

»Al mismo tiempo entran en contraccion los *músculos de la cara*, hay gesticulaciones, y las comisuras tiradas hácia afuera por los sacudimientos convulsivos, producen en cada uno de estos un ruido particular, que resulta del paso del aire por la especie de embudo que forma el ángulo de la boca. Con mucha frecuencia se cubren los labios de una espuma blanca ó rosada formada por *mucosidades espumosas ó ligeramente sanguinolentas*. El *labio superior*, retraído hácia arriba, dá á veces á la boca el aspecto de la de ciertos roedores. La *mandíbula inferior* se agita con el mismo movimiento, y otras veces hay *trismo* interrumpido de cuando en cuando por *rechamamiento de dientes*.

»La *cabeza* está ordinariamente muy inclinada hácia atrás, y es mucho mas raro que se mueva lateralmente ó en rotacion.

»Los *dedos* están doblados con rigidez sobre la palma de la mano, y los *antebrazos*, vueltos sobre los brazos, están agitados incesantemente por sacudimientos convulsivos de semiflexion y semiextension; otras veces la articulacion de la *muñeca* pasa de un instante á otro de la pronacion á la supinacion. Tambien se observan los miembros superiores torcidos en varias direcciones y de un modo raro é imprevisto.

»Los mismos síntomas se presentan en las *extremidades inferiores*; pero son, por lo general, menos manifiestos.

»Rara vez participan los *músculos del tronco* de las contracciones clónicas, que por lo comun se hallan en un *estado de rigidez*. Cuando los movimientos de un lado del cuerpo predominan en intensidad sobre los del lado opuesto, el niño se va aproximando al borde de la cama, de modo que por lo comun hay que sujetarle á ella para evitar una caída.

»La *contraccion espasmódica de la laringe* produce á veces un ruido enteramente especial al precipitarse el aire en el pecho á cada inspiracion.

»Cuando las convulsiones son muy intensas, hay *emision involuntaria de orina y materias fecales*; pero este síntoma es poco frecuente. Muy rara vez la *deglucion* es imposible, aunque, sin embargo, ya hemos observado esto en niños durante una crisis de suma intensidad.

»La *inteligencia está casi siempre abolida y no hay sensibilidad*; los demás sentidos suelen estar todavía impresionables: así hemos visto niños que han manifestado disgusto cuando se les ha aplicado á las narices amoniaco ú otros olores un poco fuertes.

»Los síntomas que acabamos de describir, no son los únicos que hay que indicar. Cuando la convulsion es fuerte y se prolonga, la *cara* se pone violada, vultuosa y *cubierta de sudor*, y hay en la *cabeza un calor urente*, al paso que las *extremidades están frias*. La *piel* está húmeda, el *pulso* muy acelerado, pequeño, difícil de contar, y frecuentemente desaparece por las contracciones musculares

y los saltos de tendones. La *respiracion* es acelerada, ruidosa y estertorosa, tan solo en los casos de mucha gravedad.» (Rilliet y Barthez.)

*Eclampsia parcial*.—«Cuando la convulsion es parcial, añaden Rilliet y Barthez, los movimientos están limitados á una mitad del cuerpo, á un miembro solo, á una porcion de este y hasta á un solo músculo. Unas veces hemos visto los *globos oculares solos* agitados de movimientos convulsivos, y otras las *extremidades superiores*.

»De todas las convulsiones parciales, las mas frecuentes son aquellas en que hay al mismo tiempo movimientos convulsivos de *uno ó mas músculos de la cara y de las extremidades superiores*. No hemos observado convulsiones de las extremidades inferiores, sin que las hubiese en otra ú otras partes del cuerpo.

»Los fenómenos secundarios que hemos indicado, tales como la aceleracion del pulso y de la respiracion, la congestion violada de la cara y la espuma en la boca, no existen cuando las convulsiones son parciales y poco intensas, ó á lo menos son mucho menos marcadas. La inteligencia y la sensibilidad pueden conservarse en parte.» (Rilliet y Barthez.)

Se ha señalado la *asfixia* como una consecuencia bastante frecuente de la eclampsia. Con este motivo, no podemos prescindir de repetir lo que deciamos en la primera edicion de esta obra, al hablar de la afeccion á que se han dado los nombres de *asma tímico*, *asma de Kopp* y *espasmo de la glotis* (1). Un estudio detenido de los hechos nos hizo creer entonces (1842), que este supuesto asma tímico no era otra cosa mas que un ataque de eclampsia con sofocacion. En efecto, por una parte veiamos que en los casos que presentaban los autores alemanes é ingleses como ejemplos de asma tímico ó de espasmo de la glotis, habia convulsiones mas ó menos estensas de los miembros y hasta del tronco, y por otra observamos, que en la eclampsia se altera con frecuencia la respiracion, y como acabamos de ver, hay con frecuencia sofocacion y á veces, hasta asfixia completa. Pues bien, las investigaciones que despues se han hecho en Francia, han probado que esta opinion era completamente fundada. Trousseau ha citado (2) hechos que demuestran que el asma de Kopp es un accidente de la eclampsia, y Herard (3), aunque conservó á la enfermedad el nombre de espasmo de la glotis, ha puesto este hecho fuera de duda, probando que los accidentes que constituyen este espasmo pertenecen á la afeccion de que nos estamos ocupando.

Sin embargo, C. Ozanam (4), cuyos importantes trabajos ya he-

(1) Véase tomo II, art. *Espasmo de la glotis*, pág. 568.

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.<sup>a</sup> edicion. París, 1865, t. II, p. 128 et 129.

(3) Hérad, *Du spasme de la glotte*, thèse. París, Enero 1847.

(4) C. Ozanam, *loc. cit.*, p. 175.

mos citado, no participa de esta opinion, y se funda primeramente en que las convulsiones que acompañan al espasmo de la glotis, están complicadas á veces con contractura de las estremidades; pero nos parece que estas contracciones no tienen la importancia que este autor les supone, porque creemos que se han exagerado en la descripción que de ellas han hecho los autores alemanes. En segundo lugar, da como signos diferenciales precisamente los síntomas del espasmo de la glotis (sufocacion, silbido de la laringe, etc.); pero esto es sentar como un hecho lo que todavía está en cuestion. En efecto, decimos: si la convulsion eclámpsica invade la laringe, hay espasmo de la glotis; pero sería necesario probar que la convulsion no es eclámpsica. Además, no debemos olvidar que Rilliet y Barthez han notado en casos de eclampsia no dudosa, fenómenos análogos en las vias respiratorias. Creemos, pues, que puede insistirse en la interpretación de los hechos, tal cual la hemos dado.

Veamos ahora cómo pueden establecerse, en vista de esto, las diversas divisiones de la eclampsia. En cierto número de casos predominan las convulsiones generales, y el trastorno de la respiracion no ha llegado hasta la sufocacion completa; esta es la *eclampsia general propiamente dicha*. En otros, solo presentan convulsiones uno ó mas miembros, lo cual constituye la *eclampsia parcial propiamente dicha*. En algunos se agrega á las convulsiones de las estremidades y del tronco una sufocacion que puede llegar hasta la asfixia; esta es la forma mas comun del asma de Kopp ó del espasmo de la glotis, es la *eclampsia con sufocacion*, segun el lenguaje que hemos propuesto. En ciertos casos, la convulsion solo ocupa la laringe y el istmo de las fauces, y esta es una *forma de eclampsia parcial*, forma rara que se ha tenido particularmente á la vista cuando se han descrito el *asma tímico* y el *espasmo de la glotis*; esta es la primera forma que admite Herard. En tales casos, las convulsiones permanecen limitadas á la parte superior de las vias respiratorias, como en otras lo están á las estremidades ó á un miembro solo, y si de estos últimos casos no hay motivo para formar de ellos una afeccion particular, ¿por qué lo ha de haber para separar el espasmo de la glotis de la eclampsia, de la que forma parte evidentemente? Por último, otras veces es la convulsion del diafragma la que causa la sufocacion, y esta es la segunda forma que reconoce Herard.

Clasificando así los hechos, todo se hace fácil de comprender, y estas enfermedades particulares y raras que se observan en unos países y en otros no, entran perfectamente en la categoría de los hechos conocidos.

Cuando la sufocacion llega hasta la asfixia, se reconoce fácilmente la contraccion espasmódica de la laringe, los movimientos respiratorios se hacen irregulares, hay espuma en la boca, y luego se aceleran las inspiraciones y se hacen entrecortadas é incompletas; la cara está lívida, la piel del resto del cuerpo violada, el pulso es pe-

queño y frecuente, se enfrían las estremidades, y si continúa este estado, el enfermo sucumbe. ¿No deben considerarse todos estos fenómenos como el resultado del espasmo de la glotis, de los músculos inspiradores y del diafragma?

Los demás síntomas que indican los autores, son puramente accidentales. Brachet, que los ha estudiado particularmente, habla de dolores por lo comun agudos que resultan, segun él, de la tirantez de los filetes nerviosos, de equimosis que pueden depender de contusiones que reciba el enfermo durante las convulsiones, ó la extravasacion de la sangre en el tejido celular subcutáneo, consecuencia de la estancacion de este líquido cuando la respiracion está muy embarazada; de la rotura de los tendones, de la corvadura anormal de los huesos, de las fracturas y de las dislocaciones que resultan de la contraccion exagerada de los músculos convulsivos. Deben añadirse á estos fenómenos las diversas parálisis, las atrofiás musculares y las suspensiones de desarrollo que resultan de las lesiones del cerebro ó de las meninges producidas por las hemorragias, y que C. Ozzanam ha indicado particularmente como consecuencias importantes de la enfermedad.

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

Para comprender bien el curso de la eclampsia, es preciso que examinemos por separado la enfermedad en general y los ataques ó accesos de convulsion en particular. Es tambien una cuestion el saber si pueden considerarse como eclampsias ciertos ataques repetidos que aparecen en épocas mas ó menos próximas. Rilliet y Barthez creen, con Baumes (1), que cuando hay muchos ataques con ciertos intervalos de unos á otros, la enfermedad es una epilepsia. «No vemos, en efecto, dicen estos autores, otra diferencia entre la epilepsia y las convulsiones fuertes, que la repeticion de los accesos, porque cuando la eclampsia es intensa, los síntomas del ataque, analizados uno por uno ó tomados en conjunto, son idénticos á los de la accesion epiléptica.» Si este modo de resolver la cuestion fuese exacto, no hallamos la razon de por qué se habia de separar de la epilepsia el ataque de eclampsia, aun cuando fuese uno solo. Examinaremos este punto al hablar del diagnóstico, pues por ahora creemos que sin entrar en esta discusion, y solo con recordar ciertos hechos, se puede decir que este juicio de Rilliet y Barthez, peca de demasiado absoluto. No hay duda que es lo comun que el ataque de eclampsia se presente una sola vez; pero tampoco faltan hechos de haberse observado en un mismo niño dos, tres y hasta cuatro veces, convulsiones esenciales á épocas mas ó menos distantes, y luego desaparecen para no volver mas, lo cual hace creer que no era una epilepsia verdadera.

(1) Baumes, *Traité des convulsions dans l'enfance*. Paris, 1805, p. 432.  
VALLEIX.—Tomo I.

Sea como quiera, no puede dudarse de que en los casos mas frecuentes, hay tan solo un ataque único de eclampsia. En los que hay mas de uno, son, por lo comun, los intervalos tan grandes, y se ven aparecer las convulsiones bajo influencias tan diversas, que no es posible considerar á estos ataques como parte de una misma afeccion, sino como casos repetidos de la misma enfermedad.

*Curso de los ataques.*—Es raro que un ataque cuente únicamente un solo acceso, y cuando esto sucede, se observa que el niño contrae y tuerce sus miembros, los pone rígidos, giran sus ojos en sus órbitas, y luego vuelve por lo comun á su estado primitivo al cabo de de muy poco tiempo. No obstante, á veces se presenta en estos ataques tan cortos, el trastorno de la respiracion que mas arriba hemos indicado. Por el contrario, casi siempre hay varios accesos que forman un ataque, apareciendo las convulsiones y luego volviendo el niño al estado de reposo. Una contrariedad, el dolor y la accion de beber provocan muchas veces estos accesos, que con mas frecuencia aun aparecen sin causa conocida. Estos accesos pueden repetirse varias veces en un cuarto de hora, y en algunos se pasa mas de una hora sin presentarse, y en otras ocasiones son muy repetidos. Rilliet y Barthez han notado que por lo regular son frecuentes al principio, y en seguida van disminuyendo á la vez de duracion y de frecuencia. En los intervalos quedan los niños mas ó menos bien, segun la causa á que pueden atribuirse las convulsiones. Ha habido casos en que estas convulsiones mas ó menos intensas, han durado horas enteras, aunque con remisiones, porque de otro modo no hubieran tardado los niños en sucumbir, sobre todo, cuando se altera la respiracion durante los accesos.

«La duracion de un ataque de eclampsia, dicen Rilliet y Barthez, es sumamente variable, sin que sea posible decir nada en general respecto á este punto: así lo hemos visto prolongarse desde cinco minutos hasta doce horas, y los autores aseguran que ciertos ataques pueden durar muchos dias.»

La eclampsia *termina* por la curacion, con mas frecuencia de lo que se cree, cuando la afeccion es idiopática. El gran terror que en general inspiran las convulsiones, consiste en que por lo comun no se han distinguido los casos. Nadie duda que las convulsiones sintomáticas de una afeccion cerebral son de las mas graves, y así lo hemos dicho en los artículos anteriores: las que son simpáticas tienen, en igualdad de circunstancias, una terminacion menos fatal; y por último, las convulsiones de que nos ocupamos en este artículo, son las que con menos frecuencia terminan por la muerte. Cuando la convulsion idiopática es parcial, la terminacion es por lo comun favorable, á no ser que exista el espasmo de la glotis, en el cual la enfermedad termina por la asfixia.

### § V.—Lesiones anatómicas.

Las *lesiones anatómicas* son por lo comun ligeras y siempre muy variables. Ordinariamente estas lesiones son el resultado de la convulsion (inyeccion de las meninges, del cerebro, etc., á consecuencia de la estagnacion de la sangre en la asfixia, equimosis, etc., etc.), y cuando no se las puede considerar como tales, han producido la eclampsia simpáticamente.

### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La eclampsia se distingue con la mayor facilidad de todas las demás enfermedades, escepto de la epilepsia.

No cabe duda de que hay casos en los cuales se parecen los síntomas hasta el punto de ser casi inevitable una confusion entre las dos enfermedades á que aludimos; pero nos parece que se ha exagerado mucho el número de estos casos. Debe convenirse en que casi siempre la eclampsia tiene caracteres diferentes de los de la epilepsia, lo cual es tan cierto, que los médicos que acostumbran observar las enfermedades de los niños, ni se engañan ni necesitan que haya pasado mucho tiempo sin reproducirse el ataque para asegurar de que no existe una epilepsia. En esta enfermedad son mas frecuentes los prodromos, hay por lo comun un *aura*, y la invasion es mas repentina. En la eclampsia, las convulsiones consisten particularmente en una torsion violenta de los miembros, al paso que en la epilepsia son sacudimientos rápidos; el ataque en esta última afeccion tiene, si podemos espresarnos así, un curso continuo, es decir, que esceptuando los casos escepcionales de que mas tarde hablaremos, y que ya presentan tambien una fisonomía propia, se observa que el epiléptico se cae y tiene convulsiones para volver luego en sí mas ó menos pronto y mas ó menos completamente, y que no se ve, como en los casos graves de eclampsia, primero una convulsion, luego un intervalo de calma, despues otra convulsion, y así sucesivamente hasta que concluye el ataque. Hemos dicho en los casos graves de eclampsia, porque claro está que los que solo presentan como único síntoma convulsiones limitadas á un miembro ó un poco de estrabismo, en una palabra, los que pertenecen á la eclampsia parcial, no pueden confundirse con la epilepsia. En la epilepsia, hay espuma en la boca, la cara está violada, la respiracion primero suspendida y despues estertorosa, el pulso lento, y la sensibilidad y el conocimiento abolidos. En la eclampsia es muy raro que haya espuma en la boca, la cara está pálida ó solo congestionada, la respiracion es rápida, á veces sibilante y por lo comun suspirosa; el pulso es veloz y la

sensibilidad y el conocimiento, solo se pierden en los ataques muy intensos, y aun en estos no sucede así hasta cierto tiempo despues de haber empezado el ataque, cuando en la epilepsia quedan abolidos inmediatamente. Este es un signo diferencial muy importante.

Falta ahora saber si la eclampsia es esencial, simpática ó sintomática, respecto á cuyo punto no podemos entrar en muchos detalles. El estudio de los antecedentes, la edad del enfermo y los síntomas que presenten los órganos nerviosos ó de otra naturaleza, darán á conocer al médico, no solo si la enfermedad es simpática ó sintomática, sino tambien de qué afeccion lo es.

Suele por lo comun ser mas difícil decir si la eclampsia es realmente esencial, porque muy bien puede creerse que hay una afeccion de los centros nerviosos ó una enfermedad que ocupa un órgano distante, y cuyos síntomas no sean evidentes. El estado de salud que disfrutase el niño en el momento de la invasion y el exámen de todos los aparatos y de todas las funciones, servirán al médico para formar un diagnóstico exacto.

*Pronóstico.*—El pronóstico es muy distinto, segun que la eclampsia es esencial, simpática ó sintomática. La eclampsia es, en igualdad de circunstancias, la menos grave de todas. Si es parcial, no hay motivo para temer que tenga un éxito funesto, haciendo no obstante una escepcion, como se comprenderá bien, respecto á la eclampsia caracterizada principalmente por el espasmo de la glotis, en razon á que este espasmo produce con frecuencia una asfixia mortal. Si la eclampsia es general, es mas grave, y debe formarse el pronóstico por la intensidad de los síntomas.

## § VII.—Tratamiento.

*Emisiones sanguíneas.*—Nosotros creemos que deben reservarse las emisiones sanguíneas para ciertos casos determinados, tales como: 1.º cuando la convulsion es primitiva, el niño robusto, los síntomas convulsivos sumamente intensos, la cara violada, el pulso pequeño y la asfixia ó el coma inminentes; 2.º cuando la convulsion simpática que ofrece la misma intensidad se presenta al principio de una afeccion inflamatoria...; 3.º finalmente, deben usarse cuando la convulsion simpática se desarrolla en la convalecencia de una enfermedad aguda, en sugetos poco debilitados ó en el curso de una neurosis. (Rilliet y Barthez.)

*Compresion de las carótidas.*—Grantham (1) aconseja, cuando las convulsiones se presentan en un niño cuyas fontanelas no están todavía osificadas, hacer la *compresion del cráneo* por medio de una venda de algodón bastante apretada para ejercer una compresion

(1) Grantham, *Bulletin général de thérapeutique*, 1837.

suave. El autor solo cita un caso en favor de este medio que necesita ser examinado de nuevo para ser admitido como realmente útil.

*Vomitivos y purgantes.*—Rilliet y Barthez limitan el uso de este medio á los casos en que la enfermedad reconoce por causa una indigestion, en los cuales la accion de los vomitivos es de las mas favorables, como lo prueban muchos ejemplos, y entre otros los que han referido Guersant y Blache. En las demás circunstancias no parece que han dado grandes resultados los vomitivos; sin embargo, no se ha dicho aun todo respecto á este punto. Si se reserva la administracion de los vomitivos para los casos de eclampsia por indigestion, debe darse la preferencia, con Rilliet y Barthez, al tártaro estibiado que evacua mas pronto las vias digestivas. Se administra segun la edad á la dosis de 2, 3 á 5 centigramos ( $\frac{2}{5}$ ,  $\frac{3}{5}$  á 1 grano) en una cucharada de agua ó cocimiento: en los niños muy pequeños, basta dar algunas cucharadas del *jarabe de ipecacuana*.

*Purgantes.*—Se han prescrito especialmente los *calomelanos*; pero es preciso notar que se han dado casi siempre á dosis alterante, 2 ó 3 centigramos ( $\frac{2}{5}$  ó  $\frac{3}{5}$  de grano) cada dos horas ó cada hora. A pesar de la autoridad de Clarke, de Gœlis (1), de Neumann, etc., debemos decir que la eficacia de este medio dista mucho de estar perfectamente demostrada, y todos saben qué accidentes puede producir. Cuando se quieren dar los calomelanos á dosis purgante, se deben administrar de 10 á 25 centigramos (2 á 5 granos) en los niños pequeños, y llegar hasta 30 ó 40 (6 ú 8 granos) en los que pasan de diez años. Rilliet y Barthez aconsejan la mezcla siguiente:

R. Calomelanos..... 15 centig. | Raiz de jalapa pulverizada. 30 centig.  
Se toma de una vez en una cucharada de cocimiento.

Tambien se puede prescribir *una gota de aceite de croton tiglio*, si no se pueden tomar los calomelanos y si la indicacion parece muy urgente; pero por lo comun hay que limitarse á disponer solo *lavativas purgantes*, cuya composicion sería inútil indicar.

*Narcóticos.*—Entre los narcóticos, los que particularmente se han recomendado son: el *opio*, la *belladona* y el *beleño*. Nadie ha insistido tanto como De Haën (2) acerca de los buenos efectos del *opio*, pues este autor ha citado un caso de convulsiones en un niño, y dice, que tratada en vano la enfermedad por otros muchos medios, solo cedió al uso del narcótico.

Los casos en que mejor obra este remedio, son aquellos en que la enfermedad reconoce por causa un dolor fuerte cualquiera. En los niños muy pequeños debemos limitarnos al uso del *jarabe de amidéras*, á la dosis de media ó una cucharada de café de dos en dos

(1) Gœlis, *Gazette médicale de Paris*, 1835.

(2) De Haën, *Ratio medendi*, t. II, p. 294.