LECCIÓN 20.

Neurálgia lumbo-abdominal.

Sitio.—En las ramas colaterales del plexo lumbar.

Patogénia y etiología.—Además de las causas ordinarias de las neurálgias en general, hay algunas de especiales que obran por compresión, como las hérnias (crural ú obturatriz), la acumulación de materias fecales, los abscesos del psoas, las enfermedades uterinas y vaginales y las enfermedades articulares.

Sintomatología.—Puntos dolorosos: uno ó muchos en la región lumbar hácia atrás; otro ilíaco en medio de la cresta ilíaca; otro en la región hipogástrica; otro púbico encima de la sínfisis del púbis y otro inguinal. Dolores de irradiación: en las ramificaciones de las ramas posteriores y de las anteriores. Fenómenos secundarios de esta neurálgia.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamiento.

NEURÁLGIA CIÁTICA.

Sinonimia.—Gota ciática,—Ischias nervosa póstica (Cotugno).

Historia.—Cotugno en 1764 fué el primero que la describió. Antes de él únicamente se habian recogido hechos aislados, pero sin descripción completa. Barthez, Chaus-

sier y Valleix sobre todo, han escrito mucho sobre esta neurálgia.

Sitio.—Ramas sensitivas del plexo ciático.

Patogénia y etiologia.—El frio y el reumatismo; los traumatismos directos y la compresión del nervio (tumores pelvianos, exóstosis, cáncer, etc.). La gota, la blenorrágia y la tuberculósis pulmonar, tienen también cierta influencia.

Sintomatologia. — Puntos dolorosos: *lumbar* en el orígen; el *sacro iliaco posterior* correspondiente á las raíces del plexo sacro; el *glúteo* en la extremidad de la escotadora ciática; el *iliaco* en la parte media de la cresta ilíaca; el *trocantéreo* á la salida del ciático en la nalga; el *poplíteo* que corresponde á la división del ciático; el *rotuliano* en la rodilla; el *peronéo* en la cabeza del peroné, y los *maleolares* sobre el maléolo interno y el dorso del pié. Dolores de irradiación: en todos los nervios del plexo lumbo-sacro (génito crural, fémoro cutáneo, peronéo, tibial anterior, safeno externo y nervios plantares). Caractéres del dolor. Trastornos de la motilidad: temblores, calambres, debilidad muscular, parésias musculares. Trastornos de los vaso-motores y tróficos: palidez de la piel y enfriamiento alternando con enrojecimiento y calor, secreción exagerada de sudor, zona, hipertrófia y atrófia muscular del miembro enfermo. Fenómenos generales.

Curso.—En general lento.

Terminaciones.

Diagnóstico.—Es de suma importancia, y difícil algunas veces, investigar el orígen de la ciática.

Pronóstico.—Depende de la causa su mayor ó menor gravedad.

Tratamiento.—La trementina, el yoduro potásico y los bromuros; cauterizaciones con el ácido sulfúrico ó con el hierro rojo, vejigatorios y la electricidad. Los baños sulfurosos y la hidroterápia que son con frecuencia muy útiles, se dirigen sobre todo á la causa. Indicación de los medios quirúrgicos (sección, denudación y elongación del nérvio).

NEURÁLGIA DEL PUDENDO INTERNO.

Esta neurálgia, que únicamente se encuentra explicada en la excelente obra de Grasset, es de suma importáncia su conocimiento al objeto de evitar errores de diagnóstico que podrian dar lugar á dudas y faltas terapéuticas graves.

Etiología.—Las hemorróides, las lesiones y tumores del periné y de la úretra.

Sintomatología.—Dolor agudo, paroxístico, que parte del periné, que camina á lo largo del pene hasta el glande, y se extiende y desaparece después; frecuente necesidad de orinar, micción fácil, pero presentación de nueva crísis de dolor á la expulsión de las últimas gotas de orina.

Diagnóstico.—La integridad de la orina y de la micción es el carácter capital para diagnocticarla.

Tratamiento.

DERMÁLGIA.

Sinonimia.—Neurálgia cutánea.—Neurálgia general.—Hiperestésia de la piél (Grissolle).

Esta neurálgia de los filetes sensitivos de la piel, está caracterizada por una hiperestésia expontánea y contínua y por un dolor lancinante que aparece y desaparece.

Tratamiento.—Cubrir el cuerpo con franela y sostener en lo posible la parte dolorida á una temperatura apropiada. Vejigatorios volantes, provocar la diaforésis por medio de bebidas calientes y el uso externo é interno de los narcóticos.

LECCIÓN 21.

Anestésia cutánea.

Sitio.—En los filetes sensitivos del dérmis.

Patogénia y etiología.—Aunque en muchos casos nos son desconocidas por completo sus causas, y en otros ignoramos la relación que debe existir entre la causa y el efecto, no obstante la experimentación fisio-patológica, nos demuestra que la suspensión del riego sanguíneo, la interrupción de la conductibilidad de los nérvios y las alteraciones del líquido hemático tienen una marcada influencia en la producción de la anestésia cutánea. Entre los primeros, debemos colocar la acción prolongada del frío y el reumatismo; entre los segundos las compresiones mecánicas, bien sean por tumores ó por infiltraciones de las túnicas nerviosas con exudados diftéricos, y entre los terceros las intoxicaciones satúrnina, por el ópio, por los vapores de óxido de carbono, el ergotismo, por el cloroformo, etc. El histerismo es también con mucha frecuencia causa de la anestésia cutánea.

Sintomatología.—Puede la anestésia ser completa é incompleta, parcial ó general. Analgésias. Desórdenes nutritivos: resquebrajamiento del epidérmis, aspereza de la piel, tendencia á la gangrena de la misma (decúbito) flaxidez y atrófia de los músculos, disminución de la grasa, formación de equímosis. Síntomas generales.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Distinguir la parálisis de orígen periférico de las de orígen central.

Tratamiento.—Ante todo debe atenderse, si es posible, á la indicación causal (excisión de tumores, reducción de luxaciones, curación de estados flegmásicos, etc.) Indicación de los médios excitantes: electricidad, estrignina, estimulantes cutáneos (fricciones con substáncias aromáticas, vejigatorios) y duchas, de las aguas minerales de Caldas de Montbuy, de Malavella, de Estrach, La Garriga, Gastein, Wilbad, Plüfers, etc.

ANESTÉSIA DEL TRIGÉMINO.

Patogénia y etiología.—Es producida muchas veces por las flegmásias y abscesos de la cara, por la sección y dislaceración de los filetes del trigémino (como en la extracción de dientes y en las heridas por armas de fuego), por la compresión ejercida sobre una rama nerviosa por un tumor de la cara, de los canales óseos y sobre todo de la base del cráneo, por las corrientes frias é intensas, por la degeneración del gánglio de Gasserio, por la atrófia del quinto par producida, por ejemplo, por un cáncer ó un exóstosis de las partes inmediatas, etc.

Sintomatología.—La anestésia puede ser completa é in-

completa; parcial ó general. Perturbaciones auditivas y gustativas. Trastornos motores y trastornos tróficos.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Distinguir la parálisis periférica del trigémino de la parálisis central.

Pronóstico.

Tratamiento.—Importa ante todo cumplir la indicación causal. Indicaciones de la electricidad, estrignina, estimulantes cutáneos y de los tónicos.

LECCIÓN 22.

CLASE SEGUNDA.

NEURÓSIS CARACTERIZADAS PRINCIPALMENTE POR DESÓRDENES EN LA MOTILIDAD.

Corea.

Sinonimia.—Danzomania.—Baile de San Vito.—Chorea Sancti Viti (Sydenham).—Coreomania.—Baile de San Juan ó de San Guy.—Viti-saltus (Plater).—Escelotirbe (Galeno).

Etimología.—De χορεια, baile.

Definición.—Es una neurósis caracterizada por movimientos irregulares é involuntarios, parciales ó generales del sistema muscular, y muy especialmente de los músculos de los miembros y de la cara.

Historia.—A pesar de la opinión de Sauvages de atribuir á Galeno la primera descripción de esta dolencia bajo

el nombre de *escelotirbe*, creémos nosotros fué ignorada de los antiguos, toda vez que ninguno de ellos hace mención en sus obras de semejante enfermedad. Plater, Horstius y Sennerto fueron, según Bouteille, quienes á fines del siglo xv la indicaron por vez primera de una manera clara y terminante. Crée Hecken que data la aparición de la corea de mediados del siglo xiv, observándose por primera vez en Aix la Chapelle. Sydenham, Cullen, Cheyne, Dower, Mead y otros continuaron las investigaciones sobre esta enfermedad iniciadas por Plater, Horstius y Sennerto. En 1810 Bouteille publicó una excelente monografía que hasta actualmente se tiene por el trabajo más completo que se ha hecho sobre la corea. Posteriormente son dignos de mención los trabajos de Dufosé, Rostand, Olliviér, Rufz en los *Archivos* de 1834; Blache en su artículo en el Diccionario de Medicina, y el de Rilliet y Barthez en su *Tratado clínico de las enfermedades de la infancia*. Trousseau en su Clínica médica; Jules Simón en su artículo *Chorée* del *Nuevo Diccionario de Medicina y Cirujía prácticas*, 1867; Sée, Roth, Roger, Charcot, Gerhardt, Grasset y Rosenthal ocúpanse de esta neurosis con alguna detencion.

Anatomía patológica.—La lesión es tan vária, desigual é incierta, que nada prueba acerca de la influencia de las alteraciones materiales sobre los desórdenes que se presentan durante la vida. Miéntras en algunos casos no encontramos ninguna lesión apreciable en el cerebro, en la médula, ni en sus cubiertas, en otros las lesiones son comunes á otros padecimientos (tubérculos cerebrales, hipertrófia parcial del cerebro, reblandecimiento, hipertrófia de la tuberosidad molar, meningitis crónica). Rokitanski ha encontrado una proliferación del tejido conjuntivo in-

tersticial en los centros nerviosos. Meynert una modalidad irritativa en las células nerviosas de la substáncia gris de los gánglios centrales y de la corteza cerebral. Kircke ha ligado la corea á la endocarditis por mezclarse los productos inflamatorios de las válvulas á la sangre y alterando las funciones de los centros nerviosos.

Patogénia y etiología.—La *edad*: Gerhardt y todos los autores modernos admiten con Sée que el máximum es de los 5 á los 14 años. Se presenta no obstante algunas veces en el adulto. Grasset cita un caso que principió á los 34 años. Jeffreys, Bouteille, Powd y Mattou la han visto á los 60 y 70 años. Simon y Constant la han visto en niños muy jóvenes, y Monod, Fox, Richter y Heller, últimamente la han observado desarrollarse inmediatamente después del nacimiento. *Sexo:* más común en las mujeres que en los hombres. *Herencia.* El temperamento nervioso y el linfático nervioso, la educación mal dirigida, los estúdios prematuros, la mala alimentación, las malas condiciones higiénicas, la masturbación, los excesos venéreos, los desarreglos menstruales, el embarazo, etc., predisponen también á contraer esta dolencia.—El reumatismo y la corea: las relaciones del reumatismo con la corea señaladas por Stoll, Copland, Bouteille, Bright, Abercrombie y Botzel, han sido puestas fuera de duda por Germain Sée y demostradas estadísticamente por Kirckes. Las diátesis escrofulosa y sifilítica y las fiebres pueden también producir la corea; lo própio que el mal de Bright, la clorósis, la anhémia, la helmintíasis, la histéria, las emociones morales, el miedo, la imitación y los traumatismos alejados (una espina debajo de la uña, un pequeño absceso en el pié que contenga una aguja, etc.); picaduras de ciertos insectos (gran mosca

y araña, sobre todo la tarántula), obran como causas determinantes.

Sintomatología.—Período prodrómico: cámbios de carácter, disminución de la actividad intelectual, inquietudes en los miembros. Según Schmidt los prodromos están constituidos por síntomas de irritación espinal (dolor á la presión de las apófisis espinosas, dolores reumatóideos en la espalda y en la nuca, cefalálgia, escozor en el ano y en los orificios de las fosas nasales, desórdenes visuales, insómnio, incertidumbre en la marcha, etc.) Algunas veces faltan los prodromos y comienza la enfermedad de un modo brusco por contracciones involuntarias en los músculos sometidos al imperio de la voluntad. Caractéres de estas contracciones. Aspecto del rostro y extravagancia de las actitudes de los coréicos. Tartamudeo, ladrido, masticación y deglución difíciles y respiración incompleta como resultado de la incoordinación muscular, de la cual participan también los músculos de la lengua. Cuando la corea es muy violenta el sueño no es posible. La excitabilidad eléctrica y la refleja están aumentadas. Desórdenes psíquicos: son frecuentes y consisten en debilidad en la memoria, carácter irritable y alucinaciones. Lesiones viscerales y de nutrición general consecutivas.

Marcha.—Contínua.

Duración. — Por regla general dos meses; hay, no obstante, casos en que dura años, si bien que las convulsiones se limitan á algunas partes. Las recidivas son muy frecuentes. Háse visto algunas veces una enfermedad febril intercurrente (pneumonía, pleuritis, fiebres exantemáticas) modificar el curso y la duración de la corea.

Diagnóstico.—Distinguirla de la atáxia locomotriz, de la parálisis con agitación y de los temblores.

Pronóstico.

Tratamiento.—Siempre que se pueda reconocer el punto de partida de la corea, establézcase la indicación causal. Indícanse como remédios específicos para esta enfermedad el *arsénico* (Romberg); el *óxido de zinc* (Huffeland) á grandes dósis 1 gramo en tres veces al dia; la *estrignina* (Trousseau y Sée); el *sulfato cupro-amoniacal* (Neumann); el sulfato de anilina (Turumbull); el nitrato de plata y los baños sulfurosos. Exámen crítico de cada uno de ellos. Ventajosos resultados obtenidos por médio de los baños de impresión, el ópio, el cloral á grandes dósis, (1) las irrigaciones de éther en la columna vertebral (recomendadas por Jaccoud), la electricidad, las inhalaciones clorofórmicas y de nitrito de amilo, las inyecciones hipodérmicas de curare (un milígramo cada tres horas), la hyosciamina (Oulmont) y la eserina (Bouchut). Método perturbador de Guillete por medio del tártaro emético: es sumamente peligroso. Es de grande importancia en el tratamiento de esta enfermedad no insistir mucho tiempo en la administración de un mismo medicamento. Régimen general que debe prescribirse á los coréicos (reposo moral é intelectual, aire libre, distracciones, tonicos, ejercicios gimnásticos moderados, etc.

---

(1) Por medio del cloral á altas dósis hemos obtenido resultados maravillosos. (*N. del A.*)

LECCIÓN 23.

Catalépsia

Definición.—Es una neurósis caracterizada por un estado de contracción involuntaria, que aparece de un modo repentino en todos los músculos y que mantiene en equilibrio los flexores y extensores, lo cual hace que los miembros conserven durante todo el ataque la posición que tenían a lempezar ó bien la que se les dá por muy penosa é incómoda que sea.

Historia.—Entrevista áunque de un modo algo vago por Hipócrates, fué descrita por vez primera por Galeno. Asclepíades de Bithynia y Célio Aureliano dieron el nombre de catalépsia á esta neurósis.

Patogénia y etiología.—Influencia de la alienación mental, de la histéria, de la epilepsia, del tétano, de la edad de la herencia, del sexo, del temperamento, de los traumatesmos y de las enfermedades generales en la producciónes dita enfermedad.

Sintomatología.—Pocas veces se presentan prodromos y cuando los hay son los própios del ataque de histéria; generalmente la invasión es brusca y coincide con el momento de una impresión viva. Actitud del enfermo: queda inmovilizado en la misma situación que tenía en el comienzo del ataque cualquiera que aquella fuese. Estado de las facultades intelectuales. Id. de la contractilidad eléctrica muscular y de la excitabilidad nerviosa periférica. El fun-

cionalismo visceral no está interrumpido péro es más perezoso. Estado de la temperatura. Frecuente repetición de los ataques.

Curso y terminaciones.—La duración del ataque es variable de uno á dos minutos, hasta seis meses si bien los hechos de esta última duración son especiales y están generalmente compuestos de una série de accesos con intermitencias de duración é intensidad variables. El curso de la enfermedad en conjunto es largo y casi siempre crónica y termina generalmente por la curación.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamiento.—Siempre que el acceso sea de corta duración y no proceda de enfermedades mentales nos limitarémos á rociar al enfermo con agua fría. Si es de más larga duración emplearémos los antiespasmódicos, los revulsivos, las corrientes eléctricas y la alimentación forzada. Como tratamiento preventivo una vez cumplida la indicación causal podrán usarse los narcóticos solanáceos, los bromuros y las sales quínicas, etc.

LECCIÓN 24.

Tétanos.

Etimología, De τεννω, *pongo tirante.*

Definición.—Es una neurósis consistente en una excitabilidad exagerada de la médula y de los nervios motores que se manifiesta por convulsiones, que alternan con contrac-

ciones más ó ménos permanentes de todos los músculos voluntarios ó solamente de algunos de ellos, y por una grande energía de la potencia refleja, que tiene un curso rápido y que se acompaña de graves peligros.

Historia.—Es quizás esta enfermedad una de las de más antiguo conocidas. Indicada ya por Hipócrates, fué descrita con bastante exactitud por Celso, Aretéo y Célio Aureliano. Galeno dedicóle algunos comentarios y Fernelio posteriormente trazó un cuadro más exacto todavía. Sauvages, Cullen, Pinel y P. Franck hánse ocupado igualmente de ella; pero en general ha llamado más particularmente la atención de los cirujanos. Las monografías y disertaciones que acerca de esta enfermedad se han publicado son muchísimas, especialmente de uno ó dos siglos á esta parte. Richelot en la *Revue des sciences medicales* 1877, T. X p. 727 hace una numeración bibliográfica completísima de todos los trabajos recientes sobre esta enfermedad.

Divisiones.—Trismus *nascentium*, trismus reumático, trismus traumático. Tétanos expontáneo (*á frigore*). Tétanos traumático. Tétanos tóxico (*estrignine y picrotoxina*)

Anatomía patológica.—No tiene lesión característica pués las alteraciones observadas (neuritis ascendente, degeneración granulosa de las células de la médula, proliferación de la neuróglia), son secundarias é independientes.

Patogénia.—Teoría de Richelot. Velpeau Thompson y otros ven en el tétanus una enfermedad zimótica con alteraciones discrásicas constantes producidas por un fermento especial (Teoría humoral). Los fisiólogos al producir el tétanos artificialmente han impreso un gran adelanto en la patogénia de esta enfermedad. Tétanos por acción directa y tétanos por acción refleja.

Etiología.—Climas cálidos. Edad: en general de los 15 á los 20 años. Influencia de las razas. Aire frio y húmedo. Traumatismos: heridas por desgarro. Influencia del estado moral. La estrignina, la brucina, la tebaina, la ergotina, la picrotoxina y la cafeina pueden determinar el tétanos llamado *tóxico.* El tétanos de los *recien nacidos*, bastante frecuente, puede ser debido ya á causas puramente traumáticas (herida umbilical. circuncisión, etc.) ya á una forma particular de encefalopatia urhémica ó también á várias lesiones del cerebro, de las meninges etc.

Sintomatología.—Escalofrios, fiebre, opresión, malestar general rigidez de ciertos músculos, raquiálgia, etc., constituyen los prodromos, que casi siempre son constantes. Período de confirmación: las contracturas suelen limitarse al princípio y generalizarse después. Contractura de los músculos inervados por el quinto par (*trismus*); contractura de los músculos cervicales posteriores y faríngeos: risa sardónica. Id. de los músculos del abdómen (figura del vientre: duro y hundido á manera de embudo); invasión del calambre á los músculos del tronco y de los miembros (*opistótonos, emprostótonos*, *pleurostótonos* y *ortótonos*). La contracción de los esfinteres produce la constipación y la retención de orina. La rigidez tetánica no es uniforme. Miosálgias. Las contracturas tetánicas no son contínuas, pués hay períodos de relajación y momentos de paroxismo, durante los cuales las contracturas y sacudidas espasmódicas son sumamente dolorosas, el roce de la piel por las mismas cubiertas de la cama puede hacer que reaparezca el acceso. Estado de las facultades intelectuales (completa integridad hasta un poco ántes de la muerte.) Estado de la temperatura y del pulso: 44°75 hipertérmia. Teorias de Peter y Richelot para explicar su causa.

La más generalmente admitida y más probable es la que crée debido este aumento excesivo del calor á la contracción muscular. Alteraciones de la circulación y de la secreción de la piel. Alteraciones de la respiración. Alteraciones gástricas efecto de la inédia.

Curso y terminaciones.—Casi siempre termina por la muerte y en breve plazo.

Diagnóstico.

Pronóstico,—Gravísimo; mortal generalmente.

Tratamiento.—Importa ánte todo cumplir la indicación causal (vomitivos en el tétano tóxico; baños de vapor y sudoríficos en el de origen catarral; regularización de la herida en el traumático etc.) Indicación patogénica: disminuir la excitabilidad motriz de la médula (ópio á dósis elevadas; inhalaciones clorofórmicas y ehtéreas, Pikford; enemas de tabaco, Corling; inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de morfina; id. de curare, Claudio Bernard; calabarina; bromuro potásico; carbonato amónico y tártaro emético.) Del hidrato de cloral á dósis elevadas ensayado por vez primera por Verneuil en 1870, hemos obtenido muy buenos resultados en algunos casos de nuestra observación. Del nitrito de amilo, del jaborandi y de los baños calientes prolongados.—De la electricidad en el tratamiento del tétanos.

LECCIÓN 25.

Parálisis con agitación.

Sinonimia.—Enfermedad de Parkinson (Charcot). —Temblor (ballismus).—Parálisis agitante.

Definición.—Neurósis caracterizada por un temblor especial y una disminución progresiva de la fuerza muscular.

Historia.—Parkinson en 1815 fué el que dió de ella la primera descripción. Ha sido estudiada más tarde por G. Sée, Trousseau, Vulpian, Charcot y sus discípulos los señores Ordenstein, Bourneville y Guerard, quiénes la han definitivamente separado de la esclerósis en placas.

Etiología.—Rara vez aparece ántes de los 40 años y es más frecuente en Inglaterra y en la América del Norte que en los otros paises, y especialmente que en Alemania donde es muy rara. El reumatismo crónico, las emociones vivas (Canstatt) y el uso frecuente del cóito realizado en pié son sus causas más abonadas.

Sintomatología.—Es más común observar un principio lento é insidioso que una invasión brusca; ésta casi siempre tiene lugar después de un fuerte susto ó de una gran emoción.—Período de estado: el *temblor* es el síntoma fundamental. Caractéres del mismo que lo distinguen de los otros temblores. Actitud del enfermo. Parésia muscular. Trastornos de la sensibilidad: dolores fulgurantes; sensibilidad intacta y aumento de la excitabilidad refleja en los primeros períodos. Insómnio, agitación nerviosa. Trastornos psíquicos y de la nutrición. Alteraciones viscerales.

Curso y terminaciones.—Lento, (diez, veinte y treinta años); la muerte por agotamiento progresivo de la potencia nerviosa y por enfermedadesrə tincurrentes (pneumónia) es su terminación en general.

Diagnóstico.—Distinguirla de la esclerósis en placas.

Pronóstico.—La curación es excepcional péro pueden observarse mejorías temporales.

Tratamiento.—Carbonato de hierro y óxido de zinc á altas dósis (Elliotron), baños sulfurosos (Canstatt), afusiones de agua fria dentro de un baño caliente (Romberg) y la corriente constante (Remak, Benedickt y Reynolds). No obstante podemos confiar muy poco en estos remedios. El nitrato de plata, la estrignina y el ópio generalmente exageran el malestar, por lo cual debemos casi excluirlos por completo. El cornezuelo de centeno, la belladona y los arsenicales, no tienen, según Charcot, eficácia. Únicamente de la medicación tónico-neurosténica y del bromuro potásico podemos esperar algún alivio. Del hidrato de cloral á dósis progresivas hemos obtenido buenos resultados para combatir el insómnio.

LECCIÓN 26.

Hiperkinésias de los nervios.

Estado morboso, producto de la excitación de los nervios motores, provocado por irritaciones extraordinarias con independencia de la voluntad.—Consideraciones fisio-patológicas que ilustran este estúdio.—Espasmos tónicos y clónicos.

HIPERKINÉSIA DEL NERVIO FACIAL.

Sinonimia.—Espasmo mímico.—Tic convulsivo.

Definición.—Acto morboso representado por convulsiones más bien clónicas que tónicas de los nervios del séptimo par, especialmente del facial.

Historia.—Aunque señalada por Areteo y observada por todos los antiguos, como entidad clínica aparte, no ha sido reconocida hasta que Francisco de Laubain en 1843 la describió en una interesante Memoria publicada por dicho autor en el mencionado año. De ahí partieron los interesantísimos trabajos ulteriores de Remak, Oppoltzer, Rosenthal, Graeffe, etc,

Patogénia y etiología.—La excitación patológica del ramo del facial que anima los músculos de la cara. Reconoce generalmente por causas: neoplasmas que comprimen el nervio, traumatismos y enfriamientos de la piel; estos obran de un modo directo. La histéria y la helmintíasis por acción refleja.

Sintomatología.—La contraccion rápida de los músculos inervados por el facial constituyen el fenómeno característico: guiñeo, risa sardónica, fruncimiento de las cejas, blefarospasmos y movimientos auriculares. Estado de las facultades intelectuales.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Es de grande importancia determinar la causa y en particular saber si es de orígen central ó periférico.

Pronóstico.

Tratamiento.—Sudoríficos, baños de vapor, morfina, cloroformo, atropina, curare, corrientes galvánicas. Neurotomía del facial: contraindicaciones.

HIPERKINÉSIA DEL ACCESORIO DE WILLIS.

Sinonimia.—Tortícolis espasmódico.—Espasmo en el dominio del nervio espinal.

Patogénia y etiología.—Obscura en la mayoría de los casos. El enfriamiento y la humedad estando el cuerpo sudado producen esta enfermedad. La dentición, los vermes intestinales, las enfermedades uterinas, las alteraciones digestivas y las emociones morales pueden por acción refleja darla origen.

Sintomatología.—Es variable según que las convulsiones sean clónicas ó tónicas. Forma clónica: generalmente se presentan los espasmos en un sólo lado y por paroxismos, siendo los músculos esterno-cleido-mastoideo, trapécio, rombóides y angular de la escápula; maseteros (por intermedio del facial), complexo mayor, esplénio y transverso espinoso (por intermedio de los pares cervicales) los por lo general atacados. La forma tónica es muy poco frecuente. Síntomas consecutivos: hiperestésias, anestésias y lesiones de nutrición. Espasmos bilaterales.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.

Pronóstico.—La mayor ó menor gravedad depende de la causa; por lo general es molesta y rebelde.

Tratamiento.—La electricidad (corrientes contínuas descendentes), los anti-espasmódicos (valerianato y óxido de zinc, bromuros de potásio y de alcanfor; las inyecciones hipodérmicas de morfina, de atropina y de curare y las aplicaciones de cloroformo y de éter, surten algunas veces muy buenos resultados. Las aplicaciones de puntos de fuego á lo largo de la columna vertebral, lo própio que la miotomía y neurotomía, ensayadas por Busch y Michel no han dado grandes resultados.

LECCIÓN 27.

Hiperkinésia de las extremidades.

Sinonimia,—Espasmo tetánico.—Tetánia (Corvisart).—Tétanos intermitente (Dance).—Contractura esencial. (Constant).

Definición.—Neurósis caracterizada por crísis intermitentes de contracturas que atacan á las extremidades.

Historia.—Dance, en 1831, fué quien dió de ella la primera descripción. Para los alemanes fué Stenheim en 1830, péro Dancela separó é hizo de ella una enfermedad aparte distinta del reumatismo ordinario.

Patogénia y *etiología*.—La edad (1 á 3 años, Rilliet y Barthez; de 17 á 30 Trousseau y Corvisart), el estado puerperal, el frio y la humedad, las alteracioues del tubo digestivo, los vermes intestinales, la dentición, el reumatismo, la albuminúria, las fiebres tifiodeas, etc.

Sintomatología.—Puede ir precedida de prodromos (hormigueo, entorpecimientos, dolor pungitivo de los nervios, ambliópia pasajera etc.)—Período confirmado: atacan generalmente los espasmos las extremidades superiores (flexores del brazo, antebrazo y mano). Posición característica de la mano. Cuando afecta las extremidades inferiores los músculos tetanizados son los extensores de la pierna. Desórdenes funcionales consiguientes. Las contracturas pueden irse generalizando y pasar al tétano. Síntomas consecutivos: dolor, temblor febril, parálisis y lesiones de nutrición.

Curso y *terminaciones.*

Diagnóstico.—El poder hacer reaparecer á voluntad las contracturas en el intérvalo de los accesos, (hasta 72 horas después de haber desaparecido) comprimiendo los miembros afectos sobre el trayecto de los principales cordones nerviosos ó sobre los vasos, indicado por Trousseau y confirmado por Kussmaul y Riegel, es un signo de gran valor las para el diagnóstico de esta dolencia.

Pronóstico.—Grave por lo general.

Tratamiento.—Cumplir ánte todo la indicación causal. La sintomática por medio de los agentes mencionados en lecciones anteriores.

CALAMBRE DE LOS ESCRIBIENTES.

Sinonimia.—Migografía.—Diskinésia profesional.

Patogénia.—Várias teorías se han emitido para explicar la génesis de esta dolencia sin que hasta ahora se haya llegado á una conclusión precisa. Exponer algunas de ellas.

Etiología.—Las profesiones que obligan á un movimiento lento, regular y sostenido de los músculos del antebrazo y de la mano (escribientes, pianistas, tipógrafos, zapateros, costureras, sastres, etc); la herencia, las preocupaciones morales; las diátesis reumática y artritica, etc.

Sintomatología.—Los prodromos, cuando existen, son lentos y consisten en una sensación de cansancio muscular. Período confirmado: forma temblorosa ó coréica, forma paralítica y forma espasmódica. Actitudes diversas que puede tomar la extremidad superior en sus actos funcionales según la forma de la diskinésia. Síntomas consecutivos. Estado moral de los enfermos.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.

Pronóstico.—Grave por la rebeldía de la enfermedad.

Tratamiento.—Según la forma que revista se aconsejará el reposo, medicamentos tetánicos, la electricidad galvánica, la hidroterápia, los tónicos, neurosténicos, ó los narcóticos y los bromuros. Stromeyer, Langenbek, Dieffenbach y Tupper han ensayado la tenotomía del músculo contraido sin obtener de ella gran resultado. Aparatos ortopédicos.

LECCION 28.

Parálisis periféricas.—Akinésias.

Definición é idea general.

Patogénia y etiología.—Puede interrumpirse la corriente motriz de los nervios por causas que obran de una manera mecánica sobre los mismos nervios (tumores, huesos luxados y fracturados, etc.); por falta de riego sanguíneo (trómbosis ó embólia); por el frio (parálisis reumática ó *á frigore)*; por la extenuación consecutiva ó una excitación demasiado enérgica y por intoxicación de la sangre metálica ó miasmática (intoxicación saturnina, la diftéria y la atropina.) Parálisis reflejas: su mecanismo.

Sintomatología.—Puede ser la parálisis compltea ó incompleta (parésia) limitada y general. Según el número y calidad de los nervios paralizados varía el cuadro sindrómico. Trastornos que existen en los nervios paralizados.

Diagnóstico.—Es de gran importancia distinguir las parálisis periféricas de las de orígen central. Diferencíanse las primeras de las segundas: 1.° por la supresión completa de los movimientos reflejos y concomitantes de los músculos paralizados, 2.° por el modo de extenderse y propagarse la parálisis, 3.° por perderse después de algunos días y desaparecer más tarde la contractilidad eléctrica, 4.° por la ausencia de trastornos centrales, y 5.° por el estado de la sensibilidad: anestésia limitada al dominio de un nervio y si éste es mixto al del que está atacado en su movilidad. Alteraciones vaso-motoras y tróficas según Charcot en las parálisis de orígen periférico.

Tratamiento.—Importa remover las causas ánte todo. Indicación de los tónicos reconstituyentes y neurosténicos. Hidroterápia, electroterápia y tetánicos. Sus indicaciones.

PARÁLISIS DEL NERVIO FACIAL.

Sinonimia.—Parálisis mímica.—Parálisis de Bell.

Sitio.

Etiología.—La causa más frecuente es el enfriamiento. Los reumatismos, las alteraciones del oido (otitis), la sífilis, la diftéria, la escarlatina y el tifus pueden también producirla.

Sintomatología.—La invasión es lenta ó súbita, según cual sea la causa. El síntoma capital es la parálisis de todos los músculos animados por el facial (frontal, superciliar, orbicular de los párpados, elevador del ala de la nariz y de la comisura labial, zigomático buccinador y mitad del orbícular de los labios). Fisonomía particular de estos enfermos. Trastornos sensitivos, circulatorios y secretorios consecutivos.

Curso y terminaciónes.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamiento.—Cúmplase siempre que sea posible la indicación causal. Indicación de los tetánicos y de la electricidad especialmente, de los diaforéticos y de los rubefacientes. Baños termales.

PARÁLISIS PROGRESIVA DE LOS NERVIOS CRANEANOS.

Sinonimia.—Parálisis gloso-lábio-faríngea (Duchenne.) Parálisis del hipogloso.—Parálisis progresiva bulbar (Wachsmuths).

Sitio.—Le ha dado Wachsmuths el nombre de bulbar porque, áunque el motor ocular común se afecta alguna vez, se nota en ella un movimiento atrófico del bulbo, del gloso-faríngeo y del hipogloso.

Etiología.

Sintomatología.—Es el primer síntoma, generalmente, la parálisis de los lábios; de ahí la imposibilidad de silbar, soplar, etc.; aparece más tarde la parálisis de la lengua, la cual produce trastornos en la masticación, en la articulación de la palabra y en la deglución. Parálisis del paladar y faríngea. Trastornos consecutivos. Síntomas accidentales: asfixia, pneumónia por penetración de líquido. Trastornos tróficos.

Pronóstico.—La curación no es posible pudiendo algunas veces únicamente obtenerse algún alívio.

Tratamiento.—La electricidad (Benedickt, Schultz) y los excitantes y tónicos (Romberg).

LECCIÓN 29.

CLASE TERCERA.

NEURÓSIS CARACTERIZADAS PRINCIPALMENTE POR UN TRASTORNO DE LA INTELIGENCIA.

Idea general é importáncia del estúdio de esta clase de neurósis.

Enfermedades mentales.—*(Phrenopatias)*

Definición de la locura ó enajenación mental.—Dificultades que ofrece. Definiciones de Esquirol, Guislain, Georget, Baillarger y Foville. Elementos que deben entrar en su definición.

Historia.—Los antiguos tuvieron ya alguna idea de la locura. Hipócrates hace mención en sus obras de algunas terminaciones de la manía. Areteo, Celso y sobre todo Célio Aureliano, consagraron vários capítulos importantes á la descripción y al tratamiento de esta enfermedad. Galeno no hizo más que resumir lo que había dicho su antecesor. Trélat en sus *Recherches historiques sur la folie* y Thomée, en su *Historia insanorum apud græcos,* han reunido materiales de suma utilidad y que demuestran que en ciertos puntos los antiguos dejaron poco que hacer á los modernos. No obstante, es preciso llegar á fines del siglo XVIII para ver recobrar á la anajenación mental su rango entre los demás ramos de la ciencia médica, pués, á pesar de que Sthal, Boerhaave y Hoffman añadieron algo

á lo que ya se sabía, y de las investigaciones anátomo-patológicas, si bien incompletas, iniciadas por Morgagni y continuadas en Inglaterra por Perfecto y Greding y de haberse enriquecido la ciencia con las obras de Lorry, Daguin y Chiarugi, hasta que apareció Pinel no empezaron á aclararse algunos puntos obscuros. No solamente hizo una descripción casi completa de la locura el autor citado, sinó que reformó enteramente el régimen bárbaro adoptado en los hospitales, en cuyos establecimientos se trataba á los locos más bien como malhechores, que como séres que sufren. La obra publicada por Pinel á principios del siglo actual, es sin ningún género de duda uno de los más gloriosos monumentos de la ciencia contemporánea. Después de Pinel, Esquirol, discípulo suyo, es el que más ha contribuido á ilustrar con sus trabajos la historia de la locura. Debemos hacer mención especial de los autores que posteriormente han publicado útiles investigaciones: tales son Georget, Calmeil, Leuret, Foville, Ferrús, Lelut, Baillarger, Bayle, Parchappe, Delaye, Guislain, Moreau, Brierre de Boismont, Griessinger, Tissot, Spurzheim, Erlenmuyer, Friedreich y otros.

Clasificación de las locuras. — Preséntanse las mismas dificultades que para definirlas. Clasificación de Gall y Spurzheim: no se apoya en bases sólidas. Id. de Parchappe: 1.ª *locura aguda monomaniaca*; 2.ª *locura aguda maniaca;* 3.ª *locura aguda melancólica*; 4.ª *locura paralítica*; 5.ª *locura crónica* y 6.ª *locura epiléptica*. Esta division, que seduce por su simplicidad, ha hallado contradictores y era difícil que sucediera de otro modo, tratando el autor de apoyarse sobre las lesiones de la monomanía, de la melancolía y áun de la manía.—Clasificación del doctor

Burrow: 1.° *delirio* y *delirium tremens*; 2.° *manía* y *manía puerperal*; 3.° *melancolía* y *suicidio*; 4.° *hipocondría*; 5.° *demencia* y 6.° *idiotismo*. — Clasificación del Dr. Prichard — Id. de Esquirol: 1.° *lipemanía* ó *melancolía*; 2.° *monomanía*; 3.° *manía*; 4.° *demencia* y 5.° *imbecilidad*. — Idem de Griessinger, Noble, Bucknill, Tuke y Skae. — Idem de Brierre de Boismont. — Id. de Guislain: 1.° *phrenálgia*; 2.° *phrenopléxia*; 3.° *hiperphrénia*; 4.° *paraphrénia*; 5.° *ideophrénia* y 6.° *aphrénia*. — Id. de Esquirol modificada por Baillarger. — Clasificación adoptada, ventajas é inconvenientes.

- 1.ª *Clase:* Phrenopatías simples....
  - Hyperhprénia ó manía....
    - Monophrenopatías ó monomanías...
      - Lipemanía.
        - Extásis.
        - Hipocondría.
        - Misantropía.
        - Nostálgia.
      - Amenomanía.
  - Aphrénia ó demencia.....
    - Adquirida...
      - Simple.
      - Incoherente.
      - Paralítica.
    - Congénita...
      - Imbecilidad.
      - Idiotismo.
      - Cretinismo.
- 2.ª *Clase:* Phrenopatías compuestas.
  - Locura á doble forma.
- 3.ª *Clase:* Phrenopatías especiales.
  - Debidas á...
    - Alcohol (Delirium tremens).
    - Belladona, Estramónio.
    - Haschich, Plomo, Arsénico.
    - Pelagra, Puerpério, etc.
- 4.ª *Clase:* Phrenopatías asociadas á neurósis...
  - Locura histérica.
  - Id. epiléptica.
  - Id. coréica.

Anatomía patológica. — Lucha entre las escuelas materialista y espiritualista: en el estado actual de la ciencia es completamente imposible decir que la locura tiene lesiones

anatómicas constantes y que estas le sean própias y características.

Patogénia y etiologia.—La herencia es una de las principales causas de la locura. Datos estadísticos que lo prueban. La edad y el sexo, el temperamento, las profesiones, las estaciones, los climas y el estado civil en la etiología de la locura. Causas de órden religioso, moral y político productoras de la enagenación mental. Influencia de la civilización en el desarrollo de la locura. Enfermedades que pueden dar lugar á un estado frenopático.

Diagnóstico general de las locuras. — Manera de proceder en el exámen práctico de los enajenados. Datos principales para el estúdio clínico de las enfermedades mentales: la fisonomía, el gesto, la palabra, las vísceras y el conmemorativo.

Pronóstico.

Curso y terminaciones.

Tratamiento.—Consideraciones generales sobre la terapéutica de esta clase de afecciones. Importáncia de la medicina moral. Necesidad de los manicomios; construcción y organización de los mismos.

LECCIÓN 30.

Manía.

Sinonímia.—Hiperphrénia. (Guislain).

Definición. — Delírio general con perturbación y exaltación de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad.

Sintomatología.—Puede estallar de repente ó ir precedida de prodromos. La explosión súbita es rara, y generalmente es causada por una violenta emoción moral. Los prodromos consisten en cámbios de carácter. Aspecto del maniaco:cara vultuosa, ojos proeminentes é inyectados; los movimientos violentos é impetuosos; palabra viva y contínua; las facultades se hallan en un estado de exaltación completa, la piel caliente, el pulso acelerado y la sed y el furor llevados al más alto grado. —Esta excitación no es contínua; pués puede el maníaco tranquilizarse y volver después de un tiempo variable la excitación. Hay una forma crónica que puede suceder á la aguda y establecerse de una manera lenta.

Pronóstico.—La aguda es curable; la crónica tiende generalmente á la demencia.

Tratamiento.

MONOMANÍA (Esquirol).

Sinonimia.—Monophrénia (Guislain). Oligomanía. Delirio parcial.

Definición.—Delirio parcial sobre una idea ó sobre una série de ideas relativas al mismo objeto. Muchos niegan la existencia de esta phrenopatía, péro si bien es cierto que en rigor psicológico no puede demostrarse el delírio circunscrito, existe no obstante; en el terreno clínico está perfectamente probada su existencia. La omisión que se nota en el código penal de esta clase de phrenopatías, requiere se hagan profundos estúdios sobre las mismas. Aspecto exterior del monomaníaco.

La manía con depresión de las facultades mentales, constituye la *Lipemania, mania melancólica, phrenálgia* y *Cuperophrénia* (Guislain), *tristimania* (Rush). Formas de

lipemania: éxtasis, hipocondría, misantropía y nostálgia. En la amenomanía sucede todo lo contrario que en la lipemanía: la sensibilidad está agradablemente excitada y las pasiones son expansivas. Aspecto exterior de unos y otros enfermos.

Demencia.

Sinonimia. — Aphrénia y noasténia (Guislain).—Amentia (Sauvages).—Apsiquismo (Piorry).

Caracterizada por una debilidad ó parésia y abolición de las facultades sensitivas, intelectuales y morales.

Pocas veces es primitiva, constituyendo casi siempre el período final de todas las phrenopatias. Aspecto especial del demente: fisonomía estúpida y sin expresión. En la demencia *simple*, falta la palabra y el lenguaje mímico; en la *incohèrente* el enfermo habla sin que sus palabras guarden ninguna relación lógica y en la *paralítica* á estos trastornos agréganse las *parálisis*. Hay autores que consideran á la *demencia paralítica* como sintomática de lesiones orgánicas del cerebro; indudablemente hay una modificación en la trama orgánica del cerebro péro ¿esta modificación es causa ó efecto? ¿cuál es esa lesión? ¿es periféricá ó central? ¿afecta á una porción de los órganos encefálicos con preferencia á otra? ¿tiene caractéres que le distingan de las lesiones que presenta el cerebro de los que han sucumbido á ciertos reblandecimientos? En el estado actual de la ciencia, no podemos contestar á estas preguntas.

LECCIÓN 31.ª

Demencias congénitas.

IMBECILIDAD.

Caracterizada por la limitación del desarrollo de las facultades intelectuales y afectivas. — Fisonomía especial de los imbéciles. — Impresionabilidad excesiva del sentido genésico.

IDIOTISMO.

Sinonimia.—Amentia.— Imbecillitas.— Ingenii fatuitas. —Morosis.—Demencia congénita.

Distinguir el idiotismo de la imbecilidad.—Aspecto exterior de los idiotas.—Estado de la potencia intelectual de los mismos.—Idem de los sentidos.—Idem de las facultades afectivas é instintivas.— Idem de la sensibilidad tactil y de la motilidad. Las conmociones profundas y súbitas de la madre durante la gestación, el abuso de los alcohólicos en ese mismo período, la menstruación en la época de la concepción, la vejez de los padres ó su senilidad precoz y el contraste del temperamento en los matrimonios, parecen tener cierta influencia en la producción del idiotismo y de la imbecilidad.

CRETINISMO.

No es más que un idiotismo endémico acompañado por lo común de bócio. Aspecto especial del cretino. — El estú-

dio de las localidades en que se observa el cretinismo es indispensable para apreciar mejor la influencia que ejercen las diversas causas de esta enfermedad. En los valles profundos y húmedos, estrechos y oscuros, circunscritos por altas montañas, como en la parte de los Alpes, que se llama el Valais, la Moriana, la Tarentaise, el valle de Aosta y el Tirol es donde más se le observa. Influencia de las aguas calcáreas, magnesianas, carencia de yodo. ¿Es conocida la causa verdadera del cretinismo? Descripción de los cretinos. Estado de las facultades intelectuales, afectivas é instintivas. Todo tratamiento en estas enfermedades es completamente nulo, únicamente los cruzamientos científicamente dirigidos pueden, á veces limitar el número de idiotas y cretinos y mejorar, algún tanto la descendencia de los que ofrecen ya tal aspecto de desarrollo (1).

LECCIÓN 32.ª

Sueños patológicos.

INSÓMNIO.

Consiste en un estado permanente de actividad cerebral que impide el cese periódico de las relaciones con el mundo

(1) Para todo lo concerniente á enfermedades mentales podrá consultarse la excelente obra del *Dr. Guislain* vertida al español por los Dres. Carreras Sanchis y Torres Fabregat. Entre las muchísimas obras que sobre enfermedades mentales hay publicadas debemos hacer especial mención, para gloria de la Medicina pátria, del *Tratado teórico-práctico de frenopatologia* del Dr. Giné catedrático de esta escuela. Aunque no abundamos en algunas de las ideas vertidas por el referido Doctor en su obra, no por eso podemos dejar de mencionarla.

exterior. Prolongado por mucho tiempo, determina una tensión dolorosa cerebral y un eretismo tan considerable, que puede llegar á determinar una locura.

Etiología.—Los excitantes caféicos, las pasiones de ánimo, el estúdio profundo y prolongado y algunas enfermedades gastro-hepáticas, pueden determinarlo.

Tratamiento.—Conviene ánte todo alejar las causas que lo originan. El bromuro potásico, asociado con el hidrato de cloral, dá muy buenos resultados; también podremos usar el bromuro de alcanfor y los opiados.

PESADILLAS.

Idea general de este sueño patológico.

Etiología.

Tratamiento. — Los antiespasmódicos; siempre que se pueda cúmplase la medicación causal.

SONAMBULISMO.

Idea general del mismo.

Etiología.—Todas las causas del nervosismo.

Tratamiento. — Tónicos reconstituyentes y neurosténicos.

SUEÑO LETÁRGICO.

Idea general.

Tratamiento.—Indicaciones del café y de la cafeina.

ENFERMEDAD DEL SUEÑO.

Frecuencia de esta enfermedad en la raza negra.

Tratamiento.

LECCIÓN 33.ª

CLASE CUARTA.

NEURÓSIS COMPLEXAS.

Epilepsia.

Sinonimia. — Morbus herculeus (Aristóteles). — Morbus divinus (Platón). — Morbus lunaticus (Célio Aureliano). — Morbus sacer (Hipócrates).—Sér maligno (Aretéo).—Morbus caducus (Paracelso).—Morbus comitialis (Plínio y Serenus).—Australis interlunis (los autores sagrados).—Mal de San Pablo.—Analépsia (los árabes).

Etimología. — ἐπιλήψια, á su vez del verbo ἐπιλαμβάνειν, *asir, suspender de repente*, porque derriba al enfermo en el mismo instante.

Definición.—Neurósis caracterizada, principalmente, por ataques convulsivos en general de poca duracion, con pérdida súbita y completa del conocimiento, insensibilidad, turgescencia roja ó violada del rostro, inmovilidad de las pupilas y espuma en la boca.

Historia.—Esta enfermedad ha llamado ya la atención de los más antiguos observadores. Hipócrates conságrale un libro entero, *De morbo sacro*, y muchos de sus aforismos. Celso, habla también de ella; péro el cuadro más completo de esta neurósis que se encuentra entre los antiguos, es el de Aretéo y Célio Aureliano. Van-Swieten emitió también ideas generalmente muy exactas. Tissot tiene pu-

blicada una monografía, superior á las obras publicadas con posterioridad acerca del mismo objeto por Portal y Maisonneuve. Entre los contemporáneos debemos hacer mencion de Georget, Esquirol, Foville, Calmeil, Leuret, Herpin, Delasiauve, Morel, Baillarger, Trousseau, Voisin y Brown Séquard.

Patogénia.—Epilepsias de orígen central y epilepsias de orígen periférico. ¿Qué papel desempeñan el encéfalo y la médula espinal en la producción de los fenómenos epilépticos?—Experimentos de Brown-Séquard y de Westphal. Aunque no existe una prueba directa y positiva que compruebe que el sítio de la epilepsia esté en la médula oblongada y en la protuberancia, como admiten la mayoría de autores modernos, no obstante, podemos aceptarlo por ahora como idea provisional.

Etiología.—Influencia de la edad, del temperamento y principalmente de la herencia. El terror, las impresiones morales vivas, los estados alcohólicos y el onanismo son sus causas determinantes más comunes.

Sintomatología.—Formas diversas que puede afectar la epilepsia: vértigo epiléptico; gran mal ó grande ataque y pequeño mal ó pequeño ataque.

Grán mal.—*Ataque epiléptico*: constituido por cuatro períodos.—Período prodrómico: prodromos alejados y aproximados ó *aura.* Los primeros son más raros que los segundos y consisten en cámbios de carácter y de actitudes, excitación genital, sensación de peso en la cabeza, trastornos psíquicos, etc. Los segundos, consisten en una espécie de advertencia súbita y rápida que se llama *aura.* Su descripción y aspectos diversos que puede revestir.—Período tónico ó de caida: grito, caida con ó sin traumatismo, pér-

dida del conocimiento y de la sensibilidad, palidez pasagera del rostro, turgencia y amoratamiento sucesivo, espasmo tónico del sistema muscular, suspensión momentánea de la respiración, pulso contraido. Algunas veces este período falta totalmente, ó al contrario, es la única manifestación convulsiva. — Período clónico: principia por fuertes sacudidas, de corta duración, con intérvalos de calma, seguidos bien pronto de convulsiones clónicas que agitan el cuerpo con más ó ménos violencia y predominan de ordinario en una mitad ó en una parte de él. Aspecto del rostro y general de los enfermos en este periodo. Trastornos de la respiración, calorificación, circulación y secreciones. Duración de este periodo, exacerbaciones y remisiones.—Periodo terminal (comatoso): relajación muscular, insensibilidad y atontamiento. Rehabilitación gradual de las funciones. Pasado este periodo, pueden presentarse fenómenos delirantes y accesos verdaderos de locura.

Pequeño mal, pequeño ataque, ausencia. — En general es de muy corta duración, casi nunca más de un minuto; no vá precedido de prodromos, hay pérdida completa é incompleta del movimiento y de la sensibilidad, relajación muscular con ó sin caída y algunas veces convulsiones clónicas y tónicas ligeras, más parciales que generales. Frecuente repetición de los accesos. Explicación físiopática de los diversos síntomas de esta neurósis.

Vértigo epiléptico. — Es un ataque reducido. Vahido y pérdida completa é incompleta y momentánea de la inteligencia, sensibilidad y motilidad.

Complicaciones durante y después del ataque.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Distinguir la epilepsia verdadera de la si-

mulada; la protopática de la deuteropática; la de orígen central de la de orígen periférico.

Pronóstico. — Grave siempre. Aunque no es incurable, los casos de curación son muy excepcionales. Estadísticas de Maisonneuve (4 p 100), Herpin (5 p 100), Voisin (3 p 100). La edad, sexo, clima, y herencia como elementos pronósticos.

Tratamiento. — Instituir la medicación casual siempre que podamos descubrir su punto de partida. Durante el ataque, recomiéndanse para hacerle abortar la flexión enérgica de uno de los dedos gordos del pié, la ligadura de los miembros, la compresión simultánea de las dos sienes con la mano izquierda y del agujero occipital con la derecha, la compresión de las carótidas, las inhalaciones de cloroformo y de nitrito de amilo; péro estos medios, en general, dán muy pocos resultados. Indicación de los antiespasmódicos, antiflogísticos y revulsivos. — Para combatir esta enfermedad se han recomendado un sinnúmero de agentes, siendo los más usados el bromuro potásico, la atropina, el curare, el nitrato de plata, la estrignina, la valeriana, la artemisa; el óxido, lactato, valerianato, fosfato y carbonato de zinc; el amoníuro de cobre, el bromuro de amónio y el de alcanfor, el haschisch y el hidrato de cloral. Exámen crítico de cada uno de ellos. Excelentes resultados obtenidos por medio del bromuro potásico á grandes dósis (2 á 8 gramos diarios) asociado con la belladona (2 á 6 centígramos diarios). Nothnagel recomienda la hidroterápia fria; Chapman y Reynols las aplicaciones de hielo sobre la columna vertebral; Voisin las corrientes contínuas y Veller el trifosfato de plata con la glicerina á la dósis de 2 á 3 centígramos.