

ma, mas rara vez al del estómago ó de otros órganos. El dolor á que da lugar difiere poco de la raquialgia del mal de Pott, pero es mas intensa, se presenta por accesos, especialmente por la noche y va acompañada de dolores en los miembros inferiores y de paraplegia (paraplegia dolorosa de los cancerosos).

Reumatismo.—El reumatismo invade algunas veces las articulaciones de las vértebras, especialmente las del cuello, caracterizándose por dolores que tienen por asiento por lo comun el nivel de las apófisis espinosas y transversas. Dificilmente se soporta la presion sobre estos puntos; los movimientos espontáneos, verificados con suavidad se producen sin gran sufrimiento; pero los comunicados son los mas penosos y dolorosos. En razon del espesor de las partes blandas que cubren las articulaciones, es raro que pueda percibirse la tumefaccion y rubicundez que se observa en el reumatismo de las articulaciones superficiales.

El tumor blanco que se observa, especialmente en la region cervical, determina dolores á veces muy intensos, exasperados por los movimientos y acompañados de tumefaccion notable, y á veces de abscesos en las inmediaciones.

Las afecciones de los músculos que mueven el ráquis no son raras; las mas comunes son las de los músculos de la region posterior del cuello (tortícolis), y las de los músculos lumbares (lumbago). El reumatismo, la impresion del frio y los esfuerzos son las causas mas comunes. El dolor es casi nulo durante la quietud, y los movimientos comunicados se toleran con facilidad; pero los espontáneos, que necesitan la contraccion de los músculos afectados, provocan dolores de extremada dureza que llegan á ser lancinantes y pueden compararse á los de algunas neuralgias. En el tortícolis, en el que con frecuencia se encuentra afectado un solo músculo, se observa inclinacion lateral de la cabeza con torsion sobre su eje. Estos diversos caractéres, unidos á la difusion del dolor en mayor extension, permiten distinguir el reumatismo muscular del articular, ocupando las mismas regiones.

Las neuralgias de los nervios raquidianos presentan, entre otros puntos dolorosos, un punto dorsal, situado precisamente al nivel de la apófisis espinosa de las vértebras (punto apofisiario, Trousseau); este foco doloroso es fácil de encontrar cuando se comprimen sucesivamente las apófisis espinosas; en el momento en que se llega al

punto neurálgico, el enfermo se endereza bruscamente para huir del dolor y á veces lanza un grito.

5.º—Raquialgia en diversas enfermedades.

La raquialgia se encuentra tambien como síntoma ó como epifenómeno en cierto número de enfermedades generales ó locales; así se observa en las neurosis, en las alteraciones de la sangre, en las fiebres y en las enfermedades de diferentes órganos.

Entre las neurosis, el **histerismo** es el que con mas frecuencia presenta la raquialgia. En esta enfermedad se encuentran con frecuencia al nivel del ráquis zonas dolorosas en forma de focos que ocupan una extension de dos ó tres vértebras, y en otras se extiende á toda la longitud de la columna vertebral, con irradiaciones laterales, siguiendo el trayecto de los nervios intercostales ó lumbares. Cuando estos focos están limitados, se observa frecuentemente, ya ocupando el nivel de las apófisis espinosas, ya en las canales vertebrales; en este último caso, los dolores existen casi siempre en el lado izquierdo, la presion los exaspera en alto grado; así que para determinar su existencia y extension, basta ejecutar presion con los dedos de arriba abajo á lo largo de las canales raquidianas, con lo que se descubren los focos cuyos puntos de eleccion son la parte inferior del dorso y los lomos. En las inmediaciones de los puntos dolorosos no es raro encontrar zonas de anestesia mas ó menos elevadas.

La **clorosis** va algunas veces acompañada de raquialgias análogas á las que hemos indicado; pero con mas frecuencia los puntos dolorosos que en las neuralgias se encuentran situados en la parte inferior del tronco, se observan en este caso ocupando los últimos espacios intercostales y van con frecuencia acompañados de gastralgias ó de alteraciones dispépsicas.

En la **viruela**, la raquialgia reemplaza la cefalalgia que se observa en otras fiebres y apenas deja nunca de observarse. Aparece desde el principio del período de invasion al mismo tiempo que la fiebre y los vómitos; dura por lo comun dos ó tres dias, esto es, hasta el momento en que la erupcion comienza á presentarse. La raquialgia de la viruela es lumbar. Se la ha considerado por mucho tiempo como localizada en los músculos; pero Trousseau ha demostrado que debia imputarse á una afeccion de la médula ó de sus cu-

biertas, y lo comprueba que en algunos casos va acompañada de accidentes de paraplegia.

Los síntomas espinales no son raros en la **fiebre tifoidea**, particularmente en los niños (Fritz, Chédevergne), y entre sus síntomas es uno de los mas frecuentes é importantes la hiperestesia espinal; se presenta por lo común al principio de la afección, coincidiendo con la cefalalgia. Puede ocupar dos sitios principales, el cuello y los huesos. M. Gubler insiste hace mucho tiempo sobre la frecuencia del dolor en la nuca acompañado de rigidez y representando una especie de torticolis que se observa en casi todos los enfermos y que es uno de los fenómenos iniciales de la afección. Estos dolores son por lo general poco intensos, y los enfermos no suelen quejarse á no ser que se les llame la atención sobre ellos. En cuanto á la raquialgia lumbar es menos constante y menos intensa, pero mas persistente que la de la viruela. El dolor parece ocupar la piel y los músculos, la presión al nivel de las vértebras lumbares se soporta con mucha dificultad. Con frecuencia esta hiperestesia no permanece limitada á la region lumbar, se extiende á los miembros inferiores que ofrecen una sensibilidad cutánea y muscular, exagerada á veces, acompañada de dolores espontáneos y aun de contractura.

Estas alteraciones dependen, segun Chédevergne, de congestiones ó de inflamaciones de la médula y de las meninges; van con frecuencia seguidas de anestesia y de debilidad mas ó menos considerable de la motilidad.

En fin, la raquialgia se presenta tambien en ciertas enfermedades de diversos órganos, de las que solo mencionaremos la úlcera simple del estómago, el aneurisma de la aorta y las enfermedades uterinas.

Los dolores de la **úlcera simple del estómago** son, como es sabido, completamente especiales (Cruveilhier), además del que existe en el epigastrio por debajo del apéndice sigóides (dolor sifoidiano) hay el que se observa al nivel del ráquis (dolor raquidiano) y que reside en el espacio comprendido entre la novena vértebra dorsal y la segunda lumbar. Este dolor es corrósivo y presenta, como el sifóideo, exacerbaciones que llegan generalmente á su mayor grado, despues de la ingestión de alimentos y bebidas.

En el **aneurisma de la aorta** se encuentran á menudo dolores raquidianos que coinciden ó no con los dolores en otras partes del tronco ó de los miembros. Estos dolores se acentúan cuando los

progresos del tumor han determinado la erosión del cuerpo de las vértebras; presentan entonces dos formas diversas: dolores lancinantes, paroxísticos y remitentes, por una parte; dolores continuos, sordos, terebrantes y limitados á un punto fijo, por otra (Law). Sin embargo, no puede considerarse esta forma de raquialgia como signo absoluto de la destrucción del cuerpo de las vértebras, puesto que la alteración de los huesos puede producirse sin dolores, y pueden á su vez determinarse dolores neurálgicos atroces sin lesión ósea (Stokes).

En cuanto á las enfermedades de los órganos génito-uritarios, y en particular de las **enfermedades uterinas**, de todas es conocida la frecuencia con que van acompañadas de dolores lumbares, constituyendo en ocasiones la principal alteración funcional y ponen en camino de un diagnóstico que otros signos se encargan de completar.

III. — DEL DOLOR SITUADO EN LAS DIFERENTES PARTES DEL CUERPO.

En algunas afecciones cerebrales se quejan los enfermos de *dolores vagos* en diferentes partes del cuerpo. Estos dolores no han recibido denominación mas precisa, á causa de la variedad de su sitio, de su extensión y carácter.

Algunas veces son verdaderas neuralgias, pero pasajeras: los enfermos sienten ráfagas de dolor en los miembros ó en el tronco; otras es una sensación de quemadura, de desgarramiento, de calambre; no siendo raro oír á los enfermos decir que sienten como si corriese agua fria debajo de la piel (entre cuero y carne, segun su vulgar expresión); en fin, esta sensación suele ser de pinchazo, pellizco, hormigueo, etc.

Estos dolores pueden ser espontáneos ó provocados por el contacto de los objetos, el movimiento, etc.

No son permanentes, siendo imposible encontrar, sea durante la vida, sea despues de la muerte, el menor rastro de lesiones anatómicas que puedan explicarlos: parecen ser, como el reflejo, la impresión transmitida á distancia por los nervios, del sufrimiento ó de la alteración material de los centros nerviosos.

Generalmente cambian de sitio con gran facilidad, lo que se comprende fácilmente, sabiendo que la lesión que le produce tiene su asiento lejos del sitio en que se manifiesta.

Este fenómeno de dolor á *distancia* en las afecciones cerebrales no se ha estudiado todavía con cuidado, de modo que solo podemos citar á continuación los casos en que le hemos visto, y en los que presentaba alguna importancia para el diagnóstico.

Hemos encontrado un caso de este género en un joven de quince años. Este enfermo se quejaba de un dolor que ocupaba la parte posterior del cuello; parecía ser muscular y situado profundamente; descendía y subía por toda la extensión del raquis, ocupando, sin embargo, de preferencia la región cervical. Se le trató como un reumatismo muscular, pero sin éxito; durante algún tiempo se fijó en los lomos, pero sin determinar la menor alteración de la sensibilidad, ni del movimiento de los miembros inferiores, de la vejiga y del recto. Volvió á aparecer en el cuello mucho más vivo y acompañado de contractura de los miembros é inclinando la cabeza hácia atrás. No tenía fiebre, pero estaba acostado todo el día sobre la espalda, la cabeza muy inclinada sobre el hombro, cerrados los ojos y dando prolongados y lastimeros gritos. Conservó largo tiempo su conocimiento, sin quejarse de dolor de cabeza; terminó por caer en el coma, muriendo después de un mes de padecimientos. Se encontró por toda lesión anatómica un derrame seroso abundante en las meninges y una dilatación enorme de los ventrículos cerebrales, ocasionada por un líquido claro como el agua. Ningún rastro de inflamación, ni de tubérculos. Nada notable en la médula.

Otro enfermo, de treinta años próximamente, que observamos en 1852, bajo la dirección de M. Bouillaud, se quejaba de un lumbago: el dolor cedió durante algún tiempo al empleo de ventosas y vejigatorios; pero volvió á presentarse extendido como una cinta en la base del torax; ningún síntoma se manifestó en los miembros inferiores. La enfermedad terminó por el rápido desarrollo de una meningitis aguda que hizo sucumbir al enfermo. La meningitis era sencilla y limitada á la cavidad del cráneo, los ventrículos estaban dilatados, la médula sana.

Puede suponerse que en estos dos casos la enfermedad comenzó por una exhalación superabundante de serosidad, verificada de un modo lento; explicando así por qué los primeros fenómenos fueron subagudos, y cómo la serosidad, acumulándose en las partes inferiores de la cavidad raquídiana, los primeros dolores se presentaron en el raquis, mientras que los centros nerviosos craneales gozaban de toda su integridad. Mas tarde, cuando las membranas de la médula se distendieron cuanto les era posible, la serosidad debió refluir al cráneo, y entonces se declararon los accidentes meníngeos, causa de la muerte.

Creemos que los observadores tendrán más de una vez la ocasión de presenciar casos de este género, y les recomendamos fijen la atención sobre los dolores espinales persistentes, que no van acom-

pañados de paraplejia, y que tienen una marcha insólita y diferente de la del lumbago y de las enfermedades de la médula.

Hemos hablado anteriormente, á propósito de la raquialgia, de los dolores periféricos que se observan en gran número de enfermedades de la médula ó de sus cubiertas. Al principio y en el período de estado de la enfermedad, sobre la que Duchenne, de Boulogne, ha sido el primero en llamar en Francia la atención y que se designa aun con el nombre de *ataxia locomotriz*, existen dolores especiales que son uno de los caracteres de la enfermedad. Los dolores llamados *fulgurantes* se han semejado por los pacientes á pinchazos ó cortaduras verificadas al nivel de las articulaciones, en las masas musculares de los miembros, en la región lumbar y más rara vez en el abdomen. Además de estos dolores se observan, para caracterizar la ataxia, desórdenes del movimiento, que constituyen el síntoma principal de la enfermedad, y de la que nos ocuparemos en otro lugar. (V. *Ataxia*).

No debemos olvidarnos de mencionar los dolores que acompañan á las convulsiones tónicas del tétanos. Todos los prácticos saben que los enfermos se quejan de apretamiento y constricción dolorosa de las mandíbulas, de los temporales y miembros. Estos dolores no son permanentes; pero se presentan en forma de ataques más ó menos separados, lo mismo que los espasmos tónicos. Hemos visto un enfermo que los sentía en la base del pecho, y, según toda probabilidad, en el diafragma. En el momento del paroxismo se presentaba una especie de inspiración convulsiva ó de hipo, pareciendo que se le constriñía la base del pecho, y detenía la respiración algunos momentos hasta que se pasaba la intensidad del dolor. El enfermo sucumbió sin presentar más que un grado muy débil de congestión raquídiana.

En la encefalitis aguda ó crónica (reblandecimiento) los enfermos sienten hormigueo en los miembros, sobre todo en las piernas; una sensación parecida á la que se sentiría si corriese agua fría debajo de la piel, fugaces dolores neurálgicos en la piel ó en la profundidad de los miembros. Cuando no pueden explicarse estos fenómenos por ninguna afección local, ni por enfermedades generales (clorosis, anemia), que los producen con frecuencia, será necesario remontrarse hasta los centros nerviosos para encontrar su explicación.

En muchas afecciones crónicas del cerebro se pueden producir dolores agudos meneando los miembros, profundamente insensibles á toda especie de excitación. «Este síntoma indica casi siempre que se verifica en los centros nerviosos un trabajo orgánico lento y profundo; así se ha observado muchas veces en los cánceres y endure-

cimientos cerebrales (1).» Hemos visto muchos casos en que los movimientos comunicados á los miembros paralizados eran dolorosos, lo cual se verifica siempre en las apoplejias sanguíneas complicadas con encefalitis.

Recordaremos, por último, la frecuencia y variedad de los dolores en las neurosis, epilepsia é histerismo. El aura de estas afecciones, cuando existe, es siempre un dolor que parte de un punto lejano de los centros nerviosos, de una herida, de una cicatriz, etc. La invasion de la rabia, del tétanos, va precedida de dolores en la herida.

En resumen, los dolores situados en las partes distantes de la cabeza y que no se explican por ninguna causa local, ni por alteracion de la sangre, ni estado caquéctico, deben referirse á alteraciones del sistema nervioso central. Estos dolores, aunque sin caracteres importantes por sí mismos, deben fijar siempre la atencion del médico.

IV.—DISMINUCION Y PÉRDIDA DE LA SENSIBILIDAD, INSENSIBILIDAD, ANESTESIA, ANALGESIA.

Las investigaciones de M. Beau (2) denotan la existencia de dos especies de sensibilidad en la piel y en las membranas mucosas próximas á las aberturas naturales: la sensibilidad del tacto y la del dolor. La primera tiene por objeto hacer apreciar el contacto ó las impresiones de órdenes diversos producidos por los cuerpos exteriores; con el auxilio de ella se conocen la resistencia, la forma, la temperatura y el estado de la superficie de los cuerpos; la segunda especie de sensibilidad tiene por objeto darnos á conocer las impresiones dañosas y dolorosas producidas por los agentes que nos rodean, transmitiéndose por su medio la picadura, el pellizco, la torsion, etc. Estas dos especies de sensibilidad son tan distintas, que pueden encontrarse aisladas. Algunos de los tejidos profundos de la economía no poseen sino la segunda; los ligamentos, por ejemplo, incapaces de sentir el contacto de los cuerpos exteriores y de apreciar sus cualidades, se dejan impresionar notablemente por las distensiones, haciéndose entonces dolorosos. La piel goza, por el contrario, de las dos propiedades sensitivas; pero en el estado morboso puede perder una de ellas ó las dos á la vez, resultando fenómenos particulares que debemos consultar como síntomas (3).

(1) S. Pinel, *Pathol. cérébrale*, 1844, p. 290.

(2) Beau, *Archives générales de médecine*, 1848.

(3) Los estudios de anatomía patológica han inducido á muchos autores á admitir la

La piel puede perder la sensibilidad al dolor sin perder la propiedad del tacto. Para asegurarse de este hecho basta tocar la piel y despues punzarla, pellizcarla, etc.; los enfermos dicen entonces que sienten que se les toca, que se les pincha ó pellizca, pero que no experimentan ninguna sensacion dolorosa. Comparamos este fenómeno al que tiene lugar en la congelacion incipiente, en la borrachera, en la accion del cloroformo, en la contusion ó compresion de los nervios (ejemplo: contusion del nervio cubital en el codo). Si se deja permanecer por algun tiempo un dedo en el hielo, se enfria, palidece y se hace momentáneamente insensible al dolor sin haber perdido por esto su facultad táctil. Antes del sueño producido por el cloroformo, se va haciendo casi insensible al dolor (estupor clorofórmico). El mismo fenómeno se presenta en la embriaguez: todo el

existencia de mas de dos especies de sensibilidad. Así, M. Brown-Sequard establece que, además de la sensibilidad del tacto y la del dolor, existe otra especial de la temperatura, otra de cosquilleo, y otra, en fin, particular de los músculos y que permite apreciar su estado de contraccion ó de relajacion, que no es otra que el *sentido muscular*, del que nos ocuparemos mas adelante en el curso de este artículo. Este sábio fisiólogo cree además en la existencia en la médula de vías distintas para la trasmision de las diversas sensaciones de contacto, dolor, temperatura, cosquilleo y sentido muscular, é indica el trayecto de estas diversas vías. Además los conductores de las cuatro primeras especies de impresiones sensitivas sufririan un entrecruzamiento en la médula espinal; al contrario de los conductores que sirven al sentido muscular, que no se entrecruzan en la médula, como tampoco los conductores de las órdenes de la voluntad á los músculos.

En apoyo de esta última proposicion, Brown-Sequard ha referido observaciones de enfermedades de la médula ocupando un solo lado de este órgano, en los cuales se observa, en un lado correspondiente á la lesion, una parálisis del movimiento, con conservacion y aun hiperestesia de las diversas sensaciones, á excepcion del sentido muscular que se encontraba abolido, mientras que en el lado opuesto á la lesion se encontraba anestesia de estas sensaciones, excepto el sentido muscular, que se conservaba.

M. Vulpian ha hecho algunas observaciones sobre la existencia de vías distintas para la transmision de diversas impresiones, no encontrándose tan dispuesto á admitir con Brown-Sequard que los conductores de la sensibilidad muscular sigan en la médula un trayecto directo, mientras que se cruzan los de las demás sensibilidades.

Como quiera que sea, la conclusion práctica de lo que antecede es que es menester no limitarnos á la investigacion de la manera de percibir los enfermos las sensaciones del contacto y del dolor, sino examinar cómo se perciben la crepitacion y la temperatura y cuál es el estado del sentido muscular. Con frecuencia se observarán algunas de estas sensaciones altera las con exclusion de las otras; si bien en el estado actual de nuestros conocimientos no sea posible fijar el valor diagnóstico de estas particularidades, es por lo menos interesante conocerlas.

Consúltese: Brown-Sequard, *Archives de physiologie*, 1865; 1868, p. 610 y 716; 1869, p. 256 y 695. — Vulpian, *Lecons sur la physiologie du systeme nerveux*. Paris, 1866, p. 577.

mundo es testigo de la indiferencia con que los borrachos reciben las heridas. Hemos practicado una vez una sutura en el Hotel-Dieu, en la piel de un beodo, que habia caido sobre una botella rota haciéndose una herida de 2 decímetros de longitud en el muslo: el herido no se apercibió de la introduccion de los alfileres en la piel, y salió del hospital inmediatamente despues de la cura. Todos estos ejemplos demuestran que la piel puede perder la sensibilidad dolorosa sin haber perdido su propiedad táctil.

No creemos que se haya observado lo contrario. Cuando la sensibilidad del tacto queda abolida, la otra se destruye igualmente; al menos no hemos observado ningun hecho contrario.

En el estado morbozo, esta doble facultad puede disminuirse ó destruirse. La pérdida de la sensibilidad ó tacto ha recibido el nombre de *parálisis de la sensibilidad ó anestesia*; la de la sensibilidad al dolor ha recibido el de *analgesia* (Beau); conservaremos esta distincion, porque además de ser muy ingeniosa, es tambien muy exacta. Las describiremos, sin embargo, simultáneamente, y haremos paralelamente su historia patológica por los muchos puntos de contacto que tienen entre sí.

La *anestesia*, propiamente dicha, ha sido conocida en todos tiempos; es mucho mas rara que la analgesia, y tiene grados diversos. Algunas veces es absoluta y de tal forma, que los enfermos no sienten absolutamente el contacto de los cuerpos. El profesor Bérard cita en su curso el ejemplo de un hombre afectado de una lesion del ramoniano del quinto par, que habia perdido completamente la sensibilidad del labio inferior, y creia siempre al beber que el vaso estaba desportillado en la parte que tocaba al labio. Otras veces la sensibilidad es solamente obtusa: cuando su asiento son los piés, los enfermos no sienten bien el suelo que pisan, creyendo andar sobre algodón ó sobre otro cuerpo elástico; con los piés desnudos no distinguen la ensambladura de un pavimento de madera. Si la parálisis se sitúa en las manos, cogen mal los objetos, los aflojan creyendo apretarlos, no distinguiendo ni su forma ni sus caracteres físicos. Si la insensibilidad ocupa el tronco, las piernas, los brazos, no se percibe sino tocando y haciendo presion en las partes en que se colocan los dedos, y comparando el grado de finura del tacto con el del lado opuesto y simétrico del cuerpo. Pero en general la mayor parte de los enfermos marcan bastante bien que están privados de esta especie de sensibilidad, mientras que no hay uno que marque espontáneamente la existencia de la analgesia propiamente dicha.

Esta especie de parálisis es extremadamente variable por su sitio, extension, fijeza, etc.

Se llama *analgesia* la insensibilidad al dolor. Los enfermos, como hemos dicho, no la notan, y por consecuencia no la acusan casi nunca espontáneamente, y la mayor parte se sorprenden cuando descubren que una extension mas ó menos limitada de su cuerpo no es impresionable al dolor.

Se comprueba la analgesia punzando con un alfiler, pellizcando ligeramente, tirando del vello; se puede tambien cauterizar la piel hasta la produccion de flictenas, sin ocasionar dolor (Henrot) (1); en las mucosas basta tocar sencillamente con los dedos, con las barbas de una pluma, etc.

La analgesia está generalmente poco extendida: nosotros la hemos visto limitada á un dedo solo, á una extension de piel que podia cubrirse con una moneda, de modo que era necesario un examen hecho con detencion y paciencia para descubrirla. Sin embargo, la disminucion de la sensibilidad se efectúa siguiendo ciertas leyes, que hacen las exploraciones menos difíciles. M. Beau ha hecho notar que la analgesia comienza de preferencia por los miembros, sobre todo en el antebrazo; que se pronuncia más en la parte posterior que en la anterior, y que hay casi siempre seguridad de encontrarla en el primer sitio cuando se manifiesta en el segundo, sin que el vice-versa sea asimismo cierto: es tambien comun encontrarla en la parte anterior del pecho y en el epigastrio; pero entonces es casi segura en el antebrazo. En algunos enfermos la analgesia es hemipléjica, y ocupa frecuentemente el lado derecho del cuerpo: M. Briquet da la proporcion de 70 á 20 (2). En fin, es rara su existencia en las mucosas sin que la piel participe de ella en una extension mas ó menos grande.

No hemos observado nunca la variedad de insensibilidad señalada por el doctor Henrot en los siguientes términos: «Si se cierran los ojos de un enfermo, se pueden colocar sus miembros en todos sentidos, sin que él advierta las direcciones que se les da; se puede tambien reforcerlos, sin que tampoco se aperciba.» Existe en estos casos raros y extraordinarios una complicacion que el autor no ha notado. En efecto, no es solo la piel la que ha perdido la facultad de sentir, sino que los músculos han perdido su propia contraccion. M. Duchenne de Boulogne ha sido el único, que sepamos, que ha estudiado en estos últimos tiempos este fenómeno singular, reconociendo en los músculos una facultad nueva que denomina *aptitud motriz independiente de la vista* (3), y se parece mucho á la que

(1) *Tesis*. Paris, 1847.

(2) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, pág. 278. Paris, 1859.

(3) *De l'électrisation localisée*, págs. 424, 4031 y 4044; 2.ª edicion. Paris, 1861.

Gerdy llamaba *sensacion de actividad muscular*, y Ch. Bell, *sentido muscular*. En virtud de esta facultad, los músculos pueden, bajo la influencia de la voluntad, ejecutar los movimientos que le son propios, y tienen por sí solos localmente, y sin el concurso de otro órgano, la sensacion del movimiento que verifican. Pero cuando han perdido lo que puede llamarse su *conciencia*, no pueden ejecutar un solo movimiento sin la intervencion de la vista. Entonces, si se hacen cerrar los ojos al enfermo, no puede ejecutar los movimientos pertenecientes á los músculos afectados, ó bien ejecuta movimientos irregulares; si los ojos están abiertos, por el contrario, el enfermo mueve los miembros, haciéndoles ejecutar los mas variados movimientos con la mayor precision. Es evidente que en estos casos se trata de una *anestesia muscular*. Estos fenómenos se han observado y estudiado con cuidado por Ch. Lasègue en las histéricas⁽¹⁾ y constituyen tambien uno de los elementos de la ataxia locomotriz. (V. *Ataxia*).

Las mucosas que se afectan principalmente son las conjuntivas, las de las fosas nasales, la de la lengua, de la vulva, de la vagina, etc.; en estos diversos sitios, la insensibilidad ocupa siempre una gran extension, y otras veces un solo punto, pudiendo ser ó muy ligera ó muy pronunciada. Se puede en algunas histéricas, por ejemplo, pasar el dedo por la superficie de uno de los ojos sin causar dolor, al paso que el otro es muy sensible; en otras, una parte de la lengua puede ser pinchada ó mordida sin dolor apreciable.

Enfermedades en las cuales se encuentra la insensibilidad. — Valor diagnóstico.

La anestesia y la analgesia pueden existir simultánea ó aisladamente. Cuando se encuentra uno ú otro fenómeno, ó ambos á la vez, se debe buscar la causa en una de las siguientes influencias: las enfermedades de la membrana en que existe la insensibilidad, una afeccion de los nervios, una neurose, una enfermedad cerebral, un envenenamiento, una afeccion del tubo digestivo.

Enfermedades de la piel.—*En la lepra tuberculosa*, elefantiasis de los griegos, la piel se hace insensible en la época de la formacion de las manchas leonadas y de las flictenas, que son en cierto modo los fenómenos de invasion del mal. Esta insensibilidad, limitada en un principio á la base de las manchas, no tarda en extenderse por

(1) Lasègue, *Archives gén. de m^d.*, 1864.

la piel sana, y reunirse con los otros puntos de anestesia; de modo que, al cabo de cierto tiempo, los enfermos tienen la piel como adormecida en una extension á veces considerable. El mismo fenómeno se presenta en los tubérculos y en todos los puntos en que está tumefacta la piel. Lo mismo se verifica en las mucosas, en los ojos, en los labios y en el interior de la boca. Bielt y M. Cazenave consideran este fenómeno como de gran valor para el diagnóstico. Hemos visto á M. Cazenave anunciar la próxima presentacion de tubérculos elefantíacos en presencia de este carácter, y su pronóstico no tardó en realizarse.

El *zona* deja como consecuencia una insensibilidad de larga duracion que va acompañada de dolores vivos y profundos.

Se observa, por último, esta anestesia á consecuencia y en el curso de muchas afecciones agudas y crónicas de la piel, tales como el *liquen*, el *pénfigo* y la *crisipela* (Andral, t. V., p. 355). En estos casos la causa es completamente local, esto es, constituida por una lesion material apreciable de la membrana, no habiendo necesidad de buscar en otra parte la causa de la insensibilidad.

Mencionarémos la *acrodinia*, sin que podamos dar detalles precisos sobre la naturaleza de la insensibilidad en esta singular afeccion. Se sabe que en esta enfermedad, que precedió algun tiempo al cólera de 1832, y que no ha reaparecido despues, los enfermos sentian en los piés y las manos dolores vivos y lancinantes, acompañados ó no de eritema, á la que seguia descamacion de la epidérmis, y una insensibilidad mas ó menos profunda y duradera.

Afecciones de los troncos nerviosos.—A consecuencia de la contusion y conmocion de los nervios, de lesiones desarrolladas en su trayecto ó en su neurilema, á consecuencia de neuritis, de neuralgias, se ve comunmente perderse la sensibilidad de la piel de un modo mas ó menos completo. Recordamos la conmocion local que sigue á las heridas ó contusiones por armas de fuego, el embotamiento que se experimenta cuando la mano choca violentamente contra un cuerpo resistente; el que sigue á los dolores neurálgicos, etc. Esta insensibilidad es local, permanente, decreciente, sin lesion apreciable de la piel, y acompañada de otros fenómenos que demuestran claramente la lesion de un tronco nervioso.

Neurosis.—*Epilepsia*. Hasta el presente no se ha hecho ninguna investigacion digna de atencion sobre el estado de la sensibilidad en los epilépticos; nosotros creemos, por mas que sea una simple