

44. En todas las parálisis musculares la sensibilidad muscular está por lo general abolida ó disminuida paralelamente con los movimientos voluntarios, independientemente de la contractilidad electro-muscular. Se encuentran, sin embargo, casos de parálisis históricas en que se conservan los movimientos voluntarios aunque exista anestesia muscular.

45. Es menester no confundir la parálisis de la sensibilidad muscular con la parálisis de la conciencia muscular; en esta última no solo hay anestesia muscular, sino que la contracción voluntaria no puede verificarse ó no puede cesar sin el concurso de la vista; mientras que en la primera la contracción voluntaria se verifica aun en la completa oscuridad. La parálisis de la conciencia muscular no puede existir sin anestesia muscular; se distingue, sin embargo, en que no es una consecuencia forzada de la anestesia ni aun completa.

Marshall Hall (*) formula como deducciones de sus trabajos sobre el particular las siguientes conclusiones:

En las parálisis de los miembros la diferencia de irritabilidad entre el estado enfermo y el sano puede servir para establecer el diagnóstico diferencial entre las parálisis cerebrales y las espinales.

En las parálisis espinales la irritabilidad disminuye en los músculos paralizados.

En las parálisis cerebrales la irritabilidad aumenta.

En resumen, los hechos que hemos resumido permiten presentar las siguientes conclusiones:

A. La contractilidad electro-muscular y la voluntaria demuestran variaciones patológicas independientes.

B. Toda lesión anatómica de los nervios ó de la médula, y principalmente de las astas anteriores de la médula, determina disminución ó pérdida de la contractilidad electro-muscular.

C. Ninguna lesión anatómica del cerebro actúa sobre la contractilidad eléctrica de los músculos.

II. *Simulación.*—La exploración eléctrica puede también servir para decidir en los casos de simulación. La parálisis muscular y la anestesia cutánea son en el ejército alegados con frecuencia por los que quieren eximirse del servicio militar.

Para la anestesia, la faradización cutánea por medio del pincel eléctrico ó de un reóforo seco, es un juez cuyas sentencias no tienen apelación.

Para las parálisis, los datos suministrados por la faradización

(*) Marshall Hall, *De l'irritabilité musculaire*. (Arch. gén. de médecine, 1830, 4.^a série, t. XIV, p. 489), ó *On the condition of the muscular irritability in the paralytic limb.*, 1839-1843. London.

son menos seguros; hemos visto que la contractilidad eléctrica puede conservarse aunque haya desaparecido la contracción voluntaria. Los resultados de la exploración eléctrica deberán corroborarse por el interrogatorio del sujeto. Además, las que se alegan son por lo común parálisis parciales, y en todas las parálisis de este género hay debilidad de contractilidad eléctrica. No debe descuidarse el hacer el examen comparativo de ambos lados del cuerpo.

III. *Muerte aparente.*—La faradización puede servir para el diagnóstico de la muerte aparente. La contractilidad eléctrica de los músculos se mantiene en los casos de muerte aparente y, por el contrario, se extingue dos ó tres horas después de la muerte real.

La faradización suministra, pues, uno de los mejores medios y quizá el mejor de demostrar la muerte real y de prevenir el peligro de las inhumaciones precipitadas. Siempre que un principio de putrefacción no confirme por los signos más comunes la muerte, será menester comprobar la ausencia completa de la contractilidad muscular por la influencia de la faradización más enérgica antes de consentir la inhumación.

V.

El diagnóstico de las afecciones del tubo intestinal necesita procedimientos de exploración muy sencillos. La inspección y la palpación, la percusión y la mensuración se aplican según las reglas indicadas anteriormente:

La exploración de la faringe, los depresores de la lengua, el cateterismo del esófago y las sondas esofágicas merecen un estudio especial.

1.º EXÁMEN DE LA FARINGE Ó FARINGOSCOPIA: se practica por la vista y por el tacto.

a. *Por la vista.*—El enfermo debe colocarse enfrente á la luz, bien de una ventana ó de una lámpara, sentado, la cabeza ligeramente inclinada atrás y fija, sea por la mano izquierda del médico, sea por las dos manos de un ayudante. El médico, colocado delante del enfermo, pero un poco de lado, de modo que no intercepte la luz, le manda abrir la boca lo mejor posible, introduce un depresor, baja la lengua y examina sucesivamente los pilares, las amígdalas, la úvula y la pared posterior de la faringe.

El *depresor de la lengua* más generalmente empleado es un mango de cuchara que puede reemplazarse por cualquier otro instrumento

aplastado y redondeado, espátula, plegadera, ó mango de portapluma. En los niños, en que la exploracion de la faringe tiene una importancia considerable para el diagnóstico de la difteria, el mango de la cuchara, con frecuencia voluminoso, suele ser inaplicable. El niño se asusta de todo aparato instrumental, y es menester, en la mayoría de los casos, proceder por sorpresa. El depresor de la lengua, en forma de doble espátula articulado (fig. 124), da los mejores servicios, se oculta fácilmente en la mano y se introduce apenas abre el niño los dientes, lo que se obtiene con prontitud apretándole las narices, porque abre en seguida la boca para respirar ó llorar.

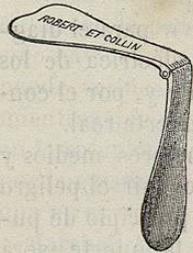


Fig. 124.—Depresor de la lengua en forma de doble espátula articulada.

b. *Por el tacto.*—El dedo introducido en la boca, deslizado á lo largo de los arcos dentarios hasta detrás de los molares, pasa por los pilares que reconoce y llega á la pared posterior en la que aprecia su consistencia y deformaciones. La exploracion debe ser rápida por las náuseas que provoca, por lo que el movimiento debe hacerse con seguridad y precision.

2.º *CATETERISMO DEL ESÓFAGO.*—El cateterismo del esófago es terapéutico ó explorador: el explorador sirve para reconocer la presencia de un cuerpo extraño ó de una estrechez. Puede practicarse por

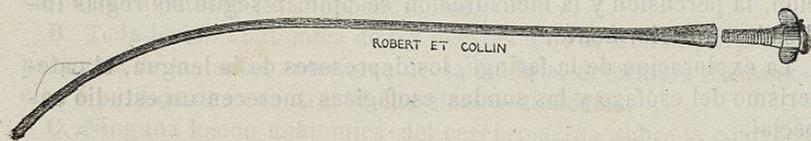


Fig. 125.—Sonda esofágica.

las narices ó por la boca. La sonda esofágica, más generalmente empleada, es una sonda de goma elástica (fig. 125) de 0^m,50 de longitud y de 0^m,008 á 0^m,01 de diámetro. Se emplean también para el diagnóstico de las estrecheces candelillas de cera ó de ballena, AC, terminadas en una extremidad cónica (fig. 126), ó por un ensanchamiento olivar, bien sea de asta, marfil ó cautchouc endurecido. El volumen es variable. Se suele unir al vástago de ballena un juego de extremidades olivares graduadas B.

1.º *Cateterismo por las fosas nasales.*—Sentado el enfermo y la cabeza inclinada hácia atrás y fija por un ayudante, introduce

el médico la sonda de goma elástica, única aplicable á este procedimiento, por una de las narices y la introduce hasta la pared posterior de la faringe. Llevando un dedo por la boca hasta detrás del velo del paladar, acoda la extremidad de la sonda y la dirige á la faringe, impulsa suavemente el instrumento en línea recta y penetra él solo en el esófago, apoyándose siempre en la pared posterior de este conducto. Para evitar la introduccion del dedo se puede conducir la sonda por las fosas nasales hasta la faringe por medio de un conductor encorvado que costea el velo del paladar que se retira cuando la sonda aparece en las fauces.

2.º *Cateterismo por la boca.*—Es solo posible cuando se emplea la candelilla de extremidad olivar gruesa. El sujeto dirige fuertemente la cabeza atrás, el médico deprime la lengua con el indicador de la mano izquierda, que dirige hasta la epiglotis, conduce la sonda á lo largo de este dedo hasta la pared posterior de la faringe, evitando la laringe.

La sonda se inclina ella misma hácia el esófago, el indicador de la mano izquierda se retira solo cuando la extremidad de la sonda pasa al orificio superior de la laringe. Además, la sofocacion inminente y las quintas de tos indicarian el falso camino si la sonda penetrase por las vías respiratorias. Algunos sujetos presentan náuseas violentas é insoportables desde el principio del cateterismo. Si el cateterismo es urgente hay que avanzar á pesar de todo; pero si no, se hacen diversas tentativas para acostumbrar las partes al contacto con el instrumento.

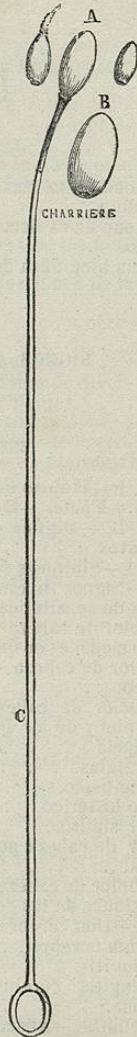


Fig. 126.—Sonda esofágica olivar.

FIN.