

ricular. No puede fundarse sino sobre circunstancias etiológicas y las lesiones concomitantes, tales como la existencia de un reumatismo, endocarditis, aneurisma, etc., etc.

### § VII.—Tratamiento.

«Si son fáciles de establecer indicaciones racionales, los medios de llenarlas son escesivamente precarios y generalmente insuficientes. La causa de obturación arterial, los pólipos, las escrescencias, las concreciones fibrinosas del corazón, las lesiones de las válvulas aórticas y mitrales, la degeneración ateromatosa de las arterias, son afecciones generalmente incurables. La indicación causal puede formularse bien pero el arsenal terapéutico no contiene ningún remedio eficaz para satisfacerla (Schutzemberger) (1).»

### ARTÍCULO II.

#### SÍNCOPE.

En gran número de casos sobreviene el síncope durante el curso de afecciones muy diversas, las que trataremos de mencionar; pero no menos frecuentemente es ocasionado por causas enteramente accidentales, y constituye un estado patológico muy distinto, y que por lo tanto merece toda la atención del práctico. El síncope es una enfermedad que ha dado lugar a numerosas investigaciones, en las cuales es preciso elegir lo que es verdaderamente práctico.

### § I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

El síncope, *deliquium animi*, lipotimia, *evanouissement* (franc.), *fainting* (ingl.), *ohnmacht* (alem.) y *desmayo* (españ.), debe definirse una suspensión mas ó menos larga de los movimientos del corazón, y de los respiratorios, de las funciones sensoriales y de la locomoción. Bien se conoce que llegando á este grado, el síncope no es otra cosa que la *muerte aparente*, la cual algunas veces se ha visto prolongarse por espacio de muchas horas. Quizás sería mejor decir: la suspensión *mas ó menos completa* de estas funciones; porque en la actualidad no se considera á las congojas y á las lipotimias sino como grados del síncope. Pero basta saber que esta definición solo se aplica al síncope llevado á su mas alto grado. Todos saben cuán *frecuente* es el síncope, de lo que se podrá juzgar por el gran número de sus causas; pero debemos decir que solo el síncope de corta duración es frecuente, pues el que se prolonga mas de algunos minutos es por el contrario sumamente raro.

(1) Schutzemberger, *Loc. cit.*, p. 79.

### § II.—Causas.

**Causas predisponentes.** La debilidad y la *estenuación* causada por una larga enfermedad; las *afecciones debilitantes*, el *sexo femenino*, el *temperamento nervioso* y el *embarazo* son las principales. Puede presentarse tambien en las *puérperas*. Robert (1) cita tres casos de síncope mortal en mujeres que habian parido mas ó menos tiempo antes. Ya hemos indicado las enfermedades del corazón. Hay tambien algunos sujetos que no hallándose en ninguna de estas condiciones, tienen sin embargo, síncope por la influencia de causas ocasionales ligeras, y entonces existe una predisposición particular, cuya naturaleza nos es enteramente desconocida.

**Causas ocasionales.** Sauvages, que ha dividido el síncope segun sus causas, no admite menos de treinta y dos especies sin contar las lipotimias, de las que hace un orden por separado. Esta division es inútil, pero la de Senac (2) es mucho mas importante. Divide las causas en tres órdenes: 1.º las que tienen su asiento en el corazón; 2.º en los vasos; 3.º en los nervios, y 4.º las causas particulares, tales como los *trastornos del estómago*, las *alteraciones del hígado*, etc. El doctor Ash (3) ha seguido esta division que es muy natural y que me parece debe adoptarse.

Recordar que la dilatación del corazón, y sobre todo la comunicación de las cavidades derechas é izquierdas dan muchas veces lugar á este accidente. Indicaremos además de las afecciones cardíacas los obstáculos mecánicos opuestos á las contracciones del corazón; como la rápida introducción de un gas en las venas, las obstrucciones de la arteria pulmonar por concreciones sanguíneas.

Una de las causas mas frecuentes del síncope son las *hemorragias abundantes*, y se ha observado que las pérdidas de sangre arterial la ocasionaban mas fácilmente en igual cantidad que los flujos de sangre venosa.

Las causas que obran principalmente sobre el *sistema nervioso* son enteramente variables, tales como diversos olores, la vista de ciertos objetos (animales repugnantes, llagas, alguna suciedad entre los alimentos, etc.), las emociones instantáneas, los sustos, un dolor violento y repentino, y otras muchas impresiones de la misma naturaleza que sería demasiado largo enumerar; por ejemplo, el tocar ciertos objetos, un calor escesivo, un cansancio violento y prolongado, sobre todo en ayunas, en una palabra, todas las causas que obran agotando la influencia nerviosa.

Las *causas diversas*, especialmente las que obran sobre otros órga-

(1) Robert, Véase *Bulletin general de thérapeutique*, 30 enero 1852.

(2) Senac, *Malad. du cœur*, t. II, p. 166 y siguientes.

(3) Ash, *Cycl. of pract. med.*, vol. IV, art. Sync.

nos que no son el corazón y los nervios, no son menos numerosas y variadas. En efecto, la ingestión de ciertos alimentos en el estómago, la acción del emético, los flujos serosos y mucosos demasiado abundantes, la sustracción rápida de una colección serosa como en la paracentesis, etc., producen á veces el síncope, y lo mismo sucede con ciertos miasmas.

Es preciso advertir que aunque esta división es la mas natural, no es, sin embargo, tan perfecta que todas las causas incluidas en uno de estos tres órdenes puedan ser incluidas en los otros dos. En las pérdidas de sangre, por ejemplo, ¿no es evidente la acción del sistema nervioso? Lo que prueba que así sucede, es que la facilidad con que se produce el síncope no está en relación directa con la abundancia de la sangre que ha salido. Es sabido que una sangría practicada estando el enfermo en pié ó sentado produce algunas veces el síncope antes que se hayan sacado 400 gramos de sangre, mientras que una sangría de 500 gramos no causa este efecto estando el enfermo echado. ¿No hay en este caso una acción nerviosa? Se ha querido explicar el hecho por la disminución de la cantidad de sangre que llega al cerebro; pero sin negar que esta es una causa que se debe tener en consideración, demasiados hechos prueban que no puede ser la única para que sea necesario insistir sobre este punto.

### § III.—Síntomas.

A veces se producen tan rápidamente, que el enfermo pierde el sentido antes de que se haya advertido ningún malestar. Las mas veces se siente una debilidad general, la vista se turba, zumban los oídos, y ambos sentidos se debilitan antes que el enfermo caiga privado de conocimiento. Cuando la causa del síncope tiene su asiento en otro órgano que no sea el corazón y los nervios, los primeros síntomas pueden ser diferentes, como por ejemplo, el dolor, la plenitud del estómago, violentos dolores de vientre, etc.

En el momento en que el síncope es completo se observa el estado de *muerte aparente*. Los fenómenos que presenta el enfermo son la falta de la respiración, del pulso y de los latidos del corazón, palidez de la cara y frío de las extremidades. A veces hay también evacuaciones involuntarias.

Cuando no hay mas que una simple *congoja* ó *lipotimia*, todavía puede continuar la respiración aunque muy débilmente, y se cree con razón que en los casos en que el síncope ha durado muchas horas y aun días enteros, la circulación y la respiración no estaban enteramente abolidas, porque de otra manera habria gran dificultad en comprender cómo en tales circunstancias puede sostenerse la vida.

Todas las pretendidas resurrecciones despues de muertes ocurridas muchas horas y muchos días antes, deben ser incluidas entre las fábu-

las. Bouchut (1) ha reconocido que cuando el médico se ha cerciorado por una auscultación atenta que el corazón ha cesado de latir durante cinco minutos, puede estar seguro de que la muerte es verdadera.

### § IV.—Duración y terminación.

La *duración* regular del síncope es un minuto por lo menos; pero no es raro ver que se prolonga mas. Algunas veces sobrevienen síncope consecutivos con diferentes intervalos, y este estado puede durar bastante tiempo. Es poco común que el síncope se *termine* por la muerte. Los latidos del corazón vuelven primero débil y lentamente, así como los movimientos respiratorios; despues se recobra el sentido, las percepciones son vagas durante algunos instantes, y en fin, todo entra en el orden, aunque por lo regular despues de un desmayo queda durante cierto tiempo una especie de malestar y alguna debilidad.

### § V.—Lesiones anatómicas.

Se ha tratado de indagar si el síncope daba lugar á *lesiones anatómicas*, pero solo pueden atribuirsele algunos coágulos en el corazón y en los vasos. Todas las demás pertenecen á las enfermedades durante cuyo curso se ha presentado.

### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Los médicos se han ocupado muy poco del diagnóstico del síncope, pues sus caracteres son tan notables que no es posible cometer un error. Así es que solo por un exceso de precaución se ha indicado el modo de distinguir el síncope, la apoplejía y la asfixia. En la apoplejía existen todavía la acción del corazón y la respiración, en la asfixia puede existir el síncope, pero este es un accidente de un estado que se distingue por caracteres muy marcados.

Pero aun hay una cuestión mas importante. ¿Se puede conocer si la muerte es real ó si no hay mas que un síncope completo? Hé aquí una cuestión que se ha debatido mucho, y á pesar de todos los signos que se han dado, se habia llegado á deducir que solo la putrefacción es el único signo cierto de la muerte, cuando Bouchut en la obra citada ha demostrado que la falta de los latidos del corazón por espacio de mas de cinco minutos, comprobada por una auscultación atenta, era un signo cierto. La depresión y la flacidez de la córnea es un fenómeno de mucho valor. Cuando se pone una vela encendida delante de este órgano, se producen tres imágenes. Legrand ha reconocido que despues de la muerte estas imágenes desaparecian empezando por la mas profunda.

(1) Bouchut, *Traité des signes de la mort et des moyens de prévenir les enterrements prématures*, Paris, 1849, p. 62.

En los casos en que en un sugeto se verifica la suspensión de todas las funciones, sin que la expliquen una enfermedad anterior ó una grave lesión, es menester emplear con perseverancia todos los medios de volverle á la vida, sin tener en consideracion la larga duracion del desmayo.

### § VII.—Tratamiento.

Abrir una libre entrada al aire ó trasportar los enfermos á un parage ventilado; desatar ó cortar los vestidos demasiado apretados; acostar á aquellos horizontalmente con la cabeza algo baja; hacerles algunas aspersiones con agua fria sobre la cara y dársela á beber, añadiendo algunas gotas de amoniaco, éter, vinagre ó alcohol; hacer respirar estas sustancias, agua de Colonia ó de flor de naranjo; frotar las sienes y dar al enfermo bruscas sacudidas; tales son los medios que vulgarmente se emplean y casi siempre con buen éxito.

Si el síncope se prolonga, se harán fricciones secas, aromáticas y alcohólicas, sobre la region epigástrica y en las estremidades. Con este objeto se emplean frecuentemente en Inglaterra el ópio y especialmente el láudano. También se usan las lavativas estimulantes con la sal comun y vinagre. En los casos en que una hemorragia abundante es la causa del accidente, como sucede muchas veces despues del parto, la ligadura de los miembros restablece las funciones de los principales órganos, rechazando hácia el centro la sangre que tiende á pasar á las estremidades. Algunos médicos han temido que en ciertos casos, por ejemplo, en las enfermedades del corazon, un tratamiento demasiado activo tuviera sus inconvenientes; pero estos son vanos escrúpulos, porque lo primero de todo es volver los enfermos á la vida. En los casos especiales se obrará sobre los órganos afectados. En la indigestion se dará un vomitivo, en los dolores cólicos una lavativa laudanizada, etc.

### ARTICULO III.

#### ASFIXIA.

Desde que las interesantes investigaciones de Bichat demostraron el papel que desempeñan los diferentes órganos y las diversas funciones en la asfixia, ya no se comprenden bajo esta denominacion otros estados muy diversos, entre otros el síncope, sobre cuyo punto se hallan acordes los autores. Pero antes de Bichat y despues de él se han suscitado numerosas discusiones acerca del modo con que realmente se produce la asfixia (1). Segun Haller (2) la sangre detenida en los pulmones se acumula y estanca en el resto del cuerpo; que segun God-

(1) Consúltese el excelente artículo de Pablo Bert sobre la asfixia. (*Nouveau Dictionnaire de medecine et chirurgie pratiques*, Paris, 1865, t. III).

(2) Haller, *Elementa physiologie*, t. III.

dwin (1) es en el mismo corazon donde la sangre se detiene por falta del estímulo que produce en este órgano la sangre arterial en el estado normal; y que segun dice Bichat no se halla la circulacion enteramente detenida, sino que lanzando las arterias á todos los órganos, y principalmente á los centros venosos una sangre que no ha sufrido la hematosis, se produce una estupefacion general ó una verdadera intoxicacion. Por último, otros experimentadores han opuesto á esta última teoria algunas objeciones que pueden hacerla menos absoluta, pero no destruirla.

### § I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Antiguamente se habia empleado la palabra *asfixia* para expresar todo estado en el cual se hallaba suspendida la circulacion. En la actualidad no se entiende por ella mas que la muerte aparente que proviene primitivamente de la suspensión de los fenómenos respiratorios. Aunque la expresion de *asfixia* sea impropia, puesto que segun su etimología significa falta de pulso, es, sin embargo, tan conocida y su valor está tan bien fijado, que se la debe conservar con preferencia á otros nombres que se han propuesto, tales como los de *apnea*, *muerte aparente*, *anhematosis*, *defectus animi*, etc.

### § II.—Causas.

Muchos autores incluyen en la asfixia los accidentes causados por la introduccion de un gas deletéreo en los órganos respiratorios; pero estos son verdaderos envenenamientos, puesto que la cantidad de gas introducido es á veces tan pequeña que no es perturbada mecánicamente la respiracion. En cuanto á ciertos estados morbosos tales como el cólera en su periodo algido los distinguiremos tambien de la asfixia.

A.—*Obstáculos á la introduccion de un fluido elástico en el pulmon.* Desde luego hallamos en esta clase los obstáculos mecánicos para la respiracion, tales como la *compresion de las paredes torácicas* y del *abdomen* en los sugetos sepultados bajo los escombros en los hundimientos, etc.; la *compresion de los pulmones* por un derrame, por la *entrada del aire en la pléura*, por hallarse rechazado el *diafragma hácia el pecho*, y por la *penetracion de las vísceras abdominales en la cavidad torácica*; la *obstruccion de las vias respiratorias* por la *estrangulacion*; la *sufocacion* por la oclusion de la boca y narices; un *obstáculo en el conducto aéreo* (cuerpo extraño, erup, edema de la glotis, etc.); (véase tomo II). Piorry agrega á estas causas la *obstruccion de las vias respiratorias* por la *espuma bronquial*. Viene en seguida la *paralisis de las potencias musculares* destinadas á introducir el fluido elástico en los pulmones; lo que se ve en las lesiones de la médula; sobre todo cuan-

(1) Goddwin, *La conexion de la vie avec la respiration*, Paris, 1793.