

culares se reviste de las mas variadas apariencias. Una de las que mas llama la atencion de los observadores es la convulsiva, habiéndola fijado tan exclusivamente, que ha terminado por hacer de la palabra *histerismo* la expresion de las convulsiones ó ataques de nervios. En cierta época era dispensable esta confusion, pero hoy es imperdonable. Una mujer puede ser decididamente histérica sin tener convulsiones, de modo que si se espera el desarrollo de estas para plantear el diagnóstico, se desconocerá por largo tiempo la naturaleza de la enfermedad que se trata. La forma convulsiva es mas frecuente que la comatosa, paralítica, etc.; pero es mas rara que la forma que llamamos *comun*, y en la que se observan claramente alteraciones de sensibilidad, espasmos, síncope, dolores, etc., etc. Sin embargo, cuando se encuentran convulsiones con los caracteres que hemos descrito, se puede estar seguro de que se trata de un verdadero *histerismo*. Estas noticias preliminares tienen por objeto establecer, que si es fácil hacer el diagnóstico del *histerismo* cuando existen las convulsiones, no es necesario renunciar á él cuando faltan.

Los primeros ataques histéricos son provocados casi siempre por una influencia moral, una contrariedad, un disgusto, el terror; pero los siguientes se presentan comunmente sin motivo conocido.

El ataque histérico se anuncia generalmente por prodromos mas ó menos lejanos y variables; algunas veces es una cefalalgia, un acceso de risa, de llanto, de suspiros, una sensacion penosa, desagradable; algunas veces un dolor, sea en un miembro, ó en cualquier punto del cuerpo, una afeccion visceral, como un cólico, declarándose despues el ataque. El enfermo cae sin conocimiento, unas veces gritando, otras sin decir nada; el tronco se dobla y endereza, los brazos se retuercen, una agitacion general se apodera del cuerpo, los miembros se dirigen alternativamente en todos sentidos. Los movimientos del tronco se hacen algunas veces por saltos que lanzan á los enfermos fuera de la cama, si no se les sujeta, á lo que ponen gran resistencia, siendo difícil dominarlos. Algunas veces dan lastimeros gritos como si sufriesen, expresándolo tambien la fisonomía. Generalmente no se detiene la respiracion durante el ataque histérico; la cara se enciende, pero sin ponerse morada, estando convulsa raras veces. Sobreviene de tiempo en tiempo un espacio de calma, pasado el cual los movimientos vuelven á comenzar irregulares y desordenados; por último, el acceso se calma poco á poco, recuperándose gradualmente la inteligencia. Algunas respiraciones profundas, abundantes lágrimas, una emision de orina clara é incolora como agua, eructos de considerable cantidad de gases inodoros,

ponen término á la escena. La cara queda encendida, la cabeza pesada y dolorosa, pero la inteligencia íntegra. Los enfermos quedan rendidos y con propension al sueño, y experimentan un cansancio que dura uno ó dos dias.

Como se ve, el ataque de la convulsion histérica está caracterizado por los movimientos clónicos; no se detiene la respiracion, hay descansos en las convulsiones y se recupera la inteligencia despues del acceso. Estos caracteres la diferencian de la epilepsia verdadera.

Hay variedades tan numerosas en el ataque histérico, que es imposible describirlas todas. Unas veces la pérdida del conocimiento no es completa, y durante el ataque los enfermos se quejan y hablan con mas ó menos precision; refieren la sensacion de una sofocacion extrema, peso, tension, un cuerpo extraño en el abdomen, en el epigastrio ó en la garganta, y se llevan las manos á estos puntos como para separar la causa del dolor; en otras ocasiones parece que es la cabeza el punto de partida del mal. Las convulsiones suelen limitarse á los globos oculares, quedando el resto del cuerpo en la relajacion del síncope; siendo en otros casos solamente los brazos los agitados. Algunas mujeres presentan movimientos en el tronco, la pelvis y las piernas, que hacen dar á esta especie de ataque el nombre de espasmo cínico por razones que se comprenderán con facilidad.

La duracion de estos ataques es muy variable; algunos no duran sino medio minuto, otros tres, cuatro, cinco ó diez minutos; se pueden prolongar mas de este tiempo, pero con intervalos sucesivos. Por último, algunos enfermos presentan muchos ataques en el mismo dia, separados por intervalos de reposo y la vuelta de la inteligencia.

Despues de los ataques se ve en ocasiones caer los enfermos en un coma que dura mas ó menos tiempo, y que puede simular la apoplejía (véase *Coma*), conservando otros una parálisis mas ó menos extensa.

*Epilepsia*.—Repetimos acerca de la epilepsia lo que hemos dicho del *histerismo*. Los ataques epilépticos no son sino un accidente, un sintoma de la epilepsia, sin constituir por sí solos la enfermedad principal. Existe una enfermedad epiléptica, un *mal epiléptico*, que tiene otros síntomas que las convulsiones y que se han referido equivocadamente hasta el presente á las mismas convulsiones.

Como quiera que sea, las convulsiones epilépticas se manifiestan bajo dos formas diferentes que se han llamado el *grande* y el *pequeño acceso*: el grande es el ataque epiléptico ordinario; el pequeño, que es la forma mas rara, se ha llamado tambien vértigo ó síncope epiléptico.

Beau establece la existencia de prodromos en los epilépticos, que divide en próximos y lejanos. Los próximos son los que preceden al ataque algunos instantes; los lejanos son los que se adelantan algunas horas y aun días al ataque. Algunos enfermos no tienen sino una especie de prodromos, presentando otros las dos. Entre los síntomas lejanos se señalan la cefalalgia, las alteraciones de la inteligencia, la inaptitud para el trabajo, la tristeza; algunos enfermos se sienten molestos y quebrantados muchos días antes del ataque. Cuando este está muy próximo, los enfermos experimentan alguna vez una sensación anormal en un punto cualquiera del cuerpo, dolor de cabeza, desvanecimiento, zumbido de oídos, sensación de olores desagradables; otras veces un dolor que, partiendo de un punto lejano de la cabeza, asciende rápidamente, y al llegar al cráneo, sobreviene el ataque súbitamente (*aura epileptica*). J. Copland ha distinguido en la convulsión epiléptica tres períodos distintos, que son en efecto muy manifiestos: período tetánico, clónico y de estertor, de adormecimiento ó de colapso. Beau admite un cuarto período más, que comprende el retorno del sentimiento y de la inteligencia.

La invasión del ataque es rápido generalmente, y algunas veces fulminante. El enfermo, sorprendido, da un grito y cae privado de la inteligencia, del sentimiento y del movimiento. Hay rigidez general con inmovilidad; se suspende la respiración, la cabeza se inclina hácia atrás, la cara inmóvil, los párpados caídos, los ojos vueltos arriba y adentro, y las mandíbulas apretadas. La cara se pone tumefacta y violada, las venas del cuello se hinchan, los latidos del corazón se hacen enérgicos y tumultuosos, el pulso es grande, lleno y duro, pero siempre difícil de sentir por la tensión de los tendones de la muñeca. La piel y los órganos de los sentidos están insensibles á todos los excitantes. Evacuaciones involuntarias. Este período es muy corto, no durando casi nunca un minuto entero. Según Beau, su duración varía entre cinco y treinta segundos. Por cuya razón se ha escapado hasta el presente á la investigación de la mayor parte de los autores que no han descrito bien sino el período siguiente.

Sobrevienen en seguida movimientos convulsivos, clónicos, parciales, ligeros y escasos al principio, pero que bien pronto se hacen extensos, mas fuertes y continuos. Suele ser á veces una convulsión que pasa por la cara como un relámpago, repitiéndose estos movimientos, que consisten en horribles muecas, con elevación y depresión alternativa de los músculos de las mejillas, de los labios y de la nariz, y que se suceden con una pasmosa rapidez. El tronco y los brazos se mueven y agitan en todos sentidos. Se restablece la respiración, pero con lentitud; después se ve salir entre los labios una

saliva espumosa, algunas veces sanguinolenta que se derrama por el cuello y el pecho; los enfermos ruedan en todos sentidos y se lastiman y hieren en la cabeza ú otras partes, dando algunas veces gritos roncós é inarticulados. Este período dura uno ó dos minutos.

Poco á poco se calman los movimientos, los músculos se relajan y el reposo se adquiere después de algunas convulsiones pasajeras. La respiración se restablece completamente, pero quedando sonora y estertorosa; la inteligencia no se recupera, quedando los enfermos en el coma y el sopor durante un tiempo variable. Se calman los movimientos del corazón, las venas se desingurgitan, la cara palidece, tomando una expresión de estupor. Dura este período de tres á ocho minutos.

Por último, reaparece la inteligencia, los enfermos quedan como atontados, estúpidos; mas tarde como avergonzados de lo que acaba de sucederles. Cefalalgia, atolondramiento de cabeza, imposibilidad de trabajar. Se encuentran entonces contusiones, mordeduras de la lengua y de la mucosa bucal. El carácter queda durante algunas horas ó aun días sombrío é irritable.

Como se ve, un ataque epiléptico está constituido no solamente por contracciones tónicas, como generalmente se dice, sino por una sucesión de convulsiones tónicas y clónicas, teniendo períodos distintos que se suceden con regularidad; no hay *reposos* como en el histerismo; circunstancia que Beau caracteriza diciendo que los ataques son *simples*. La respiración se suspende primero, haciéndose luego estertorosa. La fisonomía está siempre profundamente alterada (Calmel considera como patognomónica la expresión de la cara); la inteligencia no se recupera sino después del ataque.

La duración del ataque es, por término medio, de quince minutos, comprendiendo el período del coma; pero haciendo abstracción de este período, que es muy variable, la duración de las convulsiones es siempre corta, de algunos segundos ó minutos solamente. Es cierto que se ven accesos mas largos, pero es que están compuestos de varios ataques distintos y sucesivos. Hay epilépticos que tienen diez, quince ó veinte ataques al día, y en algunos los ataques son subintrantes, es decir, que un ataque comienza cuando termina el anterior.

La epilepsia presenta un gran número de variedades que sería imposible describir aquí. Hay algunas en que la inteligencia no está completamente abolida; otras en que la convulsión es pasajera y apenas marcada, aunque tenga lugar la pérdida de conocimiento; por lo cual pueden confundirse estos ataques mal caracterizados con los del histerismo. M. Beau propone establecer el diagnóstico por

los caracteres de las convulsiones y la marcha de la enfermedad. Citarémos algunas de las importantes distinciones consignadas en la memoria de este autor:

1.º Casi todos los ataques epilépticos empiezan de pronto sin ser anunciados por síntomas próximos, mientras que los ataques histéricos no se presentan nunca ó casi nunca sin prodromos distantes; 2.º los ataques epilépticos son generalmente sencillos, los histéricos compuestos; 3.º los epilépticos se presentan en igual proporción de día que de noche, al paso que los histéricos no aparecen casi nunca sino de día; 4.º la epilepsia es comunmente congénita. El histerismo no aparece apenas sino desde diez á veinte años.

Estas diferencias son en verdad muy importantes; pero creemos que deben tenerse en cuenta otros síntomas que presentan los enfermos en el intervalo de los ataques. Poco fruto se sacará de todas las antecedentes descripciones, si no se incluyen en el estudio de los síntomas, además de las convulsiones, otros importantes caracteres diferenciales. Supongamos que hay dificultad, en presencia de un ataque convulsivo presentado por una mujer, para referirle al histerismo ó á la epilepsia; será necesario investigar si, despues del ataque, presenta la enferma otros síntomas histéricos habituales, lo que aclarará suficientemente la cuestion. Si la enferma tiene un carácter irritable, impresionable; si presenta dolores vagos, tumefaccion epigástrica, clavo histérico; si es analgésica, presentando al mismo tiempo puntos de hiperestesia, no será difícil conocer que la enferma es histérica, siéndolo á su vez el ataque. En vista de estos casos, es cuando hacemos notar que las convulsiones no son sino los síntomas del histerismo, no constituyendo por sí solos la enfermedad.

Se observan algunos casos que parecen destinados á hacer inútiles las diferencias precedentes. Algunos individuos presentan ataques que son una perfecta mezcla histérico-epiléptica, siendo en otros alternativos los ataques de epilepsia y de histerismo perfectamente marcados.

En este último caso no es posible reconocer que los enfermos tienen realmente una ú otra afeccion. En el caso anterior se califica el ataque de histérico-epiléptico; pero creemos que entonces se trata más de una epilepsia anormal que de cualquier otra cosa, para lo cual nos fundamos en las alteraciones presentadas en la inteligencia y que se refieren más á la verdadera epilepsia; pueden en efecto debilitar las fuerzas y aun hacer morir al enfermo; pero la epilepsia por sí sola va seguida de manía ó de debilidad gradual de la inteligencia, que conduce hasta la demencia.

Si el ataque ha sobrevenido durante la noche y sin festigos, se puede hacer al dia siguiente el diagnóstico retrospectivo, reconociendo: que hay mordeduras en la lengua, que el enfermo ha tenido evacuaciones involuntarias, la existencia de pequeños equímosis en la cara y en la frente, resultado de la violenta congestion cefálica que se verifica durante el ataque.

En el *vértigo epiléptico* se encuentran los siguientes síntomas, que han sido bien reasumidos por Beau: «Al tiempo de sentarse el individuo cae ó se desploma, la cara se pone pálida, inmóvil, los ojos fijos y huraños, ó bien presenta algunos ligeros temblores de los miembros superiores ó de la cara; queda así algun tiempo, se anima poco á poco, se levanta con un aire atontado, mira á su alrededor, quiere desnudarse, pronuncia algunas palabras mal articuladas, y procura desasirse de las personas que la sujetan. Si se le deja andar, se pasea con incertidumbre y con un paso algo coréico, y tropieza á menudo con lo que encuentra al paso. El delirio de que acabo de hablar es siempre sombrío y aun furioso. No he observado risas ni lloros sino en cinco casos. Si analizamos los fenómenos que constituyen la forma del vértigo que hemos descrito, vemos que se reduce á una pérdida completa ó incompleta de la inteligencia y del movimiento, á una perversion de la voluntad y á un delirio que se parece bastante al estado nervioso observado en algunas fiebres con el nombre de carfologia.»

Entre las formas de vértigo mas ó menos comunes, hay dos que vamos á indicar.

*Catalepsia*.—La catalepsia, que no debe confundirse con la ataxia, presenta convulsiones tambien. Los enfermos pierden el conocimiento y caen en un estado tetánico mas ó menos pronunciado; se puede dar á sus miembros posiciones variadas, incómodas, en las que permanecen mas ó menos tiempo, y que no seria posible soportar en el estado de salud. En la forma ordinaria de esta enfermedad es raro que la respiración y la circulacion se alteren considerablemente; pero en casos muy excepcionales se debilitan hasta el punto de quedar casi insensibles, pudiendo creerlos muertos.

En el *éxtasis* se observa tambien un estado de contraccion con inmovilidad del cuerpo, pudiendo dar á los miembros variadas actitudes que conservan largo tiempo. No hay convulsiones de otro género. No hemos visto sino un caso de esta especie.

*Tétanos*.—Sus convulsiones son tónicas. Esta afeccion sobreviene, sea espontáneamente y por un enfriamiento, sea como consecuencia de una herida. Es endémica en los países muy cálidos y en las comarcas frias, pero reina rara vez en los climas templados.

Ya sea la enfermedad espontánea, ya sea consecutiva de una herida, se observa lo siguiente: los enfermos sienten dolor en las mandíbulas y en las sienes, tienen dificultad de abrir la boca, que se aumenta gradualmente con rigidez dolorosa del cuello. Esta rigidez es persistente, prolongándose á la columna vertebral, á los músculos del torax, y dificultando mas ó menos la respiracion. Se conservan la inteligencia y la sensibilidad. Existen momentos de remision, que suelen ser muy prolongados; pero despues de ellos, las convulsiones se repiten de un modo muy doloroso. El menor esfuerzo, el contacto mas ligero, produce vivo dolor en los miembros, que se ponen rígidos. El tronco se endereza, los miembros se distienden, el abdómen se aplasta y se pone tirante como una plancha, el torax se inmoviliza. Hemos visto un enfermo en el cual estos ataques iban anunciados por hipo, y aun más, por sollozos acompañados de dolor en la region superior del abdómen, lo que constituia una evidente convulsion del diafragma. Tambien se observa la contraccion de los esfinteres y de los conductos musculares interiores del cuerpo, siendo las detenciones mas ó menos completas y duraderas. Hemos visto en el hospital de San Luis un enfermo que, en una de estas remisiones, pudo salir de la sala y atravesar á pié un corredor para tomar un baño de vapor, donde fué acometido de un ataque tetánico, y fué necesario trasladarlo á su cama, muriendo algunos dias despues, sin que se encontrase ninguna lesion evidente en la médula.

Los accesos aumentan y se aproximan, exceptuando por la noche, en que suele calmarlos el sueño. Los enfermos se debilitan ó presentan fenómenos de asfixia lenta. Algun tiempo antes de la muerte hay laxitud general, que las personas inexpertas pueden tomar como signo favorable.

Las variedades de esta afeccion que dependen de la region del cuerpo principalmente afectada, y que han recibido nombres diversos (emprostótonos, opistótonos, pleurostótonos), no merecen mencion especial.

Esta afeccion tiene una duracion mas ó menos larga: de cuatro á diez dias. No hemos visto nunca tétanos crónicos, aunque se han citado ejemplos. Esta afeccion es apirética.

El tétanos tiene mucha semejanza con la meningitis cérebro-espinal; se notará, sin embargo, que en esta hay dolores intensos, sensibilidad exagerada de la piel, fiebre, alteraciones cerebrales, y que la enfermedad es ordinariamente endémica.

Para terminar la exposicion rápida de las convulsiones en las neurosis, debemos hacer notar que el diagnóstico de este género de

convulsiones es por lo general fácil de hacer, pero que la cuestion de diagnóstico no se fija en esto: sucede, en efecto, que otras muchas afecciones presentan convulsiones semejantes á las de las neurosis; de suerte que, dado un caso de convulsiones, es necesario no solo determinar el género de la convulsion, sino averiguar si es esencial ó provocada por alguna lesion orgánica de los centros nerviosos, ó por cualquiera otra causa lejana. Hay en esto una gran dificultad que vencer; todos los autores la han conocido, pero ninguno la ha resuelto satisfactoriamente.

**Convulsiones en las afecciones de diversos órganos y en las fiebres.**—Comunmente parecen ser el punto de partida de algunas convulsiones órganos absolutamente extraños al sistema nervioso. A decir verdad, su causa inmediata no puede residir sino en estos centros, debiendo ser el resultado de la impresion dolorosa transmitida por la lesion orgánica; pero no hay entonces en estos centros lesiones materiales apreciables, y resulta que la enfermedad es comunmente curable, lo que no debe olvidarse en la práctica, pudiendo asegurar que en un caso dado de convulsion, el punto de partida está fuera de los centros nerviosos.

No podemos describir todas las convulsiones de esta especie, que llamamos simpáticas, pero indicaremos algunas.

Las convulsiones son bastante frecuentes en los prodromos y curso de las fiebres continuas, eruptivas é intermitentes.

En estos casos, la causa de las convulsiones parece residir mas bien en la constitucion del sujeto que en la causa de la enfermedad. Cuando sobrevienen en una fiebre intermitente, dan á los accesos una forma particular y de gravedad extrema, recibiendo la denominacion de *fiebres perniciosas convulsivas*. Las convulsiones son menos peligrosas en las fiebres continuas y eruptivas; Sydenham creia que anunciaban una feliz terminacion de la enfermedad, sobre todo si aparecian al principio. Suele observárselas tambien en el curso de algunas enfermedades inflamatorias. «Las que sobrevienen en la terminacion de las enfermedades agudas son siempre de funesto augurio, indicando casi constantemente una muerte próxima, porque están casi siempre ligadas á una alteracion del cerebro (Bouchut).»

Se observan convulsiones producidas por una emocion moral agradable ó triste, por un vivo dolor, por un acceso de fiebre, por una operacion quirúrgica, por la puntura é inflamacion de un nervio, por lesiones del oido, por una indigestion, por la presencia de lombrices, por la de una ténia en el tubo digestivo, por la denticion y

por el raquitismo. También suelen manifestarse en el momento del parto en las mujeres con albuminuria y anasarca, designándose esta forma con el nombre de convulsiones de las embarazadas. Por último, se han observado algunos casos en el curso de la enfermedad de Bright. Diremos algunas palabras sobre estas dos variedades.

*Eclampsia de las embarazadas.* — Una mujer histérica ó epiléptica puede presentar, durante el embarazo y en la época del parto, ataques convulsivos dependientes de su enfermedad habitual, y que no pueden referirse al embarazo. Pero existe otra especie de afección convulsiva que no se manifiesta sino durante el embarazo ó el parto, y que realmente merece el nombre de convulsiones de las embarazadas: esta es la especie que ha merecido el nombre de eclampsia puerperal.

Nada más fácil que reconocer esta eclampsia, porque va ligada íntimamente al estado de gestación; pero como hay varios puntos de su historia que no están aun bien conocidos, la describiremos sucintamente.

La eclampsia se manifiesta casi siempre en las primerizas <sup>(1)</sup> y al fin del embarazo; es raro, como se ha dicho, que sobrevenga al principio y en el curso de la gestación. Los casos de esta especie deben referirse á convulsiones completamente diferentes de la eclampsia. Va constantemente unida á la presencia de albúmina en la orina <sup>(2)</sup>, sin que sea posible encontrar entre la albuminuria y la eclampsia ninguna evidente relación de causa y efecto. Estos dos fenómenos podrán ser efecto de una causa común, pero desconocida hasta el presente. M. Blot cree que esta causa común podrá encontrarse en una congestión sanguínea, verificada simultáneamente sobre los riñones y el eje cérebro-espinal. Como quiera que sea, como esta albuminuria no se hace notable sino al fin del embarazo, se comprende que las convulsiones eclámpicas no puedan manifestarse sino en esta época. Hé aquí el cuadro trazado por la marcha más comúnmente seguida por esta afección:

Una mujer se hace embarazada por primera vez, y continúa bien durante los seis primeros meses de su embarazo; entonces sobreviene un edema de las piernas y de la extremidad inferior del tronco, algunas veces una ligera hinchazón de la cara; entonces ya contiene la orina albúmina; los fenómenos son generalmente muy poco penosos para la enferma. Llegado el término del embarazo, el edema se aumenta considerablemente, invadiendo el brazo y el alto del

<sup>(1)</sup> Vacher, *Thèse*. Paris, 1846.

<sup>(2)</sup> Blot, *Thèse*. Paris, 1849.

cuerpo. El trabajo del parto empieza y aun avanza mucho sin accidentes serios; pero por lo común cuando la cabeza del feto pasa por el cuello uterino, comienzan las convulsiones, que se presentan por accesos y toman casi siempre la forma epiléptica. La enferma queda privada de sentimiento y de inteligencia, presentándose un estado de rigidez tetánica de todos los miembros; después convulsiones rápidas invaden la cara y los miembros, asemejando los movimientos clónicos de la epilepsia; la cara se descompone y pone morada, se tumefacta y ejecuta contorsiones horribles, se suspende la respiración, sale espuma por la boca, cesa luego todo poco á poco, sobreviniendo el coma acompañado de sopor. Las enfermas recobran la inteligencia, están atontadas y preguntan lo que les ha sucedido. Las contracciones uterinas, que, lejos de suspenderse, se han aumentado con una energía tetánica, cesan en seguida para reproducirse, y comúnmente un nuevo dolor produce un nuevo acceso. Algunas veces estos accesos se suceden á grandes intervalos, otras veces son muy próximos. Hemos visto una mujer que tuvo quince accesos en una noche, y otra once. Cuando los accesos son muy frecuentes y próximos, su duración es la misma; pero después del segundo ó del tercero, pierden las enfermas completamente el conocimiento, no recobrándole en el intermedio de los ataques. Si se extrae la orina por el cateterismo, se encuentra el líquido en pequeña cantidad, espeso, oscuro, y que se coagula en masa por el calor y el ácido nítrico. Hemos encontrado en este líquido una reacción ácida y una densidad de 1034 en un caso, y de 1040 en otro. Esta considerable densidad no se presenta sino en el momento del parto (Blot). La muerte llega algunas veces antes del alumbramiento, y otras se verifica este con felicidad para la madre y para el hijo, sucediendo muchas veces que los ataques eclámpicos continúan después del parto, pero menos fuertes y más distantes, y que por lo general se curan las enfermas. Hemos observado una mujer que tuvo diez y siete accesos de eclampsia, once antes del parto y seis después, y que se curó con rapidez. Pocas horas después del parto disminuye la albuminuria, no encontrándose rastro algunas veces á la mañana siguiente. El edema desaparece también con prontitud, generalmente antes del décimo día. Las consecuencias del parto son casi siempre las naturales, estableciéndose bien la secreción láctea. — Algunas veces no hay vestigios de edema general ni parcial, pero se encuentra constantemente la albúmina en la orina. Las convulsiones toman, en estos casos bastante raros, la apariencia del histerismo, de la catalepsia y del éxtasis. — Por último, la eclampsia está caracterizada por convulsiones epiléptiformes que sobrevienen

por lo comun en el trabajo del parto, repitiéndose cierto número de veces, y siendo acompañadas por la presencia de una proporción siempre considerable de albúmina en la orina.

Colocamos esta afección en la clase que nos ocupa, porque las convulsiones eclámpicas están ligadas á una evidente afección de un órgano independiente del sistema nervioso, los riñones. En qué consiste esta afección es lo que no se sabe aun con certeza, porque varía segun los casos: tan pronto es una congestión activa, como una congestión pasiva de los riñones; unas veces el primer grado de una nefritis albuminosa, otras la presencia de coágulos en las venas renales (Gubler). Puede ser que dependa, segun Blot, de una congestión del eje cerebro-espinal, pero nada lo ha demostrado hasta el presente, y en todo caso esta lesión seria, si no precedida, al menos determinada, por la lesión renal. Sin embargo, el profesor Depaul ha visto dos veces la albuminuria posterior á los ataques (!).

*Enfermedad de Bright. Eclampsia urémica.*— Hemos separado la eclampsia puerperal de la llamada *urémica*, porque esta última ha sido observada en la mujer fuera del estado de gestación, y aun en el hombre; pero podría ser que la causa íntima fuera la misma en ambos casos. Braun, en 1831, y Frerichs, en la misma época, enunciaron la opinión de que la eclampsia puerperal y las convulsiones de la enfermedad de Bright son el resultado de una intoxicación de la sangre por la *urea* que los riñones enfermos no separaban de este líquido. Esta opinión se apoya en las vivisecciones: cuando se extirpan los riñones de un animal, se encuentra en su sangre una cantidad progresivamente creciente de urea, sobreviniendo la muerte en medio de convulsiones y de diversos accidentes nerviosos. La urea está disuelta en la sangre en tan gran cantidad, que una parte se exhala por la respiración, y puede comprobarse su presencia por el siguiente procedimiento: se aproxima una varilla de cristal mojada en ácido clorhídrico á la nariz y boca del animal, formándose inmediatamente vapores blancos de clorhidrato de amoníaco. Como se ve, no es la urea, propiamente hablando, la causa de los accidentes, sino el carbonato de amoníaco que se produce en la sangre. Otros autores han referido estos accidentes á la alteración de la sangre por las materias extractivas de la orina (Schottin); otros al edema y anemia del cerebro que pueden ser efectos de la enfermedad (Traube, etc.).

A pesar de que todas estas hipótesis necesitan confirmación, se les ha tomado por punto de partida de la teoría para explicar los ac-

(!) *Moniteur des hôpitaux*, 1854, n.º 2.

cidentes convulsivos de la enfermedad de Bright y de la eclampsia puerperal.

Nos parece suficiente haber indicado esta causa, todavía problemática de las convulsiones, pudiendo encontrar detalles mas completos en los trabajos citados anteriormente (véase pag. 416).

*Convulsiones en las intoxicaciones.*— Hay pocos envenenamientos que no se terminen por convulsiones, aun los que no determinan particularmente este síntoma; pero entonces las convulsiones se presentan al fin de la afección, en la proximidad de la muerte; siendo efecto mas bien de la aniquilación general y de la violenta sacudida producida en la economía, que por la naturaleza misma del veneno. Pero hay algunas sustancias, cuya acción obra esencial y primitivamente sobre el sistema muscular, y que podrían llamarse convulsivas, y cuyos efectos vamos á estudiar.

*Intoxicaciones rápidas.*— El alcohol produce casi siempre un aumento pasajero de la fuerza muscular y la necesidad de ejercer esta potencia ficticia que algunas veces degenera en convulsión. En el primer grado de embriaguez, mientras la razón se conserva, no se presentan las convulsiones; pero sin embargo hay casi siempre una contracción involuntaria de los músculos de las mandíbulas, del cuello, de los puños y de las piernas; de lo que resulta el apretamiento de los dientes, la dificultad de hablar y tragar, el temblor de las manos y las piernas, etc. En la embriaguez con pérdida del conocimiento, hay tan pronto coma, como delirio y convulsiones; siendo comunmente difícil distinguirlas de las de una afección cerebral: se tomará entonces en consideración la causa, si se la puede reconocer, la rapidez con que han sobrevenido los accidentes, el olor alcohólico del aliento, el estado del semblante, generalmente animado, inyectado y que no ofrece el estupor propio de las afecciones cerebrales. Por lo demás, el error no durará mucho, y tendrá poca importancia, porque conviene tratar esta especie de embriaguez del mismo modo que una afección congestiva del cerebro: no hay ningun inconveniente en practicar una sangría, administrar purgantes enérgicos, emplear los revulsivos en las extremidades: en la duda debe darse una bebida con veinte gotas de amoníaco, que serán muy útiles, si el caso es de embriaguez, y que no producirán mal efecto, si se tratara de una afección cerebral.

Es raro que el alcoholismo habitual produzca convulsiones: se las observa en el *delirium tremens*, es verdad, pero no aislados; volveremos á ocuparnos de este particular en el artículo *Delirio*.

Las recientes y numerosas investigaciones sobre el éter y el cloro-