

nos marcada que en los casos precedentes y, por lo tanto, produce menos accidentes.

Los hidátiles producen con mucha frecuencia fenómenos cerebrales, pero no en razón de su naturaleza ni de su sitio, sino á consecuencia de su volúmen. Desarrollados en el centro de los hemisferios, no tardan en obrar del mismo modo que los derrames intraventriculares abundantes; su acción se extiende á los dos hemisferios, así como en los casos precedentes su actividad es parcial, hemipléjica.

Los tumores fibrosos de las meninges, por su escaso volúmen, su situación en las membranas ó en las anfractuosidades, dan por lo general muy pocos síntomas, no descubriéndolos comunmente sino en la autopsia.

Los tuberculosos, tipo de los tumores cerebrales, producen generalmente los siguientes síntomas, sea que se sitúen en la base del cerebro, sea que se coloquen en el cerebelo ó en su pedúnculo: alteraciones de la sensibilidad y de la motilidad en la mitad opuesta del cuerpo; calambres, debilidad de los músculos; alteraciones de la visión, amaurosis incompleta de un ojo, estrabismo; algunas veces parálisis facial, embotamiento gradual de la inteligencia, ataques convulsivos, epileptiformes y coréicos alternados; soñolencia, coma, alteraciones de la respiración, algunas veces cefalalgia, aunque no constantemente. Las afecciones de esta especie se terminan por un derrame rápido de sangre ó de serosidad en las meninges y los ventrículos, ó por una meningitis.

En 1852, una jóven campesina, gruesa y alta, habitualmente robusta, pero mal reglada y presentando ruido de fuelle en los vasos del cuello, entró en las salas de la Facultad, entonces al cuidado de M. Beau. Esta jóven tenia, hacia seis meses, temblor y debilidad en la mitad izquierda del cuerpo, hemiplejia facial, estrabismo externo del ojo izquierdo y caída del párpado superior; la inteligencia estaba torpe y sujeta á distracciones; la fisonomía, siempre inmóvil, demostraba la mas absoluta indiferencia; la respiración se verificaba con irregularidad, pareciendo que la enferma se olvidaba de respirar. Habia respiración prolongada en el vértice de uno de los pulmones. Se supuso una producción extraña, quizás tuberculosa, y ocupando el lado derecho de la base del cerebro. La enferma murió rápidamente á consecuencia de un derrame seroso en las meninges y los ventrículos. Habia algunas granulaciones en el vértice del pulmón, y un tubérculo crudo del tamaño de una judía en el pedúnculo cerebral derecho.

En 1845 hemos visto mi hermano y yo una hidátide solitaria del

cerebro del tamaño de una naranja, que ocupaba el centro del hemisferio izquierdo del cerebro sobre el cuerpo estriado y el tálamo óptico. El enfermo, que era matarife, y que, por consecuencia, ejercía diariamente sus fuerzas, no habia notado sino una ligera debilidad en el lado derecho del cuerpo; pero quince dias antes de su entrada en el hospital, la hemiplejia se pronunció decididamente. Tenia distracciones y pérdidas pasajeras del conocimiento; la fisonomía expresaba atontamiento, las pupilas estaban dilatadas, muy disminuida la sensibilidad; no habia fiebre; la nutrición se verificaba normalmente. El enfermo sucumbió de repente por un síncope.

Parálisis general progresiva. Parálisis de los enajenados.—Colocamos aquí, por no saber en verdad á qué grupo assimilarla, una afección en la cual la parálisis es el síntoma dominante y aun puede decirse que el único, y que no ha sido bien estudiada hasta hace algunos años; queremos hablar de la enfermedad á que se dió primero el nombre de parálisis de los enajenados, y actualmente conocida bajo el nombre de *parálisis general progresiva* (*).

Recordamos todavía la época en que esta enfermedad, desconocida de la mayor parte de los prácticos como enfermedad especial, era considerada como el efecto de un reblandecimiento del cerebro ó de una afección de la médula, pues durante largo tiempo el reblandecimiento cerebral sirvió para explicar las neurosis, los síntomas nerviosos anormales insólitos y que no podían referirse á otras lesiones mejor conocidas. Despues fué estudiada esta parálisis en los enajenados sobre todo, notando que se manifestaba generalmente en la manía crónica y en la demencia. Como no se la encuentra sino cuando la manía existe mucho tiempo, se la considera como un fenómeno consecutivo de la enajenación mental: á esto debe el haber recibido el nombre de *parálisis de los enajenados*; explicándose últimamente por la meningo-encefalitis crónica difusa que se encuentra generalmente en estas circunstancias. Pero no tardó en conocerse que ni la meningo-encefalitis, ni la enajenación mental, son necesariamente los fenómenos precursores de la parálisis general; se ve en todos los hospitales comunes, individuos que gozando de toda su inteligencia, presentan síntomas paralíticos de la misma naturaleza que los que se encuentran en los enajenados, y que cuando hay ocasion de inspeccionar los centros nerviosos, no se encuentra anatómicamente ninguna lesión especial. Debe, pues, deducirse que hay una especie particular de enfermedad que sin ser

(* Jules Falret, *De la folie paralytique*. Paris, 1853.

reblandecimiento del cerebro, ni enfermedad de la médula, ni de las meninges, ni tampoco una forma de enajenación mental, está caracterizada por una parálisis muscular general ó al menos muy extendida, á la cual se ha llamado *parálisis general*, añadiéndola el exacto epíteto de *progresiva* (Requin), para indicar su marcha. Esta enfermedad, formando una especie más, viene á reclamar su puesto en el cuadro nosológico. No es decir por esto que no tenga ninguna relación esta enfermedad con la demencia y enajenación mental: comúnmente las precede; pero como puede existir por sí sola, es evidente que debe constituir una enfermedad particular. Se sabe, sin embargo, que no tiene ninguna especie de relación con la parálisis atrófica de los músculos de que nos hemos ocupado anteriormente.

Como quiera que sea, la existencia de una parálisis general progresiva, independiente de la locura y de lesiones apreciables de los centros nerviosos, es hoy una cosa demostrada.

Está caracterizada por la pérdida gradual, insensible del movimiento en una extensión más ó menos considerable del cuerpo; no está limitada á un lado, ocupando sea los dos miembros en un solo lado, sea el superior de uno y el inferior de otro, sea la lengua, sean en fin los músculos internos involuntarios ó, por último, todos los músculos á la vez. El diafragma es el único que rara vez está invadido. Se presenta primero debilidad muscular, después temblor y, por último, una parálisis más ó menos completa. El sentimiento y la inteligencia se debilitan, y la palabra se enuncia balbuciente. Los esfínteres se relajan, pero sin que existan ataques convulsivos, ni pérdida del conocimiento, sin que tampoco se demuestren fenómenos de excitación ó de compresión de los centros nerviosos. La influencia nerviosa se debilita sencillamente y sin sacudidas, digámoslo así. Como no nos ocupamos de las afecciones mentales, no debemos hablar más minuciosamente de la parálisis general de los enajenados.

Parálisis en las neurosis.—En contra de la opinión que ha prevalecido durante mucho tiempo, se sabe, sin embargo, que las neurosis sencillas pueden dar lugar á parálisis musculares. Así es que se observan frecuentemente en la corea, el histerismo, la epilepsia, la rabia (rabia muda), el tétanos, etc.

Corea.—En muchos niños la corea empieza por una parálisis más ó menos pronunciada de una parte del cuerpo, generalmente del lado izquierdo; esto es muy difícil de diagnosticar al principio, mientras no existan fenómenos convulsivos; pero esta incertidumbre dura muy poco, porque las convulsiones aparecen en seguida. La parálisis per-

siste durante la existencia de la enfermedad, caracterizándose por la debilidad del brazo ó de la pierna en el intervalo de los ataques. Algunas veces se ve persistir una hemiplegia después de curado el enfermo de la corea, siendo muy difícil caracterizar aquella si no se tiene noticia de las convulsiones anteriores.

Epilepsia.—No existen fenómenos musculares marcados en el intervalo de las convulsiones, pero inmediatamente después de los ataques hay resolución, y algunas veces parálisis locales durante algunas horas, disipándose después rápidamente. Parálisis general progresiva como en los enajenados, cuando la enfermedad termina por la demencia.

Histerismo.—Entre el número de las enfermedades que pueden dar lugar á la parálisis, encontramos también al histerismo. Afección protéica que se presenta con el carácter sintomático de todas las afecciones cerebrales, haciendo no solo dudar al práctico, sino induciéndole á usar una terapéutica tan incierta como peligrosa.

Se ven en algunas histéricas, hemiplegia franca, paraplegia, parálisis parciales de los miembros ó de los órganos interiores que se asemejan perfectamente á las parálisis, resultados de hemorragias cerebrales, de enfermedades de la médula ó de afecciones de los grandes troncos nerviosos. Sin embargo, con un poco de cuidado puede establecerse el diagnóstico, sea por los caracteres mismos de la parálisis, sea por los síntomas concomitantes.

La hemiplegia histérica, que es, á nuestro juicio, una de las formas de la apoplejía nerviosa de los autores, empieza por lo común lentamente, acrecentándose después sin ir acompañada de pérdida del conocimiento como en la apoplejía; ocupa casi exclusivamente el lado izquierdo del cuerpo, pero nunca la cara. Al mismo tiempo hay pérdida pronunciada de la sensibilidad (anestesia y analgesia); es raro que la parálisis sea absoluta; persiste semanas, meses y aun años, terminándose de repente por el completo restablecimiento de las funciones musculares. Esto sucede en las jóvenes, sin que ninguna lesión de la inteligencia, ni de la nutrición, complique el estado nervioso y sin que la cara experimente descomposición, presentando todos los caracteres de salud. Se presentan otros síntomas histéricos; esta parálisis va precedida ó seguida de otras más localizadas.

En 1848 hemos visto, en la visita de M. Andral, una joven en la que la hemiplegia izquierda se estableció insensiblemente en medio de la salud más completa; ya enferma andaba con gran dificultad y cojeando, teniendo también imposibilitada la mano; había al mismo tiempo una anestesia general del mismo lado, puntos dolorosos en la espalda, dolores articulares; su fisonomía presentaba los caracté-

res de una completa salud. Se emplearon durante seis meses y sin resultado los mas variados tratamientos. Un dia reapareció de repente el movimiento en los miembros, pero fueron necesarias muchas semanas para que la fuerza se desarrollara por completo. Los mismos accidentes se repitieron un año despues.

Otras veces se establece la hemiplegia despues de un ataque convulsivo, en cuyo caso el diagnóstico no es difícil.

Pero si sobreviene á consecuencia de un ataque apoplejiforme, comatoso, como algunas veces sucede, habrá verdadera dificultad para distinguirla de una hemorragia cerebral. Si se ve al enfermo durante el ataque, se diferenciará fácilmente el coma de la apoplejía por la expresion de la cara. Hemos podido apreciar muchas veces la exactitud de la regla establecida por M. Rochoux y repetida por M. Besançon: en la apoplejía por hemorragia cerebral, la fisonomía expresa estupor y está mas ó menos descompuesta; en el histerismo la pérdida del conocimiento representa la imágen de un sueño pacífico; la expresion de la cara podrá ser voluptuosa ó demostrar sufrimiento, pero nunca estupor. Por último, el histerismo ofrece siempre alguna cosa de anormal, de insólito, que basta para llamar la atención⁽¹⁾.

Recordaremos, por último, que las histéricas tienen comunmente síncope que, sobreviniendo con parálisis pueden hacer creer en una apoplejía. Hemos observado en 1853, en la visita del profesor M. Piorry, una jóven en la que se presentó una hemiplegia izquierda bruscamente y con pérdida del conocimiento, segun dijo ella. Averiguados los antecedentes, se supo que la pérdida del conocimiento habia sido un síncope, y en cuanto á la parálisis, habia sido precedida por una retencion de orina (síntoma sumamente comun en las histéricas), y acompañada de analgesia casi general y de clavo histérico en el lado derecho de la cabeza.

Los detalles precedentes nos dispensan de entrar en pormenores para estudiar las parálisis locales dependientes de la misma causa (parálisis de las manos, de la laringe, de la vejiga, del recto, etc.).

Rabia.—En el segundo período de la rabia confirmada en los perros y demás animales carnívoros (rabia muda), se ha observado parálisis de los miembros posteriores ó de los músculos de las mandíbulas y de la faringe; nada hay que temer entonces de estos animales, puesto que no pueden morder; la mandíbula inferior está pendiente y sin movimiento, la boca ámpliamente abierta, saliendo la saliva babeando; la laringe está inmóvil, de modo que la voz no puede emitirse; los

(1) Besançon, Tesis, Paris, 1849.

animales están mudos, y de aquí el nombre indicado anteriormente.

Los mismos fenómenos se observan algunas veces en el hombre, en el último período de la hidrofobia.

Por último en los envenenamientos, se observan con mucha frecuencia fenómenos de parálisis.

Envenenamientos.—Hay pocos ejemplos de parálisis verdadera en las intoxicaciones agudas, esto es, rápidas: no damos este nombre al abatimiento de fuerzas que sobreviene en el empleo del opio, de la belladona y de los estupefacientes; la inmovilidad que resulta de la embriaguez, del uso del alcohol, del éter, del cloroformo, no es una parálisis; damos á este estado el nombre de resolución (véase esta palabra). Podría hacerse una excepcion para las parálisis de los músculos interiores, de la vejiga y del recto, que sobrevienen al empleo de los narcóticos poderosos y de los narcótico-ácres, como el tabaco y la digital; pero estos fenómenos no se han observado sino en los animales que han tomado considerables dosis de veneno, constituyendo entonces una *parálisis experimental*: no creemos que en el hombre se haya observado nada semejante; tampoco comprenderemos entre las parálisis las alteraciones de la vista, del oído y de la sensibilidad que se observan en los envenenamientos por la belladona, el datura y otras plantas análogas.

Los envenenamientos lentos, tales como los determinados por las preparaciones de mercurio, de plomo, de arsénico á pequeñas dosis, pero frecuentemente repetidas, de sulfuro de carbono, etc., producen verdaderas parálisis. Desgraciadamente no señalan los autores en qué parte del cuerpo se localizan las parálisis arsenicales, mercuriales y otras, ni por qué caracteres se las puede reconocer, no conociéndose bien sino las parálisis saturninas; por lo cual nos vemos obligados á limitarnos á describir principalmente esta especie. Sin embargo, recomendamos á los prácticos que no pierdan de vista que la parálisis puede resultar de otros muchos géneros de envenenamiento.

La *parálisis saturnina* afecta de preferencia los músculos de las manos, del antebrazo y del brazo: recordaremos, para hacer un útil enlace, que se ha considerado al cólico saturnino y al estreñimiento que la acompaña, como un efecto de la parálisis del intestino. (Véase el artículo *Dolores del abdomen*, opinion contradictoria de M. Briquet).

En la mayoría de los casos, los músculos extensores de los dedos son los primitivamente afectados, y casi siempre suelen serlo ambas manos á la vez, pero nunca en el mismo grado. La actitud de las manos es característica: cuando no están apoyadas, y al hacer dirigir

el brazo adelante, caen aquellas en el sentido de la flexion y de la pronacion, en la posicion que afectan habitualmente las de los monos. Cuando el enfermo quiere enderezar los dedos y las manos, lo verifica colocando el antebrazo en supinacion, los pulgares se extienden entonces, pero por su propio peso. La flexion se conserva, pero con debilidad. Casi siempre hay cierto grado de analgesia. No hay en los primeros tiempos ninguna lesion apreciable en los músculos.

Duchenne (de Boulogne), en sus investigaciones sobre la *faradizacion* de los músculos, ha demostrado un hecho muy notable: este es la pérdida de la irritabilidad galvánica de los músculos paralizados; en la mayoría de las demás especies de parálisis, y sobre todo en las parálisis cerebrales, la irritabilidad persiste; disminuye y aun desaparece en la mayor parte de las parálisis por causa local (afecciones de los nervios y de los mismos músculos); resultando de aquí que esta parálisis indica una lesion primitiva de los músculos sin participacion cerebral, circunstancia que concuerda perfectamente con la que se conoce de la integridad de los centros nerviosos en el gran número de enfermos afectados de parálisis saturnina. Un hecho no menos curioso aun de las investigaciones de Duchenne es, que la irritabilidad galvánica se pierde algunas veces antes del movimiento voluntario; de modo que antes del establecimiento de la parálisis se puede saber qué músculos serán atacados mas tarde. Estas investigaciones han demostrado, que no son solamente los extensores de los dedos los afectados de parálisis saturnina, sino que esta afeccion se extiende, aunque en menor grado, á los flexores, á los interóseos, á los lumbricales y aun á los músculos del brazo y al deltóides mismo. Por último, se ha demostrado la pérdida de la irritabilidad galvánica en algunos músculos de las piernas, circunstancia que explica la debilidad de estos miembros en algunos enfermos que no presentan parálisis sensible. Duchenne, que ha encontrado esta pérdida de la irritabilidad galvánica en la parálisis saturnina principalmente, quiere hacer deducir de ella un carácter de esta afeccion, considerándola como de diversa naturaleza de las que conservan esta irritabilidad; así, una parálisis de los extensores de las manos con irritabilidad persistente, no es una parálisis saturnina, es una parálisis del nervio radial á *frigore*. Indica ademas un segundo carácter que permite distinguir ambas parálisis: en la parálisis saturnina de los extensores, los músculos supinadores permanecen ilesos, mientras que en la parálisis del nervio radial á *frigore* estos músculos están necesariamente atacados ⁽¹⁾.

(1) Vease Duchenne (de Boulogne) *Electrisation localisée*. 5ª. ed. Paris 1872 p. 704.

Quando la parálisis saturnina es antigua, se produce un enflaquecimiento notable de los músculos y aun una atrofia verdadera.

Se observan parálisis de la misma forma y en el mismo sitio, en los cólicos de Poitou, de Devonshire, de las Antillas⁽¹⁾, nervioso, vegetal, endémico; en los cólicos llamados de cobre y de zinc. Nosotros no vemos hasta ahora, en todas estas enfermedades, sino formas *larvadas* del cólico de plomo. Creemos que estos son casos mal observados que han dado lugar á separar de la intoxicacion saturnina un gran numero de afecciones que se parecen, sin embargo, por sus caracteres principales.

En 1832 hemos visto, en la visita de M. Andral, un hombre que se suponía afectado de un *cólico de las Antillas*. Este sujeto habia residido seis meses antes en un buque de guerra surto en el golfo de Méjico. Un dia, cincuenta hombres de la tripulacion se vieron atacados de síntomas de envenenamiento, de violentos cólicos y de vómitos biliosos abundantes; ninguno tuvo diarrea; no murió ninguno; el hombre de que nos ocupamos estuvo enfermo seis semanas ó un mes, como todos los demás; pero no se restableció bien; siéndole necesario volver á Francia, donde llevaba una vida de desgracia y de miseria hasta su entrada en el hospital. Aseguro que en la época de la intoxicacion se pensó en un cólico de plomo; pero no se encontró medio de explicarle, ni por la naturaleza de los alimentos, ni de las bebidas, ni por ninguna otra influencia, admitiéndose entonces la existencia de un cólico seco de las Antillas. — Cuando vimos á este

(1) Entre los cólicos citados, y que llevan la denominacion de las localidades en que se ha observado endémicamente, figura el llamado cólico de Madrid, célebre, tanto por el alarmante número de atacados que ha producido en anteriores ocasiones, como por las notabilidades médicas de nuestro pais que se han ocupado de él. Como en esta obra no se trata sino de diagnóstico y etiología, solo consignaremos las opiniones principales y casi idénticas que sobre esta última se han consignado.

El doctor Escobar, en su *Medicina patria*, y el doctor Piquer lo atribuyen al abuso de las bebidas frias ó heladas y las horchatas. El doctor Torralba le refiere al peltre de que se hacen las garrafas para helar y enfriar el agua y las bebidas, que se compone de una mezcla de estaño y plomo. El doctor Ruiz de Luzuriaga lo hace depender de estas causas, del falso estañado, hecho con mezcla de plomo, con que se suele cubrir la superficie interna de las vasijas de cobre, á los tubos de plomo para la conduccion del agua y al imperfecto viñariado de las vasijas de barro. En cuanto á sus síntomas, son los mismos que se marcan en los cólicos llamados de Poitou y de Devonshire y que tienen los caracteres dominantes del cólico saturnino. Resultando, que así los autores españoles como el señor Racle, están conformes en no atribuir á constituciones médicas, ni atmosféricas, sino á una intoxicacion plúmbica, la produccion de los cólicos citados y el cólico de Madrid.

Para mas pormenores sobre este último, puede leerse la monografía que, con el titulo de *Tratado sobre el cólico de Madrid*, publicó el doctor don Ignacio María Ruiz de Luzuriaga, en 1797.

(N. del T.).

enfermo, tenía una parálisis de los extensores de las manos, atrofia de la mayor parte de los músculos del antebrazo y de las manos, analgesia, amaurosis y una marcada apariencia caquética. Sabemos que la semejanza de estos síntomas con los de la intoxicación saturnina no nos permite creer en un cólico producido por las causas que se asignan al cólico de las Antillas, esto es, á una especie de vientos particular. Nosotros no vemos en estos casos sino cólicos de plomo, en los que no se ha podido encontrar la causa.

Esta opinión sobre el origen saturnino del cólico seco de las Antillas ha sido refutada enérgicamente por M. Fonssagrives (1); se ha sostenido con talento y gran lujo de pruebas y de documentos de toda especie por Amadeo Lefevre, director del puerto de Brest (2). Dutroulau se ha adherido á la opinión de Lefevre. Parece incontestable que el cólico seco, cualquiera que sea el nombre que se le asigne, depende de una intoxicación saturnina, y que muchos observadores, sobre todo en memorias de época antigua, han agrupado con el nombre de cólicos secos muchas enfermedades de análoga sintomatología, tales como los cólicos nefríticos, hepáticos, etc. Duchenne (de Boulogne) se une también á la opinión de Lefevre. «Nada se parece tanto, dice este autor, á la parálisis saturnina, como la parálisis llamada vegetal, en cuanto á los fenómenos electropatológicos que se observan en ciertos músculos de la región posterior del antebrazo (3).» Además, el mismo observador ha comprobado, en las encías, la lista azul apizarrada que se encuentra en la intoxicación saturnina.

Las interesantes observaciones de M. Delpéch (4) establecen que las parálisis pueden producirse por la inhalación del vapor del *sulfuro de carbono*. Los accidentes de esta especie de intoxicación son los siguientes: alteraciones de la digestión, atontamiento, pérdida de la memoria, extrema movilidad, cefalalgia, vértigos, alteraciones de la vista y del oído; impotencia genital en el hombre, anafrodisia en la mujer; verdaderas parálisis, sobre todo del movimiento, un poco de azúcar en las orinas (?).

En los últimos años ha llamado la atención de los médicos una

(1) Memoria para servir de historia al cólico nervioso endémico. *Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, t. XXI.—*Traité d'hygiène navale*. Paris, 1836, p. 398.

(2) Lefevre (de Brest), *Recherches sur les causes de la colique sèche*. Paris, 1859. *Arch. de médecine navale*, 1864.

(3) *De l'électrisation localisée*, 2.ª edición. Paris, 1861.

(4) Memoria sobre los accidentes que determina la inhalación del sulfuro de carbono en vapor. Leída en la Academia de Medicina. Enero, 1836.—Y nuevas investigaciones sobre la intoxicación especial que determina el sulfuro de carbono. Paris, 1865.

especie de parálisis que sigue á la intoxicación diftérica. M. Maignault (1) ha tenido el mérito de vulgarizar el conocimiento de este importante hecho. No podemos exponer aquí la parte histórica muy interesante de esta cuestión, pudiéndola encontrar en otras obras.

Algunas semanas ó algunos meses después de que la angina pseudo-membranosa se ha curado, se quejan los convalecientes de una sensación de *debilidad general*; se nota después *gangueo* de la voz, *reflujo* de los alimentos y de las bebidas por las fosas nasales; más tarde se *altera la vista*, y la debilidad extrema de las piernas y de los brazos completan este cuadro de parálisis. Diversas alteraciones de la sensibilidad acompañan á este estado que, si algunas veces puede curarse después de largos sufrimientos, en otros casos conduce á la muerte.

Estas parálisis diftéricas solo son, como lo ha establecido Gubler (2), un caso particular de un grupo de parálisis consecutivas á las enfermedades agudas: se han observado, en efecto, parálisis más ó menos extensas á consecuencia del cólera, de la fiebre tifoidea, de las fiebres eruptivas, y aun de algunas flegmasias francas. Circunscritas por lo común á un corto número de órganos pueden extenderse y aun generalizarse, pero su distribución no parece depender por lo común de una lesión localizada en los centros nerviosos. Su pronóstico no es por lo común grave, y por lo general desaparecen cuando el organismo repara los desórdenes causados por la enfermedad. Gubler ha atribuido estas parálisis á la debilidad de la economía y las considera como de origen periférico y las da el nombre de *parálisis anémicas difusas*.

En definitiva, la parálisis muscular reconoce por causa afecciones de los *músculos*, de los *nervios*, *afecciones cerebrales* y *medulares diversas*, *neurosis*, *diversas especies de intoxicación*; por último, *parálisis esenciales*.

VIII.—DE LA RESOLUCION.

Hemos separado de la parálisis un fenómeno que se ha confundido con ella, y que es, sin embargo, muy distinto: queremos hablar de la resolución. A la confusión que se ha dejado subsistir entre estos dos síntomas, se debe que haya reinado tanta vaguedad y oscuridad en muchas descripciones de afecciones cerebrales, debidas á los autores antiguos. Sin embargo, aunque en nuestros días se hace esta distinción en la práctica, su separación no se ha hecho

(1) Memoria sobre las parálisis diftéricas. *Arch. gén. de méd.* Octubre, 1859.

(2) Gubler, *Arch. gén. de méd.*, 1860, 1861.

todavía clásica, y somos de los primeros en hacer de este síntoma un estudio aislado.

Entendemos por el nombre de resolucion, el estado de un enfermo en el que sobreviene, á consecuencia de una afeccion cerebral, un relajamiento completo del sistema muscular, sin parálisis real ó mas pronunciada en una parte que en otra.

La resolucion acompaña generalmente á la parálisis; pero desaparece á menudo durante la existencia de aquella, viéndosela otras veces sobrevenir aisladamente.

Para comprender mejor el estado de las funciones musculares en la resolucion, es menester recordar los investigaciones de M. Serres, y los casos de compresion del cerebro por derrames, supuraciones y hemorragias traumáticas.

Si se pone al descubierto el cerebro de un animal y se le comprime, sea sobre una extensa superficie, sea sobre un punto circunscrito, cualquiera que sea el grado de la compresion, no se producirán parálisis localizadas; solo se determinará la pérdida del conocimiento y la desaparicion mas ó menos completa de las fuerzas musculares; el animal se caerá, pero todos sus miembros podrán continuar moviéndose; si se les excita ó se les pincha, se retirarán dando gritos, expresando su sufrimiento, sin que ninguna parte esté totalmente desprovista de movimiento. Cuando cesa la compresion, los movimientos se recuperan por completó en todo el cuerpo, sin dejar rastro de parálisis. A este estado en el que la disminucion de las fuerzas quita al enfermo la facultad de sostenerse y moverse, en el que todos los músculos son atacados casi en un grado igual, y en el que, por último, hay una pérdida mas ó menos completa de la inteligencia, es al que damos el nombre de resolucion.

Por el contrario, si se desgarrá ó dislacera una porcion del cerebro, sobre todo hácia la base, se produce súbitamente la parálisis de alguna parte del cuerpo: esta pérdida del movimiento es permanente; no se le puede hacer desaparecer á voluntad, siendo necesario un tiempo mas ó menos largo para que se vuelva al estado normal, no recuperándole algunas veces por completo.

En los casos de herida, de laceracion de la pulpa nerviosa, se intercepta ó detiene absolutamente, y por un tiempo siempre largo, el influjo nervioso destinado á algunos músculos. En los casos de compresion se produce solamente una interrupcion incompleta de la circulacion de este influjo. Esta interrupcion de la inervacion se extiende á todos los músculos, y va acompañada de más ó menos pérdida del conocimiento: cuando la causa deja de obrar, el movimiento reaparece sin alteracion notable.

La resolucion y la parálisis son dos fenómenos muy diferentes, pero que se los puede confundir á primera vista.

Caractéres.—La resolucion puede sobrevenir súbita ó lentamente, pero se presenta con iguales caractéres en ambos casos. El enfermo pierde el conocimiento y cae en la soñolencia ó en el coma; deja de tenerse en pié, estando todo el cuerpo en un estado de relajacion; la cara está inmóvil, sin expresion, presentando los caractéres del estupor; los miembros están flexibles y como abandonados sobre la cama; si se les levanta y se les sueltan, caen pesadamente sobre ella, solamente ejecutan algunas veces movimientos automáticos. Si se les pincha, la fisonomía expresa dolor, y la parte irritable se retira; ninguna parte está privada de la posibilidad de hacer movimientos cuando se la excita. En los casos de resolucion la sensibilidad está algunas veces muy embotada, siendo necesario obrar con energía sobre los tegumentos para producir movimientos, aunque no siempre se obtienen. Los esfínteres se relajan, y hay evacuaciones involuntarias. Los párpados se cierran, las pupilas están dilatadas, desiguales é inmóviles, y los ojos casi insensibles á la luz. Hay grados diversos de este estado. Se observa ronquido y estertor en los casos mas pronunciados y parálisis de la faringe y del esófago. El diafragma y las paredes del torax continúan moviéndose.

La resolucion se aumenta ó disminuye segun los casos: disminuye al volver la inteligencia, pero persiste algunas veces despues del restablecimiento de las funciones intelectuales, pero solamente en débil grado, constituyendo mas bien debilidad y torpeza muscular, que una resolucion verdadera.

Los individuos atacados de resolucion presentan algunas veces contractura y convulsiones pasajeras. Ya hemos dicho que acompaña frecuentemente á la parálisis: cuando un sujeto es atacado de una apoplejía, cae sin conocimiento, ni movimiento; todos los músculos están flácidos y relajados, habiendo una resolucion general; pero al cabo de algun tiempo la inteligencia se recupera, adquiriendo el movimiento una parte del cuerpo, pero quedando la otra paralizada.

La resolucion puede confundirse con la adinamia, teniendo estas dos afecciones los mismos síntomas: la relajacion incompleta de los músculos en toda la extension del cuerpo es en realidad, en estos dos estados, de la misma naturaleza; ambos reconocen por causa una disminucion de la potencia nerviosa, distinguiéndose, sin embargo, en su primitivo punto de partida. La resolucion tiene por origen una afeccion de los centros nerviosos, evidente y fácil de demostrar anatómicamente. La adinamia es el resultado del empobre-