos y los trastornos de nutricion que las acompañan (enfriamiento, cianosis, etc.).

Relativamente á la atrofia, su consideracion suscita aquí, bajo el punto de vista del diagnóstico, una cuestion cuya solucion definitiva pertenece todavía al porvenir; esta cuestion es: ¿existe en los niños una enfermedad parecida á la *atrofia muscular progresiva*, la cual podria dar lugar á que se confundiese con la parálisis infantil

(1) Laborde, *Loc. cit.*, p. 152.

en el período último? Esta cuestion está justificada por muchos hechos observados por Edw. Meryon (1), Duchenne, de Boulogne, y Laborde, hechos cuya interpretacion parece debieran traer consigo una respuesta afirmativa.

Pronóstico.—Si la parálisis de la infancia no es mortal por sí misma, no por eso deja de ser de suma gravedad, en razon de los fenómenos consecutivos de atrofia, de degeneracion muscular y de deformidad que trae en pos de sí fatalmente. De esta suerte, no solo compromete la existencia funcional de órganos esenciales de locomocion, sino tambien ataca en su desarrollo los agentes inmediatos de la nutricion de estas partes, es decir, los vasos y los nervios.

Si el doctor West subordina el pronóstico de esta enfermedad á un tratamiento administrado en tiempo oportuno, es que ha confundido, como Kennedy, ciertos estados paralíticos con la parálisis real de la infancia. Resulta de la observacion atenta de los hechos, que una vez declarado el procesus morboso, deja necesariamente indicios indelebiles de su existencia, espresándose por los fenómenos de atrofia, con ó sin degeneracion de los órganos de la motilidad y por los trastornos funcionales consiguientes. Por consiguiente, el pronóstico de la enfermedad se halla subordinado, en definitiva, á la consideracion de estos fenómenos, á su gravedad é intensidad; debiendo añadir, que puede mitigarse singularmente por la intervencion temprana del tratamiento de estos fenómenos consecutivos.

§ VI.—Tratamiento.

Si se llega á reconocer la enfermedad en el *periodo de invasion*, los fenómenos generales y agudos (de naturaleza irritativa) que la constituyen, indican formalmente la medicacion *antiflogística*, ya sola, ya auxiliada á la vez con algunos adyuvantes locales; tales como emisiones sanguíneas locales por medio de sanguijuelas, ó mejor con ventosas escarificadas á lo largo y á cada lado del ráquis; fricciones mercuriales, aplicacion de compresas frias, baños templados, emolientes, etc. Puede ser conveniente tambien recurrir al mismo tiempo á la accion derivativa sobre el canal intestinal á beneficio de purgantes apropiados. Respecto á esto, se le ha concedido (2) al uso especial del *calomel*, una confianza y una eficacia que no nos parecen justificadas en el caso presente; porque es evidente que los pretendidos casos de curacion imputados á su accion, no pertenecen á la parálisis de la infancia, sino mas bien á hechos de parálisis llamada temporal, con desórdenes en el conducto intestinal.

(1) Edw. Meryon, *On granular and fatty degeneration*, etc.—(*Medico-chirurg. Transactions*, t. XXXV, p. 72).—Véase la traduccion de estos hechos y su interpretacion en Laborde, *De la paralysie dite essentielle*, p. 180 y siguientes.

(2) West, Kennedy, etc., *Loc. cit.*

En el *periodo de parálisis*, las indicaciones que hay que llenar, son las siguientes:

1.º Combatir la parálisis y esforzarse por prevenir los accidentes de atrofia y de deformidades que le siguen, y 2.º combatir las deformidades confirmadas.

1.º *Combatir la parálisis y esforzarse por prevenir los fenómenos de atrofia y deformidades.*—Se conoce un número considerable de medios para cubrir las dos primeras indicaciones que tienen conexiones.

a. *Revulsivos locales* á lo largo y lados del raquis; vejigatorios volantes poco estensos y renovados particularmente en las regiones dorsal y lumbar, y embrocaciones parciales con la tintura de iodo iodurada, en las proporciones siguientes:

R. Tintura de iodo del Codex. 30gr,00 | Ioduro de potasio..... 1gr,50 (1).
Iodo puro..... 2gr,50

b. *Medicamentos especiales internos: preparaciones de nuez vómica; estricnina.* West y Heine, recomiendan esta medicación; pero nos pondremos en guardia contra los peligros de su uso en los niños, peligros que no compensa ciertamente el resultado que podría esperarse de ella. Es preferible, según nuestra opinión, recurrir á los reconstituyentes y tónicos generales, como las preparaciones de hierro y quina al interior.

c. *Medios de estímulo y de tonificación locales:* fricciones estimulantes aromáticas con quina ó linimento rosado; se recomiendan también mucho, tanto por su vulgaridad, como por su eficacia real, el vino tinto ó las heces del vino. Además de las sustancias empleadas, la *acción de friccionar* tiene una importancia real. Indiquemos, finalmente, los baños escitantes y tónicos, salados, sulfurosos, ferruginosos y de mar; las duchas locales de vapor (West), la hidrotterapia, etc.; y, por último, la electrización, que puede también intervenir como un excelente medio de escitación local, sobre todo, cuando se asocia á otros medios de medicación tópica ó general.

d. *Gimnástica activa y en especial pasiva*, dirigida con perfecto conocimiento de las localizaciones de los fenómenos de parálisis y de atrofia, y de las tendencias anormales y viciosas, contra las cuales importa luchar, aparatos auxiliares especiales de locomoción, etc.

e. *Calzado y aparatos mecánicos* apropiados á la especie de deformidad en vía de producción y destinados á prevenir sus progresos. Nunca recomendaremos demasiado la intervención pronta del arte en estas condiciones.

A Rigal (de Gaillac) es á quien pertenecen la idea y el mérito de

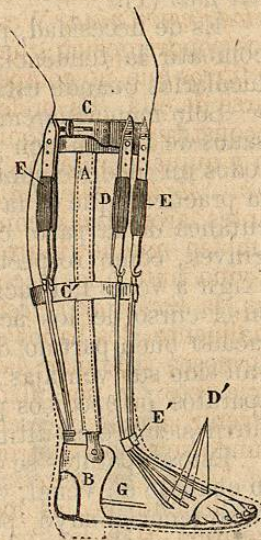
(1) Esta mezcla la usa con frecuencia en el mal vertebral Buvier, del cual copiamos esta fórmula. (Buvier, *Leçons sur les maladies de l'appareil locomoteur*. París, 1858.)

la aplicación razonada de vendas de caoutchout para el enderezamiento de los pies, disponiendo estos lazos de modo que obren según la dirección de los músculos debilitados (1).

Las investigaciones electro-fisiológicas de Duchenne, permitiendo una determinación más precisa de los músculos afectados, han dado á estas aplicaciones más extensión y seguridad. Duchenne se ha esforzado, además, en hacer servir los resultados de sus investigaciones al perfeccionamiento de los mismos aparatos: hizo construir, para el pie en particular, una polaina en la cual los diversos músculos de la pierna están representados artificialmente por resortes metálicos en espiral (que Duchenne prefiere, con razón, al caoutchout), y que se fijan según la dirección y las inserciones de los músculos mismos. Duchenne ha llevado la imitación de la naturaleza hasta realizar el paso de los tendones artificiales hechos con cordones de seda, en correderas análogas á las correderas tendinosas (2). Reproducimos aquel de estos aparatos que, según su autor, responde á todas las indicaciones para las parálisis parciales de los músculos motores del pie. (Figura 11).

Figura 11.—Polaina y músculos artificiales de Duchenne.
Este aparato se compone, como los aparatos ortopédicos ordinarios.

- 1.º De dos tutores ó tallos metálicos A; estos tutores están unidos entre sí por dos círculos también de metal CC', cuya mitad anterior está articulada y puede abrirse para recibir el miembro.
 - 2.º De un estribo metálico B, al cual se halla fija una delgada plantilla de cuero, á veces reforzada por una placa metálica tan ligera como sea posible (el metal se cubre completamente de piel).
 - 3.º De músculos artificiales D, E, F, etc., que corresponden á los normales, tendidos y fijos (cuando el aparato está en su sitio, como en la figura adjunta) al círculo superior C, pasando los botones que bordean este último por los agujeros de sus correas.
- Puede colocarse una botina por encima de todo este sistema y mantenerla puesta, como se halla indicado por las líneas punteadas que rodean el pie.



Primitivamente, el sistema de deligación de Duchenne estaba destinado á dejar abandonada toda especie de fuerza rígida muy reprobada por él; no obstante, se sabe que se vió obligado á volver á ella, puesto que en el aparato de que acabo de hacer mención, los tu-

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1840, t. VI, p. 208.

(2) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 2.ª edición. París, 1861, pág. 856 y siguientes.

tores y el estribo son, como en las máquinas ordinarias, la base del sistema. Basta recordar un momento las indicaciones que hay que llenar, para convencerse de que debe ser así. En efecto, se trata, ó de vencer una resistencia ocasionada por la retraccion extrema de los músculos sanos, ó de luchar contra la tendencia incesante á esta retraccion; y como que en el primer caso se llega muchas veces á luchar con gran trabajo contra esta resistencia, á beneficio de medios poderosos y rígidos, mal se podría alcanzar con las simples fuerzas elásticas de Duchenne. Por otra parte, él mismo confiesa su impotencia en estas condiciones.

En el segundo caso, aquel de que nos ocupamos en este momento, el uso de la fuerza elástica no podría llenar tampoco completamente el objeto, segun nuestra opinion, porque por poco que se pronuncie y haga progresos la retraccion, triunfaría poco á poco de la resistencia de los resortes elásticos, que no está limitada en razon misma de esta elasticidad; esto es lo que Duchenne ha reconocido, puesto que en estas condiciones «*ha tenido que limitar, dice, el tiro del estribo, para dejar mas juego al movimiento de estension y de flexion del pié*» (1).

Es de necesidad, pues, volver á los aparatos rígidos, tanto para combatir la tendencia á las desviaciones anormales, como para remediarlas cuando están confirmadas.

Solo mencionaremos los vendajes solidificados, los aparatos yesados de Dieffenbach y de Mathyssen y otros (2), porque presentan todos un inconveniente que los hace siempre de aplicacion difícil en la práctica; que es la de ocultar lo que pasa, tanto en la superficie cutánea de la parte cubierta, en donde pueden producirse heridas graves, como respecto á la desviacion anormal misma, que puede exigir á veces indicaciones nuevas, á causa de cambios sobrevenidos en el curso de los accidentes consecutivos. Giraldés parece haber sacado buen partido de la guta-percha; pero cualesquiera que hayan sido sus ventajas, no creemos que puedan igualar á la de los aparatos ortopédicos propiamente dichos, á los cuales habrá que recurrir siempre en último término.

Estos aparatos se han multiplicado sobremanera desde el famoso chanclo de Venel, del cual derivan todos mas ó menos. Cada uno quiso tener el suyo, pero Dios nos guarde de describirlos todos, ni siquiera algunos: estamos en el caso de repetir con Bouvier:

«No tengamos mas que uno, pero que sea bueno...»

Bajo el punto de vista práctico, bastará que nos propongamos mencionar dos, á fin de librarse de la insuficiencia y oscuridad de las descripciones. En este caso hemos preferido hacerlos representar

(1) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 2.^a edición, París, 1861, pág. 860.

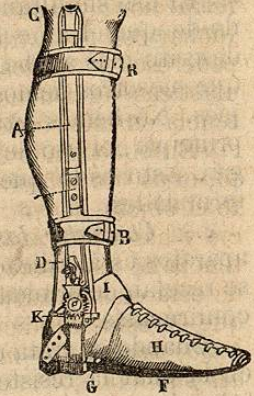
(2) Sarazin, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. París, 1865, t. III, art. APPAREILS.

y añadir á las figuras una nota esplicativa, para demostrar su disposicion completa y el modo de aplicarlos.

La primera (Fig. 12), es un aparato de encaje, modelo Char-

Figura 12.—Aparato de encaje de Charrière para el pié zambo.

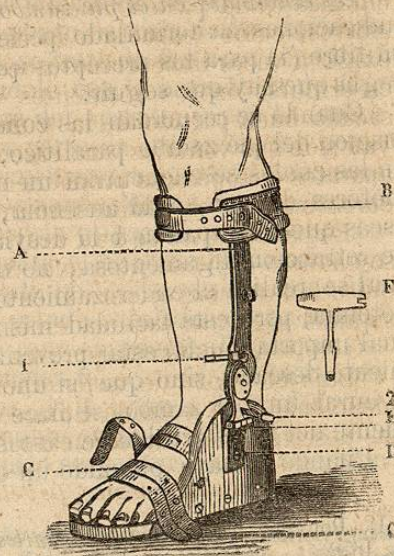
- A. Montante lateral horadado con muchos agujeros que sirven para prolongarlo en caso de necesidad.
- BB. Abrazaderas que sirven para fijar el miembro pegado al aparato.
- D. Tornillo sin fin que se mete en una cremallera y sirve para hacer girar el pié en *vagus* ó en *varus*, segun se quiera.
- F. Sandalia de madera almohadillada, sobre la cual se inmoviliza el pié.
- G. Tornillo sin fin, que sirve para hacer girar el pié hácia dentro ó hácia fuera (movimientos de lateralidad).
- H. Correa atada de cuero para sostener el pié, y correa que pasa por encima de la garganta del pié para fijarla en el talon.
- K. Tornillo sin fin que obra sobre la cremallera, destinado á evitar el equinismo ó el descenso forzado de la punta del pié.



rière, que conserva la talonera de Venel, y lo sentimos por él, en virtud de que esta talonera es muy impropia para retener el talon en el pié equino. El rodete grueso, que se halla en la parte posterior del zapato en el aparato de Cottin (Fig. 13), que obra de consuno con las correas, conviene mucho mejor para sostener el talon.

Figura 13.—Sandalia mecánica para el pié zambo, varo, equino de Cottin.

- A. Montante esterno ó palanca.
- B. Círculo almohadillado para fijar, por medio de una correa, el montante á la parte superior de la pierna.
- CC. Sandalia y correas destinadas á ejercer las diversas presiones indicadas, ya de dentro á fuera ya de fuera á dentro.
- D. Talonera reñchida.
- E. Articulacion en nudo de compás del montante con la sandalia.
- 1. Tornillo superior destinado á elevar la punta del pié y graduar esta elevacion.
- 2. Tornillo inferior para los movimientos de lateralidad, necesarios al enderezamiento del pié.
- F. Llave que se adapta á los tornillos y sirve para hacerlos mover en su rosca.



Por otra parte, en la manera de disponer estas correas, es de lo que se podrá sacar, sobre todo, los medios mas eficaces de contener el pié, dándole la direccion necesaria, y de combatir al mismo tiempo ciertas deformidades secundarias, como la prominencia supra-tarsiana y otras.

El uso simultáneo de la sandalia mecánica, que se tendrá cuidado de que el niño la conserve puesta por la noche, y del borceguí descrito mas arriba, durante el dia, se dirigirá útilmente contra lo que nosotros hemos llamado inminencia de las desviaciones de los piés. No hemos titubeado en sentar como regla del tratamiento al principio, el uso de estos dos aparatos y, por lo menos, el del borceguí. Esto es lo que constituye el tratamiento preventivo de las deformidades.

2.º *Combatir las deformidades confirmadas.*—Si el uso de los aparatos está indicado al principio de la atrofia, y cuando solamente se recelan deformidades, con mayor razon es necesario, si estas están confirmadas.

Cuando se trata de una desviacion permanente poco adelantada, en la cual la resistencia constituida por los antagonistas, en via de retraccion, no es todavía tal que no pueda vencerse por una fuerza moderada, la aplicacion de un aparato bastará aun para enderezar y sostener el pié en su direccion casi normal; pero abandonadas á sí mismas, las deformidades de los piés llegan con bastante rapidez á un grado que sin ser tan extremo como las desviaciones congénitas, reclaman, no obstante, para combatir las, otros medios que los solos aparatos: en una palabra, es preciso apelar á la *seccion tendinosa*.

La *tenotomía en el pié zambo paralítico*, es una operacion cuyas indicaciones ha formulado perfectamente Bouvier. Nos remitimos á su libro (1) para los preceptos que se imponen, como la mas perfecta regla que hay que seguir.

Cuando se recuerdan las condiciones que han presidido á la formacion del pié zambo paralítico, al estado de debilidad y de atrofia, en las cuales se encuentran un mayor ó menor número de músculos motores del pié, á la ausencia, ó las insignificantes deformidades óseas que acompañan á la desviacion anormal y á la falta habitual de retraccion ligamentosa, no debe estrañarse la facilidad con la cual se realiza el enderezamiento del pié, una vez practicada la tenotomía; pero esta facilidad misma conduce á un escollo contra el cual importa mucho estar prevenido. No solo se obtiene el enderezamiento deseado, sino que, si uno se descuida, pasa de lo natural, y al curar un pié zambo, se hace otro; tal es el origen bastante frecuente del talus artificial en estas condiciones.

Cuando se haya obtenido un enderezamiento conveniente, se li-

(1) Bouvier, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. París, 1858.

mitará la accion del aparato en el sentido del movimiento hácia el cual tienda á producirse la exageracion: esto hace preveer cuán rara debe ser la necesidad de renovar la seccion tendinosa en el pié zambo paralítico, con tal que al practicarla la primera vez, se haya obedecido á indicaciones verdaderamente racionales. En efecto, se deben temer menos las recidivas en el pié zambo paralítico, que en el congénito.

Poco tenemos que decir de los aparatos destinados al enderezamiento de la pierna ó del muslo, cuando son el asiento de retracciones musculares con parálisis de los antagonistas, en virtud de que estos aparatos no son, por lo general, sino una modificacion en altura, ó hasta cierto punto, una estension de los que nos hemos ocupado para los piés: obran segun las indicaciones, de modo que luchan progresivamente contra tal ó cual movimiento exagerado de la articulacion de la rodilla ó de la coxo-femoral, que tienden á producir asimismo, los movimientos de rotacion del muslo hácia fuera y adentro. Duchenne ha inventado tambien para el mismo objeto, y á la vez para el caso de parálisis de los extensores de la pierna sobre el muslo, dos aparatos protéticos que podrán tener muy útil aplicacion, los cuales están fundados sobre los mismos principios mecánicos y fisiológicos, que los del mismo autor de que hemos hablado ya. Para ver su descripcion detallada y su representacion, recomendamos, ya el *Tratado de electrizacion localizada*, pág. 859, etc., ya el *Boletín general de terapéutica*, 1862.

Pero segun nuestra opinion, este estado particular de los miembros inferiores, debido á la parálisis de un gran número de músculos á la vez y que los hace parecidos á los miembros del polichinela, no ha fijado bastante la atencion bajo el punto de vista del tratamiento y de la prótesis. En semejantes casos, se trata de *sostener*, mas bien que de enderezar, y es fácil, conciliándolo con la naturaleza de este objeto, conseguir una grande ligereza del aparato; y por lo menos es permitido no hacer uso de la mayor parte de los accesorios pesados, incómodos y complicados, que componen los aparatos ordinarios de estension ó flexion progresivas. Fernando Martin ha construido hace mucho tiempo un aparato que podría utilizarse, á lo menos en los casos de que se trata. El enfermo para el cual fué inventado este aparato, aunque de una edad avanzada (46 años) y poco conocido respecto á sus antecedentes, ofrecía un estado paralítico de un miembro inferior, muy análogo á aquel de que acabamos de ocuparnos.

«Este miembro presentaba una flacidez tal, que casi hubiera sido posible luxar todas sus articulaciones, y la inercia muscular, que era completa, permitia llevar el miembro en todas direcciones, sin que la menor contraccion hubiese dejado sospechar que el miembro pertenecía á un ser vivo (1).»

(1) *Coup d'œil sur quelques appareils prothétiques, destinés aux malades affectés de paralysies partielles des membres*: Debout, *Bull. génér. de thérapéut.*, 1860, tomo LVIII, p. 287.

Respecto al aparato de que hizo uso, se compone de un estuche de cuero que abraza el muslo y se fija por medio de un lazo alrededor del miembro; una tablilla lateral de acero articulada á la altura de la rodilla, mantiene el miembro en su rectitud, permitiendo la flexion y limitando la estension de la rodilla que, en este caso particular, era exagerada. La articulacion de la garganta del pié sostenida por el aparato en sus movimientos de lateralidad, permite la flexion y la estension. F. Martin intentó despues reemplazar artificialmente los músculos inertes por medio de la *tira de cuero* de Amb. Paré (1), atada á la parte media y lateral del zapato. Esta tira subia por la cara anterior de la pierna, de la rodilla y del muslo, para venir á fijarse á una especie de tahalí que pasaba por sobre el hombro del lado opuesto. Esta disposicion de la correa le permitia levantar la punta del pié y suplir hasta cierto punto la accion de los estensores de la pierna.

En los miembros superiores tendrán que intervenir mas raras veces los aparatos de enderezamiento y de prótesis, en razon de la poca frecuencia relativa de las deformidades permanentes que se encuentran en ellos. Segun lo hemos demostrado, las mas de las veces será cuestion de la inercia total y de la especie de dislocacion del brazo, consecutiva á la parálisis y de la atrofia predominante del deltoides, para lo que hemos indicado una maniobra, á beneficio de la cual, se pueden restablecer instantáneamente los movimientos parciales del antebrazo sobre el brazo, y nos ocupamos en mandar construir un pequeño aparato destinado á realizar esta maniobra de una manera permanente.

Respecto á la prótesis de los músculos paralizados del antebrazo, se ha conseguido hace mucho tiempo y por primera vez, por Delacroix; cuyo aparato ha sido construido particularmente en vista de la parálisis de los estensores de la mano, para la descripcion del que nos referimos á la reseña del profesor Thillaye (2), el cual además ha servido de modelo para la mayor parte de los que se han ideado despues, principalmente á los *guanteletes* de Duchenne (3). El mismo mecanismo podrá por otra parte apropiarse, segun las circunstancias, á la parálisis de otros músculos, que los estensores.

Al terminar, necesitamos añadir que el tratamiento médico dirigido contra los fenómenos de parálisis y de atrofia, no deberá separarse del tratamiento ortopédico, porque están destinados á ayudarse mutuamente y á completarse (Laborde).

(1) Ambroise Paré, *Oeuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 618.

(2) Thillaye, *Rapport lu à la Société de médecine* en Agosto, de 1813.

(3) Duchenne (de Boulogne), *Electrisation localisée*, Paris, 1861, chap. XIX.—Bouvier, Relacion sobre una memoria de Duchenne: *Orthopédie physiologique de la main* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1857, t. XXII, p. 851).—*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, t. IV, art. AVANTBRAS, p. 272 et 273.

ARTÍCULO XI.

APOPLEGÍA NERVIOSA.

Todavía es una cuestion no resuelta, el saber si puede existir realmente una apoplegia nerviosa, es decir, un estado del todo semejante á la hemorragia cerebral que acabo de describir, sin que haya ninguna lesion del cerebro. Abercrombie y algunos otros autores han citado hechos, en los que despues de haber observado durante la vida todos los fenómenos de la apoplegia (pérdida del conocimiento, parálisis del movimiento, de la sensibilidad en un lado del cuerpo, desviacion de la lengua), no se ha encontrado despues de la muerte ninguna lesion apreciable. Pudiera citar aquí numerosos ejemplos de esta afeccion que Abercrombie llama *apoplegia simple* (1), y pudiera dar á conocer la opinion de Willis, quien atribuia la enfermedad á una estupefaccion de las meninges; la de Nicolai que solo veia en ella el espasmo de estas membranas, etc. Pero basta comprobar la existencia de estos casos á los que Kortum ha sido el primero que les ha dado el nombre de apoplegias nerviosas, casos que es necesario distinguir muy bien de otros muchos que se han designado con el mismo nombre, y que sin embargo, son verdaderas hemorragias ó congestiones cerebrales. Para demostrar que existen realmente hechos de esta especie, y que no se deben atribuir á una investigacion demasiado superficial, añadiré, que en estos últimos tiempos, Grisolle (2) ha referido un caso de esta especie, en el cual se examinaron hasta las mas pequeñas partes del cerebro, y que yo mismo he visto en la clinica de Louis, un sugeto que despues de haber sucumbido á consecuencia de un ataque de apoplegia, con pérdida del conocimiento y hemiplegia, no presentó ninguna lesion cerebral, aunque se hicieron investigaciones muy minuciosas.

¿Será necesario admitir que ha habido una lesion aparente que habria desaparecido despues de la muerte? Nada lo prueba. ¿Es esto decir que se puede concebir esta enfermedad cerebral (porque evidentemente el cerebro es el asiento del mal) sin ninguna lesion del órgano? De ninguna manera; pero lo que hay de cierto, es que no podemos apreciar esta lesion, circunstancia que traza una línea de demarcacion profunda entre estos hechos y los que hemos citado en los artículos precedentes. No se puede decir que existia un reblandecimiento que se habria ocultado á todas las investigaciones; se le pue-

(1) Abercrombie, *Recherches pathologiques sur les maladies de l'encéphale*. Paris, 1835, p. 291 y siguientes.

(2) Grisolle, *Presse médicale*, 1837.