

habrá una mengua en la actividad de este órgano y en el segundo una sobreexcitación de la misma. Por fin, respecto al simpático en su porción abdominal diremos que en las afecciones de éste, se observa una constipación pertinaz acompañada de alteraciones en el funcionalismo de las glándulas que hay en la mucosa entérica. De todos modos, reina una gran oscuridad acerca de la Patología, de estas últimas partes del simpático.

## Lección LXXV

**Patología de la inervación medular. Somera idea de las funciones propias de la médula espinal.**—Se halla constituida la médula por dos sustancias esencialmente distintas, la sustancia gris en el centro y la blanca en la periferia. La sustancia gris si se examina en un corte transversal, se observa que está dispuesta en forma de dos medias lunas tocándose por sus convexidades y unidas por la comisura gris, las extremidades de cada una de estas medias lunas se llaman *astas de la médula* y están colocadas unas por delante y otras por detrás, en medio de la comisura hay el canal del epéndimo. La sustancia blanca que envuelve la sustancia gris está dividida en dos mitades por el surco medio anterior y el posterior, en el fondo de los cuales se ven las dos comisuras. Cada mitad de la médula se halla subdividida por la serie de raíces de los nervios raquídeos en 3 cordones: el anterior situado entre el surco medio del mismo nombre y las raíces anteriores, el lateral que reside entre estas y las posteriores y el posterior colocado entre las raíces posteriores y el surco medio posterior. Cada cordón posterior, en sus regiones cervical y dorsal, se subdivide en una porción interna ó *cordón de Goll* y otra externa ó *cordón cuneiforme de Burdach*. Todas las fibras longitudinales de los cordones de la médula espinal pueden agruparse, por sus funciones, en haces distintos.

La médula desempeña importantes funciones por sus diferentes partes. Ante todo es un órgano conductor transmite las impresiones de la sensibilidad táctil por las raíces posteriores á los cordones de este nombre, las incitaciones motoras voluntarias por los cordones anteriores y laterales, la sensibilidad al dolor por la sustancia gris de los cordones posteriores, etc..... Pero no solo sirve la médula como órgano de transmisión sino que es por si sola un verdadero centro nervioso; en efecto posee acción importantísima sobre los reflejos y hasta tiene verdaderos centros de este nombre que son autóctonos por cuanto no dependen de la masa encefálica, tal es el centro cilio espinal, el ano espinal, el vesico espinal, los centros vaso motores, etc.....

**Alteraciones patológicas. Trastornos del poder transmisor de la médula.**—Las alteraciones del poder transmisor de la médula pueden referirse á la sensibilidad y al movimiento. En el primer caso vienen las anes-

tesias, parestesias é hiperestesias. La degeneración de los cordones posteriores medulares, abole la sensación táctil, la de las astas posteriores produce además trastornos tróficos en la piel, la de la sustancia gris en su parte media hace desaparecer la sensibilidad térmica. En la ataxia locomotriz hay hiperestesias é hiperalgesias por haber degenerado los cordones y á veces las raicillas posteriores de la médula.

Los trastornos de la motilidad pueden referirse á excitaciones ó á pérdida de esta función. En el último caso vendrá la paresia ó la parálisis de los músculos á donde van á parar los nervios lesionados ó que arrancan de un punto enfermo. En el primero vendrán espasmos y convulsiones (epilepsia, tétanos, intoxicación urémica).

Hemos dicho algo de la sensación táctil y dolorosa, añadamos aquí que cada una de ellas tiene vías de conducción propias en la médula espinal, la sensibilidad táctil se transmite por los cordones posteriores, la dolorosa por la sustancia gris solamente. De aquí que la degeneración de aquellos determine la abolición de la sensibilidad táctil y que extirpando la sustancia gris haya analgesia por debajo de la parte seccionada.

**Trastornos de su poder reflejo.**—Pueden venir por tres motivos, lo que se deduce de su estudio fisiológico: por alteraciones en los filetes sensitivos ó punto de impresión ó de los centros de percepción ó de los filetes motores. Hay circunstancias que aumentan el poder reflejo medular y otras que lo disminuyen, la excitabilidad exagerada de la sustancia gris de la médula entra en el número de las primeras y puede provocarse por la acción de ciertas sustancias como la estricnina, la brucina, la atropina, etc...; también se presenta en la hidrofobia y en el tétanos. En cambio el poder reflejo de la médula disminuye considerablemente en el apnea. Brown Sequard en ciertas lesiones unilaterales de la médula y Charcot en determinados procesos meníngeos observaron la aparición de convulsiones semejantes en un todo á las de la epilepsia; este fenómeno llamado *epilepsia espinal* no es más que un aumento excesivo en el poder reflejo á consecuencia de una lesión medular.

**Alteraciones del poder trófico de la médula.**—Aunque este punto es poco conocido, no obstante, los datos clínicos nos comprueban la existencia del poder trófico medular y los trastornos que éste puede sufrir. Así en casos de mielitis aparecen algunas veces las úlceras y gangrenas por decúbito que acaban con la vida del sujeto; la alteración medular provoca trastornos en los nervios y éstos dejando de animar los músculos producen en ellos la atrofia, de modo que este proceso cuando radica en las masas musculares se debe muchas veces á alteraciones patológicas de la médula.

**Trastornos de la circulación y de la calorificación debidas á lesiones de la médula espinal.**—En toda la longitud de la médula existen centros vaso-motores, de modo que seccionando aquel órgano y excitando la superficie de sección se estrechan todos los vasos inervados por los vaso constrictores que parten de la médula debajo de la sección. La influencia vaso-

motora se determina asimismo sobre la producción de calor, por tanto siempre que la primera esté trastornada por lesiones medulares, la última también se presentará con modificaciones.

**Trastornos funcionales dependientes de lesiones residentes en los diversos centros medulares.**—Hay en la economía muchos actos funcionales de naturaleza refleja que tienen su centro en la médula espinal. Estos centros reflejos, cuya alteración ha de traer consigo la de las funciones que presiden, son el cilio espinal, el genito espinal, el ano espinal y el vesico espinal. El primero que preside á la dilatación de la pupila, está situado en la parte inferior de la médula cervical, extirpando una mitad de este centro se estrecha la pupila del mismo lado. El genito espinal está trastornado en las mielitis, por esto los que padecen de éstas sufren continuas erecciones y se ven molestados por pérdidas seminales involuntarias. El centro ano espinal experimenta también alteraciones en los mielíticos, como lo prueba la incontinencia de materias fecales que aqueja á estos enfermos. Finalmente, el centro vesico espinal lesionado acarrea desórdenes en la emisión de la orina.

## Leccion LXXVI

**Fisiología patológica del bulbo raquídeo.**—La médula oblongada ó bulbo raquídeo que une la médula espinal al cerebro, presenta muchas semejanzas con ésta, pues no sólo sirve como vía de conducción de sensibilidad y movimiento, sino que tiene centros reflejos elementales y superiores. De estos centros unos se ponen en juego por influencias exteriores, otros son automáticos; el funcionalismo normal de dichos centros está subordinado al cambio gaseoso que ocurre en la circulación de la sangre por la médula oblongada, si este cambio se interrumpe habrá primero actividad de aquellos centros seguida de parálisis de los mismos. Todos los centros no entran en juego al mismo tiempo ni presentan la misma excitabilidad, así el centro respiratorio presenta constantemente una actividad rítmica mientras que el centro convulsivo sólo es excitado en ciertas condiciones anormales. Estudiaremos primero los trastornos que pueden presentarse en las vías de transmisión de la médula oblongada y seguiremos después por los desórdenes consecutivos á las alteraciones de los centros reflejos.

**Alteraciones de la transmisión sensitiva y motriz, de la coordinación refleja, de la respiración, circulación, fonación, deglución, secreción salivar y función glicogénica hepática dependientes de lesiones que radican en el bulbo.**—Sabemos ya que el bulbo raquídeo contiene como la médula espinal vías de conducción para la sensibilidad y el movimiento. Si las alteraciones radican en el plano anterior del bulbo que

como sabemos es continuación de los cordones anteriores medulares, habrá parésias ó parálisis, si asientan en el posterior sobrevendrá el dolor á la anestesia. Pero en la médula hay además un centro de coordinación de los reflejos, que al alterarse produce el desorden de aquellos movimientos; experimentalmente se demuestra que seccionando la médula por debajo del centro mencionado sólo hay reflejos parciales.

El centro reflejo más importante de cuantos existen en el bulbo raquídeo, es el respiratorio que está formado por dos mitades iguales. Está situado detrás del punto de emergencia de los neumogástricos entre el origen de estos nervios y el de los espinales. Divídese el centro respiratorio en un centro inspiratorio y otro expiratorio que funcionan alternativamente y que dirijen los movimientos de los músculos inspiradores y expiradores. Los estímulos que ponen en juego el centro respiratorio consisten en la venosidad de la sangre, conocemos ya los fenómenos de apnea, disnea y asfixia resultantes, el primero de una saturación de la sangre por el oxígeno y los últimos de una falta de este y exceso de ácido carbónico en aquel elemento; pueden presentarse alteraciones del centro respiratorio y las funciones que éste preside, sea por excitación de aquél sea por falta de estímulo. Explicábanse antes todos los desórdenes respiratorios por alteraciones del neumogástrico, no así hoy día en que conocemos los centros inspiratorio y expiratorio y su importancia fisiológica.

La influencia del bulbo raquídeo en la circulación se explica por sus relaciones con la inervación cardíaca. El neumogástrico, nervio enfrenador del corazón, tiene filetes que arrancan del nervio espinal y cuyo centro reside en el suelo del 4.º ventrículo; toda excitación de este centro trae consigo la lentitud de movimiento del corazón, toda parálisis del mismo provoca un desbordamiento del corazón por faltarle el freno á este órgano. Además hay en la médula oblongada un centro acelerador del corazón, no localizado que ha de tener relaciones con el simpático cervical que conforme sabemos posee filetes aceleradores del músculo cardíaco. También existen en la médula oblongada centros vasomotores, de orden superior y de alta importancia.

Ciertos trastornos del bulbo raquídeo inducen modificaciones en la fonación por cuanto los nervios que en ésta intervienen, tienen origen en la médula oblongada. También hay dificultades en la deglución ó parálisis de ésta por alteraciones del bulbo raquídeo ya que este tiene un centro que preside aquella función, situado en el suelo del 4.º ventrículo por encima del centro respiratorio.

Excitando la médula oblongada y permaneciendo intactos la cuerda del tambor y el glosó-faríngeo, se presenta una abundante secreción salival; este aumento de secreción se ve asimismo en las parálisis unilaterales.

Respecto á la función glicogénica hepática recordemos que Cl. Bernard determinaba una glicosuria experimental pinchando el suelo del 4.º ventrículo lo que sirvió para invocar el origen nervioso de la diabetes. De todos modos no hay seguridad acerca de este asunto, pues al paso que unas

veces la puntura del 4.<sup>o</sup> ventrículo basta para provocar la diabetes, en ciertos casos la misma operación sólo exagera la diuresis (poliuria).

**Fisiología patológica de la protuberancia anular.**—En el puente de Varolio tiene lugar el curioso fenómeno de que las lesiones que en él radican, se manifiestan por trastornos funcionales de la mitad del cuerpo del mismo lado. Dejando aparte el poder transmisor de la protuberancia, diremos que toda excitación ó irritación de la misma, determina convulsiones epileptiformes lo que nos hace creer que en la protuberancia anular debe existir la lesión de la terrible enfermedad llamada *epilepsia*; una herida, un traumatismo en el puente de Varolio dan lugar á una serie de convulsiones tónicas y clónicas muy notables. Pero lo más esencial en este punto es lo que se refiere á la *hemiplegia alterna*. Sabemos ya que el entrecruzamiento de las fibras se verifica en la médula espinal, en el bulbo raquídeo y en la protuberancia de modo que se ha completado al llegar á los pedúnculos cerebrales, pues bien en ciertos casos de lesiones unilaterales de la protuberancia, se ha observado la parálisis de la cara del mismo lado y la de los miembros del lado opuesto, este fenómeno se explica admitiendo que los nervios del tronco y de los miembros se entrecruzan por debajo de la protuberancia mientras que las fibras del facial lo hacen en el interior de aquel órgano.

**Lesiones de los pedúnculos cerebrales y de la cápsula interna.**—Las primeras ocasionan fenómenos de irritación traumática seguidos de anestesia y paresia en la mitad opuesta del cuerpo junto con parálisis de los vasos motores, el motor ocular común se halla frecuentemente paralizado (Nothnagel). En cuanto á la cápsula interna las lesiones en su parte anterior provocan la parálisis mientras que las que asientan en su parte posterior abolen la sensibilidad.

**Fisiología patológica de los cuerpos estriados y de los tálamos ópticos.**—La destrucción de los cuerpos estriados trae consigo la supresión de los movimientos voluntarios en la mitad opuesta del cuerpo, acompañada de edema en los miembros paralizados, inflamaciones articulares, alteración del pulso, etc... Por lo que se refiere á los tálamos ópticos se ha comprobado parálisis de los músculos del lado opuesto é imposibilidad de efectuar el juego de expresión de la fisionomía, consecutivas á lesiones de aquellas partes.

**Id. de los tubérculos cuadrigéminos. Id. del cerebelo.**—Las lesiones de los tubérculos cuadrigéminos anteriores ocasionan según su extensión trastornos visuales y falta de reacción de las pupilas á la influencia de la luz, parálisis de los nervios motores oculares comunes y hasta la ceguera. Es un buen signo en estos casos, la marcha insegura y vacilante.

El cerebelo, considerado por la escuela de Gall como el centro del sentido genésico, debe tenerse hoy día como el centro de la gradación delicada y coordinación normal de los movimientos del cuerpo. Flourens ha descrito con gran precisión los resultados de las lesiones y de la extirpación del cerebelo; la abla-

ción de las capas superficiales en el palomo no produce sino un poco de debilidad acompañada de falta de armonía en los movimientos, si se destruyen las capas medias se presenta agitación general y los movimientos son bruscos é irregulares pero no convulsivos, finalmente si se quitan las últimas capas, desaparecen los movimientos aunque persisten las sensaciones, el animal no puede sostenerse y por fin cae en una posición del todo anormal. De estos hechos deduce Flourens que en el cerebelo reside la propiedad de coordinar los movimientos voluntarios. En el hombre las lesiones del lóbulo medio del cerebelo se manifiestan por la marcha insegura, titubeante y un vértigo muy acentuado.

La irritación morbosa de los pedúnculos cerebelosos determina una rotación completa del cuerpo alrededor de su eje longitudinal con desviación de los ojos y de la cabeza del mismo lado.

## Lección LXXVII

**Patología dinámica de los hemisferios cerebrales desde el punto de vista objetivo.**—En los hemisferios cerebrales residen las más nobles facultades del hombre, las funciones psíquicas. Su integridad es necesaria para que se produzcan los fenómenos del pensamiento, de la percepción y de la voluntad pues una vez destruidos, el organismo queda como una máquina y solo funciona por las excitaciones que vienen á obrar sobre él. En los tiempos de Camper se creía ya, que el desarrollo cerebral guardaba relación con el grado de inteligencia. Gall va más allá todavía pues asigna á cada facultad intelectual un punto fijo en la corteza del cerebro y sobre esta base funda el *sistema frenológico* que tan en boga estuvo en ciertas épocas, pero los detractores de la obra de Gall fundándose en lo que creían ellos la observación y la experiencia, afirman que todas las partes de los hemisferios concurren por igual al ejercicio de las funciones cerebrales «basta» dicen ellos fundándose en sus experimentos en los palomos «que una corta porción de los hemisferios cerebrales quede intacta para que puedan manifestarse sus actividades.» Esta teoría fundada por Flourens es admitida hoy en cierto modo por el fisiólogo Goltz para quien una reducida parte de masa cerebral intacta puede suplir la que se ha extirpado.

Pero esta errónea opinión no debía tardar en ser juzgada como merecía. Broca en 1861 le asesta un rudo golpe descubriendo el centro del lenguaje articulado y este bello hallazgo confirmado después por autores de gran valía, va seguido de otros tan importantes que fijan la idea de las *localizaciones cerebrales* admitida hoy por el mundo científico, gracias á los trabajos de hombres tan eminentes como Ferrier, Munk, Charcot y tantos otros que con sus estudios han contribuido á aclarar la misteriosa topografía del cerebro.

**Método de estudio.**—Consideraremos en el hemisferio cerebral dos zonas, una motriz y otra sensitiva, las cuales podrán sufrir varios procesos que no describiremos por no ser objeto de nuestra asignatura, nosotros solo debemos enumerar síntomas y explicar sus causas así como sus resultados. Habiéndose constituido la Patología funcional del cerebro, por trabajos de laboratorio y observaciones clínicas iremos siguiendo las más importantes á medida que vayamos ocupándonos en las diferentes lesiones que forman el objeto de esta lección.

**Lesiones de la capa cortical de los hemisferios cerebrales. Zona motriz. Efectos de las lesiones de carácter irritativo.**—Ya se comprende que las lesiones de la corteza cerebral producirán distintos resultados según las zonas de aquella en que asienten, si radican en la zona motriz pueden deberse á procesos irritativos ó á procesos destructivos. Los autores para provocar lesiones de carácter irritativo, se han valido de excitaciones mecánicas lo cual no tiene gran utilidad, ó bien de sustancias químicas como la úrea, creatina, creatinina, cloruro sódico, ó bien de corrientes eléctricas continuas ó de inducción (Ferrier) debiendo procurarse en este caso que la corriente sea de intensidad moderada porque de ser demasiado enérgica provocaría una exageración en los resultados y si fuese muy débil no habría estímulo. En todos casos las lesiones de carácter irritativo producen espasmos y convulsiones que se diferencian de aquellos que dependen de lesiones medulares en que mientras en estos las alteraciones de movimiento se presentan en el mismo lado del cuerpo en que existe la lesión, en aquellos obsérvanse en la mitad del cuerpo opuesto. Brown Sequard admitía que en ciertos casos los movimientos convulsivos corresponden al mismo lado de la lesión pero esto no tiene importancia puesto que algunas fibras motrices no se entrecruzan en el puente de Varolio. Es muy interesante por lo que atañe al diagnóstico saber si la excitación de los centros motores producida por enfermedades locales puede provocar convulsiones en el hombre; Jackson se pronuncia por la afirmativa y explica del modo susodicho la aparición de convulsiones epileptiformes localizadas y unilaterales (*epilepsia jacksoniana*) que Ferrier y Landois han visto producirse asimismo por excitaciones inflamatorias.

**Id. de las de carácter destructivo.**—La extirpación de los centros motores va seguida, en los animales, de desórdenes en la motilidad de los órganos periféricos correspondientes del lado opuesto; parece ser que estas alteraciones motrices son tanto más pronunciadas y persistentes cuanto más superior es el animal. En el hombre los centros motores paralizados dan lugar á las *monoplejias, hemiplejias y paraplejias*; en el primer caso se pierde el movimiento en una zona extensa del mismo, así tenemos la *monoplejia braquial*, la *braquio-crural*, *facio-braquial*, etc... nombres que nos indican las regiones paralizadas, en la hemiplejia hay parálisis de medio cuerpo lo cual la distingue de la monoplejia que no alcanza esta extensión, por fin en la paraplejia se presenta la parálisis de medio cuerpo abajo. La *afasia atáxica ó hemiparesia oro lingual* de Ferrier consiste en la imposibilidad de la coordinación motriz de las palabras,

cada vez que el enfermo quiere hablar abre los labios, hace muecas pero sólo profiere sonidos inarticulados; los músculos de la fonación están intactos, entienden lo que se les dice y hasta pueden escribir sus ideas pero han perdido por completo la facultad de articular las palabras. En pos de ciertas irritaciones de la zona cortical hay contracturas de los miembros (*contracturas consecutivas*) que han sufrido espasmos y convulsiones; estas contracturas anuncian un trabajo degenerativo causado por la acción sobrada enérgica del estímulo que hasta entonces sólo había producido irritación.

**Lesiones de la zona sensitiva.**—La excitación de la zona sensitiva del cerebro dará por resultado la *hemianestesia*, aquí hay que advertir que según las lesiones sean corticales ó de la cápsula interna, obtendremos resultados distintos; estas últimas no tienen compensación funcional al contrario de lo que ocurre en las primeras.

**Trastornos de los centros psíquicos.**—El centro de la visión ó *psico-óptico* reside en el lóbulo occipital del cerebro y particularmente en la primera y segunda circunvoluciones de aquél, así como en la parte superior del lóbulo triangular. Compruébase esta localización por varios hechos puesto que en sujetos ciegos desde largo tiempo y en algunos que tenían ausencia congénita de los ojos se ha observado la atrofia de los lóbulos occipitales. Toda alteración del centro psico-óptico acarrea trastornos visuales que consisten en la amaurosis ó ceguera del ojo opuesto siempre y cuando la destrucción es total, si esta es parcial el desorden en la visión sólo es pasajero; se ha dicho en este caso que el hemisferio opuesto compensaba el trastorno funcional, lo que en manera alguna podemos admitir pues haciendo el experimento en ambos hemisferios sucede lo mismo, esto es, que la visión se restablece. También se encuentra en el cerebro el centro psico-acústico, el de la sensibilidad en la nuca, en las extremidades, tronco, etc...

En las circunvoluciones frontales hay centros motores cuya alteración produce espasmos, convulsiones y parálisis, según cual sea la causa. Destruyendo los lóbulos frontales en los monos hay alteraciones psíquicas, el animal cambia de carácter, de modo de ser, ya no es juguetón como antes sino que permanece como estúpido. Es digno de mención el hecho observado por Charcot, Ferrier, Pitres y otros de que en ciertos casos las lesiones en la región frontal anterior no van acompañadas de trastornos motores ni de desórdenes de la sensibilidad.

En cuanto á los efectos de la destrucción de los lóbulos occipitales ya hemos visto que consistían en desórdenes de la visión.

**Lesiones del centro oval de Vieussens.**—En este caso se observan alteraciones notables de la motilidad.

## Leccion LXXVIII

**Fisiología patológica del cerebro desde el punto de vista psicológico.**—Ya sabemos que en el cerebro residen las facultades psíquicas á

más de los centros motres y sensitivos ya mencionados, por tanto un trastorno cerebral no solo puede dar lugar á desórdenes en la sensibilidad y el movimiento sino que puede alterar las facultades intelectuales. Hemos tratado ya de los primeros, ocupémonos ahora de los segundos que son si cabe más importantes y que constituyen verdaderas especialidades; en nuestra asignatura no nos entendremos, como es de suponer, en describir los diversos procesos resultantes del trastorno de las funciones psíquicas, sino que iremos recogiendo síntomas y explicando su génesis dejando lo demás para la Psiquiatría donde tiene su verdadero lugar.

**Facultades psíquicas. Sensibilidad. Modificaciones de la percepción consciente.**—La facultad del sentir comienza ya antes de nuestro nacimiento aunque de un modo no bien definido (Kussmaul); en efecto el niño nace provisto en cierto grado del sentido del tacto y del gusto así como de una intuición rudimentaria del espacio. Pero este simplicísimo grado de sensación va asociado después con la actividad del sistema nervioso correspondiente y se diferencia en dos facultades: la *percepción* y la *sensación*, y si la primera, forma la base de nuestro mundo intelectual, la última nos relaciona con el exterior. En estas dos facultades se encierran todas las categorías del placer y del dolor, que han de proporcionar á la conciencia los datos de orientación para su desenvolvimiento normal ó en otros términos que han de establecer el grado del estímulo dentro del cual es posible la función del sentido.

Las alteraciones de la sensibilidad acompañan á todos los procesos, estas anomalías del sentir pueden manifestarse por exageración ó por debilidad. Lo primero es asaz frecuente, predominando unas veces sobre el cuadro de la enfermedad y otras notándose solo al principio de la misma; lo último es un síntoma general de los estados depresivos del espíritu.

Entre las modificaciones patológicas de la percepción consciente debemos distinguir como lo más importante, el estudio de las ilusiones y de las alucinaciones. La *ilusión es una percepción falsa y engañosa pero que para traducirse en acto tiene necesidad de un objeto exterior*, mientras que la alucinación consiste en la *aparición corpórea de una imagen de origen subjetivo acompañada de sensaciones específicas á la misma correspondientes*; de todos modos el aspecto exterior y el ropaje material con que se revisten las sensaciones es el mismo en ambas. También es fácil que las ilusiones pasen á alucinaciones y vice-versa.

**Trastornos de la noción de la personalidad psíquica.**—El Yo conciencia perfeccionado es una monarquía constitucional en la que el monarca durante el sueño deja de ejercer su poder. En una jerarquía inferior se disponen sucesivamente las variadas series de imágenes al lado de aquel y aun cuando estas sufran cambios en su contenido con la evolución del entendimiento, no obstante, siempre se conservarán los círculos concéntricos entretenidos por la corriente inervadora del Yo. En cuanto á la conciencia considerada empíricamente indica siempre poder y unidad; en estado patológico preséntanse en la misma alteraciones que son la *conciencia doble* y el *Yo múltiple*. Consiste lo

primero en un cambio de conciencia en varias psicosis durante las cuales alternan la melancolía y la locura, Schüle refiere el caso de una joven que estando muy alegre y jugueteando con toda clase de conversaciones picantes y licenciosas se presentaba al día siguiente como una silenciosa y digna matrona, conservando una extrema claridad de juicio. En el *Yo múltiple* el enfermo vive de diferente modo en la misma persona no ya separadamente en forma de ataques, sino en el mismo instante.

**Cambios de la emotividad.**—La emotividad puede exaltarse ó disminuir considerablemente, pertenecen al primer caso todos los estados psíquicos de excitación, en estos hay un juego incesante de todos los movimientos acompañado de una producción exagerada de fuerza desarrollada con gran precisión y oportunidad; en la emotividad apagada (apatía) el enfermo está falto de iniciativa y una vez recibida esta trabaja mecánicamente y sin interrupción divirtiéndose como un niño. Leubuscher habla de un enfermo, experto dibujante, que estuvo seis meses para dibujar la imagen de un apóstol, pasando varias horas al día con el lápiz en la mano, delante de la estatua. Encuéntrase también otra forma de la apatía en la que el enfermo no obra sino en virtud de un impulso interno y solo piensa y siente en una dirección dada, así el melancólico está absorto en su padecimiento y para él no existe nada más ni piensa en otra cosa.

**Influencia que en la esfera de la intelectual ejercen las alteraciones del sensorio.**—Las neurosis de la sensibilidad influyen en la esfera psíco-sensitiva; todo nervio sensitivo afectado debe tener y tiene, en virtud de su acción solidaria con la resultante de la sensación común, una función psíquica determinada y así como hay anomalías que tienen su origen en la capa cortical de los hemisferios, también las hay dependientes de alteraciones en el bulbo raquídeo, en la médula ó en los nervios periféricos. Una hiperestesia sensitiva grave que provenga de un centro intracortical atacará á veces violentamente la conciencia, á esta clase de alteraciones sensitivas corresponden los casos en que los enfermos se creen muertos y no sienten su cuerpo como propiamente suyo; Foville cuenta de un soldado que después de la batalla de Austerlitz en donde fué herido se creía muerto y hablaba siempre en tercera persona. Las hiperestesias y las anestias de los nervios de los sentidos desempeñan un papel importante en las afecciones psíquicas del cerebro, la excitación morbosa de los nervios óptico, acústico y olfatorio hace que el enfermo conozca á las personas solo por el olfato, se encierre en habitaciones oscuras para huir de la luz, etc.

**Trastornos de la inteligencia y el juicio. Delirios.**—Hay varias formas de delirio, el agudo no es más que una serie de síntomas clínicos de inmensa gravedad y pronóstico desfavorable. Los síntomas del delirio agudo presentan dos variedades, 1.º irritación cerebral intensa acompañada de congestión, 2.º agotamiento cerebral agudo con anemia. El delirio sistematizado crónico presenta asimismo varias formas, tales son el delirio de las persecuciones, el delirio ambicioso, etc..... También hay formas especiales de delirio como la *catatonía* en la que hay rigidez muscular y obtusión para las percepciones exteriores.

**Decaimiento de las facultades intelectuales. Demencias.**—La locura debe ser considerada como *una enfermedad del Yo con su substratum anatómico, determinada por una afección cerebral*, es pues esencialmente un desorden psicológico. El signo principal es una debilidad más ó menos profunda de todas las facultades psíquicas, el enfermo sólo conserva la vida vegetativa. El juicio y la comprensión están de tal manera apagados que muchas veces es imposible toda apreciación clara y exacta; otras veces la concepción es demasiado confusa para que pueda dar lugar á un juicio aún dentro de los límites más reducidos. El carácter está representado por una indiferencia apática que hace progresos á medida que el mal va en aumento hasta que acaba por una inmovilidad moral é indiferencia absolutas. Desaparece el sentido moral, no quedando sino un refinado egoísmo que á su vez acaba por extinguirse, permaneciendo el enfermo indiferente al hambre y al sueño como al frío y al calor. A veces se conservan tendencias de la vida moral anterior que pueden manifestarse con cierta violencia. También se presentan terrores vagos é inexplicables, apetitos sensuales repugnantes, etc... La mímica y la expresión de la fisonomía acusan una pasividad completa ó bien el enfermo mira con curiosidad y asombro, la boca abierta de continuo salivea abundantemente, las ventanas de la nariz llevan la gota de moco próxima á caer. En ciertos casos la actitud es de cansancio ó bien de inmovilidad muy característica. Hay asimismo trastornos de la nutrición general, unas veces las heridas se cicatrizan difícilmente mientras que en ocasiones sorprende su rápida curación, la piel puede atrofiarse y descamarse, la úrea y los cloruros disminuyen en la orina, el pulso es frecuente y débil. La sensibilidad está siempre disminuída en los períodos avanzados sobre todo la sensibilidad para el dolor.

**Perturbaciones de la memoria.**—Los desórdenes de la memoria no son del todo bien conocidos, con todo parece que guardan relación con la gravedad de la alteración psíquica. La isquemia cerebral que produce la falta de nutrición en la masa encefálica, acarrea una pérdida de la memoria. La juventud aviva la excitabilidad de la memoria como la vejez la debilita, las afecciones corticales profundas del cerebro obran del mismo modo que la senectud. Ni la epilepsia, ni el alcoholismo grave, ni las caídas sobre la cabeza, ni las heridas de esta última dejan huellas funestas para la memoria.

**Cambios patológicos de la voluntad.**—Puede haber una exageración morbosa del acto volitivo ó una disminución patológica del mismo. En el primer caso tenemos los actos violentos en particular el *furor*, conservándose la forma psíquica aparece como un movimiento espontáneo de la armazón cortical á consecuencia de un aumento en la corriente de inervación. El estado irritativo funcional en que se encuentra la corteza del cerebro durante un acceso de furor sirve de transición á un estado inflamatorio de aquel órgano, propio de la *mania*; hay un sentimiento de bienestar muscular que procede algunas veces á falsas percepciones, el enfermo cree que puede hacerlo todo y se considera omnipotente, tiene una concupiscencia continua y una pasión desenfrenada. Opuesta

á la exageración morbosa de la voluntad, tenemos la *abulia* caracterizada por una falta de voluntad y de actos reflejos en la esfera psico-motora; el enfermo trabaja y se mueve con dificultad, necesita que le ayuden en todo y no se apresura por nada ni sufre cuidado alguno. No siempre la abulia es total sino que algunas veces se limita á un aumento en ciertas tendencias y deseos que acompaña al retroceso de la actividad cerebral; muchos crimenes cometidos por idiotas ó personas de cortos alcances obedecen al impulso irresistible del hambre ó del instinto sexual. En el *estupor* hay un embotamiento general de la inervación psico-motora; puede aparecer lentamente ó de un modo rápido. Su naturaleza fisiológica es aún desconocida, tal vez se trate de un trastorno en la constitución molecular de las células ganglionares con un aumento en la resistencia de la región central y un desorden en la región periférica por descarga imperfecta de los estímulos. En los estados congestivos del cerebro aparece el estupor en el período prodrómico, en los períodos avanzados de manías graves puede anunciar el tránsito á la curación.

**Torpez general de las facultades psíquicas.**—El *sopor* es un sueño profundo pero patológico que depende de trastornos mentales. En cuanto al *coma* consiste en una suspensión momentánea de la inteligencia, así en la epilepsia el sujeto permanece de vez en cuando silencioso y meditabundo, quedando arrobado entonces en varios ensueños y alucinaciones, pero después de este período vuelve el enfermo á su modo de ser primitivo. El *letargo* es también un sueño anormal, obsérvase en las histéricas y puede conducir al estado llamado *catalepsia* en la que el paciente conserva la inteligencia, pero después aparece la rigidez muscular seguida de contracturas de todas las regiones musculares por las que pasamos la mano.

## Lección LXXIX

**Patología de la fonación. Influencias determinantes de las alteraciones que sufre dicha función.**—Desde los trabajos de Broca sabemos que el centro del lenguaje articulado reside en las circonvoluciones anteriores y especialmente en la tercera circonvolución frontal izquierda, por tanto las lesiones de este centro producirán la abolición ó el trastorno de la facultad de articular las palabras. Aquí debemos hacer notar que el hecho, sólo se comprueba por observaciones clínicas y exámenes necrópsicos, dada la imposibilidad de experimentar; con todo, Ferrier excitando los lóbulos frontales en el perro consiguió producir en éste movimientos en la lengua, carrillos, etc... el animal chillaba al propio tiempo.

El centro del lenguaje articulado aunque reside especialmente en la 3.<sup>a</sup> circonvolución frontal izquierda hállase también en la derecha y la prueba está en que puede suplir á la anterior cuando esta última se halla lesionada.

**Patología del lenguaje. Idea general del lenguaje.**—Varios factores son necesarios para el lenguaje: en primer lugar el movimiento ordenado de la lengua, 'abios, carrillos, etc., junto con el ritmo respiratorio normal; además se necesita la memoria de los nombres que se dan á las ideas y por fin es indispensable la correlación exacta entre ambos. Cualquier trastorno en estos factores dará lugar á alteraciones del lenguaje que iremos reseñando sucesivamente.

**De la afasia. Definición. Formas de la afasia.**—Llámase *afasia*, la imposibilidad de hablar ó de poder articular las palabras debida á una lesión en el centro del lenguaje articulado. Conócense diferentes formas de afasia, entre ellas tenemos la *afasia atáxica* en que el individuo no puede verificar los movimientos coordinados para hablar, aunque conserva la idea del nombre de las cosas y hasta es capaz de escribirlo. En la *afasia amnésica* las palabras se han borrado de la memoria, pero basta que el enfermo las lea ú oiga pronunciarlas para que recuerde su significado; otras veces aunque las palabras existan en la memoria se ha perdido la relación entre estas y la idea que representan. Consiste la *parafasia* en la imposibilidad de unir convenientemente las imágenes de las palabras con sus ideas, de suerte que en lugar de palabras que responden al sentido de lo que queremos expresar, surgen otras contrarias ó incomprendibles. La imposibilidad de arreglar gramaticalmente las palabras se llama *agrammatismo*, en la *acatafasia* las palabras no pueden colocarse en la frase según la sintaxis.

**Lesión cortical productora de la afasia. Coincidencia de la afasia con la hemiplejia ó monoplejia derechas: explicación.**—El hecho de que nos sirvamos de la mano derecha indica una estructura más delicada en el centro motor del extremo torácico en el hemisferio izquierdo porque los individuos diestros son *zurdos del cerebro* (Broca). La mayor parte de los hombres hablan con el hemisferio izquierdo (Kussmaul), pero hay excepciones, se han señalado en efecto casos de sujetos zurdos en los cuales la pérdida del lenguaje articulado sobrevénia á consecuencia de lesiones en el hemisferio derecho (Jackson). Las lesiones del centro en cuestión han de trastornar el lenguaje articulado ocasionando la afasia. El hacecillo motor del lenguaje articulado parte del pie de la 3.<sup>a</sup> circunvolución frontal, pasa á lo largo del borde superior de la insula, se introduce profundamente en el hemisferio, atraviesa el pie del pedúnculo cerebral izquierdo y la mitad de este mismo lado de la protuberancia para llegar al bulbo raquídeo donde se encuentran los nervios motores que presiden á la articulación de la palabra (trigémino, facial, neumogástrico, hipogloso mayor, nervios respiratorios).

**Influencia de la afasia en la ideación.**—Es bien manifiesta. Hay alteraciones de la palabra en ciertas afecciones psíquicas del cerebro; la forma primitiva de la sustancia cortical (psíquica) puede hacerse motora (articulatoria) principalmente en la demencia parálitica. Algunos imbéciles se valen de neologismos para expresarse; Martini observó que cuanto mayor era el número de

consonantes de que estos constaban tanto más alterada estaba en ellos la conciencia.

**Compensación relativa de la afasia. De la bradyfasia.**—La afasia puede compensarse en cierto modo en determinados casos. Zenker describió de un modo acabado esta compensación psíquica para estos obstáculos motores, hay gestos en la cara y se hacen movimientos con las manos para disimular el efecto motor mediante un empleo de fuerza exagerado. Por regla general este empleo de fuerza no guarda relación con el que se necesita, de aquí que al entorpecimiento de la palabra acompañe cierta mímica que llega á imitar los movimientos del coréico.

La *bradyfasia* no es más que una pronunciada lentitud en el hablar, según Zenker va acompañada algunas veces de verdadera balbucencia con alteración de la voz y su timbre, Westphal refiere de un sujeto que presentó como prodromo de la parálisis la pérdida de su voz de tenor.

Otras veces el enfermo habla de un modo tan precipitado que apenas se le entiende (*tumultus sermonis*), la causa parece ser igualmente una lesión cortical.

**De la agrafia. De la dislalia y alalia. De la disartria.**—Si el enfermo no puede coordinar los movimientos necesarios para escribir las palabras se produce la *agrafia atáxica*, algunas veces el paciente al querer expresar sus ideas en el papel solo traza rasgos incoherentes. También hay *agrafia por ceguera verbal* en que el enfermo no puede copiar, pero puede escribir al dictado y *agrafia por sordera verbal* en que ocurre lo contrario, es decir, que el enfermo solo puede escribir copiando, pero no al dictado.

En cuanto á la *dislalia* y *alalia* diremos que la primera es el desorden en la palabra dependiente de un trastorno en la formación de los sonidos, en la *alalia* hay imposibilidad absoluta de hablar por no poder articular los sonidos. Digamos de paso que estos trastornos son muy raros.

La lesión parcial del hacecillo motor del lenguaje articulado acarrea trastornos más ó menos grandes en el mecanismo de la articulación de la palabra, constituyendo la llamada *disartria*.

**De la tartamudez. De la sordomudez.**—La primera es una neurosis de la articulación de la palabra, conservándose íntegro el aparato externo de la voz; hay, en una palabra, una especie de ataxia al hablar. Acerca de las causas de la tartamudez se había invocado la consanguinidad en los matrimonios, pero el recaer aquella en sujetos hijos de matrimonios no consanguíneos ha echado por los suelos aquella errónea opinión; hoy se cree que depende de lesiones de carácter irritativo de la corteza cerebral especialmente en los lóbulos frontales.

Acerca de la sordomudez que tiene relaciones con el mutismo, pues no todos los mudos son completamente sordos, poco es lo que sabemos como lo prueban las múltiples causas que se le han asignado. No tenemos datos de gran valía para resolver este punto y los trabajos experimentales solo son hechos estadísticos.

# CLÍNICA GENERAL

---

## Leccion LXXX

**Clínica general. Concepto y carácter de esta parte de la asignatura. La enfermedad considerada como realidad objetiva.**—La Clínica (palabra derivada de la voz griega *kliné*, cama) es el estudio de la enfermedad en el individuo enfermo, diferenciándose en esto de la Patología que la estudia sin referirse directamente al sujeto sino de un modo más abstracto. Divídese la Clínica del mismo modo que la Patología en general y especial según trate del género enfermedad ó de las diferentes especies de esta.

Algunos han considerado la Clínica como *la parte práctica de la Medicina* lo cual es un craso error porque toda la Medicina tiene carácter práctico, solo que en Patología se estudia el género enfermedad de un modo más filosófico y con carácter más científico. La Clínica es una aplicación de la Antropología así como la Patología lo es de la ciencia biológica.

La Clínica trata de la enfermedad considerada como realidad objetiva puesto que la estudia en el individuo mismo así como en Patología solo se estudia la enfermedad para conocerla, investigando el *como* de los fenómenos. La Patología ha nacido de una ley intelectual así como la Clínica de una necesidad humana, cual es curar al enfermo. De aquí los dos aspectos de la Medicina, el inmediatamente práctico y el especulativo. Sabemos ya que toda enfermedad empieza por un trastorno nutritivo que no puede observarse; el cual si existiera solo, no daría lugar á la existencia de la Clínica, pero como este desorden nutritivo acarrea subsiguientemente la alteración anatómica y el trastorno funcional, aparecen multitud de hechos que lo mismo pertenecen al dominio de la Clínica que al de la Patología.

**Manera como se manifiestan en Clínica las desviaciones patológicas.**—El primer hecho morboso consiste como ya sabemos en un trastorno nutritivo, viniendo después la lesión anatómica y el desorden funcional. Estas alteraciones estáticas y dinámicas las utiliza la Clínica para cumplir su cometi-

do, ya que aquellos se reconocen por ciertos fenómenos físicos y químicos que se ponen de manifiesto. Un enfermo que tenga fiebre presenta mayor temperatura, pulso frecuente, rostro coloreado, orines encendidos, etc... en una palabra, cambios físicos. En cuanto á los químicos también se reconocen por el análisis; así en el individuo antes citado, la fiebre puede reconocerse también por el examen de las orinas en las cuales han aumentado los uratos; también puede reconocerse en otros enfermos la presencia en la orina de azúcar ó de albúmina, etcétera... lo que revela importantes alteraciones anatómicas y fisiológicas.

**Elementos de que se compone la observación clínica.**—Son dos, el *físico* ó de observación y el *clínico* ó de relación. Es decir que primero se observan los cambios físicos y químicos que se realizan en la economía del enfermo y después se relacionan con el desorden orgánico que los produjo. Así p. ej.: si al auscultar el corazón en vez del sonido de tic-tac característico se percibe otro de mayor duración, deberemos averiguar que clase de ruido es, en que tiempo se verifica (elemento físico), si llegamos á conocer que este cambio se debe á una insuficiencia mitral, tendremos el *elemento clínico*. Apréciase el primer elemento por la observación y el examen así como el conocimiento del segundo se obtiene por el estudio, valiéndose de la experiencia propia y de la adquirida. De todos modos tan difícil es el uno como el otro y se pueden observar muy bien los hechos sin saber referirlos. Conociendo el primer elemento si es buen explorador, con el segundo buen clínico; generalmente el que sabe explorar bien diagnostica acertadamente.

**Importancia de la Clínica. Necesidad de su estudio.**—No siendo científica la Clínica sino meramente práctica, el que quiera saber Medicina por gusto no tiene necesidad de ella, en cambio el que quiera ejercer la profesión no puede menos de saberla. Los médicos, más éxito obtendrán sabiendo mucha Clínica que dominando bien la Patología; leyendo libros tan solamente no se puede visitar, es necesario además ver enfermos. En una palabra la Clínica aunque de importancia puramente profesional es de todo punto necesario para cumplir el fin que se propone la Medicina.

**Método de enseñanza.**—Es puramente de observación ya que la experimentación no puede practicarse por vedarlo la moral y el Código. No es ciencia la Clínica por no tener verdades propias, ni método de estudio particular, pues sus principios los tiene prestados de la Biología, es tan solo arte, y arte de observación y aplicación, ella aplica los conocimientos de otras ciencias al estudio de la enfermedad en el individuo. Este carácter quería darse antes á la Medicina toda, lo que en manera alguna podemos aceptar, pues no es toda de observación sino que la experimentación entra por buena parte en ella como ocurre en la Patología.

**División de la Clínica general.**—Divídese la Clínica general en tres partes á saber: la *Semiopsis* que trata del examen del enfermo y de los cambios patológicos que éste ha sufrido, la *Diagnosis* que se ocupa en los trastornos que han originado los fenómenos apreciables en Clínica es decir que clasifica la en-

fermedad, y por fin lá *Prognosis* que nos da reglas para conocer la marcha evolutiva de la enfermedad y su terminación probable.

## Leccion LXXXI

**Semiopsis. Deficiencia. Doble aspecto clínico de la Semiopsis.**—*Es aquella parte de la Clínica que trata de los caracteres y datos de la enfermedad estudiando los cambios físico-químicos de nuestra economía. Deriva su nombre del griego semeiōn signos y optos ver, significando por lo tanto examen de los signos.*

Puede considerarse la Semiopsis desde dos puntos de vista. ó investigando sencillamente los caracteres ó bien averiguando lo que estos significan; con lo primero tenemos la *Sintomatología*, con lo segundo la *Semeyótica*.

**Sintomatología. Síntomas. Teoría de los síntomas. Manera de adquirirlos.**—El estudio de las características externas de la enfermedad comprende tres partes: 1.º, estudio del fenómeno en sí como hecho sensible; 2.º, estudio genético ó mecanismo productor del fenómeno, 3.º, investigación del desorden anatómico causante de todas estas variaciones. A semejantes variaciones se les da el nombre de *síntomas*, de modo que estos no son sino hechos ó alteraciones físico-químicas apreciables. Llámase *signo* el conjunto de síntomas relacionados con la especie morbosa. Los síntomas pueden ser subjetivos y objetivos, estáticos y dinámicos, primarios y secundarios, locales y generales, principales y accesorios; sean cuales fueren su estudio corresponde á la Semiopsis. Para reconocerlos tiene dos procedimientos el médico; á saber: el interrogatorio y la exploración clínica.

**Interrogatorio. Su importancia. Procedimientos que se usan en el acto de interrogar á los enfermos.**— Llámase interrogatorio el acto en virtud del cual preguntando al enfermo, venimos en conocimiento de datos ó cambios físico químicos que no podríamos obtener por otro medio. La exploración clínica vale mucho más, pero de todos modos el interrogatorio tiene su importancia, hay muchos enfermos que no saben explicarse y es de incumbencia del médico el *escudriñar* la enfermedad. Además el interrogatorio establece en los hechos un orden regular dando á cada uno el valor que le corresponde. Supone siempre cierta ilustración y perspicacia en el médico y sólo viendo muchos enfermos es como uno puede perfeccionarse en este arte.

Dos son los procedimientos que se usan para interrogar al paciente, el *anamnésico* y el *actual*. Por el primero preguntamos acerca de los hechos fisiológicos y patológicos que se han ido sucediendo hasta el momento en que observamos el enfermo. Este método debido á Bouillaud ofrece el inconveniente de los prejuicios en que se cae por opiniones fundadas *a priori*, pero tiene la ventaja de que con el, se sigue mejor la evolución de la dolencia.

El método *actual* consiste en interrogar al enfermo respecto á su estado en el preciso momento en que le hallamos y en verificar al mismo tiempo la exploración clínica, preguntándole después por su estado anterior. Este procedimiento fundado por Rostan ofrece también sus ventajas, pues con él evitamos los prejuicios que nos inducen á error.

Nosotros seguiremos el primer método para las enfermedades internas y crónicas, reservando el segundo para las afecciones quirúrgicas y las agudas. En general debe empezarse el interrogatorio con estas preguntas: ¿De qué se queja usted? ¿Donde tiene V. el mal? ¿Cómo enfermó? Por las respuestas podemos conocer si la enfermedad es aguda ó crónica. El interrogatorio debe saberse hacer con orden pues de lo contrario se pasa mucho tiempo sin sacar nada en limpio. A veces es difícil el interrogatorio por varias razones: 1.º, por la torpeza del enfermo; 2.º, por haber perdido el conocimiento el sujeto que deseamos examinar, en cuyo caso tenemos que recurrir á la familia, criados, etc.; 3.º, por el interés que tienen algunos individuos para disimular su estado ú ocultarlo, v. gr.: en las jóvenes que quieren casarse sin haber tenido nunca la menstruación; 4.º, en los sujetos extranjeros; 5.º, en los que simulan enfermedades ó exageran leves males, como ocurre con los reclutas que simulan la sordera, hemoptisis, epilepsia, etc. En estos casos como hemos dicho es obvia la dificultad del interrogatorio y su poca utilidad práctica, por esto creemos preferible la exploración clínica. Con todo el primero no deja de tener su importancia pues por él apreciamos los síntomas subjetivos.

## Lección LXXXII

**Exploración clínica. Condiciones que ha de reunir.**—Sirve la exploración clínica para apreciar los síntomas objetivos así como el interrogatorio nos servía para los subjetivos. Es más importante que el último y debe reunir varias condiciones á saber: exactitud, precisión y minuciosidad. La primera es absolutamente necesaria, pues si los datos no son exactos, el diagnóstico que de ellos se deduzca será erróneo. La precisión es si cabe más importante, debiendo ir acompañada de la veracidad, hermosa cualidad moral que jamás debe abandonar el médico para que no se le acuse de mala fe; así no se exagerará la importancia del padecimiento para dar mayor mérito á la curación, esto sobre ser altamente repugnante da lugar á errores en la estadística. No podemos dispensarnos también de examinar con cuidado todos los órganos enfermos á fin de que no falte ningún detalle. Tampoco nos contentaremos con examinar el órgano ú aparato que esté afectado sino que reconoceremos los demás, relacionando esta investigación con la primera. Finalmente es útil re-

petir las exploraciones pues pocas son las dolencias que se diagnostican al primer examen, de un modo patente.

**Reglas que deben seguirse en el acto de la exploración clínica.**—Ante todo la atención del explorador debe estar fija tan sólo en el enfermo, sin estar preocupado por otras ideas. Se prescindirá asimismo de todo prejuicio de escuela como de toda exageración sistemática; el médico debe tener presente que los hechos siempre son los mismos por más que varíe el modo de apreciarlos, según los tiempos. La comodidad es de rigor tanto por parte del médico para que pueda apreciar todos los síntomas, como por parte del enfermo para que se preste á la observación. También hemos de tener en cuenta que este es una entidad moral cuyas ideas y preocupaciones deben respetarse como sus creencias religiosas. El médico debe estar dotado de altas cualidades morales, entre las que debe figurar en primera línea la honradez pues se le confían á veces secretos que atañen la honra de algunas personas; debe resistir los apetitos sensuales respetando el pudor en la mujer y por fin debe ser cortés, amable y sencillo, lo mismo con el rico que con el pobre puesto que ante el dolor todos los hombres son iguales.

**Educación de los sentidos.**—El médico debe tener sus sentidos en perfecto estado fisiológico y además avezados á la observación clínica, condición la última que sólo se obtiene por la práctica. De todos los sentidos el más importante sin duda alguna es el de la vista que nos sirve para apreciar el aspecto del enfermo, la contracción y dilatación pupilares, etc. Viene después por orden de importancia el oído mediante el cual venimos en conocimiento de las macideces, soplos, estertores, etc. El tacto nos indica la consistencia y temperatura de ciertas partes. Por fin el gusto y el olfato tienen poca importancia pues se les reemplaza con ventaja en varias ocasiones por los reactivos químicos.

Pero no basta que el práctico tenga expeditos sus sentidos es preciso que los tenga habituados á la observación, siguiendo con ellos un orden de examen del enfermo; precisa asimismo que interprete los fenómenos de que es testigo dándoles un valor científico. Si las primeras aplicaciones de los sentidos son siempre empíricas, en cambio con la costumbre uno se perfecciona educándolos gradualmente. Además los diversos instrumentos de que hoy disponemos son auxiliares eficaces de la observación.

Respecto el modo de proceder en la exploración es el siguiente: una vez conocido por el interrogatorio el órgano que sufre, se examina éste, luego los demás que están con él relacionados y por fin el resto de la economía. En ciertos casos hay que alterar este orden porque á más de las relaciones anatómo-fisiológicas que los órganos tienen entre sí, hay relaciones patológicas, con las que contaremos, para examinar de una vez todos los órganos que la misma causa morbosa haya podido dañar.

**Métodos generales de exploración clínica.**—Son los siguientes; inspección, palpación, medición, percusión, auscultación, succusión, análisis químico y análisis microscópico. Los iremos considerando por orden.

1.º *Inspección*.—Es el procedimiento más antiguo y el más común, consiste en el examen por medio de la vista ya sea sola ya auxiliada por medios á propósito ó sea diversos instrumentos que la física nos proporciona. El mismo análisis microscópico no viene á ser más que una inspección.

2.º *Palpación*.—Tiene casi tanta aplicación como el anterior y puede ser *mediata ó inmediata*, sirviéndonos en este último caso de la exploración manual y en el primero de instrumentos á propósito. Sirve la palpación para encontrar la resistencia de los órganos, su temperatura, sensibilidad, etc. Puede referirse á este procedimiento la *succusión hipocrática* que consiste en mover bruscamente el cuerpo para oír el movimiento de los líquidos contenidos en una cavidad.

3.º *Medición*.—Tiene poca importancia práctica pues sólo se aplica en contados casos; se lleva á cabo por medio de compases: cintas, etc.

4.º *Percusión*.—Procedimiento muy notable que nos sirve en la mayoría de ocasiones como base del diagnóstico. Consiste en golpear una parte del cuerpo para apreciar el sonido que se produce y puede ser *directa ó indirecta*, en el primer caso nos valemos sólo de la mano, mientras que en el segundo interponemos algún cuerpo entre nuestro órgano manual y la región que examinamos. Data este método del siglo anterior.

5.º *Auscultación*.—Es de importancia superior figurando en este concepto al lado de la percusión. Consiste en buscar con el oído, los diversos ruidos que se producen en el interior del cuerpo y puede ser *directa ó indirecta*, valiéndonos en el primer caso solamente del oído y en el segundo de instrumentos auxiliares. Data de principios de este siglo.

6.º *Análisis químico*.—Es un poderoso auxiliar y hasta por él tan solo, diagnosticamos ciertas afecciones.

7.º *Análisis microscópico*.—Sirve para confirmar los resultados de los demás métodos, corroborando el diagnóstico.

## Lección LXXXIII

**Del hábito exterior del enfermo. Partes que comprende.**—Comprendemos con el nombre de hábito exterior del enfermo, *el conjunto de síntomas que se deducen de la sola inspección del enfermo* en una ojeada general. Así cuando vemos un individuo flaco, anheloso, pálido y que tose de continuo, nos figuraremos ya que sufre del pecho, si observamos otro que tenga que permanecer sentado en la cama, con respiración fatigosa y color amarillado, tendremos motivos para creer que nos encontramos en presencia de un cardíaco.

Las partes que comprende este primer examen son las que se refieren á la piel, posición del sujeto, configuración general del cuerpo y modo de andar.

**Examen de la piel. Cambios de coloración de la superficie cutánea.**—El más importante de los factores que entran en el examen del hábito exterior del enfermo es sin duda la observación de la piel, ella nos lleva muchas veces por el camino que ha de conducirnos al diagnóstico y además es la primera operación que practicamos al ver el enfermo, pues antes que nada nos fijamos en el estado de su piel.

La superficie cutánea especialmente la de la cara es en nuestra raza de color blanco rosáceo por los capilares que bajo ella circulan, esto en estado sano. En estado patológico las alteraciones de color que puede presentar son varias, las iremos estudiando sucesivamente.

La *palidez* resulta muchas veces de la disminución de sangre en la economía ó de alteraciones en ella por afecciones de los órganos hematopoyéticos. Dicha palidez presenta diversos caracteres según sean los procesos que la determinen, es completamente blanco su tinte en los anémicos, tira á azulado en los que sufren de arterio-esclerosis, se presenta acompañado de hinchazón en los nefríticos, etc.

No es tan común la *rubicundez*, que se presenta en los pletóricos, en los que sufren de congestiones cerebrales; se debe á la dilatación de las arteriolas y capilares cutáneos. En la fiebre la rubicundez es tan constante, que cuando un enfermo en estado pirético no la presente, sospecharemos con fundamento que sufre alguna afección de los pulmones ó del corazón.

La coloración azulada ó violácea de la piel, recibe el nombre de *cianosis*; preséntase principalmente en los labios, mejillas y uñas, y es indicadora de un exceso de ácido carbónico en la sangre por dificultades en la respiración. La cianosis local es indicio de éxtasis venoso.

Llámase *ictericia*, la coloración amarilla de la superficie cutánea, pero fijémonos en que este tinte amarillo puede variar de tono desde el amarillo pálido hasta el verdoso aceitunado. Esta coloración se observa en la cara alrededor de las comisuras labiales, en las alas de la nariz, en el sitio de flexión de las extremidades y por fin en la conjuntiva; es debida á la obturación de los conductos biliares con reabsorción consiguiente de la bilis. Las deposiciones son blancas pues la bilis no puede desagnar en el intestino ni comunicar su color á las heces, los orines son tan fuertemente coloreados que si se moja un trapo en ellos, aparece teñido de amarillo.

Es muy característico el color que adquiere la piel en los casos de *tisis bronceada* ó enfermedad de Addison pues toda ella queda como pintada de negro excepto en la palma de las manos y en la planta de los pies. No deben confundirse estas manchas con las ictericas pues mientras estas últimas son amarillas, aquellas tienen el color de tinta china.

La *argiria* es una coloración negra de la piel que aparece en los que han tomado mucho tiempo preparados de plata ó en los que manipulan frecuentemente compuestos argénticos. Débese á que el metal impregna los tejidos depositándose en ellos.

**Modificaciones de la traspiración cutánea.**—En estado fisiológico verificase una continua evaporación por la piel debida á la secreción de las glándulas sudoríparas y al agua que embebe nuestros tejidos. Si las glándulas segregan en mayor cantidad de la normal sobreviene el sudor que se exagera en unas enfermedades mientras que desaparece en otras. El exceso de sudor se llama *hiperhidrosis* y se presenta en la disnea, enfermedades del corazón, tuberculosis, reumatismo articular agudo en el que el sudor es constante; estos sudores son por lo general de origen nervioso. Entiéndese por *hipohidrosis* la falta de secreción sudoral y se encuentra en los nefríticos y diabéticos. Las modificaciones físicas del sudor se llaman *parhidrosis* y pueden referirse al color (*chromhidrosis*) ó al olor (*osmihidrosis*) etc.....

**Modificaciones del volumen y consistencia de la piel.**—Pueden consistir en una turgencia excesiva ó en una notable rebaja en su volumen y consistencia normales, en este último caso se dice que hay *demacración* la cual si es muy pronunciada, recibe el nombre de *emacración*.

Llámase *edema cutáneo* un abultamiento de la piel, de color pálido que cede si se aprieta con los dedos dejando una impresión de fosa. Su percusión dá sonido oscuro. Prodúcese el edema á consecuencia de un exceso de presión en los vasos ó por alteraciones en el endotelio de estos. Con el nombre de *enfsema* conócese un abultamiento de color blanco que cruje cuando se comprime, pero que no deja huella cuando se aprieta con el pulpejo del dedo, dando por la percusión un sonido claro. Se debe á la interposición de aire ó gases en el tejido conjuntivo, algunas veces fórmase espontáneamente á consecuencia de alteraciones de la sangre.

**Decúbito. Sus diferentes clases y significación de las mismas.**—Entiéndese por decúbito la posición que guarda el enfermo en la cama, es un dato de mucha importancia, se divide en *prono*, *supino*, *lateral*, *sentado* ó *inestable*.

En el decúbito prono ó abdominal el sujeto está boca abajo, obsérvanse en las *gastralgias*; en el supino, por el contrario, está boca arriba, lo que es característico de las enfermedades adinámicas como el tífus, el sarampión, peritonitis, etc.; en el lateral, aunque siempre del mismo lado permanecen los tísicos y los aquejados de derrames pleuríticos; el lado en que descansan es el que tienen enfermo, pues de descansar del lado sano, el pus de la caverna ó el trasudado, impedirían la respiración; en el sentado han de quedarse los cardíacos en el último período, los tísicos en tercer grado, etc.; por fin tienen el decúbito inestable los que no pueden guardar la misma posición porque se mueven continuamente, tal sucede en los locos, los que sufren fiebres intensas, etc.....

**Anomalías de la configuración general del cuerpo humano.**—Las configuraciones anómalas más frecuentes, son la *cifosis* en la que la columna vertebral se inclina hacia adelante, la *lordosis* en la que se dirige hacia atrás formándose una curva ó concavidad posterior, y la *escoliosis* ó desviación del raquis hacia un lado. Las anomalías de configuración forman parte del hábito exterior, así el asmático se presenta cargado de espaldas y abombado de

pecho, el tísico con palidez muy pronunciada y dos rosetas en las mejillas que hacen fuerte contraste, hundimiento de la pared anterior del tórax y relieve de la espaldilla, etc.

**Examen de la deambulaci3n.**—Si al andar un individuo vemos que arrastra un pie y presenta el brazo caído, diremos que sufre *hemiplejia*, si arrastra ambos pies *paraplejia*, si levanta desmesuradamente los pies golpeando el suelo con fuerza 6 inclinándose al andar hacia adelante y 6 los lados, diremos que padece *ataxia locomotriz*.

## Leccion LXXXIV

**Termometría clínica. Trascendental importancia de la misma.**

**Técnica.**—Sabemos ya que el hombre en estado normal conserva una temperatura uniforme que tomada debajo del axila es de 37° centígrados, ahora bien, todo lo que sea un grado por encima 6 por debajo de esta temperatura, 6 menos que sea pasajero, indica un trastorno patológico.

Las primeras observaciones termométricas practicadas en los enfermos, datan del tiempo de Sanctorius en el siglo XVI, quien servíase de una especie de termómetro de aire sin grandes resultados; de todos modos esta práctica se abandonó en raz3n 6 lo deficiente que era el termómetro en aquella 6poca. Boerhaave y sus discípulos en Leyde sirvi3rse también del termómetro 6 la cabeza del enfermo, pero estaba reservado 6 Hæen el determinar las leyes fundamentales de la termometría pues sabía ya que durante la fiebre intermitente, la temperatura era sumamente elevada en el momento del escafebrío y que la marcha diurna de una temperatura febril presentaba las remisiones matutinas y las exacerbaciones vespertinas. A pesar de esto el uso del termómetro en Clínica continuó siendo una excepci3n, pues de lo que menos se ocupaban los médicos era de investigaciones termométricas y aunque más tarde fué adquiriendo importancia la termopatología, todo lo que se hizo no pasó de meros ensayos y hechos inconexos. A la Medicina alemana corresponde el honor de haber introducido en Clínica este nuevo método de investigaci3n puesto que Traube y Bärensprung fijando las leyes que rigen la temperatura del hombre sano 6 enfermo y Wunderlich demostrando el valor práctico de la termometría clínica han vulgarizado el método de tal manera que hoy el mismo enfermo conoce su valía.

Nos valemos en Clínica del termómetro de máxima de mercurio y 6 minuto que tenemos que revisar de cuando en cuando para evitar el error de Bellani 6 fenómeno que presentan los termómetros de marcar una temperatura más elevada de la que debieran al cabo de alg3n tiempo de usarlos, lo que se debe 6 ciertas alteraciones moleculares del vidrio que estrechan el calibre del tubo. Este error puede evitarse según Traube sumergiendo de vez en cuando los termómetros en agua caliente.