

ción será fatal en breve plazo (Charcot). A veces se observa la misma lesión en las mielitis agudas.

Las alteraciones tróficas de los músculos consisten en la atrofia y en la pérdida rápida de la contractilidad eléctrica.

A las alteraciones tróficas del sistema óseo se refieren las *artropatías* descritas cuidadosamente por Charcot y Ball. Las artropatías se presentan sobre todo en ciertas mielitis, en la ataxia locomotriz por ejemplo; pero suelen observarse en las enfermedades del encéfalo como en la hemorragia y el reblandecimiento. Ocupan por lo común las grandes articulaciones, como la rodilla, el codo y el hombro, determinando la dificultad de su movimiento y derrame seroso más ó menos abundante.

Pueden considerarse como del mismo orden ciertas flegmasias viscerales que sobrevienen en el curso de las enfermedades nerviosas y que se habían considerado como afecciones accidentales ó intercurrentes.

La teoría de estas alteraciones tróficas está aun llena de dificultades y nos contentaremos con hacer notar que parecen referirse á las lesiones irritativas, sea de los centros nerviosos, sea de los nervios periféricos (Brown-Séguar).

CAPÍTULO IV.

RESÚMEN. CUADRO DE LOS SIGNOS DE LAS PRINCIPALES AFECCIONES CEREBRALES Y NERVIOSAS.

Encefalocele.—Tumor situado al nivel de una sutura ó de una fontanela; algunas veces privado de cubierta tegumentaria, y entonces es fácil de reconocer por el tumor formado por el cerebro. Por lo general cubierto por la piel, que no ha cambiado de consistencia ni de color, ancho, de base rara vez pediculada. Blando, pastoso, indolente; aumentando con los gritos y los esfuerzos; agitado por movimientos isóceronos, unos en el pulso, y otros en la respiración; la compresión de las carótidas no hace cesar ni los unos ni los otros. Compresible, reducible, lo que produce bienestar algunas veces, cayendo otras como heridos de un rayo por la compresión del cerebro. Se siente el reborde de la abertura del hueso que da paso al tumor. Crecimiento lento y gradual de la masa. Desarrollo en el momento del nacimiento ó poco tiempo después. Existen algunas veces dos tumores simétricamente colocados. Cuando se los abre, se ve una masa blanca, brillante, compuesta de la pulpa cerebral.

Hidrocefalia congénita.—Cabeza sensiblemente más voluminosa que lo correspondiente á la edad del sujeto; regularmente redondeada, muy ensanchada al nivel de los temporales; frente abombada saliente; ojos hundidos; cara pequeña, triangular en el vértice inferior; en su grado más avanzado, ensanchamiento de las suturas y de las fontanelas. La cabeza está pesada; los niños la soportan difícilmente y tienen somnolencia; vómitos frecuentes. No hay dificultad en el diagnóstico cuando el volumen de la cabeza es extremado.

La hidrocefalia puede dar lugar á una hernia del cerebro, ó solamente á la formación de un quiste seroso; síntomas del encefalocele y además la fluctuación.

Congestión cerebral.—Rubor y turgencia de la cara; ojos brillantes inyectados, pupilas dilatadas ó contraídas; la luz molesta, y los enfermos ven los objetos como teñidos de rojo. Cefalalgia profunda, sorda y general. Latidos de las arterias de la cabeza, sensibles para el enfermo, sobre todo cuando tiene apoyada la cabeza. Cuando la afección está en su más alto grado, resolución y coma. Fenómenos apopléticos, pero que desaparecen con rapidez, sea espontáneamente, sea por una hemorragia ó una sangría. No hay parálisis pronunciada ó duradera.

Meningitis.—*Meningitis aguda sencilla.*—Más común en los adultos y los niños que en los jóvenes; dolor de cabeza muy agudo, fenómenos de congestión cerebral; vómitos y estreñimiento. Fiebre, delirio; abdomen retraído. Corta duración de estos fenómenos; después somnolencia, coma, estrabismo; masculleo, trismus, convulsiones pasajeras y resolución. Parálisis de los órganos de los sentidos. Fenómenos de compresión cuando la meningitis ocupa la base del cerebro. Corta duración. Muerte.

Meningitis tuberculosa.—En el adulto va siempre acompañada de la presencia de tubérculos en otros órganos y principalmente en el pulmón. En el niño es á veces la primera manifestación de la diátesis tuberculosa, y con frecuencia se encuentran tubérculos en el pulmón y en los ganglios bronquiales. Los niños están dispuestos á ella de los seis á los doce años. Los mismos accidentes que en la meningitis aguda, pero presentando mayor duración y remisiones engañosas. La muerte es la regla. Se encuentran, sin embargo, algunos ejemplos de curación, sobre todo en el primer período (?).

Los casos de hidrocefalia aguda, observados fuera de la escarlantina, de la albuminuria aguda, son meningitis tuberculosas, en las que un examen insuficiente no ha descubierto las granulaciones. Es

menester á veces un aumento de 15 á 20 diámetros para verlas con claridad.

Meningitis cérebro-espinal.—Vivos dolores en la cabeza y el rquis: delirio, fiebre, trismus, rigidez tetánica del cuello, la cabeza inclinada hácia atrás, exaltacion de la sensibilidad. Dificultad en los movimientos de los miembros superiores; asfixia por parálisis del torax. Marcha rápida. Epidemia de afecciones semejantes coincidiendo con el tífus.

Meningitis crónica.—Si se coloca aparte la meningitis encéfálica crónica difusa de los enajenados, se encuentra que la meningitis crónica, sea primitiva, sea consecutiva, es muy rara. Sus fenómenos se confunden con los de la hidrocefalia crónica, del reblandecimiento cerebral, de los tumores, de la atrofia del cerebro, etc.

Meningitis reumática.—Se presenta en el curso del reumatismo articular agudo generalizado; inquietudes, presentimientos funestos; delirio, agitacion, estado comatoso; muerte en el mayor número de casos. Existen tres variedades: 1.^a *reumatismo complicado con delirio*: 2.^a *meningitis reumática* con todos los caracteres de verdadera: 3.^a *apoplejía reumática*, caracterizada por un estado atáxico brusco é imprevisto, seguido de colapso y de coma mortales. El tratamiento por el sulfato de quinina puede ser una causa frecuente de esta enfermedad.

Hemorragias.—*Hemorragia meníngea.*—En los niños, en la época de la denticion primera, ataque brusco de convulsiones, seguidas de coma y de resolucion. Mas tarde se recupera incompletamente el desempeño de las funciones, apareciendo signos de hidrocefalia. En los adultos, la hemorragia meníngea es con frecuencia un accidente del alcoholismo. En los viejos sobreviene bajo las mismas condiciones que la hemorragia cerebral. Los coágulos se encuentran siempre en la cavidad aragnoidea ó en el tejido celular subaragnoideo.

Si la hemorragia es abundante, limitada á un hemisferio, tiene todos los signos de la hemorragia cerebral ordinaria. Si el derrame sanguíneo ocupa la cavidad de los ventrículos y comprime los dos hemisferios, hay coma y resolucion general, ó contractura y convulsiones. Repetimos que solo aproximadamente puede diagnosticarse la hemorragia meníngea.

Hemorragia cerebral.—Pocas veces hay prodromos. Pérdida brusca de la inteligencia, del sentimiento y del movimiento, pero conservando la circulacion y la respiracion, estertor, cara atontada, expresando el estupor, algunas veces encendida, otras pálida, trastorno de las facciones, elevacion de un solo carrillo en la espiracion.

Hemiplegia, rara vez parálisis cruzada. No hay convulsiones. Contractura en las hemorragias intra-ventriculares. Los fenómenos persisten durante mucho tiempo, sin fiebre, ni síntomas de agudeza. Disminucion lenta y gradual de la parálisis, y restitucion mas ó menos completa al estado normal.

Derrames serosos.—*Hidrocefalia accidental crónica.*—*Edema del cerebro.*—Lesion casi siempre consecutiva á otra enfermedad del cerebro (apoplejía, cuerpos extraños), ó á una enfermedad lejana (fiebres eruptivas, tuberculizacion, enfermedad de Bright). Cefalalgia, somnolencia, gritos hidréncefálicos, dilatacion de las pupilas, debilitacion de la vista, algunas veces vómitos, despues coma, resolucion de los miembros, parálisis parciales, pero no hemiplegia. Larga duracion de los accidentes. No hay fiebre; alternativas de mejoría y peoría. Facilidad en las recaídas. Muerte ó curacion lenta.

Algunas veces se producen rápidamente estos derrames, y forman una especie de apoplejía que se distingue de la hemorragia verdadera por la ausencia de parálisis hemipléjica.

Encefalitis.—Se manifiesta excepcionalmente fuera de las lesiones de proximidad. Cefalalgia mas ó menos violenta, fiebre, delirio, convulsiones, contracturas, y *mas tarde* parálisis hemipléjica.

Reblandecimiento.—Enfermedad casi siempre debida, si no siempre, á las lesiones vasculares; no debe confundirse con la encefalitis. Puede admitirse que la encefalitis determina mas rara vez el reblandecimiento.

Forma aguda. Forma crónica.—La forma aguda puede ser apoplética. Por lo comun el reblandecimiento principia de pronto, y se agrava por pequeños ataques sucesivos. La forma atáxica es mucho mas dudosa. En todos los casos, cefalalgia, pérdida ó dificultad de la palabra, disminucion de las facultades, debilidad, y con mas frecuencia hemiplegia mas ó menos completa. La inteligencia está por lo comun mucho menos alterada que la sensibilidad y el movimiento. Cuando el reblandecimiento es crónico, debilidad con hemiplegia incompleta, demencia, cara atontada, como embrutecida, lloro sin motivo; incontinencia ó retencion de orina. Terminacion por un nuevo ataque.

Induracion de los centros nerviosos.—Ningun síntoma conocido. Puede, sin embargo, señalarse el temblor y la contractura, pero sin fenómenos marcados como patognomónicos.

Hipertrofia.— Como en el envenenamiento por el plomo. Se la puede suponer cuando se presentan accidentes cerebrales que duran mucho tiempo, y denotan compresion del cerebro.

Atrofia.— Solamente reconocible cuando hay depresion de una parte de la bóveda del cráneo, ó de toda ella. Sin embargo, hemos visto anteriormente que en el idiotismo hay temblor y contractura en la mayoría de los casos, con atrofia del cerebro y del cerebelo. Se podrá, pues, aun en los casos de conformacion normal de la cabeza, suponer esta afeccion.

Cuerpos extraños.— Dolor permanente, sordo, parálisis localizada, disminucion de la inteligencia, distracciones; de tiempo en tiempo convulsiones epileptiformes, ataques de congestion cerebral, hemiplegia, pero sin pérdida del conocimiento; fenómenos pasajeros de exhalacion serosa en el cráneo, y curacion de estos accidentes. Debe tomarse en consideracion la existencia de tubérculos, cáncer, productos animados en otras partes del cuerpo.

Delirium tremens — Bebedores de aguardiente ó individuos expuestos á los vapores alcohólicos. Delirio algunas veces furioso, pero alegre por lo general; locuacidad, los enfermos hablan de los objetos de su habitual ocupacion; calor, cuerpo cubierto de sudor, lentitud del pulso, temblor en los miembros por lo general, insomnio. Los accidentes sobrevienen despues de un acceso, aumentan con la influencia de los antíflogísticos, y se calman por la administracion del opio.

Epilepsia.— *El gran ataque* empieza generalmente en la infancia, y le constituyen ataques que se presentan en intervalos variados, y manifiestan los caracteres siguientes: prodromos lejanos ó próximos, algunas veces aura; en el momento del ataque el enfermo da un grito, y cae privado del conocimiento y del sentimiento. Rigidez tetánica de todos los músculos, inclinacion de la cabeza hácia atrás, suspension de la respiracion, no hay quejidos. Despues convulsiones clónicas, primero en la cara y luego en los miembros. Estas convulsiones aumentan poco á poco, y se hacen fuertes y enérgicas. Persiste la suspension de la respiracion; la cara se tumefacta, se pone violada y desfigurada. Las convulsiones disminuyen, la respiracion se restablece, y sale por la boca saliva espumosa y sanguinolenta. Por último, se recupera la calma, y queda el enfermo torpe é insensible, la respiracion conserva algun tiempo el carácter esterto-

roso, y un sueño profundo termina el ataque. Al despertar, están los enfermos rendidos, con cefalalgia, é incapaces de trabajar. Se notará que en estos ataques hay muchos periodos distintos, que se suceden por órden regular y sin descansos. Se observa despues de los ataques que los enfermos se han mordido la lengua, se han orinado involuntariamente, y presentan pequeños equimosis en la cara y en la frente.

El *vértigo epileptico* consiste algunas veces en un pequeño aturdimiento, acompañado de suspension momentánea de las facultades intelectuales, los enfermos tienen poca conciencia de lo que sucede: si el vértigo les sorprende en una conversacion, el ataque pasa, y continúan, como si tal cosa, el discurso comenzado. Otras veces se ve á los enfermos levantarse en el momento del ataque, girar muchas veces sobre sí mismos, ó bien correr adelante, tropezar con las personas que encuentran, ejecutar movimientos y gestos extraordinarios; su cara está atontada, estúpida, trastornada; despues quedan en calma, recobran el conocimiento, y se avergüenzan de las acciones ejecutadas cuando no tenían completamente perdido el conocimiento. En estos casos no hay pérdida de la inteligencia, del sentimiento, ni del movimiento, manifestándose tan solo un pasajero desórden de estas funciones. El vértigo epileptico termina mas frecuentemente por la demencia que la epilepsia verdadera.

Histerismo.— Hay muchas formas. La convulsiva, que se ha dado como tipo de esta afeccion, no es la mas comun. Hé aquí, sin embargo, sus caracteres.

Forma convulsiva.— Los enfermos tienen prodromos generalmente lejanos, despues se declara el ataque, unas veces espontáneamente, otras á consecuencia de una emocion ó de una contrariedad. Empieza por escalofrios, temblor, pandiculaciones, respiracion alterada, entrecortada, lágrimas, sollozos, latidos del corazon. Despues, pérdida del conocimiento y del sentimiento. Movimientos convulsivos clónicos de los miembros, del tronco y de la pélvis; violenta agitacion en todos sentidos. Se conserva la respiracion, gritos inarticulados, quejas como si tuviesen un gran sufrimiento. Calma por algunos instantes; y despues retroceso ó vuelta de los mismos accidentes. Por último, las convulsiones se apaciguan y la inteligencia aparece. Cansancio general, pero sin sueño, ni respiracion estertorosa, ni espuma sanguinolenta en la boca. Algunas veces se conserva parte de la inteligencia en el ataque, y este se termina por suspiros, lágrimas abundantes, orinas acuosas, postracion, necesidad de sueño, y muchas veces un acceso de fiebre.

Forma ordinaria.— Un gran número de mujeres son histéricas sin convulsiones, y presentan los siguientes síntomas: impresionabilidad muy grande, cambio de carácter, risas y llantos sin motivo. Malestar pasajero ó permanente, dolores pasajeros, rara vez fijos, algunos de gran intensidad, sin fiebre, ni vestigios de inflamación localizada, particularmente en la piel del cráneo, en el epigastrio, en la espalda, en la punta del corazón, en la pared abdominal; se encuentran otros puntos dolorosos á la presión solamente, sobre algunas apófisis espinosas de las vértebras, en los canales vertebrales, en las inserciones de los músculos rectos del abdomen. Analgesia de la piel de la mitad izquierda del cuerpo y de algunas mucosas; sensación como de una bola en el abdomen y en la garganta. Algunas veces y sin motivo se osurece la vista, palpitations del corazón, retención ó incontinencia de orina, síncope, tos convulsiva, afonía, vómitos, etcétera, etc.

Forma paráltica.— En algunas personas paralizadas de una mitad del cuerpo, ó de los miembros inferiores, y que no pueden referirse á una lesión del cerebro ó de la médula, el conocimiento de los accidentes precedentes esclarece la naturaleza del mal.

Forma apoplética.— Algunas mujeres son atacadas de una verdadera apoplejía histérica ó nerviosa, sin lesiones de los centros nerviosos. Mientras dura la pérdida del conocimiento, es difícil el diagnóstico; sin embargo, se notará que la cara expresa el sufrimiento ó está perfectamente natural, mientras que, en la apoplejía por lesión cerebral, hay siempre estupor mas ó menos marcado. Cuando vuelve la inteligencia, se demuestran todos los síntomas enumerados precedentemente, y la dificultad desaparece entonces en gran parte.

Corea.— *Forma común.*— Niños de seis á quince años: se debilita uno de los lados del cuerpo, manifestándose despues convulsiones clónicas, contorsiones de la cara, gestos involuntarios, saltos de un brazo ó de una pierna, dificultad ó imposibilidad en la marcha; los objetos se tienen mal en las manos. Los movimientos de los brazos son irregulares, tortuosos, angulares; aumento de los accidentes, cuando conocen los enfermos que se les observa. Larga duración, cesación gradual de los fenómenos; algunas veces persiste la debilidad en las partes convulsas y disminución de la inteligencia.

Forma grave.— Individuos de veinte á veinte y cinco años. Agitación general continuada, convulsiones clónicas permanentes, sin fiebre y sin desorden intelectual. Los movimientos se repiten tan á menudo, que los enfermos rompen los lienzos de la cama, producen rozaduras en su propio tegumento, y aun desgarraduras mas

ó menos profundas. Estas convulsiones terminan frecuentemente por la muerte.

Eclampsia puerperal.— Carácter de epilepsia casi siempre. Los ataques sobrevienen en el momento del parto en las mujeres afectadas de anasarca, y que tienen albúmina en las orinas. (V. p. 134).

Eclampsia urémica.— Enfermedad de Bright; orinas albuminosas, conteniendo muy poca urea. El aire espirado está muy cargado de carbonato amónico, y aproximando á las narices una varilla de cristal humedecida en ácido clorhídrico, se ven formarse vapores blancos de clorhidrato de amoníaco. Convulsiones epileptiformes, repetidas, rápidamente mortales.— La intoxicación urémica no se ha encontrado todavía.

Tétanos.— Individuos heridos o expuestos al frío. Constricción de las mandíbulas, tensión y dolor del cuello. Rigidez general dolorosa de todos los músculos, estado de contracción permanente con suspensiones mas ó menos largas. Conservación de las facultades intelectuales, apirexia, fenómenos de asfixia, cuando la contracción invade los músculos del pecho.

Catalepsia.— « Colocad la mano en el brazo ó la pierna del enfermo que se supone atacado de catalepsia; moved el miembro, y dejadle abandonado á sí mismo: si se queda en la posición que se le ha dado, y el enfermo no puede modificar esta situación, podeis afirmar que la catalepsia existe. » (Puel, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1836, p. 487).

Rabia.— (Véase la pág. 439).

Ergotismo convulsivo.— (Véase la pág. 441).

Mielitis.— *Mielitis aguda generalizada.*— Entorpecimiento y hormigueos en los miembros inferiores, á veces raquialgia y dolores en la cintura cuando hay complicación de meningitis raquidiana. Al cabo de un tiempo mas ó menos corto, paraplegia completa con rápido desarrollo, anestesia en las partes paralizadas; con frecuencia alteraciones tróficas (atrofia de los músculos, escaras). La muerte llega al cabo de dos ó tres semanas, con frecuencia resulta de la extensión de la enfermedad á las partes superiores de la médula y determina la parálisis de los músculos respiratorios y la asfixia.

Mielitis aguda parcial.— Los mismos síntomas que en la forma

precedente, solo que la parálisis y la anestesia quedan limitadas á las partes inferiores del cuerpo; la enfermedad no produce la muerte, pero determina con frecuencia paraplegia mas ó menos completa.

Mielitis crónica.— Pueden ser difusas ó localizadas á ciertas partes de la médula como los cordones antero-laterales, los cordones posteriores ó ciertas partes de la sustancia gris. Cuando están interesados los cordones anteriores el fenómeno dominante es la paraplegia (véase pag. 83); cuando reside la afección en los laterales, el principal síntoma es la contractura (en este caso la enfermedad es con mas frecuencia consecutiva á una lesión cerebral ó medular localizada (véase pag. 146). Cuando la parte afecta son los cordones posteriores, se observa sobre todo la ataxia (véase pag. 150) y algunos otros síntomas como los dolores fulminantes, alteraciones oculares, desórdenes en las funciones generadoras.

La mielitis de las astas anteriores de la médula comprende el grupo de afecciones que hemos estudiado con el nombre de *miopatias y mioparálisis de origen espinal* (véase pag. 84). Este grupo comprende las enfermedades conocidas con los nombres de atrofia muscular progresiva de parálisis infantil, parálisis general espinal y parálisis labio-gloso-faríngea.

Esclerosis en placas.— (Véase pag. 156).

Parálisis agitante.— (Véase pag. 155).

Compresión de la médula.— (Véase pag. 87).

LIBRO SEGUNDO.

ENFERMEDADES DEL PECHO.

Estas afecciones se dividen naturalmente en dos grupos, que son: el de las enfermedades de los pulmones, y el de las del corazón, que será por el que empezaremos nuestro estudio.

ENFERMEDADES DEL CORAZON.

Bajo esta denominación comprendemos, no solamente las afecciones del corazón propiamente dichas, sino las de los grandes vasos colocados en la base del órgano, ocupándonos tambien, si bien sumariamente, de algunas otras que, aunque completamente extrañas

al corazón, como la anemia y la clorosis, pueden simular afecciones cardíacas.

Presentaremos primero algunas consideraciones sobre la anatomía y fisiología del corazón, dando á conocer despues las reglas que deben seguirse en el exámen de las enfermedades de este órgano; y por último, haremos la exposicion de los síntomas que sirven para diagnosticar estas afecciones.

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS SOBRE EL CORAZON.

Situado entre los dos pulmones, en la parte anterior izquierda del pecho, con una membrana que le circunda y que le es propia, es quizá el corazón uno de los órganos mas libres y movibles de la economía: con efecto, sujeto por su base, tiene libre de adherencias el resto de su extension. Los grandes vasos que parten de su parte superior y los que entran en él, son los únicos medios de conexión con el resto del cuerpo. Por su extremidad está libre de moverse en distintos sentidos y direcciones. En el estado normal, los movimientos del pecho y la repleción del estómago le hacen cambiar continuamente de lugar; pero en el estado morbozo es cuando se observan sobre todo estas modificaciones de lugar, ya por las enfermedades que le son propias, ya por las inherentes á otros órganos; en consecuencia, las dislocaciones del corazón constituyen un importante fenómeno para el diagnóstico, y cuyo valor se comprenderá cuando reflexionemos sobre la especie de suspensión de que hemos hablado. Notaremos aun que las principales desviaciones se presentan en la extremidad del órgano, por lo que insistiremos particularmente sobre su posición y relaciones.

Puede considerarse al pericardio como formado de dos conos truncados, reunidos por sus bases, de los cuales el superior tiene el vértice dirigido arriba, el del segundo abajo. Este último recibe la punta del corazón, el otro los grandes vasos y la base del órgano, prolongándose en una gran extensión sobre estos vasos despues de haber salido del corazón, y formando un hundimiento que M. Bouillaud compara, con razon, á un embudo, y que le llama *infundíbulo del pericardio*. En un individuo, en la posición bípeda, el cono inferior está situado mas abajo que el *infundíbulo*; pero en el decúbito dorsal este es á su vez inferior relativamente al cono que recibe la punta del corazón. Este cambio de posición explica la desaparición de los derrames poco abundantes por la posición horizontal y su reaparición en la vertical.

Apoyando su cara posterior y borde derecho sobre el diafragma,