

Gabler (1) ha estudiado y descrito con mucho cuidado una forma de parálisis vagamente indicada antes de él. La llama *parálisis* ó *hemiplejia alterna*, porque, en efecto, el movimiento está abolido en la mitad lateral de la cara de un lado y en los miembros superior é inferior de otro lado del cuerpo. Esta forma de parálisis podría depender en rigor de una doble lesión, una de los centros nerviosos, y otra sobre el trayecto del nervio facial; pero en general, se refiere á una lesión única situada en la protuberancia anular, y cuya acción puede aplicarse verosimilmente del modo siguiente. Los nervios faciales se cruzan por encima del istmo (Vulpian y Philipeaux); los cordones de la médula solo se cruzan en el bulbo. En consecuencia, cualquiera alteración situada en la mitad lateral de la protuberancia producirá los efectos siguientes: parálisis de los miembros del lado opuesto, puesto que los cordones medulares afectados son los destinados á la otra mitad del cuerpo; y parálisis directa de la cara, puesto que la lesión se ha verificado sobre un nervio cruzado ya y destinado al lado de la cara correspondiente á la lesión.

Es mucho mas rara la parálisis de los músculos motores del ojo, y cuando existe hay un *estrabismo* que varía necesariamente segun los músculos paralizados. Con mas frecuencia se observa la *parálisis del párpado superior* y el ojo está entonces cerrado, porque el elevador de este párpado no puede levantarle. Se ha indicado tambien en cierto número de enfermos la inmovilidad de las *pupilas*, que, segun los autores, suelen estar dilatadas en los casos mas graves.

La *parálisis de la lengua* coincide por lo comun con la de la cara y de los miembros y se manifiesta principalmente por la desviación de este órgano cuando el enfermo la saca ó quiere sacarla fuera de la boca. Si la parálisis es completa, ó en otros términos, si existe en los dos lados, la lengua no puede salir y permanece inmóvil en medio de la boca, á pesar de todos los esfuerzos del enfermo. Si es en un lado solo, el órgano sale de la boca con facilidad; pero está desviado y la punta se dirige al lado paralizado, fenómeno que se explica fácilmente cuando se conoce el modo como se saca la lengua, que es por un movimiento de propulsión que ejecutan los músculos genioglosos, y que ha descrito perfectamente Lallemand. El músculo no paralizado es el único que empuja la lengua, y como falta el antagonismo del músculo opuesto, se halla empujada hácia el lado paralizado.

Es verdad que se han hecho objeciones á este modo de explicar el movimiento de la lengua, y que Blandin, que ha publicado una memoria sumamente interesante *acerca de la estructura y de los movimientos de la lengua en el hombre* (2), cree que la acción del lingual y del estiloso del lado no paralizado debe impedir el movimiento de propulsión del geniogloso; pero si así sucede, no hay explicación posi-

(1) *De la hemiplejia alterne* (*Gazette hebdomadaire de médecine*), Octubre, 1856 y 1858

(2) *Archives de médecine*, Paris, 1823, t. I, p. 457.

ble. Por otra parte, se han citado casos en los que la lengua se ha desviado hácia el lado no paralizado, y á pesar de los esfuerzos que se han hecho para explicar estas anomalías, debemos convenir en que nada satisfactorio sabemos acerca de este punto. No obstante, debemos prevenir al observador contra un error fácil. Sucede á veces que la lengua no está paralizada, y si entonces se manda al enfermo que saque la lengua y el médico se coloca en el lado sano, el enfermo la dirige hácia este lado y puede creerse que está desviada en este sentido. Tambien hay que atender á si faltan los dientes de un lado de la boca, porque la lengua sale naturalmente por el punto en que están libres las encías. Pero basta ya de un punto que solo nos ofrece una importancia secundaria.

La parálisis de las demás partes del cuerpo dista mucho de tener la misma importancia que la de los órganos que acabamos de mencionar, en razón á que es menos frecuente; sin embargo, hay algunas particularidades que merecen nuestra atención.

A veces se observa una *parálisis de los músculos de un lado del cuello*, pero es bastante raro. Tambien es mas frecuente observar la pérdida del movimiento de los músculos de la faringe y del esófago, pues este síntoma apenas existe mas que en algunos casos graves de parálisis general. La *deglución* es entonces muy difícil y se efectúa con un ruido de glu glu. No sabemos en qué se han fundado los autores del *Compendio* para asegurar que la parálisis del estómago es bastante frecuente en la apoplejía, cuando ni Rochoux, ni Andral, que han estudiado con cuidado la parálisis en las diversas partes que ocupa, no han hecho mención de este síntoma, ni le hemos visto consignado en las observaciones que hemos consultado. Por el contrario, la *parálisis del recto* se observa en cierto número de casos, y otro tanto sucede con la *parálisis de la vejiga*.

*Parálisis limitadas.* En algunos sujetos hay una parálisis del movimiento circunscrito á una porción poco estensa del cuerpo, particularidad que ya hemos tenido ocasión de indicar. Así se observan paralizados aisladamente un brazo, mas rara vez una pierna, y mas aun la lengua, de lo que he visto un caso hace poco, ó bien un lado de la cara. En otros casos la parálisis ocupa á la vez la cara y un brazo, ó bien la cara y la lengua, etc. La parálisis limitada de la cara (hemiplejia facial) tiene en los viejos una significación sintomática especial que Duplay (1) ha hecho conocer, y es que se refiere casi siempre á la hemorragia cerebral, de la que es una de las manifestaciones iniciales.

No hay una opinión bien fija respecto á la *parálisis de los músculos del tronco*; pero lo que diremos al hablar de la parálisis del sentimiento, nos inducirá á creer que los músculos de esta parte presentan mas ó menos completamente en ciertos casos la pérdida del movi-

1) *De la paralysie faciale produite par une hemorrhagie cerebrale considerée surtout chez les vieillards.* (*Union médicale*, 19, 22 y 26 de agosto, 1854.)

miento; pero es difícil conocerla tanto examinando los movimientos de las costillas en la respiración, como haciendo ejecutar movimientos al tronco, en razón á que la acción muscular de los dos lados no es ni con mucho tan independiente en esta parte como en los miembros.

Por el contrario, en los casos muy graves, todas ó casi todas las partes que acabamos de enumerar presentan parálisis en los dos lados del cuerpo, como ya hemos dicho antes de ahora. Entonces se observa la *parálisis general*, que disipándose á veces de un lado, deja una hemiplegia completa, pero que por lo comun persiste hasta la muerte.

Cl. Bernard (1) ha referido un caso en que habia un foco sanguíneo en el cuerpo estriado del lado izquierdo *sin que se hubiese observado parálisis* en ningun punto del cuerpo: es un caso bien escepcional.

*Convulsiones y contractura.* La motilidad presenta tambien una alteración muy importante, aun cuando no se observa ni en todos los casos, ni en todas las épocas de la enfermedad: hablamos de las *convulsiones*, de la *contractura* y de la *rigidez* de las extremidades y de los músculos de la mandíbula (*trismo*).

En ciertos enfermos las convulsiones ó la *contractura* alternan con la parálisis, de tal modo, que en unos momentos se contraen los miembros de modo que cuesta mucho trabajo el estenderlos, y en otros caen en resolución. Otras veces se observa en un lado la parálisis y en el otro la rigidez, la contractura ó las convulsiones. Finalmente, es bastante comun que á una parálisis que ha durado por mas ó menos tiempo, sucedan las convulsiones ó la rigidez. De las investigaciones de Boudet acerca de este punto interesante, resulta que la aparición de los fenómenos convulsivos coincide, á lo menos en el mayor número de casos, con un *derrame de sangre en una de las cavidades del encéfalo* (ventriculos ó cavidad mayor de la aracnoides). (Véase *reblandecimiento cerebral* y de los *abscesos del cerebro*). A veces existe la rigidez en los dos lados, lo cual se explica fácilmente por la existencia del derrame en la cavidad central del cerebro.

*Parálisis de la sensibilidad.* La sensibilidad se halla abolida mas ó menos completamente en los órganos privados de movimiento. Esta regla sufre algunas escepciones, pero son raras. Si se pellizca ó se punza un miembro en resolución, el enfermo no se queja, si conserva su conocimiento; pero no dá la menor señal de padecer por ningun movimiento de las partes paralizadas si está sin conocimiento. Esta pérdida de la sensibilidad se observa especialmente en la cara y en las estremidades. En el tronco puede apreciarse la pérdida de la sensibilidad, pero sus límites no siempre son los mismos; es raro que la insensibilidad cese exactamente en la línea media: en algunos sujetos llega hasta muy cerca de esta línea, al paso que en otros se separa de ella de tal modo que solo ocupa la parte lateral del tronco. En algunos casos que he examinado con el objeto de precisar cuáles

(1) *Union medicale*, 15 de agosto de 1848.

son los límites de la insensibilidad, he hallado que se aproximan mucho mas á la línea media por atrás que por delante, de tal modo que el abdómen y la parte anterior del pecho habian conservado toda su sensibilidad, al paso que una mitad de la espalda estaba casi insensible en todos sus puntos. Tambien he comprobado un hecho notable: despues de haber picado con un alfiler un punto sensible próximo á los límites de la insensibilidad previamente reconocidos, he observado que picando un poco mas allá de estos límites hácia la parte paralizada, volvía á aparecer la sensibilidad, y prosiguiendo el experimento he podido hacer retroceder de 4 á 5 centímetros y á veces mas, los límites de la parálisis, de tal modo que el enfermo se quejaba mucho de una picadura ligera hecha en un punto donde una picadura mucho mas fuerte no habia causado antes ningun dolor. Hago mención de estos experimentos con el fin de que se repitan.

En los casos muy graves la pérdida de la sensibilidad es general, lo mismo que la del movimiento. Por el contrario á veces está limitada á una pequeña porción del movimiento, y volvemos á repetir que no siempre está en relación con la parálisis del movimiento.

*Trastornos de los sentidos.* Durante el ataque y cuando el enfermo está privado de conocimiento, quedan por solo este hecho abolidas las funciones sensoriales y por consiguiente es imposible asegurarse de si realmente hay desórdenes de la visión, del oído, etc. Luego que el individuo vuelve en sí, se pueden apreciar los signos que suministran estas funciones, mas por desgracia no se han hecho aun estas investigaciones de un modo seguido y metódico. A veces se trastorna la *visión* del lado paralizado, el ojo está fijo é inmóvil y no distingue los objetos ó los percibe en confuso. En casos muy graves y que terminan por la muerte sin que el enfermo haya recobrado su conocimiento, se observa á veces que el ojo del lado afectado está inyectado, prominente y entreabierto.

En cierto número de observaciones inéditas que he oído leer en la Sociedad de observación, se citan experimentos hechos con el objeto de investigar si la *audición* está abolida del lado paralizado, y he notado que en general daban estos experimentos un resultado negativo.

A veces se pierde el *olfato* en el lado afectado, pero es preciso tener cuidado al apreciar este sintoma, de no confundir la sensibilidad especial con la general, pues muy bien puede hallarse la ventana de la nariz insensible á los estimulantes ordinarios por efecto de la parálisis, y sin embargo, percibir aun la sensación particular de los olores.

En cuanto al *gusto* nada mas difícil que saber si está abolido en una parte de la lengua, en razón á que la saliva esparce pronto por la superficie de este órgano los cuerpos sápidos que se depositan en uno de sus puntos.

*Respiración.* Ya hemos dicho antes de ahora que en los ataques muy intensos se embaraza la respiración, y los enfermos hacen enton-

ces el mismo ruido que una persona que ronca, que es á lo que se ha dado el nombre de *estertor*. Al aproximarse la muerte, se agrega este estertor, que existe tambien en otras afecciones comatosas.

La *palabra* suele ser con frecuencia difícil y hasta imposible, lo cual depende de muchas causas. Cuando los enfermos vuelven en sí, su inteligencia está mas ó menos alterada, de donde puede resultar cierta confusión y un estorbo mas ó menos marcado en la pronunciación. Otras veces está completamente abolida la palabra á pesar de haber recobrado el enfermo la inteligencia, y ya veremos, al hablar de las lesiones anatómicas, á qué alteraciones particulares del cerebro se ha atribuido este síntoma singular. Por último, se puede recobrar la inteligencia, como ya hemos dicho antes de ahora, ó haberse alterado muy poco conservando la palabra, y sin embargo ser muy confusa la pronunciación de las palabras por efecto de la parálisis de la lengua. Hace poco que he tenido en una de mis salas en el anejo del Hotel-Dieu, una jóven que solo habia tenido parálisis en los músculos en la lengua y que articulaba difícilmente á pesar de hacer ya mucho tiempo que se habia disipado el ataque de apoplejía.

Se ha estudiado con bastante cuidado el *estado del pulso* y ya veremos al hablar del pronóstico, las consecuencias que de él se han deducido. Este estado es muy variable: por lo comun conserva el pulso su frecuencia, dilatación y regularidad normales. A veces es fuerte, lleno y duro, y otras pequeño, contraído y débil, y en raros casos irregular. Cuando se acerca la muerte, se acelera el pulso y se hace estrecho y débil.

Las *vias digestivas* no presentan por lo comun nada bien notable. A veces se han observado *vómitos* en el momento del ataque, por lo regular *estreñimiento*, y en algunos casos *deposiciones involuntarias*. Este último síntoma solo aparece cerca de la invasión en casos ordinariamente muy graves y resulta de la *parálisis de los esfínteres del ano*. En los casos de menor intensidad, puede presentarse poco antes de la muerte.

La *secreción urinaria* no experimenta modificaciones importantes; pero ya hemos dicho que en ciertos casos, en general muy graves, impedía su escresión la parálisis de la vejiga. Entonces se observan los síntomas que hemos asignado á esta parálisis (tumor, sonido á macizo, orina por regurgitación, etc.), y que debe siempre verse si existen cuando hay una afección cerebral. Mas á menudo aun, en los ataques un poco fuertes, hay emisión involuntaria de orina. En cuanto á los diversos caracteres físicos del líquido escretado, Rochoux no ha hallado nada que sea esclusivo de la enfermedad de que nos estamos ocupando.

El *calor de la piel* no está por lo general ni aumentado ni disminuido. En algunos casos se ha hecho mención del frío de las estremidades coincidiendo con un aumento de temperatura hácia la cabeza.

En los últimos tiempos de la enfermedad es muy frecuente el frío en las estremidades.

La *cara* presenta diversos colores. Se habia atribuido á la apoplejía sanguínea ó hemorragia cerebral un color rojo de la cara ordinariamente notable; pero Rochoux ha hallado analizando sus observaciones, que la cara está indiferentemente pálida ó roja, y que puede hallarse verdosa, amarillenta, lívida ó de un color violado oscuro, cuyo último matiz coincide casi siempre con el abotagamiento.

Por lo comun el *sueño* no es natural. Ya hemos dicho que en los casos muy graves hay un verdadero *coma* y por consiguiente no existe, propiamente hablando, ni sueño ni vigilia. En los casos menos intensos, y por lo comun hasta en los ligeros, se observa un *adormecimiento* que es mas marcado por la noche que por el dia, y en otros hay una *agitación* á veces considerable, *insomnio* y hasta un verdadero *delirio*.

Tales son los síntomas de la hemorragia cerebral durante la primera parte de su duración, á la que pudiera darse el nombre de *periodo primero* ó periodo de aumento ó de estado, si el curso de la afección no presentase tan grande variabilidad. Veamos ahora cómo se modifican todos estos fenómenos mientras que la afección sigue su curso.

En una época de la enfermedad, que varia mucho segun los casos, vuelve la *inteligencia* con mas ó menos rapidez á su estado normal, si la afección tiende á la curación; pero es raro que un ataque de apoplejía sanguínea un poco fuerte no deje en pos de sí cierta alteración de las facultades intelectuales, y así unas veces han perdido los sujetos la memoria, otras la aptitud para el trabajo, la potencia de concebir, etc. Hasta es frecuente que los individuos queden en un estado manifiesto de imbecilidad y de idiotismo, que unido á la parálisis que presentan hace que al momento se los conozca; lloran y rien sin motivo presentando todos los fenómenos de una *demencia* mas ó menos completa. Sin embargo, en algunos sujetos recobran toda su actividad las funciones cerebrales, que es lo que principalmente se observa en los casos muy ligeros en que no ha sido completa la pérdida de conocimiento.

Es muy raro que la *parálisis del movimiento* se disipe con mucha rapidez, por ligero que haya sido el ataque. Es verdad que se han citado casos de haber desaparecido este síntoma á los dos, tres ó cuatro dias; pero como dicen los autores que han estudiado con mas detenimiento la hemorragia cerebral, los casos de esta especie deben referirse, segun todas las probabilidades, á una simple congestión del cerebro, y aun los sujetos en quienes desaparece este síntoma con mas rapidez, sienten siempre todavía al cabo de un mes cierta debilidad en las partes paralizadas. Pero lo mas comun es que persista la parálisis dos ó tres meses antes de disiparse completamente, y por último, un número considerable de individuos quedan paráliticos por toda su vida.

Estos son los casos en que la inteligencia está obtusa ó enteramente abolida como ya hemos dicho antes de ahora. Rochoux ha observado que aun disipándose completamente la parálisis en las personas mayores de cuarenta años, casi siempre queda una debilidad pequeña ó grande de los miembros afectados á la que se agregan una sensacion de entorpecimiento y el tacto notablemente obtuso en estas partes.

Cuando las estremidades permanecen paralizadas por muchos años, se *atrofian* y toman al fin un color pálido particular á que se ha dado el nombre de *laridez*. En los sugetos que presentan esta parálisis prolongada de los miembros, la cara queda tambien paralizada, la inmovilidad de los músculos que mueven los labios dificultan la palabra, los enfermos dejan escapar los alimentos cuando los mascan porque ni los labios ni los carrillos tienen fuerza para contenerlos y como lo mismo sucede con la saliva, están casi constantemente *babeando*.

La *pérdida de la sensibilidad* se disipa del mismo modo que la del movimiento, pero con la particularidad de que la primera desaparece antes que la segunda: así se hallan miembros que han recobrado toda su sensibilidad y conservan aun una gran debilidad. Si existe la parálisis del movimiento en su mayor grado, es muy raro que no sea completa tambien la de la sensibilidad. Esto es lo que sucede en los enfermos que se vuelven idiotas y de que hemos hablado antes de ahora.

Hay que hacer una observacion general, y es que la parálisis del movimiento y de la sensibilidad se disipa mas pronto en las estremidades inferiores que en las superiores, y así se ven enfermos que llegan á poder andar, aunque arrastrando la pierna, y no consiguen mover un brazo, que queda semidoblado á lo largo del cuerpo, el pulgar sobre la palma de la mano y esta en semipronacion. El modo de andar de los hemipléjicos es característico.

Los demás síntomas se disipan por lo comun con mucha mas rapidez que los que acabamos de enumerar; sin embargo, se exceptúa en algunos casos la *pérdida de la palabra*, que se observa con frecuencia en sugetos paralíticos que conservan en buen estado sus funciones digestivas, secretorias, etc., y no pueden hablar. Estos individuos oyen lo que se les dice, lo comprenden y quieren responder, pero no pueden articular.

Este estado, cuyo estudio puede decirse está á la órden del dia científico y para el que se han creado las palabras nuevas de *afemia*, *afasia*, *alalia*, se describirá mas adelante con algun detalle. Algunos conservan una retencion de orina y es preciso sondarlos todos los dias.

Al mismo tiempo que aparece esta remision de los síntomas, ó cuando los enfermos han estado durante mas ó menos tiempo en estado de parálisis consecutiva á la hemorragia cerebral, pueden presentarse otros síntomas que anuncien nuevas lesiones. Así *hay calentura* y los sugetos sienten en los miembros paralizados *dolores mas ó menos vivos*, hormigueos y rigidez, y luego sobreviene una nueva *pérdida de conocimiento* repentino ó progresiva. Estos síntomas van en

aumento y el enfermo sucumbe despues de una agonía mas ó menos larga. Estos signos anuncian un *reblandecimiento* consecutivo á la apoplejía que se ha efectuado en las paredes del foco.

En un número bastante considerable de casos, especialmente cuando la hemorragia ha sido algo intensa, este *reblandecimiento consecutivo* se desarrolla poco tiempo despues del ataque y cuando el restablecimiento mas ó menos completo de la inteligencia hacia esperar un alivio progresivo. Otras veces no se presentan estos signos de reblandecimiento, cuyo primer síntoma puede ser el dolor en el miembro paralizado, hasta despues de bastante tiempo, meses ó años, y entretanto el estado caracterizado por la parálisis permanece estacionario. En efecto, hay enfermos que se quejan mucho de punzadas fuertes y dolores lancinantes, por ejemplo en un brazo, antes de que la calentura, la pérdida del conocimiento, etc., vengan á demostrar que el cerebro se reblandece.

Finalmente, hay casos de apoplejía no fulminante, como ya hemos dicho antes de ahora, que terminan por la muerte, con un aumento siempre progresivo de los síntomas, ó á lo menos sin experimentar mas que un alivio pasajero. Ya veremos que en tales casos suele hallarse la razon de la intensidad progresiva de los fenómenos morbosos en la *continuacion de la hemorragia*, que se verifica unas veces de un modo continuo y otras irregularmente intermitente, lo cual esplica las mejorías momentáneas de que acabamos de hablar.

En cuanto á los síntomas de las afecciones intercurrentes, tales como la *pulmonía*, la *bronquitis*, etc., enfermedades que vienen á acelerar la muerte de cierto número de apopléticos, no es esta la ocasion de esponerlos, sino que basta hacer mencion del hecho.

#### § IV.—Curso, duracion, terminacion de la enfermedad; recidivas.

Casi hemos descrito el *curso* de la enfermedad al indicar la sucesion de los síntomas principales. Es muy variable, sumamente rápido en las apoplejías fulminantes, presenta este carácter de rapidez en la invasion de todas las demás apoplejías, puesto que se trata de un verdadero ataque; pero luego sucede que unas veces conserva este curso con bastante agudeza y otras por el contrario se hace muy lento, ya sea que la enfermedad tienda á una terminacion funesta, ya se incline á la curacion, aunque mas comunmente en el último caso que en el primero. Hay casos en que no siendo duradero el alivio que se observa, hay intervalos de razon y de delirio siendo este último especialmente notable, como ya hemos dicho por la noche.

De aquí se sigue que la *duracion* de esta enfermedad es igualmente muy variable. Así hay sugetos que sucumben en algunos minutos, ó con mucha frecuencia en tres, cuatro ó cinco horas (*apoplejía fulminante*) y otros á las veinticuatro ó despues de algunos dias, al paso que

se observan enfermos que viven años, aunque con vestigios profundos de la hemorragia cerebral.

La *duracion de los diversos sintomas* merece una mencion particular. Los enfermos recobran por lo comun el conocimiento del primero al cuarto ó sexto dia; pero la parálisis, al contrario, no se disipa, como ya hemos dicho antes de ahora, hasta los diez ó quince dias en los casos muy ligeros, y despues de uno, dos ó tres meses en los de mediana intensidad.

La *terminacion* de la hemorragia cerebral es frecuentemente funesta, pero la época de la muerte es muy variable, como queda dicho. Cuando la afeccion es muy intensa arrebata al enfermo por el aniquilamiento sucesivo de las diversas funciones y por sus propios progresos; en otros casos, y despues de una mejoría mas ó menos larga, se verifica el reblandecimiento que ya hemos mencionado, y que causa la muerte; en algunos individuos resulta esta de una enfermedad intercurrente, y finalmente otros sucumben por un nuevo ataque de apoplejía.

Las *recidivas* de la hemorragia cerebral son muy frecuentes, y así hay sugetos que sufren varios ataques de apoplejía casi uno tras otro; otros apenas empiezan á convalecer de un primer ataque cuando les acomete el segundo, y por último hay algunos que pasan muchos años sin tener accidente, ya sea porque han curado perfectamente, ó ya que hayan vivido paralíticos y despues sufren un nuevo ataque. El número de estas recidivas puede ser considerable, y en general son las apoplejías ligeras, y sobre todo las que no causan pérdidas del conocimiento, las que así se reproducen á intervalos mas ó menos próximos. Se han citado casos en que la existencia de diez y once ó doce focos apopléticos pequeños y en un estado de cicatrizacion mas ó menos avanzada, han probado que habia habido diez ó doce ataques sucesivos de parálisis. Sucede con frecuencia que despues de haber padecido los sugetos un número mayor ó menor de estos ataques pequeños, tienen uno mucho mas fuerte que causa su muerte.

#### § V.—Algunas particularidades acerca de la hemorragia cerebral, segun la edad de los sugetos y el asiento de la lesion.

La hemorragia cerebral, segun la hemos definido, tiene su asiento en varios órganos distintos, y por consiguiente interesa averiguar si la diferencia de sitio produce alguna en los sintomas. Además la enfermedad no se presenta, generalmente hablando, con los mismos caracteres sintomáticos en los niños muy pequeños, que en los adultos, y hé aquí otro punto que hay tambien que estudiar.

*Hemorragia cerebral en los niños.* En otra obra (1) he reunido algu-

(1) Valleix, *Clinique des maladies des enfans nouveau-nés*, p. 500 y siguientes.

nas observaciones capaces de dar á conocer cuáles son los sintomas de la hemorragia cerebral *en los recién nacidos*, y entre los casos que he reunido solo he hallado uno, recogido por Vernois, que tuviese sintomas evidentes. Por supuesto que no hablo de las convulsiones observadas en otro enfermo, porque lo que este tenia era una hemorragia en la cavidad de la aracnoides, afeccion de que no nos ocupamos aqui. Puede decirse que la enfermedad en los recién nacidos es ordinariamente latente. Solo se notaba en los niños su poca viveza ó su inmovilidad, y en el caso que observó Max. Vernois, hubo los sintomas que se presentan en el adulto, sin que nada pudiese hacer creer que la sensibilidad estaba abolida; sin embargo, quizá la dificultad de la exploracion haya impedido reconocer el sintoma.

Las observaciones que han reunido Rilliet y Barthez (1), prueban que en los niños de alguna mas edad, no son por lo general mas característicos los sintomas en la hemorragia que llaman primitiva, que en la secundaria, es decir, que aparece en sugetos cuya salud está deteriorada por otra enfermedad. Estos sintomas son convulsiones, agitacion y coma, pero casi nunca van acompañados de una parálisis evidente y bien localizada, ni existe el ataque tal como le hemos descrito en el adulto.

Es forzoso convenir en que la apoplejía en los niños exige todavía nuevos estudios, sin que por esto dejen de tener un interés positivo los hechos que acabamos de mencionar.

*Hemorragia del cerebelo.* Oscurecida por mucho tiempo la historia de la hemorragia del cerebelo, como la de otras afecciones de este órgano, se ha dilucidado notablemente en estos últimos tiempos, por las investigaciones del profesor Bouillaud, de Hillairet (2), de Leven y Ollivier (3), etc., los progresos de su clinica se han ligado felizmente á los de la fisiologia. Hillairet, que se ha dedicado muy especialmente al estudio de la hemorragia cerebelosa, la asigna las especiales manifestaciones siguientes: 1.ª sea que la hemorragia dé lugar á un ataque súbito apoplético con pérdida del conocimiento (lo que constituye para Hillairet una de las formas de la hemorragia cerebelosa) sea que mas ligero el ataque no vaya seguido de pérdida del conocimiento, hay *vómitos espontáneos*, repitiéndose muchas veces en el curso de la enfermedad hasta la muerte, en algunos casos incohercibles; estos vómitos, que tienen gran importancia semiológica, son debidos á la compresion ó excitacion de los neumogástricos por la masa cerebelosa distendida por la hemorragia; 2.ª la soñolencia seguida de coma y del caso mas profundo, es habitual en la apoplejía cerebelosa grave, pero queda *intacta* la inteligencia hasta la agonía; 3.ª la parálisis, cuando

(1) Rilliet y Barthez, *Trait. des malad. des enfans*, t. II.

(2) Hillairet, *De l'hémorragie cerebelleuse* (*Arch. gen. de med.*, 3.ª série, t. II, p. 149, 324, 411, 540.)

(3) Leven y Ollivier, la misma coleccion, 1863.