

**Brazo**

Región anterior . . . . .	{ Biceps. . . . . } <i>Nervio músculo-cutáneo.</i>
	{ Coracobraquial. . . . . }
	{ Braquial anterior. . . . . } <i>Nervio radial.</i>
Región posterior. . . . .	{ Triceps (porción larga, vasto interno y vasto externo). . . . . } <i>Nervio radial.</i>

**Antebrazo**

Región anterior. . . . .	{ Pronador redondo, palmares mayor y menor. . . . . }	} <i>Nervio mediano.</i>
	{ Flexor común superficial, mitad externa del flexor profundo. . . . . }	
	{ Flexor propio del pulgar, pronador cuadrado. . . . . }	} <i>Nervio cubital.</i>
	{ Mitad interna del flexor profundo. . . . . }	
	{ Cubital anterior. . . . . }	
Región posterior. . . . .	{ Extensor común. . . . . }	} <i>Nervio radial.</i>
	{ Extensor propio del pulgar. . . . . }	
	{ Cubital posterior y anconeo. . . . . }	
	{ Abductor largo, extensor corto del pulgar. . . . . }	
	{ Extensor largo del pulgar, extensor propio del índice. . . . . }	
Región externa. . . . .	{ Supinador largo. . . . . }	} <i>Nervio radial.</i>
	{ Músculos radiales. . . . . }	
	{ Supinador corto. . . . . }	

**Mano**

Eminencia ténar. . . . .	{ Abductor corto del pulgar. . . . . }	} <i>Nervio mediano.</i>
	{ Flexor corto del pulgar. . . . . }	
	{ Oponente del pulgar. . . . . }	
	{ Adductor del pulgar. . . . . }	} <i>Nervio cubital.</i>
Eminencia hipoténar. . . . .	{ Palmar cutáneo. . . . . }	
	{ Adductor del dedo meñique. . . . . }	} <i>Nervio cubital.</i>
	{ Flexor corto y oponente. . . . . }	
Región media. . . . .	{ Interóseos (palmares y dorsales). . . . . }	} <i>Nervio cubital.</i>
	{ Dos lumbricales externos. . . . . }	
	{ Dos lumbricales internos. . . . . }	

III. — NERVIOS INTERCOSTALES

En número de doce

Músculos intercostales internos y externos.  
Infracostales y supracostales.  
Serratos menores posteriores.  
Músculos de la pared abdominal.

IV. — PLEXO LUMBO-SACRO

Formado por los cinco nervios lumbares y los cuatro primeros sacros

Músculo cuadrado de los lomos. . . . .	} <i>Ramas colaterales del plexo lumbar.</i>
Psoas é ilíaco. . . . .	
Músculos glúteos. . . . .	} <i>Filetes propios (plexo sacro).</i>
Nervios pelvitrocantéreos. . . . .	} <i>Filetes propios (plexo sacro).</i>
	} <i>Nervio obturador (plexo lumbar).</i>

**Muslo**

Región anterior. . . . .	{ Sartorio. . . . . }	} <i>Nervio crural (plexo lumbar).</i>
	{ Cuadriceps femoral. . . . . }	
Región interna. . . . .	{ Recto interno. . . . . }	} <i>Nervio obturador (plexo lumbar).</i>
	{ Adductores. . . . . }	
	{ Pectíneo. . . . . }	} <i>Nervio crural.</i>
	{ Biceps. . . . . }	
Región posterior. . . . .	{ Semitendinoso. . . . . }	} <i>Nervio ciático (plexo sacro).</i>
	{ Semimembranoso. . . . . }	

**Pierna**

Enteramente inervado por el plexo sacro.

Región anterior. . . . .	{ Tibial anterior. . . . . }	} <i>Tibial anterior (ciático popliteo externo).</i>
	{ Extensor común de los dedos del pie. . . . . }	
	{ Extensor pr. del dedo gordo. . . . . }	} <i>Nervio músculo-cutáneo (ciát. popl. ext.)</i>
	{ Peroneo anterior. . . . . }	
Región externa. . . . .	{ Peroneos laterales largo y corto. . . . . }	} <i>Nervio ciático popliteo interno.</i>
	{ Gemelos, sóleo. . . . . }	
	{ Plantar delgado, popliteo. . . . . }	} <i>Nervio ciático popliteo interno.</i>
Región posterior. . . . .	{ Flexor largo común. . . . . }	
	{ Flexor largo profundo del dedo gordo. . . . . }	
	{ Tibial posterior. . . . . }	

**Pie**

Cara dorsal. . . . .	{ Músculo pedio. . . . . }	} <i>Nervio tibial anterior.</i>
Cara plantar (todos los músculos inervados por el ciático popliteo interno).		
Músculo de la región plantar interna. . . . .	} <i>Nervio plantar interno, excepto el abductor del dedo gordo (plantar externo).</i>	
Músculo de la región plantar externa. . . . .	} <i>N. plantar externo.</i>	
Interóseos (plantares y dorsales). . . . .		
Flexor corto plantar. . . . .	} <i>N. plantar interno.</i>	
Lumbricales { dos externos. . . . . }		
	{ dos internos. . . . . }	} <i>Plantar externo.</i>



INERVACIÓN SENSITIVA

Todos los nervios raquídeos son á la vez sensitivos y motores. Sus **ramas posteriores**, de la cabeza al coxis, comunican

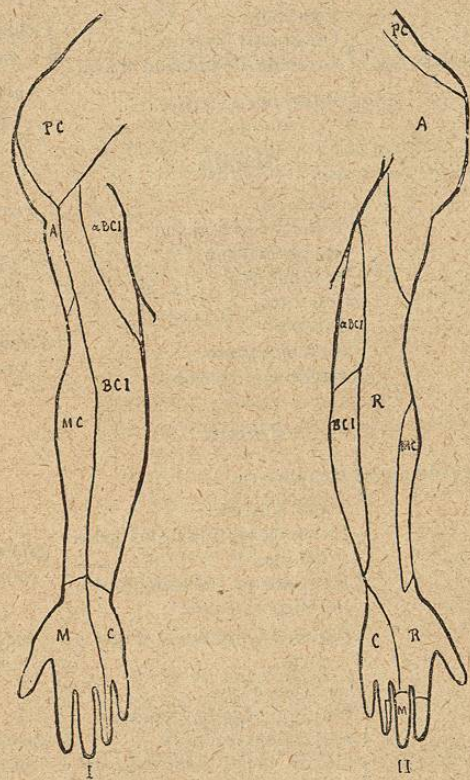


Fig. 181.—Inervación cutánea del miembro superior

I, cara anterior;—II, cara posterior;—PC, plexo cervical;—A, nervio axilar;—a BCI, accesorio del braquial cutáneo interno;—BCI, braquial cutáneo interno;—MC, músculo cutáneo;—M, mediano;—C, cubital;—R, radial.

sensibilidad á la piel de la nuca, de la espalda, de los lomos y de la región sacra.

Las **ramas anteriores** contienen las fibras sensitivas destinadas á los miembros y al tronco (parte ántero-lateral).

En el tronco, los doce nervios intercostales comunican sensibilidad á la piel de la parte ántero-lateral. Cada uno da dos ramos *perforantes*

cuyos puntos de emergencia son los sitios de elección del dolor provocado en las neuralgias intercostales.

Los ramos perforantes *laterales* tienen todos su punto de emergencia

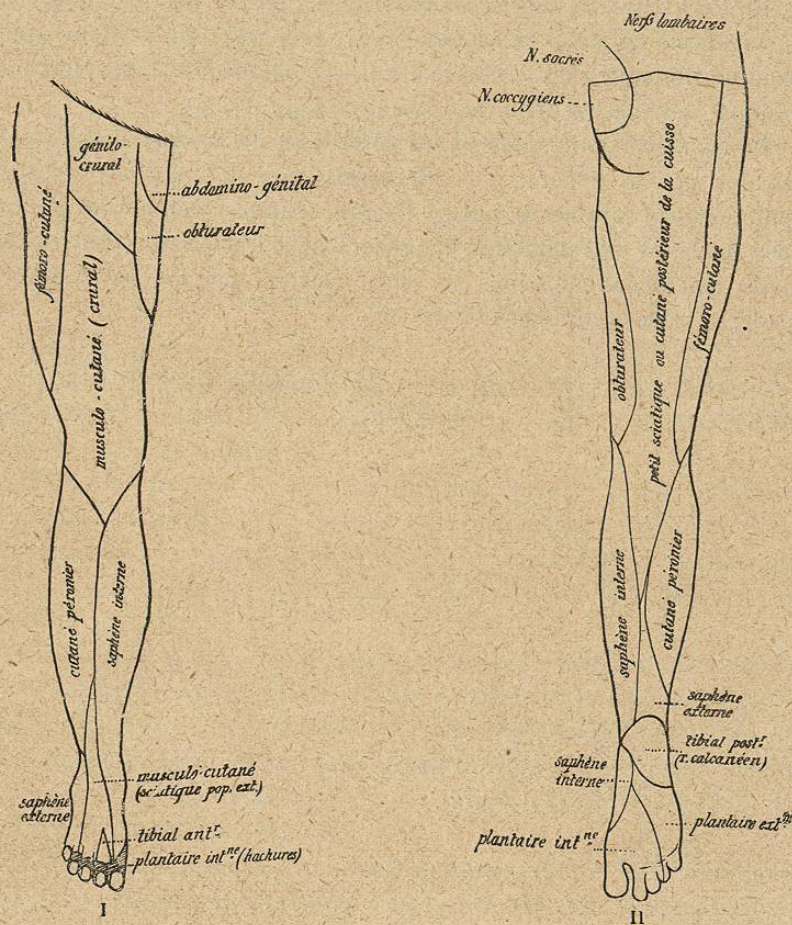


Fig. 182.—Inervación sensitiva del miembro inferior

I, cara anterior;—II, cara posterior

en la prolongación de la línea axilar anterior (el primer intercostal no da perforante lateral). El ramo perforante lateral del 12.<sup>o</sup> intercostal comunica sensibilidad á la piel de la nalga.

Los ramos perforantes *anteriores* emergen á poca distancia de la línea media, los seis primeros á lo largo del borde esternal, y los seis últimos, que inervan la pared abdominal anterior, á lo largo del borde



externo del recto mayor del abdomen. La sensibilidad cutánea de las bolsas y del pene procede del nervio pudendo interno (rama colateral del plexo sacro).

En los MIEMBROS, la sensibilidad está regida por los nervios periféricos, como está indicado en los esquemas 181 y 182. Es de notar que la anestesia, limitada á un territorio nervioso bien definido, indica una lesión profunda, destructiva del nervio (sección, compresión).

En las neuritis espontáneas, los desórdenes de la sensibilidad quedan limitados por lo general á la hipoestesia con hormigüeo y adormecimiento; ocupan raramente todo el dominio cutáneo del nervio y predominan hacia las extremidades. En general, los trastornos sensitivos subjetivos son menos marcados en estas neuritis que las parálisis ó los trastornos tróficos correspondientes.

H. LAMY.

## APÉNDICE

### DIAGNÓSTICO DE LA SIMULACIÓN

La técnica de los métodos de investigación destinados á reconocer la simulación de las enfermedades está incluida por entero en los Tratados de Patología y en este Manual.

El cuadro de esta obra, y el limitado espacio de que disponemos explicarán, sin necesidad de largos comentarios, la imposibilidad en que nos encontramos de examinar en particular, una á una, todas las enfermedades reconocidas por la nosología actual, distinta de la de ayer y que no será la de mañana.

Por otra parte, este estudio nos expondría á numerosas repeticiones, porque nos veríamos obligados á copiar servilmente la sintomatología de las enfermedades y en particular de aquellas cuya simulación es frecuente, ya porque están principalmente caracterizadas por fenómenos subjetivos, ya porque la imitación de sus síntomas objetivos sea fácil y al alcance de todas las inteligencias.

Efectivamente, confesamos desde el principio y con toda sinceridad, que la única regla que tiene algún valor para descubrir la simulación es la siguiente: *Observación concienzuda, profunda, perseverante, minuciosa del simulador y conocimientos los más precisos de la materia médica, de la patología, de la fisiología y de la anatomía.*

Se ha dicho que la simulación había desaparecido ó á lo menos disminuído en notables proporciones, sobre todo en el ejército, gracias al desarrollo de la instrucción, á la moralización de las masas, etc., y, añade Blumenstock, gracias también á nuestros procedimientos de exploración tan perfeccionados.

Pero se puede objetar que los simuladores también han progresado. Ya en 1814, Fodéré afirmaba que «el arte de simular las enfermedades se