escroto se encuentra notablemente distendido por la serosidad infiltrada en el tejido conectivo subcutáneo, ó derramada en la serosa vaginal; *flácido* y sin *posibilidad de erección*, en los sujetos paralíticos ó debilitados por las pérdidas seminales, y *duro* y *rígido* en la satiriasis y en la blenorragia. Los testículos, cuyo volumen varía en sus distintas enfermedades, *ascienden* hasta el orificio subcutáneo del conducto inguinal en los casos de cólico nefrítico y en las neuralgias ilio-escrotales, y en ciertas personas no han llegado á descender al escroto, fenómeno que constituye el *criptorquidismo*.

En las varias enfermedades del aparato genital externo, puede presentar la *vulva tumefacciones* generales ó parciales, cambios en su *coloración*, *consistencia*, *temperatura*, etc.; fenómenos cuyo estudio detallado corresponde á la ciencia *ginecológica*.

C

EXAMEN DE LAS EXTREMIDADES

La inspección de los *miembros* puede revelarnos diversas alteraciones de *volumen*, *forma*, *color* y *temperatura*, relacionadas unas veces con las dolencias que en ellos radican, siendo en otros casos la expresión de estados generales, en los que se afecta la totalidad del organismo. *Inmóviles* y *enflaquecidos* á consecuencia de su parálisis, pueden hallarse *abultados* considerablemente, como ocurre en el edema. Cuando la tumefacción es *parcial*, se limita unas veces á los puntos articulares, y otras al intervalo colocado entre una y otra articulación; en el primer caso es sintomática de los reumatismos articulares, de la artritis crónica, del tumor blanco ó de la hidrartrosis; en el segundo, reconoce por causa un proceso flegmonoso, una lesión arterial ó una neoplasia cualquiera. La raquitis y la osteomalacia *encorvan* los miembros, y la rotura de los huesos, así como las luxaciones, producen deformidades más ó menos graduadas. Por último, recordaremos en este lugar que la disminución de la *temperatura* del cuerpo es siempre más evidente en la extremidad de los miembros que en las otras regiones de la economía

## ARTÍCULO II

### Síntomas suministrados por las funciones inervadoras.

Tres grandes funciones generales corresponden al grupo de las que tienen por objeto comunicarnos con el mundo exterior. La *sensibilidad*, que recibe las influencias exteriores y nos advierte al propio tiempo las necesidades internas. El *movimiento*, que imprime á nuestro cuerpo el rumbo que la voluntad desea. Y la *inteligencia* soberana, que recibe las sensaciones y juzga de ellas, impulsando los movimientos según las necesidades de la vida. Pero estos tres actos en que puede desplegarse la función inervadora voluntaria, tienen un espacio de reposo, durante el cual, los aparatos encargados de su desempeño, recobran la energía que perdieran por el gasto de su actividad funcional. Este período de reposo, demoninado *sueño*, es quizá tan necesario para la vida como las más urgentes necesidades nutritivas.



En el estado patológico pueden perturbarse aquellas tres funciones, así como este último período, motivo por el cual dividiremos en cuatro secciones la sintomatología de la funcionalidad inervadora, estudiando en la 1.ª las alteraciones de la *sensibilidad*, en la 2.ª las del *movimiento*, en la 3.ª las de *inteligencia* y en la 4.ª las del *sueño*.

Para mejor comprender la localización de las alteraciones del tejido nervioso que dan origen á los síntomas inervadores, conviene fijarse en el siguiente recuerdo fisiológico:

1.° *Cerebro.* — En general, es el asiento de la inteligencia, de la percepción sensitiva y de la excitación motriz voluntaria; mas la localización de estos tres actos funcionales resulta distinta, si bien todos asientan muy probablemente en las capas corticales de la substancia gris de los hemisferios. En efecto, las *excitaciones motoras* radican de preferencia en el lóbulo paracentral, y en las dos circunvoluciones centrales, la anterior ó frontal ascendente, y la posterior ó parietal ascendente. La parte superior de estas circunvoluciones y el lóbulo paracentral, constituyen el centro motor de la pierna; el tercio medio de la circunvolución central anterior, representa el centro motor del brazo, y el tercio inferior de ambas circunvoluciones centrales, es el foco motor del nervio facial, á excepción de la parte aún más inferior de la circunvolución central anterior (frontal ascendente) que forma el centro motor cortical del nervio hipogloso. Las *funciones psíquicas*, ó puramente intelectuales, asientan en la substancia gris de las circunvoluciones del lóbulo frontal, y en el mismo punto, pero localizado al pie de la circunvolución frontal inferior ó tercera (ó sea entre el surco frontal inferior y la fisura de Sylvio), radica el centro coordinador motor de la palabra, pues las lesiones de este punto determinan la afasia motora ó atáxica. La *percepción sensitiva de la audición*, reside en la parte superior y externa del lóbulo temporal, y probablemente en la zona inferior ó basilar de este lóbulo se encuentra el foco consciente de la *facultad visual*. Esta misma facultad visual, sobre todo el *recuerdo de la imagen óptica*, parece también relacionada con la substancia gris de las circunvoluciones del lóbulo occipital. Las *percepciones sensitivas generales*, así como la sensación táctil y la del sentido muscular, tienen su foco en las capas corticales del lóbulo parietal, y en esta corteza gris terminan centralmente, según Flechsig, los nervios sensitivos de la piel.

Las localizaciones anteriores corresponden todas, como se ha visto, á la corteza del cerebro, ó sea á la capa gris excéntrica de las circunvoluciones, y son, por otra parte, las mejor determinadas. No lo son tanto

las localizaciones siguientes que corresponden á otros puntos de la masa cerebral. La *cápsula interna*, ó sea la porción de substancia blanca interpuesta á los dos ganglios basilares del cerebro, que son el núcleo lenticular y el núcleo caudal (formadores ambos núcleos, ó ganglios, del cuerpo estriado), es á la vez motora y sensitiva, porque recibe los filetes emanados de las capas corticales hemisféricas, tanto motores como sensitivas, para continuarse desde esta cápsula con los pedúnculos cerebrales; sospechándose que la parte media de dicha substancia blanca, es motora, y su tercio, ó segmento posterior, sensitivo. Las fibras de la *corona radiante de Reil*, que, procedentes de los pedúnculos cerebrales, después de atravesar la cápsula interna, pasan por el *gran centro semi-oval* (1) para terminarse en las capas corticales hèmisféricas, son también motoras ó sensitivas, según la zona cortical con quien se relacionan. Los *ganglios basilares* del cerebro, el caudal y el lenticular que constituyen el cuerpo estriado, parecen más bien destinados á excitaciones motrices, si bien no puede asegurarse en absoluto, pues las lesiones que en ellos radican afectan casi siempre á la cápsula interna, é ignoramos si las parálisis motoras subsiguientes dependen de esta cápsula ó de los ganglios. Los *pedúnculos cerebrales* tienen fibras motoras y sensitivas, determinando sus lesiones parálisis de movimiento y de sensibilidad, que radican en el brazo, pierna y nervios facial, hipogloso y trigémino, del lado opuesto al pedúnculo enfermo, y á la vez parálisis del nervio motor ocular común del mismo lado del pedúnculo afecto. Los *tálamos ópticos* son más bien focos de percepción sensitiva, y su tercio posterior parece ligado con la facultad visual, pues sus lesiones se acompañan de hemianopsia lateral. Los *tubérculos cuadrigéminos* anteriores, coadyuvan también á la función visual, pues sus lesiones acarrean amaurosis y ambliopía con inmovilidad pupilar; en cambio, los posteriores parece son centros de motilidad del nervio motor ocular común, presidiendo también al equilibrio del cuerpo. El *puente de Varolio* contiene fibras motoras y sensitivas (aparte de los variados núcleos de diferentes pares craneales como el facial y el motor ocular externo), determinando, por lo común, sus lesiones, hemiplegia alternante, ó sea parálisis del facial del lado afecto, y parálisis de las extremidades en el lado opuesto.

2.° *Cerebelo.*—Ignoramos su funcionalidad, pues sólo se sabe que sus lesiones se acompañan, *á veces*, de vértigos y vacilación en la marcha. Los pedúnculos cerebelosos medios se cree coadyuvan á la regularidad del equilibrio y de la actitud del cuerpo, toda vez que en sus lesiones suele éste girar hacia uno ú otro lado.

(1) Forma este centro la masa de substancia blanca, situada entre los ganglios basilares del cerebro y la corteza gris de los hemisferios, hallándose constituído por multitud de fibras, entre las cuales, unas comunican entre sí diversos puntos de la corteza cerebral del mismo hemisferio (*fibras de asociación*), otras se continúan por el cuerpo calloso, del que forman parte, para terminarse en puntos corticales idénticos de uno y otro hemisferio (*fibras comisurales*, y, por último, otras fibras de este centro semi-oval constituyen la ya mencionada *corona radiante de Reil*, siendo las únicas cuya funcionalidad se conoce, pues ignoramos la de las fibras de asociación y comisurales.



3.° *Bulbo raquídeo.* — En él figuran los núcleos de origen de varios pares craneales, como el hipogloso, vago y trigémino, cuya funcionalidad es conocida, conteniendo además multitud de fibras nérveas, motoras ó sensitivas, según que asciendan de los cordones anteriores ó laterales, ó bien de los posteriores de la médula espinal.

4.° *Médula espinal.* — Sus cordones posteriores ejercen funciones sensitivas, con especialidad los haces cuneiformes internos ó de Goll, pues los manojos externos ó de Burdach son más bien unitivos entre porciones próximas de la substancia gris de la médula. En cuanto á los cordones anteriores y laterales, son trasmisores del movimiento, sobre todo los fascículos piramidales de unos y otros, pues los fascículos cerebelosos del cordón lateral, originarios, como se sabe, de las células de la *columna de Clarke*, no presentan bien determinada funcionalidad. La substancia gris de la médula ejerce variadas funciones : en las astas anteriores de este centro gris medular, y especialmente en los tres grupos de células gangliónicas situadas en el espesor de dichas astas, radican actividades motrices y á la vez tróficas ; siendo las astas posteriores, ó las células diseminadas que contienen, trasmisoras de sensaciones dolorosas ó receptoras de impresiones sensitivas inconscientes (origen de actos reflejos), y además centros tróficos de la piel, del mismo modo que las células de las astas anteriores lo son más particularmente de los órganos profundos, como los huesos, músculos, etc. (1).

## A

### Alteraciones de la sensibilidad

La sensibilidad puede descomponerse en cuatro actos sucesivos, á saber : 1.°, una *impresión*, ejercida de ordinario por los objetos exteriores, al obrar éstos en la periferia del cuerpo sobre las extremidades de los nervios sensitivos; 2.°, una *trasmisión*, que se opera á lo largo de los nervios sensitivos y del sistema espinal posterior; 3.°, una *recepción* ó impresión central bruta (*sensación simple* de Henle), que tiene su asiento en el istmo del encéfalo; y 4.°, una *percepción* ó sensación elaborada que se realiza en el aparato cerebral *propiamente dicho*, y, sobre todo, en la

(1) Por no referirse tanto á la sintomatología inervadora, prescindimos, en este somero recuerdo fisiológico, de otras varias funciones medulares, como son : 1.°, las funciones vaso-motoras, ejercidas por filetes nerviosos que marchan por los cordones laterales, desde éstos envían fibras que llegan á la substancia gris (astas anteriores), y después de atravesarla, surgen de la médula por las raíces anteriores de los pares espinales para terminarse en los vasos, sospechándose que en esta substancia gris hay centros vaso-motores independientes de los cerebrales ; 2.°, la actividad excito-motora involuntaria localizada en ciertos centros, entre los cuales se conoce bien el centro de la erección y eyaculación (parte inferior de la médula dorsal) y el centro ano-vesical (parte inferior de la región lumbar) ; y 3.°, los actos reflejos, que se operan previa excitación de un nervio sensitivo, quien la trasmite á las células de las astas posteriores, desde las que pasa á las de las astas anteriores (mediante los filetes anastomósicos que unen unas células con otras), y, convertida aquella excitación sensitiva en motriz al nivel de dichas astas anteriores, se propaga por un filete motor, para producir la contracción muscular.

corteza gris del lóbulo parietal. Las fibras sensitivas de la cápsula interna trasportan la sensación desde el istmo del encéfalo hasta la corteza gris perceptora del lóbulo parietal. Esta ligerísima noción fisiológica es tan fecunda, que entraña todo el problema genésico de las alteraciones en la función sensitiva. En efecto, cuantas perturbaciones de la sensibilidad se presentan en el curso de las enfermedades tendrán que referirse á una lesión del tronco ó de las extremidades de los nervios sensitivos, del aparato espinal posterior, del aparato espinal superior ó del aparato cerebral. Si la lesión recae en las expansiones terminales de los nervios sensitivos, se modificará ó abolirá la *impresión*, modificándose ó aboliéndose consecutivamente todos los demás actos sucesivos de la facultad sensitiva (*trasmisión*, *recepción* y *percepción*); cuando la lesión radica en los cordones sensitivos ó en el sistema espinal posterior, la *impresión* (aunque no sentida) podrá operarse, pero se modificará ó abolirá la *trasmisión*, ocurriendo lo propio á los demás actos sucesivos (*recepción* y *percepción*); si la lesión está localizada en el istmo del encéfalo, se afectará ó abolirá la *impresión central bruta* y el acto que la subsigue (sensación elaborada ó *percepción*); por último, en las lesiones que se limitan al aparato cerebral, sólo se modifica ó desaparece la *percepción*, subsistiendo los demás actos de la función sensitiva.

Prescindiendo de su noción patogénica, las perturbaciones de la sensibilidad pueden recaer en la que posee todo el organismo considerado en general, ó bien en la que corresponde á cada uno de los sentidos; pero siendo más importante referirlas á sus distintas variedades que al orden de sensibilidad que se encuentre afectada, nos ocuparemos sucesivamente de su *aumento*, de su *disminución* y de su *perversión* (1).

## a

### EXALTACIÓN DE LA SENSIBILIDAD

El aumento de la sensibilidad se revela á consecuencia del contacto de los tejidos con sus excitantes naturales, y entonces se denomina *hiperestesia*, ó aparece aquella propiedad exaltada sin el influjo de aquellos excitantes, constituyendo en tal caso el *dolor* ó *hiperalgesia*.

*Hiperestesia.*—Según hemos dicho, la hiperestesia consiste en la exal-

(1) Al examinar en los enfermos el estado de la sensibilidad, conviene recordar, que esta se descompone en táctil y general. A la primera corresponden: 1.°, la *sensibilidad táctil pura*, que aprecia el contacto de objetos suaves sobre la piel y mucosas; 2.°, el *sentido de la presión*,, que se aprecia por medio del *baraestesiómetro* de Eulenburg; 3.°, la *sensibilidad á la temperatura*, que es tanto más delicada cuanto más se aproxima á la del cuerpo la temperatura del objeto que á él se aproxima, no habiéndose generalizado los aparatos (*termoestesiómetros*) ideados por Nothnagel y Eulenburg para medirla; 4.°, la sensibilidad en el tiempo y en el espacio, que aprecia la sucesión de las impresiones y la extensión de los circuítos táctiles, circunstancia, esta última, que se reconoce por medio de los estesiómetros. La sensibilidad general, que no asienta exclusivamente, como la precedente, en la piel y mucosas, se revela por el dolor y por las sensaciones eléctricas, de cosquilleos, pinchazos, etc.



tación de la sensibilidad, que se manifiesta por medio de la acción de los excitantes naturales de los tejidos. Aparece comunmente sobre los aparatos de sensibilidad especial, y en tal concepto debe considerársela en cada uno de los sentidos; sin embargo, aunque sea muy raro, suele presentarse en los músculos y en los huesos; así observamos que algunas jóvenes histéricas acusan vivos dolores cuando se les comprimen las apófisis espinosas de las vértebras lumbares, ó cuando se ejerce igual compresión sobre los músculos de los miembros, siendo de advertir que en ninguno de estos dos casos existe lesión material de las partes comprimidas.

La hiperestesia del *tacto* es la más común de todas, y aparece de ordinario en la piel y en la zona cutáneo-mucosa de las aberturas naturales. Basta tocar ligeramente estas partes para que el individuo experimente los más insoportables dolores; el simple roce de la ropa los ocasiona también, siendo de extrañar que semejante susceptibilidad no se acompaña de alteraciones en el volumen, coloración y temperatura de la piel ó de las mucosas. Con todo, si la hiperestesia es muy antigua y graduada, puede aumentar la temperatura de los puntos donde asienta, poniéndolos rubicundos y produciendo á veces un verdadero movimiento febril.

Cuando radica en la *función visual*, se conoce este síntoma con el nombre de *fotofobia* ú horror á la luz, pues siendo el fluído lumínico el excitante natural del órgano de la visión, se hace su influencia tan molesta para el ojo, que los enfermos la rehuyen, buscando la obscuridad, y justificando así el epíteto con que se designa esta clase de hiperestesia.

La exaltación de la sensibilidad auditiva ó *hipercusia*, se caracteriza por lo molestas que se hacen las impresiones acústicas, aunque sean muy moderadas; teniendo además el sujeto una gran finura en este sentido, pues percibe algunos sonidos que por su poca intensidad hubieran sido inapreciables en circunstancias normales.

La *hiperosmia* es la hiperestesia del sentido del olfato, revelándose por la incomodidad que experimenta el enfermo al recibir cualquier impresión olorosa, y por la facilidad con que se aprecian los olores menos graduados.

Por último, la *hipergustia* ó exaltación gustativa, es poco frecuente, y por ella han reconocido algunas personas los sabores más ténues, no pudiendo soportar cuantas propiedades sápidas impresionan fuertemente á este sentido.

Las variadas hiperestesias que acabamos de señalar, reconocen casi siempre por causa una lesión dinámica de las funciones inervadoras, cuya esencia se desconoce, por más que algunas veces puede *referirse* á la modificación cualitativa del líquido sanguíneo. La exaltación de la sensibilidad cutánea acompaña en ciertos casos á las enfermedades de la piel; y la del oído, así como también la de la visión, aparecen de ordinario como síntomas de las flegmasías auditivas y oculares.

*Dolor.*—Cuando la sensibilidad se encuentra exaltada, hasta el punto de experimentar el enfermo una sensación penosa, *sin necesidad de que obren sobre los tejidos sus excitantes naturales*, decimos que existe el síntoma *dolor*.

Todos los tejidos pueden ser el *asiento de este fenómeno morboso*, pero los que poseen muchos nervios lo presentan más graduado; sin embargo, hay excepciones, pues el trabajo patológico suele dar una sensibilidad muy exquisita á ciertos órganos que tienen pocos nervios, como los cartílagos y serosas, mientras que embota la de otros que se hallan compuestos por la misma substancia nerviosa, como el cerebro, la médula, etc.; resultando de aquí que el dolor es más vivo en la inflamación de una serosa que en la del mismo eje encéfalo-medular. Unas veces *continuo* y otras *intermitente*, con regularidad ó sin ella, puede ofrecer el dolor variada *intensidad*, desde la insignificante molestia que apenas incomoda al enfermo, hasta la violencia extremada que produce en éste el insomnio y la agitación, obligando á prorrumpir en gritos á las personas de más entereza. Hay *causas* que aumentan ó disminuyen la intensidad del dolor, y entre ellas mencionaremos, por su importancia en el juicio diagnóstico: 1.°, la *presión*, que aumenta los dolores relacionados con un proceso flegmásico, y suele mitigar los de las neuralgias; y 2.°, el *calor de la cama*, que disminuye los dolores reumáticos y exacerba los que dependen del vicio sifilítico.

Con arreglo á su naturaleza, ha recibido este síntoma numerosas denominaciones. Se dice que el dolor es *lancinante* cuando lo compara el enfermo á una sensación de punzadas ó lancetazos pasajeros, observándosele como síntoma del cáncer, aunque no con la constancia que antiguamente se creía. Es *gravativo* cuando se acompaña de una sensación de peso, siendo propio de las inflamaciones crónicas y de las colecciones de líquido. Recibe el nombre de *pulsativo* cuando en la parte afecta se perciben pulsaciones isócronas con los latidos arteriales, de cuya especie tenemos un ejemplo marcadísimo en las flegmasías que terminan por supuración. El dolor *terebrante* es comparable al que produciría una barrena penetrando en los tejidos, y se observa con particularidad en los reumatismos articulares. El *tensivo*, ó acompañado de distensión de las partes donde asienta, que es propio de los flemones cubiertos por planos aponeuróticos inextensibles, los cuales impiden la expansión flojística del tejido celular. En los dolores *contusivos*, *pruriginosos* y *dislacerantes*, se experimentan las sensaciones indicadas por estos nombres, y coinciden respectivamente con el principio de algunas fiebres, con las flegmasías cutáneas y con ciertas heridas contusas.

Según el punto que ocupa el dolor, ha recibido diferentes nombres. El que asienta en la cabeza, se denomina *cefalalgia;* el del hígado, *hepatalgia;* el del estómago, *gastralgia;* el del corazón, *cardialgia;* el de los intestinos, *enteralgia;* el de la piel, *dermalgia;* el de las pulpas dentarias, *odontalgia;* el del oído, *otalgia*, etc. Denominaciones todas que en su primera parte indican el sitio del dolor, sirviendo la terminación *algia* para expresar la naturaleza de dicha perturbación.



El dolor es un síntoma genérico que aparece en multitud de dolencias, y por lo tanto, sería en extremo prolijo enumerar detalladamente los variadísimos padecimientos que lo presentan. Sin embargo, analizando con cuidado las circunstancias de su aparición, pueden referirse á tres grupos principales las causas *genésicas* que lo motivan. Unas veces reconoce por origen *alteraciones sanguíneas*, representadas, bien por la deficiencia del elemento globular, bien por la adición de ciertos elementos extraños al líquido sanguíneo. La explicación de este hecho se obtiene recordando que la sangre suministra á la substancia nerviosa los principios necesaros para la regularidad de las funciones inervadoras; de consiguiente, si el líquido nutritivo no presenta sus condiciones normales, estas últimas se desencadenarán, apareciendo el estado que se designa con el nombre de *nervosismo*, entre cuyos síntomas el dolor es uno de los más constantes. No debe, por lo tanto, extrañarnos que en las mujeres nerviosas y debilitadas, cuya sangre ha disminuido en partes sólidas, aparezcan esos dolores fugitivos, ligeros á veces, pero que en otras ocasiones se fijan en un punto, como la cabeza por ejemplo, constituyendo cefalalgias rebeldes que sólo ceden á la acción de los preparados ferruginosos. Al segundo orden de causas pudiéramos denominarlas *lesiones de los sólidos en general*, y aquí nos encontramos con multitud de circunstancias capaces de engendrar el dolor, bien por la dislaceración de los filetes nerviosos, ó por la compresión que experimentan; de todo lo cual tenemos ejemplos en las heridas, contusiones, flegmasías, tumores, úlceras, cuerpos extraños, etc. Por último, hay *causas morales*, como el terror y la cólera, que suelen producir dolores vagos generales, ó pungitivos y limitados á determinadas partes del cuerpo.

Algunas veces no puede referirse el dolor á ninguna de las causas que acabamos de mencionar, en cuyo caso, así como también para explicar racionalmente el que se produce á virtud de causas morales, debe admitirse la existencia de una perturbación dinámica en el sistema nervioso; perturbación desconocida por lo que hace á sus condiciones de origen.

### b

### DISMINUCIÓN Y ABOLICIÓN DE LA SENSIBILIDAD

La *insensibilidad* puede recaer en la facultad que tienen los tejidos de experimentar las sensaciones táctiles, en la que preside á la sensación del dolor ó en la que reconoce la actividad muscular. Tenemos, pues, una insensibilidad al *tacto*, otra al *dolor*, y otra por la cual se pierde la *conciencia de la actividad muscular*. Designaremos respectivamente cada una de estas alteraciones con los nombres de *anestesia, analgesia*

y *anestecinesia.* Las dos primeras son conocidas generalmente con el epíteto de *parálisis del sentimiento*, pero un examen detenido de esta clase de parálisis ha venido á demostrar, que unas veces las partes no experimentaban las sensaciones dolorosas, conservándose íntegra la sensiblidad táctil, mientras que otras desaparecía esta última y subsistía la sensibilidad para percibir el dolor. Hubo que separar, por lo tanto, el concepto de parálisis en dos modificaciones completamente distintas, la anestesia y la analgesia, que pueden presentarse aisladamente en el curso de las enfermedades.

1.° *Anestesia.* — En virtud de este síntoma no se perciben las condiciones de los cuerpos que tocan nuestros tejidos, y tampoco nos damos cuenta de semejante contacto. La forma, la temperatura, la resistencia, el movimiento, etc., de los objetos, no impresionan ya nuestra economía, merced á la suspensión de la sensibilidad táctil, que es por cierto mucho más rara de lo que se creía cuando pasaba confundida con la analgesia. Es raro que la anestesia sea *completa;* de ordinario sólo se encuentra *disminuída* la sensibilidad, y los enfermos, comprendiendo su estado, procuran que no se les caigan de las manos los objetos cuya forma y volumen no pueden apreciar con exactitud. Si recae en los pies, creen los pacientes que se mueve el suelo bajo sus plantas, y si en el labio inferior, derraman las bebidas al tomarlas en un vaso cuyos bordes no son percibidos por el órgano paralizado.

La *marcha* de este fenómeno morboso es lenta y gradual, ó bien súbita é inesperada. En cuanto á su *localización* anatómica, es mucho más frecuente en la piel que en las mucosas. Sin embargo, debiera considerarse como una *anestesia especial* de los demás sentidos la disminución de la sensibilidad que cada uno de ellos tiene para ser impresionado por sus excitantes naturales. En tal concepto admitiremos: 1.°, la *anestesia retiniana*, denominada *amaurosis* cuando es completa, y *ambliopía* cuando sólo está disminuída la sensibilidad á la acción de la luz; 2.°, la *anestesia olfatoria* ó *anosmia;* 3.°, la *gustativa* ó *agustia;* y 4.°, la del *oído* ó *cofosis.*

En cuanto á su *génesis*, no todas las anestesias han podido referirse á una modalidad genésica bien conocida, y en tal concepto debe conservarse, aunque con el carácter de provisional, la división por la que se las distingue en *idiopáticas* y *sintomáticas.*

La anestesia *sintomática* es siempre el resultado de una modificación en las vías ó en los centros nerviosos donde la sensibilidad se opera. Cuando estas partes son el asiento de lesiones que alteran su textura (hiperhemias, flegmasías, etc.); cuando reciben la impresión de una sangre cargada de ácido carbónico, amileno, cloroformo, éter, arsénico, alcohol, preparados plúmbicos, etc.; ó cuando el mismo líquido sanguíneo se halla deficiente en su elemento globular, la sensibilidad decae y aparece la anestesia. Por lo demás, ya sabemos que si se pierde únicamente la *sensación elaborada* (*percepción*), esto nos indica que las modificaciones inervadoras recaen al nivel del *aparato cerebral propiamente dicho*, sobre todo en el lóbulo parietal; si se pierde la *impresión central bruta*, las modificaciones recaerán en el *istmo del encéfalo*, especialmente en el bulbo, protuberancia y pedúnculos cerebrales; si desaparece la *trasmisión*, radicarán las modificaciones en el aparato espinal posterior ó en los cordones sensitivos; por último, si se *pierde* la *impresión*, esto nos indicará que la alteración recae en las expansiones terminales de los nervios sensitivos. Por desgracia, en la clínica no es fácil precisar el asiento de estas alteraciones, pues como los varios actos de la función sensitiva son correlativos, sucede que la pérdida ó abolición de uno de ellos trae consigo la extinción de los restantes que le subsiguen; por ejemqlo, destruída la *impresión* á consecuencia de lesiones en los nervios dérmicos (*lepra tuberculosa*), no se verifica la *trasmisión* ni las *impresiones centrales*, por íntegras que se encuentren las partes encargadas de realizar estos últimos actos funcionales.



Las anestesias esenciales ó *idiopáticas* aparecen durate la convalecencia de algunas enfermedades agudas y en el curso del mal histérico y de la hipocondría.

2.° *Analgesia.* — Es la insensibilidad para percibir el dolor. Según hemos dicho, puede encontrarse íntegra la sensibilidad táctil, y en tales casos, los enfermos aprecian las condiciones de los objetos á beneficio del tacto, pero la misma mano que ha reconocido estas propiedades puede ser herida, dislacerada y contundida, sin que el sujeto experimente el menor dolor. Unas veces parcial y otras general, comienza de ordinario por los miembros, desde donde se extiende al tronco. Afecta principalmente á la piel, pero puede presentarse también sobre las mucosas, y aun en los tejidos profundos, donde rara vez es completa.

La analgesia es sintomática de las lesiones materiales del cerebro, médula ó nervios periféricos, observándose también al principio de la congelación y durante los ataques de epilepsia é histerismo. En el alcoholismo es un fenómeno constante, así como en el envenenamiento por los narcóticos, las sales de plomo, el ácido carbónico y todas las preparaciones anestésicas, como el éter, el cloroformo, etc. Por lo que hace á su génesis, reconoce las mismas *causas próximas* que la anestesia (1).

La *anestesia* y *analgesia* que coinciden con una lesión material de la substancia nerviosa, se *explican racionalmente* por la solución de continuidad ocurrida en la fibra nérvea ó en las células que forman la substancia gris. En cuanto á la acción de ciertos venenos y demás agentes ya mencionados, sólo podemos darnos cuenta de su influjo admitiendo una deestas dos modalidades *genésicas:* ó el cuerpo obra directamente sobre los centros nerviosos, como ocurre con el alcohol, ó comienza por modificar la sangre, perturbando consecutivamente la función inerva-

(1) Para mejor comprender la localización de estas causas próximas, consúltese á Luys, *Recherches sur le système nerveuse cérébro-spinal*, París, 1865, y Hermann, *Tratado de Patología imterna*, trad. esp. Barcelona 1890, t. III, pág. 355.