

Obedeciendo á los preceptos impuestos, creo que la práctica del hipnotismo es beneficiosa y útil como medio curativo; pero sólo empleada con un fin terapéutico.

COREA.—BAILE DE SAN VITO.—DANZOMANÍA

Es una enfermedad común á todas las épocas; sólo que en algunas ocasiones ha adquirido tal desarrollo que centenares de personas la han contraído al mismo tiempo; por manera que en los libros se describen verdaderas epidemias. Fisiológicamente considerada consiste en la presentación de contracciones musculares y movimientos arítmicos, y con razón se ha dicho que la corea es la locura de los músculos. Todos los actos que se producen en la corea son extemporáneos: un músculo, que en un momento dado debe desplegar una potencia como uno, la despliega como siete, y en vez de imprimir una dirección imprime otra.

Las causas son varias: en primer lugar, como neurosis, no escapa á la causa común que venimos estableciendo: la herencia. Sólo que á veces figura en la línea ascendente ó en la colateral, ó, si se quiere, constan otras neurosis, como catalepsia, histeria, sonambulismo. Sin embargo, eso no quiere decir que la corea sea congénita; pues todos pueden volverse coreicos gracias al nervosismo y á toda suerte de impresionabilidades; además, sabido es que cuando uno bosteza á nuestro lado, bostezamos nosotros también, en virtud de la imitación; y no hay duda que esta misma puede ser causa de corea; pues los actos gesticulatorios de la cara impresionan tanto á algunas personas, que por imitación se tornan coreicos. La corea debemos buscarla en las personas de gran excitabilidad; y esas personas son las mujeres, y sobre todo las niñas desde los 10 á los 16 años; después de esa edad, el cerebro es más firme, y así nos explicamos que se desarrollen

verdaderas epidemias en la edad de la juventud ó de la adolescencia. La corea recibe el nombre de baile de San Vito, porque en Alemania se desarrolló á modo de una epidemia y acudían los coreicos bailando y saltando á la ermita de San Vito, con el fin de buscar la curación. Además de la condición de edad, de sexo y de imitación, se ha querido reconocer en la corea un origen distinto: y han sido varios los autores en estos últimos tiempos que han dicho que la corea no es más que un reumatismo. Que algunos coreicos son reumáticos, es evidente; que padecen manifestaciones dolorosas en las articulaciones, en los músculos, no es menos cierto; y que hasta el reumatismo determina la endocarditis, es también verdad. Pero en cambio, se ven docenas de docenas de coreicos sin manifestaciones reumáticas; y si el corazón está alterado en sus movimientos, no siempre se debe á la influencia del reumatismo, sino á un trastorno de la motilidad. Otra idea verdaderamente curiosa consiste en decir que tratándose de un reumatismo y desarrollándose en su curso una endocarditis reumática, se presentaban pequeñas embolías en el cuerpo estriado, que eran la causa productora de la corea. Esta teoría es rara; pero podríamos preguntar al inventor ¿cuántas autopsias ha practicado en demostración palmaria de su manera de pensar? Precisamente la corea es una enfermedad que no mata; dura dos ó tres meses y se extingue por sí sola; por consiguiente, ¿cómo se han comprobado las lesiones? Hay, sí, una hemicorea que tiene lesión fija ó en el cuerpo estriado ó en la corona radiante, que produce trastornos de motilidad y de sensibilidad; pero por lo que toca á la corea clásica, general, aquella suposición todavía se ha de demostrar.

Anatomía patológica.—No se conoce; y por eso se incluye á la corea en las neurosis.

Síntomas.—El cuadro algunas veces se desarrolla bruscamente; y esto suele suceder cuando la corea evoluciona en virtud de la imitación, ó por efecto de una impresión terrorífica, como un susto, un castigo bárbaro, porque sucede á veces que los padres creen que los

visajes que hacen los niños coreicos, no son más que un vicio, y les castigan.

La corea consiste en que el enfermo hace de vez en cuando muecas, visajes, abre y cierra los ojos, la lengua entra y sale de la boca; en el acto de beber derrama el agua de la copa; sacude la cabeza, etc. Al principio, los movimientos se fijan en la cabeza y en la cara; pero de aquí se extienden al tronco y á las extremidades. La cabeza se mueve en todos sentidos, constituyendo lo que se llama *corea cápitis*. En la cara se observan los guiños y muecas á que ya nos hemos referido, y además se nota á veces que los coreicos balbucean y tartamudean. El tronco y las extremidades se mueven desordenadamente también.

En estado fisiológico, al extender un brazo para coger un objeto, graduamos la distancia que nos separa del mismo; pero el coreico, en vez de dirigir la mano hacia él directamente con un solo tiempo, describe oscilaciones irregulares, hasta que al fin puede cogerlo: de ahí la dificultad que tiene para escribir, para beber, etc., y lo propio sucede con las piernas, que las estira, las encoge, y parece talmente que baila, aunque sin ritmo; y á tal extremo de exageración pueden llegar esos movimientos, que se lastiman los miembros rozándolos entre sí ó con los objetos que hay á su alrededor. Cuando el coreico quiere dominar esos movimientos desordenados, con un esfuerzo enérgico de voluntad, aun los desordena más. Por manera que el resorte de la motilidad está completamente perdido; y hay enfermos que han de estar todo el día sentados ó echados, y de esta manera los movimientos se adormecen un tanto. Durante el sueño hay coreicos que están en reposo absoluto; pero otros siguen moviéndose, aunque más débilmente que en estado de vigilia.

Al propio tiempo que esos trastornos, sobrevienen otros; y no hay duda que uno de los órganos que conviene vigilar con más solicitud es el corazón, pues á veces se fija el reumatismo ó la corea, pudiendo dar margen á aritmias y trastornos distintos, como son: dos ó tres

revoluciones seguidas; después falta una; contracciones más enérgicas unas que otras; hiperkinesias, etc. Respecto al aparato digestivo, generalmente, no hay otros trastornos que la dificultad en la masticación y en la deglución, por el desordenado movimiento de los músculos respectivos; pero fuera de esto el trabajo gastro-intestinal se sigue operando en debida forma. Puede haber trastornos por parte del encéfalo: así, es común ver coreicos torpes, atontados, y con cierta soñolencia, y otros, por el contrario, excitados, irritables, y que hasta llegan á delirar y á ofrecer alucinaciones é ilusiones ópticas y acústicas.

Este estado se sostiene durante un espacio de tiempo que en la mayoría de casos no pasa de dos ó tres meses; el mal va ascendiendo hasta los 30 ó 40 días, y después declina hasta que desaparece. Sin embargo, sucede que después de la convalecencia, y una vez en equilibrio completo, la corea vuelve á aparecer.

Así es que hay quien la ha sufrido tres ó cuatro veces durante su vida. Ocorre, aunque es rarísimo, que la corea no llegue á resolverse nunca y quede el enfermo molesto por los movimientos, aunque más atenuados. La cronicidad se observa sobre todo cuando, en vez de presentarse la afección simétrica y general, tiende á la limitación, como se ve en los coreicos en los que domina la *corea capitis*, la *corea facialis*, la *braquial*, etc. En el curso de la enfermedad que estudiamos puede suceder una cosa muy particular: y es, que si se desarrolla un proceso febril, independiente de la corea, ésta desaparece como por encanto; y como los niños tienden á esas grandes pirexias, tales como el sarampión, escarlatina, viruela, etc., la corea cesa; pero una vez ha desaparecido la fiebre, vuelve á aparecer. Sólo en el caso de interesarse el corazón puede la corea producir la muerte. Yo sólo he visto un caso de esta índole: se trataba de un enfermo que vino á mi casa desde Granollers, sin gran disnea, pero con un desorden cardíaco veheméntísimo; aquel joven murió repentinamente, á poco de salir de mi casa, en virtud de la aritmia cardíaca. Conviene, pues, anotar este hecho para proceder con cierta reserva. Fuera de este

caso, las probabilidades son de éxito, si bien debemos advertir á la familia la probabilidad de que se reproduzca el mal.

Diagnóstico.—No ofrece ninguna dificultad. No puede confundirse con la parálisis agitante, porque ésta respeta casi siempre los músculos de la cara; da lugar á movimientos rítmicos, y casi nunca suele observarse en los niños. Cuando se trata de una corea parcial entonces pudiera confundirse con la corea sintomática de algún desorden cerebral, ó cerebro-espinal *post-hemorrágicum* ó de otra clase; pero buscando los antecedentes, la diferenciación no es difícil.

Pronóstico.—Cuando hay desórdenes cardíacos debe hacerse reservado; pero aparte de eso, el pronóstico no es de gravedad.

Tratamiento.—Importa tener presente que la corea puede desarrollarse por imitación; y como generalmente afecta á niños ó á niñas que van al colegio, hemos de advertir á las familias la conveniencia de que dejen de asistir los niños á los centros de enseñanza, para evitar que la adquieran los demás.

Para la curación de la corea hay muchos medios. Desde luego que el de intimidación no lo aceptamos, porque es una espada de dos filos; podrá ser que cure una corea, pero también puede agravarla. De todas maneras es bien sabido lo de Boerhave, que con el fin de cortar la propagación de la corea entre las niñas de un colegio, hizo que entraran todas en una sala, en la que dispuso un hornillo con hierro candente, y una vez puestas en fila, cogió el cauterio y amenazó con él á la primera que tuviese convulsiones. Fué tanto el temor que se apoderó de ellas, que cesó pronto la propagación del mal. Y es que la corea se transmite por verdadera imitación, lo propio que otras neurosis, y hasta el suicidio. A propósito de esto recuerdo que en una población inglesa hubo un tiempo en que los suicidios, por parte de las mujeres, eran muy frecuentes, y le ocurrió á la autoridad una idea de intimidación muy feliz. Al efecto, se puso un bando en las esquinas, diciendo: “que todas las jóvenes que se ahorcaran serían expuestas, desnudas, en la plaza pública.” Bastó esto para que los casos cesaran en seguida.

Nosotros, que generalmente tenemos que intervenir en casos aislados, apelamos á otros medios. En primer lugar, recomendaremos á los parientes del coreico que no exciten su irritabilidad, antes bien, que le traten con cariño y dulzura; y si bien conviene que el enfermo haga algún movimiento y dé algún paseo, se ha de tener en cuenta el grado de agitación, porque si ésta es mucha es preferible el quietismo, á fin de que los músculos queden en relajación. La alimentación ha de estar en relación de las fuerzas digestivas.

Son muchos los medicamentos indicados: los bromuros son útiles, sobre todo cuando junto con la corea se desarrolla excitación cerebral, irritabilidad de carácter, conceptos delirantes, é insomnio; pero en mi sentir los medicamentos favoritos son tres: la *estrignina*, el *arsénico* y la *opiata de Masdevall*. La *estrignina* es lo que produce mejor efecto, aunque parezca un contrasentido, ya que acabamos de citar los bromuros. El *arsénico* también; pero no tanto como la *estrignina*. La *opiata de Masdevall*, que tiene por base la quina y el tártaro estibiado, y que se emplea para combatir afecciones palúdicas y hasta tíficas, da buenos resultados. Hay otra sustancia que puede añadirse á la lista de los medicamentos favoritos, y es la *antipirina*, cuyas aplicaciones terapéuticas parece no han de acabar nunca. Se han recomendado las irrigaciones de éter á lo largo del raquis, unas veces con resultado y otras sin él. Recuerdo un caso de corea crónica, que se modificó mucho á favor de ese medio. Los *baños* son también útiles sujetándonos á ciertas reglas de conducta: cuando la corea está en el período ascendente y se acompaña de movimientos muy agitados, se logran beneficios con los baños tibios y prolongados y con perfrigeraciones en la cabeza; pero cuando se hace rebelde y pasa el tiempo ordinario de su duración, se debe recurrir á los baños fríos, los cuales en el período agudo, lejos de calmar, exacerban el mal. Por último, es conveniente la electroterapia, y se puede también ensayar la sugestión hipnótica.

NEURALGIAS EN GENERAL

Describiendo las neuralgias en general, podré dispensarme de la descripción de cada una en particular, lo cual nos robaría mucho tiempo.

Se da el nombre de neuralgia á un proceso doloroso que radica en el mismo nervio. Se comprende que esto es muy convencional; porque los órganos todos pueden ser asiento de dolor, en virtud precisamente de los nervios. Si el hígado, pongo por caso, no tuviera nervios y estuviese huérfano de todo aparato nervioso, no sufriría la hepatalgia. De todos modos, ocurre á veces que no acusa el enfermo otra cosa que el hecho "dolor," á lo largo de un nervio. Entiéndase que no es lo mismo neuralgia que neuritis. Neuritis es la inflamación del nervio acompañada de dolor, pero sin que este dolor constituya todo el proceso, puesto que no existiría sin la inflamación. En la neuralgia todo viene representado por el dolor; sin dolor no hay proceso; constituye él solo la afección.

Las neuralgias no tienen, hoy por hoy, una Anatomía patológica conocida. Se han hecho esfuerzos de toda índole para sacarlas del grupo de las neurosis; pero han resultado infructuosos. Se ha teorizado mucho, pero falta la sanción real y positiva de un substrato anatómico. Se ha dicho que cuando un nervio es asiento de una neuralgia es que ha sufrido una alteración análoga á la que sufre el hierro imantado. Pero ¿qué pasa en el hierro imantado? Nada que sepamos en el sentido de alteración material y tangible. Tal vez han sido más afortunados los que han querido ver en las neuralgias un trastorno del neurilema, suponiendo una especie de infiltración edematosa del mismo, que comprime al tejido nervioso que envuelve; y para explicar el por qué las neuralgias aparecen y desaparecen con rapidez, añaden que son debidas á la acción del aire frío y húmedo; y

como quiera que el neurilema es una substancia higroscópica, la humedad la ingurgita, lo pone edematoso y entonces comprime al nervio. Otros dicen que se trata de un hecho químico: que el nervio puede producir, en virtud del juego nutritivo de asimilación y desasimilación, gran cantidad de ácido láctico y de bifosfato de sosa, á cuya presencia en el nervio se debe el dolor. De manera que el dolor sería la consecuencia de un acto de química biológica, y la intermitencia se explicaría teniendo en cuenta que el ácido láctico y el bifosfato de sosa se neutralizan en seguida por la misma corriente sanguínea encargada de su arrastre. Esta teoría es aceptable, pero necesita una mayor confirmación.

Etiología.—Sería cuestión de nunca acabar si pretendiéramos describir todas las causas de la afección que estudiamos: así es que sólo haré un ligero apunte. Por lo que se refiere á edad, son raras en los niños, lo propio que en los viejos, los cuales, si bien es verdad sufren dolores que aparentan neuralgias, á menudo no son más que el síntoma de otros procesos: en la juventud y en la edad adulta es cuando las neuralgias son frecuentes. Respecto al sexo, todos los especialistas convienen en que abundan más en la mujer que en el hombre. Influye también la condición de herencia, puesto que hay familias de neurálgicos; pero en ellas puede haber individuos afectos de otras neurosis, como la epilepsia, la corea, etc. Vienen también relacionadas con la mayor ó menor impresionabilidad que tienen ciertas personas para el dolor físico. Aparte de las condiciones dichas, hay procesos que pueden producir neuralgias; v. gr., la anemia, la clorosis y muchas nosohemias, sobre todo las que se caracterizan por la depauperación de los elementos morfológicos de la sangre. El reumatismo, la gota y el herpetismo, especialmente, son causa abonada de neuralgias: apenas se verá un herpético que no sufra procesos neurálgicos; tanto, que los dermatólogos modernos se inclinan á creer que el herpetismo, más que un proceso discrásico, depende de trastornos de la inervación. La influencia del ambiente es positiva: el aire frío y hú-

medo basta para provocar la aparición de una neuralgia; con la particularidad de que los neurálgicos sienten las influencias cósmicas á veces antes que el barómetro y el higrómetro.

Síntomas.—El principal es el dolor, que ofrece una infinidad de particularidades: la primera consiste en que ese dolor tiende á la intermitencia, aunque este carácter no sea absoluto; pero es la regla general: así, p. ej., la neuralgia del trigémino es de tal manera intermitente en sus paroxismos, que hasta suele aparecer en momentos determinados y fijos, como si se tratase de un afecto palúdico; en cambio, la neuralgia intercostal y la ciática pueden ser continuas. La evolución del dolor se opera con rapidez; el enfermo pasa bruscamente del período de calma al de dolor acerbo, y desaparece del mismo modo. El dolor se siente á lo largo de un nervio cualquiera y de sus expansiones, y á veces con tal fijeza, que el enfermo, sin que sepa anatomía, marca la región dolorosa al nivel del nervio precisamente. Sin embargo, el dolor se acentúa en determinados puntos, llamados *puntos dolorosos* de Valleix; y esos puntos corresponden á aquellos en donde el nervio se dobla formando un ángulo, ó al salir de un orificio óseo-membranoso, ó al dar la vuelta por encima de un tendón ó plano resistente. Cuando ha pasado la crisis dolorosa comprimiendo los citados puntos, se solicita un dolor muy vivo aun al cabo de dos ó tres días de haber tenido lugar aquélla. La subjetividad del dolor, cada enfermo lo cuenta á su modo: á veces parece se trata como de una chispa eléctrica que corre desde el origen del nervio hasta sus expansiones; otras veces una sensación de tirantez, ó de alfilerazo; en otras ocasiones, como si se alterara en aquellos nervios la sensibilidad térmica, experimentan frío glacial, ó urencia en otros puntos, etc.

Se comprende que desde el instante en que un filete nervioso se afecta en el sentido de producir dolor, el filete anexo de motilidad puede también de una manera directa alterar su funcionalismo. Pero aun cuando no existiera ese nervio mixto, sino un territorio nervioso perfec-

tamente deslindado en el concepto de la motilidad ó de la sensibilidad, v. gr. el quinto par, el trigémino, nervio de sensibilidad, ó el séptimo par, el facial, nervio de movimiento, aun así puede haber en los de sensibilidad actos reflejos y manifestaciones de la motilidad, y contracciones y temblores al nivel del punto afecto. También, á la par que el dolor, puede presentarse esa afección que se conoce con el nombre de "tic convulsivo," caracterizada por ofrecer contracciones bruscas en la cara, como recordando una especie de corea; pero especialmente se ve marcado el tic convulsivo cuando el signo dolor y el signo motilidad desordenada están en la extremidad abdominal, ó sea cuando se desarrolla la neuralgia ciática. Otras veces dan lugar las neuralgias á trastornos de la circulación, produciendo isquemias ó hiperemias: así es que suelen verse enfermos que tienen jaqueca y en ciertos momentos presentan el rostro pálido y descolorido, y en otros momentos están inyectados y hasta lívidos: todo lo cual se explica en virtud de la alteración de los filetes nerviosos vaso-motores. También se observa otro hecho, y es el cambio térmico que se opera en la parte: así se verá que cuando hay blancura hay también frialdad, y cuando trabajo hiperémico hay aumento de temperatura.

Los aparatos glandulares se pueden alterar: en la neuralgia del trigémino es común el lagrimeo, y flujo nasal grande; y lo propio puede suceder con la secreción de saliva; siendo de notar que en las dermalgias hay aumento de sudor ó sequedad completa en la zona donde aquélla radique. Por último, pueden operarse fenómenos tróficos que perturban la nutrición, ora se trate de dermatosis que antes se admitían como discrásicas, ora de alteraciones de las mucosas. Los músculos también pueden sufrir perturbaciones; y así se explica que las personas que han tenido una neuralgia de la cara y del ciático por espacio de meses, se les adelgace en unos la mitad de la cara correspondiente, resultando una asimetría facial, y en otros enflaquezca la pierna.

Estos son los principales síntomas; sin embargo, pueden ampliarse

si nos fijamos en alguna neuralgia determinada. Así, p. ej., tratándose de la del trigémino, habrá lagrimeo, secreción nasal exagerada, y hasta llega á producir fenómenos tróficos de los glóbulos oculares, afectando la motilidad del iris ó produciendo opacidades en el cuerpo vítreo; por eso los que tienen jaqueca ofrecen alteraciones visuales, en el concepto de ver arcos rojos, reflejos luminosos, centelleo, etc., hasta el punto de que hay una jaqueca llamada "oftálmica." También puede presentarse el vómito, tan común en las jaquecas, y así de los otros casos.

Curso.—El cuadro de las neuralgias es fugaz ó duradero, según las circunstancias: pues mientras la ocasionada por una influencia *a frigore*, p. ej., aparece y desaparece tal vez, en cambio hay otras sostenidas por distintos procesos que pueden ir repitiéndose por mucho tiempo ó por toda la vida. A veces sólo durante una época de la vida suelen presentarse; p. ej., desde la infancia á la pubertad, ó de ésta á la edad madura.

Terminaciones.—O desaparecen en un período de tiempo más ó menos largo, ó se sostienen y dan lugar á los desórdenes circulatorios y tróficos. Hay que desconfiar de las neuralgias rebeldes, sobre todo si la afección va perdiendo el carácter de intermitencia: así se verán enfermos de neuralgia del trigémino rebelde á todo tratamiento, hasta que al fin viene un día en que el paciente se hace hemorrágico ó afásico, ó presenta una trombosis, ó se ofrece el cuadro de una neuralgia braquial que se extiende á lo largo del brazo interesando la zona cubital y los dedos meñique y lado interno del anular, etc. Hay enfermos que padecen neuralgias horribles del oído (otalgias), y sucede que no pudiendo resistir dolor tan vivo, atentan contra su vida.

Diagnóstico.—En términos generales no hay dificultad. Pero cuando se vea una neuralgia que, á pesar de ser tratada correctamente, no cede y persiste un día y otro, debemos hacer minuciosas investigaciones para enterarnos de si verdaderamente se trata de un

proceso neurálgico ó si es un fenómeno sintomático de otros afectos. Importa también distinguir si se trata de una neuralgia ó de una neuritis, ó de un tumor que radique en el mismo neurilema (neuroma). Además, hemos de saber cuál sea en cada enfermo la causa productora, á fin de poder combatirla.

Pronóstico.—Ordinariamente las neuralgias no lo exigen grave, en el concepto de trastornos que puedan poner en conflicto el funcionalismo del órgano: por manera que más son procesos molestos que peligrosos. Esto en términos generales; porque hay infinidad de circunstancias que obligan á acentuarlo. La ciática es la más rebelde de todas: en cambio, la del trigémino es muy dócil; la jaqueca también es rebelde, y los hechos diarios atestiguan cierta relación con afectos cerebrales, que más tarde podrán originarse.

Tratamiento.—Sumamente vasto. Hay neuralgias que se corrigen no combatiendo el dolor, sino la causa productora; por manera que en algunas ocasiones el *hierro y el manganeso son los mejores narcóticos* para combatir neuralgias sostenidas por la anemia; y el *arsénico y el bicarbonato de sosa* son buenos agentes contra las neuralgias relacionadas con el herpetismo. Pero contra la neuralgia en sí y prescindiendo de su causa, podemos apelar á la larga serie de los narcóticos; con todo, caeríamos en un empirismo si quisiéramos emplear un mismo narcótico contra toda neuralgia, ya que al parecer cada nervio tiene una receptividad especial para determinado narcótico. La *morfina* no hay duda que es el mejor calmante; pero así y todo, no es aplicable en todos los casos. La jaqueca, p. ej., no se curará con la morfina ni aun con la codeína, porque estas substancias son congestionantes, y producen, en cambio, muy buen efecto la aconitina y la antipirina, substancias isquemiantes.

Todo eso respecto á la elección de drogas. Conviene además no precipitarse en la dosificación, siendo muy práctico empezar á administrar los narcóticos débiles, para acabar con los más enérgicos. En su virtud empezaremos por el *opio* y sus *preparados*, y apelare-

mos después á sus *alcaloides*, pero empezando por la codeína; y así daremos también antes el acónito que la aconitina. Hay otras sustancias analgésicas, tales como el *salicilato de sosa*, la exalgina, la antipirina y muchos más de la misma serie. La antipirina no hay duda que es un gran medicamento; pero no debe usarse contra todas las neuralgias, sino contra algunas determinadamente, v. gr., la jaqueca, la neuralgia [del trigémino, la intercostal, y los dolores fulgurantes de los atáxicos; ofreciendo una particularidad que conviene tener presente, y es que pudiendo ser un agente peligroso como antitérmico exagerando la dosis, cuando se emplea como analgésica es mejor tolerada. Algunos han querido sustituirla por la acetanilida; pero ésta es más peligrosa y produce además la cianosis. Las neuralgias del trigémino se calman con los *preparados de quinina*, mejor, si cabe, que con las inyecciones de morfina. Son también inmensas las ventajas que se logran con el *acónito* y *la quinina asociados*; así no es extraño que algunos farmacéuticos hayan hecho un gran negocio con fórmulas como las célebres píldoras de Musset, que tienen por base el acónito y la quinina. La *tintura de jazmín amarillo* es útil en las neuralgias del trigémino; el *cólchico* y la *colchicina*, en las neuralgias reumáticas y gotosas; la *veratrina* y el *aceite volátil de trementina*, especialmente para combatir la ciática; y así de otros casos.

Además de todo esto, se puede recomendar la *hidroterapia* fría ó termal, los baños clorurados, salinos, sulfurosos, según la índole de la neuralgia y según el caso. Así, si se trata de una clorótica, estarán indicados los baños de mar y los chorros fríos; si de un artrítico, los baños rusos, los de Caldas, los de Amélie-les-Bains ó los de la Puda. Puede también apelarse al *cianuro potásico*, si bien en este caso debe vigilarse la integridad de la piel. Otra substancia utilísima es el *sulfuro de carbono*, como tópico.

Cuando toda esa serie de medios fracasan, todavía quedan otros recursos. La *revulsión* llamada de Cotugni, que consiste en la aplicación de una serie de vejigatorios á lo largo del trayecto del nervio,

sobre todo del ciático, pues es la neuralgia en que más se usa. El *thermo-cauterio* puede servir (cauterización punteada). La *electroterapia* es también un medio poderoso. Y si lo dicho de nada sirviera, aun quedan dos recursos: la *elongación del nervio*, operación cruenta y dolorosísima, que consiste en poner el nervio á descubierto y tirar del mismo á fin de que se produzcan rasgaduras, que por la acción substitutiva que ejercen, hacen que cese el dolor; ó, á lo menos, así lo dicen los que esta operación han practicado. Y queda todavía el último recurso, consistente en la *sección del nervio*, pero no todos los nervios se prestan á ello. Se puede aconsejar, v. gr., tratándose de una neuralgia del trigémino; pero cuando deba traumatizarse un nervio mixto de sensibilidad y de motilidad, como el ciático, más serán los perjuicios que las ventajas. Además, sea cual fuere el nervio cortado, no es infrecuente ver que por nueva soldadura ó por corrientes nerviosas anastomóticas se reproduce el dolor.

PARÁLISIS PERIFÉRICAS

PARÁLISIS DEL FACIAL

A veces, con integridad absoluta de los orígenes de los nervios del encéfalo y de la médula, se pueden presentar parálisis llamadas periféricas, porque no radican en el arranque del nervio, sino en su trayecto. Una de las más típicas es la parálisis del facial ó del séptimo par (parálisis de Bell), y para estudiarla con aprovechamiento es necesario un recuerdo de anatomía normal. Sabido es que el origen aparente del facial está en el cuarto ventrículo, inmediatamente por debajo de la protuberancia anular, junto al motor ocular externo, el espinal y el hipo-

gloso. En su origen tiene dos ramas que se unen en seguida para formar un solo cordón, que pasa por la protuberancia y se entrecruza más arriba de las pirámides; por manera que el izquierdo pasa á ser derecho, y viceversa; pero aun, engolfándose más por el interior de la masa encefálica, sus hebras se extienden á lo largo de los pedúnculos cerebrales y de la corona radiante, hasta la corteza cerebral; por manera que, en la masa encefálica, las hebras marchan dispersas hasta llegar al nivel de la protuberancia, en donde queda constituido un cordón que penetra en el cuarto ventrículo. Por lo mismo que las fibras del facial proceden de las profundidades de la masa encefálica, se concibe que las lesiones del cuerpo estriado ó de la porción cortical del encéfalo interesen el facial; pero en estos casos no se producen tantos desórdenes paralíticos como cuando radican en el cordón nervioso, ya constituido.

Desde la salida del facial, del cuarto ventrículo, el trayecto que recorre puede dividirse en tres partes: trayecto *intercraneano*, que comprende desde el cuarto ventrículo, ó sea desde el origen aparente hasta la entrada del peñasco; porción *interósea* dentro del peñasco del temporal, siguiendo el conducto de Falopio, en unión del nervio acústico y del nervio de Wrisberg, sólo que el acústico se distribuye en el oído, y el de Wrisberg se funde con el nervio facial; y por último, sale el facial por el agujero estilo-mastóideo,—porción *extraósea*,—pasando por detrás de la rama ascendente de la mandíbula, atraviesa la parótida y se divide en dos ramas: la temporo-facial y la cérvico-facial.

En su trayecto interno no da ninguna rama; en el del peñasco da las ramas del estribo y de la cuerda del tambor, así como las petrosas mayor y menor, que animan la glándula sub-maxilar, la parótida y el músculo del martillo, al paso que la cuerda del tambor inerva la lengua, regularizando la circulación de la misma y la erección de las papilas en sus dos tercios anteriores. La porción tercera del nervio da una infinidad de ramas que animan á la mayor parte de los músculos

de la cara, exceptuando los que mueven los glóbulos oculares, que vienen animados por el motor ocular común, el motor ocular externo y patético; es decir, los pares tercero, cuarto y sexto. Tampoco anima el facial los músculos que elevan la mandíbula inferior, ni tampoco los temporales y maseteros, que deben su motilidad á la rama motora del trigémino. Todos los demás músculos de la cara están animados por el facial.

Dada esta base nos explicaremos perfectamente los distintos síntomas á que ha de dar lugar una parálisis del facial, según sea el trayecto donde radique la lesión.

Etiología.—La causa más común y evidente es, sin duda alguna, la influencia *a frigore*, con la particularidad de que la acción ejercida por el ambiente frío deja sentirse casi inmediatamente. Recuerdo una persona que venía de Madrid, en un día crudo de invierno, y al abrir una de las ventanillas para asomar la cabeza, sintió en una mejilla una impresión parecida á un bofetón; como era de noche y no podía ver al supuesto agresor, se apresuró á retirarse de la ventanilla; pero al poco rato sus compañeros de viaje ya advirtieron que se le había paralizado la mitad de la cara. Otras veces puede desarrollarse á causa de un acto traumático, y así en Tocología es frecuente ver, después de una aplicación de forceps, la parálisis del facial. Las parálisis cuya lesión radica en las partes profundas, suelen atribuirse á alteraciones del peñasco, como osteítis ó periostitis ó caries, ó á un neuroma, ó á afecciones sifilíticas que se desarrollan dentro del cráneo.

Anatomía patológica.—La lesión intrínseca del nervio es desconocida; no así la de los afectos morbosos, p. ej., un goma, una osteítis, un tumor de cualquiera índole que compriman al nervio.

Síntomas.—En la parálisis verdaderamente periférica se observan los fenómenos siguientes: se paraliza la mitad de la cara, quedando el rostro, en la parte paralizada, con cierto abotagamiento flácido, que contrasta con la mitad sana, que parece retraída. La frente,

en su zona paralizada, no forma pliegues; la ceja está caída, no puede arrugarse el cejo, como vulgarmente se dice, si bien puede elevarse; el ojo permanece abierto, y aun más que en el estado normal, porque roto el antagonismo, por la parálisis del orbicular, el elevador del párpado tira hacia sí. Además, el músculo encargado de la contracción del saco lagrimal también se paraliza, y las lágrimas, no pudiendo enfiar por el conducto nasal, chorrean por el rostro (epífora). Aunque el ojo sigue moviéndose, ya que el facial no inerva los músculos del globo del ojo, no obstante, falta la acción de las pestañas por la parálisis del orbicular, y el enfermo no puede abrir ni cerrar los ojos, ni puede pestañear al objeto de impedir la entrada en el ojo de cuerpos extraños, con lo cual el polvo, junto con las lágrimas que se estacionan en la conjuntiva, contribuye á hiperemiar aquel órgano. Cuando el enfermo quiere conciliar el sueño, como los párpados no pueden cerrarse y el globo ocular queda á descubierto, se inclina el ojo hacia arriba, merced á la acción del músculo recto superior, que tirando hacia sí logra que la pupila quede protegida por el párpado superior. Los músculos del carrillo, el zigomático mayor y menor, el bucinador, y la mitad del orbicular de los labios, se paralizan, y en su consecuencia el enfermo no puede soplar, ni puede articular claramente algunas letras (las labiales); los alimentos, las bebidas y la saliva se escurren por la boca, ó á veces queda una cantidad del bolo alimenticio detenido entre la mandíbula del lado paralizado, siendo menester sacarla con los dedos.

Gracias á la parálisis del elevador de la comisura de los labios, ésta está caída, contrastando con la retracción del lado opuesto. Queda también paralizada una ala de la nariz; pero esto en el hombre es poco visible, á causa de tener los cartílagos nasales resistentes; pero se observa bien en el caballo, que tiene flácidas y sin cartílagos las alas de la nariz. Así es que cuando en uno de estos cuadrúpedos se desarrolla una parálisis del facial, queda una de las ventanas de la nariz cerrada, hasta el punto de ocasionar disnea. Las personas que

pueden mover algo las orejas, si sufren una parálisis del facial, queda una de ellas sin movimiento; esto también puede observarse en algunos animales que tienen una facilidad grande para moverlas, p. ej., los conejos.

Cuando el enfermo habla, y sobre todo cuando ríe, se pronuncian grandemente las desviaciones del rostro á que nos hemos referido.

Cuando la lesión radica en la segunda porción, ó sea dentro del peñasco, el síndrome se amplía de una manera muy curiosa. Desde luego el rostro ofrece todos los caracteres descritos; pero á más de esto suele haber una alteración de la secreción salival, porque ya hemos dicho que los nervios petrosos inervan las glándulas sub-maxilar y parótidas. Hay también alteraciones del oído; pues si el facial da una rama al músculo del martillo y otra al del estribo, se comprende que la cadenilla de los huesos quede paralizada, resultando que hay mayor impresionabilidad acústica, á causa de la imposibilidad de poder regular la tensión de la membrana timpánica. También hay alteraciones de la motilidad de la lengua y del gusto: respecto á la lengua, como quiera que el facial le envía dos ramos, que son el digástrico y el estilo-gloso, paralizados éstos, la lengua no podrá doblar su punta hacia arriba; en cuanto al gusto, la sensibilidad general viene encomendada al trigémino y la especial al gloso-faríngeo, que aviva la parte posterior de la lengua; por manera que cuando se paraliza el facial, como quiera que las papilas de la parte de la lengua quedan paralizadas gracias á la parálisis del ramo de la cuerda del tambor, se comprende que no se percibirá bien el sabor de los cuerpos. Por último, pueden observarse alteraciones de la motilidad de la úvula, que recibe también algunos filetes del facial.

Cuando el nervio se paraliza, no en su origen aparente, sino en las profundidades de la protuberancia y de los pedúnculos, entonces se modifica el cuadro. Si el facial se paraliza en el interior de las pirámides, subsiste todo lo dicho; pero como quiera que dentro de las pirámides el nervio va unido á los cordones de la médula después del

entrecruzamiento en el cuello del bulbo, resulta que el enfermo ofrecerá la parálisis cruzada; es decir, quedará paralizada la cara en el mismo lado, y las extremidades superiores é inferiores del lado opuesto. Cuando la parálisis es más profunda y afecte á alguna de las hebras de origen, entonces no se producirá la parálisis total, sino sólo la del elevador del ala de la nariz, ó del zigomático, ó del bucinador, según sea la hebra afecta; el orbicular de los párpados no se paralizará, porque la fibrilla correspondiente deriva de sitio más periférico. De esta manera sabremos distinguir con bastante exactitud el sitio de la lesión.

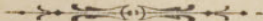
Curso.— La parálisis de la porción extra-ósea, que es la más común, puede desaparecer al cabo de algunos días ó semanas, bien que á veces se hace persistente y no desaparece nunca. La de los trayectos profundos siempre ofrece un trámite más lento.

Diagnóstico.— Si todo lo dicho no basta e para distinguir una parálisis periférica de otra central, todavía podríamos añadir algún dato. En las periféricas los músculos de la cara pierden el reflejismo, al paso que en las centrales lo conservan por espacio de algún tiempo; en las primeras la excitabilidad eléctrica se pierde más rápidamente que en las segundas, con la particularidad de que comienzan los músculos á adormecerse con las corrientes farádicas, cuando todavía son excitados por las galvánicas. Más tarde pierden toda excitabilidad. Además, cuando hay parálisis de origen central, el enfermo acusa vértigos, anestésias de una mano, hemiplegia ó monoplegia: fenómenos que no se presentan en la parálisis superficial.

Pronóstico.— No debe hacerse grave en el concepto de que el proceso pueda poner la vida en peligro, pues si la parálisis no viene relacionada con afectos cerebrales, el enfermo puede vivir perfectamente. En cambio, la parálisis de Bell, en el concepto de alterar los rasgos fisonómicos, tiene importancia en el concepto estético.

Tratamiento.— Si depende de una influencia *a frigore*, que es lo más común, es necesario que en los primeros días el enfermo trans-

pire un tanto. Se recomiendan todos los excitantes de la contractilidad, pero nada superior á la electroterapia, pero aplicada con premura; pues cada día que pasa, supone mayor dificultad para la curación. Puedo asegurar que hoy por hoy es el mejor medio, y que muchos enfermos, al cabo de diez ó quince días de someterse á la electroterapia, han curado. Así como también es cierto, que los que han aplazado esa intervención y han querido limitarse á los medios comunes de sudoración y excitantes, quedan siempre en más ó menos con alguna huella de la parálisis.



TROFO-NEUROSIS

Los trastornos nutritivos de los tejidos vienen en gran parte subordinados á desórdenes de la inervación. No hay ningún acto que en rigor no venga regularizado por el sistema nervioso; sólo que la fisiología, respecto de este punto, está aún envuelta en cierta oscuridad y seguirá estándolo hasta que se adelante en la demostración positiva de los nervios tróficos. Por fortuna en esta ocasión la Patología viene en su auxilio demostrando lesiones orgánicas de nutrición supeditadas á lesiones ostensibles de los centros nerviosos, lo cual permite asegurar que debe haber nervios que están al frente de la nutrición de los tejidos, y que probablemente esos elementos radican en la substancia gris de la médula.

Muchas enfermedades que figuraban en los tratados de Dermatología, son debidas á la trofo-neurosis. La lepra mutilante, p. ej., que los dermatólogos incluían en el grupo de las lepras, encuentra una patogenia muy racional en la trofo-neurosis. En este sentido se pueden alterar todos los órganos, desde el más superficial hasta el más profundo. Examinando la piel, encontraremos un sinnúmero de alteraciones

pigmentarias que se manifiestan por un desorden nervioso: efélides, pecas, manchas, que ofrecen de una manera muy marcada los que padecen la enfermedad de Addison ó tisis bronceada.

Todas esas lesiones no son más que trofo-neurosis que perturban la coloración de las superficies tegumentarias. El año pasado tuvimos en la clínica un enfermo muy notable; pues su piel estaba cubierta de manchas blancas y de color acafetado, á modo de un leopardo; yo me incliné á creer que se trataba de una trofo-neurosis; y efectivamente, al practicar la autopsia encontré destruída la substancia gris de la región cervical de la médula. Todas las dermatologías consignan el hecho de que en pocas horas, y en virtud de impresiones de ánimo fuertes, una persona puede encanecer; pues bien: este cambio brusco no se explicaría sin una intervención del sistema nervioso, y es un argumento más en pro de la trofo-neurosis.

Se presentan también otras alteraciones por igual mecanismo en la superficie tegumentaria (eczemas, pénfigos, etc.). Y lo propio puede ocurrir en las membranas mucosas, boca, prepucio, vagina y en cualquier sitio. Es de notar que la grasa va desapareciendo; así es que á veces la mitad de la cara queda como marchita, reseca, por efecto de la desaparición de la almohadilla grasosa que da morbidez al rostro; en cambio otras veces se produce una exagerada cantidad de gordura. Y lo propio sucede con los músculos: unas veces se atrofian y otras veces se hipertrofian. Se puede observar también la osteo-porosis ó rarefacción de los huesos, por cuya circunstancia se tornan quebradizos; pero nada tan expresivo como el proceso que sigue:

TROFO-NEUROSIS DE LA CARA.—Nada diré de las causas productoras, porque son sumamente vagas. Las lesiones que vamos á describir son dependientes ya de los núcleos de origen del trigémino, ya del facial, y muy probablemente de los ganglios cervicales. Esta trofo-neurosis afecta sólo media cara: verdadera asimetría que prueba evidentemente la influencia de la inervación unilateral en el territorio animado por el facial y el trigémino de un lado. El rostro queda como aperga-

minado, arrugado, fruncido, y hasta puede cambiar de color, contribuyendo con esta circunstancia á que el contraste sea más completo entre el lado sano que ofrece el color rosado normal, y el color de pergamino viejo del lado enfermo. Se observa también que las producciones pilosas se adelgazan y se ponen lacias; si los pelos de la barba eran recios y crespados, vuélvense sedosos y frágiles en el lado lesionado. El panículo adiposo celular subcutáneo va reabsorbiéndose, y los músculos se adelgazan y pierden su fuerza contráctil; de ahí grandes perturbaciones en la mímica del rostro. La mitad de los labios y los párpados de un lado quedan fruncidos; y á medida que el proceso adelanta hasta puede presentarse la osteo-porosis de los huesos de la mitad afecta. Como quiera que este trastorno no produce otros estragos que los locales, se comprende que el enfermo puede vivir mucho tiempo sin quebranto notorio.

Diagnóstico.—Teniendo en cuenta los síntomas descritos, es imposible la confusión.

Pronóstico.—Es grave, en el concepto de absoluta incurabilidad.

Tratamiento.—Las corrientes eléctricas, la medicación tónica, los compuestos de fósforo, todo ha sido inútil.

TROFO-NEUROSIS GENERAL DIFUSA.—Ofrece idénticos caracteres que los de la trofo-neurosis de la cara, pero los trastornos se generalizan más. Generalmente suele presentarse en las extremidades, y sobre todo en las manos; pero puede ser total. La piel se ofrece apergamificada, seca; el cabello se vuelve liso y quebradizo; aparecen manifestaciones cutáneas (pénfigos, rupias, eczemas, y, sobre todo, el llamado *mal perforante*, que se presenta en los talones y en las manos, y que avanza hasta llegar al periostio y á los mismos huesos). Hay alteraciones en la configuración de las partes afectas: las manos pierden su figura, los dedos quedan como ganchos y en posición forzada; pero progresando la lesión obsérvase la absorción molecular de las falanges, quedando el enfermo poco á poco sin dedos; de ahí el nombre de *lepra mutilante*. Algunas veces, sin embargo, la destrucción ósea

presenta otros caracteres, y en vez de la reabsorción ósea se necrosa la totalidad del dedo, de tal manera, que puede desprenderse en todo ó en parte. Esta trofo-neurosis, por lo mismo que se generaliza, puede ir acompañada de lesiones internas, como dispepsias gástricas é intestinales, catarros del estómago y de los intestinos, y de los bronquios. El encéfalo se resiente, no sólo en el concepto trófico, sino en el concepto de la afectividad. También hay alteraciones marcadas del aparato respiratorio, hijas del pneumo-gástrico. En una palabra: de tal manera se puede ir ampliando el cuadro morbosó, que el enfermo más llama la atención por los desórdenes viscerales que por el aspecto exterior.

Pronóstico.—Es un afecto incurable.

Tratamiento.—Todos los recursos fracasan; sin embargo, debe apelarse á los tónicos para ir sosteniendo las fuerzas del enfermo, á la par que con medicaciones sintomáticas se van acallando los desórdenes viscerales.

GANGRENA SIMÉTRICA DE LAS EXTREMIDADES.—Es una gangrena que no sólo afecta la piel, sino que se extiende á órganos más profundos. Es simétrica, y aparece en los dos brazos ó en las dos piernas, pero puede presentarse en órganos impares, como la nariz.

Etiología.—Algunos han querido atribuirle al paludismo: no sé por qué. Otros al artritismo; pero probablemente los que tal dicen la han confundido con la gangrena seca. Mejor sería referir esas gangrenas á una influencia *a frigore*, toda vez que la acción del frío puede producir una isquemia en la médula por acción refleja, y suspender en una zona circunscrita las actividades espinales.

No ha mucho vi á un enfermo que saltó de la cama con los pies desnudos, y comenzó en seguida á sentir un hormigueo en las extremidades inferiores, no tardando mucho en aparecer en ellas la gangrena simétrica. No pretendo con esto decir que esta causa sea constante, ni que siempre sea conocida, pues precisamente la etiología es sumamente obscura.

Síntomas.—Al hablar del carácter simétrico, no queremos de-

cir que se trate de una simetría absoluta, puesto que en los pies á veces el número de dedos gangrenados no es igual en ambos lados.

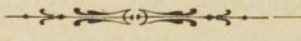
En los primeros momentos empieza á notarse el cambio de color en aquellas regiones que han de ser asiento de la gangrena. Se ponen ligeramente lívidas, recordando el color de las manos en invierno; débil coloración que se va acentuando, hasta que al cabo de seis ó siete días aparece ya la gangrena con todos sus fenómenos subjetivos y objetivos. Los subjetivos consisten en la aparición de intensos dolores; y en cuanto á lo objetivo, el color va haciéndose vinoso-amorado, al paso que la frialdad de la parte aumenta. La gangrena puede quedar circunscrita á los pies, ó puede extenderse más arriba. El indicado amoratamiento va acompañado de cierta retracción de los tejidos, en virtud de lo cual los dedos, y especialmente el gordo, quedan en flexión permanente. A pesar de que esta gangrena es seca, á la larga comienzan á formarse ampollas, y aparecen manchas violáceas y saniosas que sangran, y el color de las partes gangrenadas va volviéndose gris sucio, formándose un putrilago que puede ir ganando terreno, pero más en el sentido de la superficie que de la profundidad; sin embargo, á veces profundiza, sobre todo en los dedos, llegando á interesar las articulaciones, y siendo la causa de que se desprendan. Muchas veces el estado general participa de este sufrimiento, y desde el instante en que hay aquellos focos de gangrena, se comprende que pueda venir un estado séptico con su cuadro característico. Así las cosas, puede suceder que el enfermo sucumba víctima de los fenómenos sépticos. Pero á veces, especialmente cuando el esfacelo no es muy vasto, puede operarse una especie de reacción salvadora, limitándose la gangrena, merced al círculo de eliminación que se forma; entonces se desprende lo esfacelado y se logra una reparación más ó menos completa.

Diagnóstico.—Puede confundirse la gangrena simétrica con la producida por congelación, que también puede ser doble; pero ocurre aquí que no son los pies las únicas partes del cuerpo invadidas,

sino que, al propio tiempo, se gangrenan la nariz, las orejas, las manos, etc., lo cual nunca ocurre en la gangrena simétrica; además hay el conocimiento de la causa, aparte de que la gangrena por congelación no se desarrolla gradualmente como la simétrica, sino de una manera brusca, y no suele observarse en nuestro país. De la gangrena senil se distingue por ser ésta propia de cierta edad, y se desarrolla en individuos que ya ofrecen en otros puntos caracteres de induración arterial; no es tan larga su evolución como la de la simétrica, y suele ser unilateral. Tampoco puede confundirse con la embolia de una arteria de la extremidad inferior; porque el proceso embólico es unilateral, á menos que el émbolo se hubiese atascado antes de la bifurcación de la aorta, en cuyo caso la gangrena sería verdaderamente colosal, y mucho más que la simétrica. Además, en esos casos las arterias no pulsan, y al cabo de un día ya comienzan á aparecer las manchas amoratadas, pero asimétricas y dispersas, y no ofreciendo la línea continua de la gangrena trofo-neurótica.

Pronóstico.—Casi es ocioso decir que se ha de formular gravísimo, pero teniendo siempre en cuenta la extensión del esfacelo, pues si es reducida y no se declara estado séptico, aun pudiera obtenerse la curación.

Tratamiento.—Debemos sostener las fuerzas del enfermo con los tónicos y excitantes, tratando la superficie gangrenada por medio de curas antisépticas, con soluciones de ácido bórico, de ácido fénico, de sublimado corrosivo, de timol, etc.



ENFERMEDADES DEL GRAN SIMPÁTICO

Hasta ahora hemos estudiado enfermedades del aparato cerebro-espinal; pero hay otro centro de inervación, cuya patología, aunque

todavía poco ampliada, es digna de gran atención. Me refiero al gran simpático, ese sistema ganglionar extendido á los lados del cerebro y de la médula. Yo me concretaré al estudio de una sola enfermedad, la más directamente relacionada con aquel centro nervioso, y que, por tanto, puede servirnos de tipo.

BOCIO EXOFTÁLMICO

ENFERMEDAD DE BASEDOW.—ENFERMEDAD DE GRAVES

Aunque aceptable esta sinonimia, bien se comprende que la primera denominación "bocio exoftálmico" es la que da mejor idea de la enfermedad, ya que marca dos de sus principales caracteres: el *bocio* y el *exoftalmos*, ó sea propulsión hacia delante de los globos oculares. No está aún bien deslindado si fué Graves ó Basedow el primero que más completamente describió la enfermedad que me ocupa, aunque los historiadores parecen inclinarse al segundo; cosa, por otra parte, que no nos importa grandemente.

Depende esta afección de lesiones del simpático cervical, aunque hasta la fecha no está muy deslindada su naturaleza, ofreciendo muchas variantes, como hiperemia de los ganglios, esclerosis, degeneración grasosa, etc.

Como sólo me propongo dar una ligera idea de la enfermedad, dejaré esta cuestión á un lado, admitiendo tan sólo que la lesión arranca de los ganglios cervicales. Pero en el cadáver se observan otras lesiones secundarias: el *exoftalmos*, que no depende de lesión del globo del ojo (sólo se perciben vascularizaciones retinianas), sino de un trabajo de proliferación del tejido adiposo del fondo de la órbita que ejerce presión excéntrica, dando lugar á la salida de los globos oculares; en la región tiróidea un *bocio*, con los caracteres que describiremos en la sintomatología, formado principalmente por una gran

vascularización y ectasias de los plexos tiróideos y por la hiperplasia de los elementos anatómicos del cuerpo tiróideo. Esto lo distingue del bocio endémico relacionado con el cretinismo y que se desarrolla en las grandes alturas, cuyo abultamiento, que llega á ser enorme, viene subordinado á una hiperplasia de las trabéculas del cuerpo tiroides, sin alteración vascular; y por último, es frecuente encontrar *cardio-ectasia* con un miocardio en período más ó menos adelantado de degeneración gránulo-grasosa. Esto sin contar las alteraciones de que pueden ser asiento otras vísceras, gracias al estado caquético producido por la misma enfermedad.

El bocio exoftálmico es bastante común. No dudo que todos ustedes tendrán ocasión de ver algún caso y se convencerán de que es más frecuente en la mujer que en el hombre; según mis estadísticas, la proporción es de 8 á 2. También es más propia de edades avanzadas que de la juventud, observándose de ordinario de los 40 á los 60 años. Influye indudablemente en su aparición la herencia, sobre todo la de estados neuróticos, pues muchos de los que padecen bocio exoftálmico han tenido en sus ascendientes, si no la misma enfermedad, la ataxia, la neuroastenia, la histeria, etc. Como causa determinante no es raro que figure en la historia etiológica alguna impresión moral de orden deprimente.

Sintomatología.—Suponiendo el caso en perfecto desarrollo, veremos lo siguiente. Lo primero que llama la atención es el aspecto del rostro: los enfermos están pálidos y sólo con intermitencias tienen llamaradas; llevan el azoramiento pintado en el rostro; los ojos saltones, sumamente abiertos; y el globo ocular con tendencia á salir de la órbita, tanto, que éste, en el exoftalmos, llega á veces á un grado tal de exageración, que al enfermo no le es posible cerrar los ojos, ó mejor los párpados no pueden protegerlos, de donde los trastornos que son de suponer. El exoftalmos casi siempre es doble; sólo recuerdo un caso en que era unilateral; pero sucede que la propulsión es más acentuada en el ojo derecho que en el izquierdo. Los enfermos, durante el

sueño, á fin de que el campo visual quede abolido, dirigen, como en la parálisis de Bell, los ojos hacia arriba. Las pupilas están dilatadas, sensibles á la luz; pero la visión es perfecta, pues que los medios del ojo están sanos, á no ser en períodos avanzadísimos, en que se habrán provocado flegmasías conjuntivales, y aun queratitis, por la falta de protección del globo ocular. Tampoco sufren lesión alguna los músculos encargados de los movimientos del ojo, que quedan íntegros.

Al descubrir la garganta del enfermo se nota un abultamiento bastante centralizado, que cubre la laringe y los primeros anillos de la traquea, tumor de movimientos libres, un tanto abollado y formando cuando menos dos lóbulos, de los cuales el mayor es el derecho. Puede ser insensible á la presión; pero lo común es que muestre cierta sensibilidad, á veces espontáneamente. Por la palpación, además de los caracteres descritos, permite apreciar la riqueza vascular del bocio y aun sus pulsaciones. Los vasos están repletos de sangre, y aplicando la boca de un estetoscopio sobre el tumor percibiremos un soplo.

En un principio el bocio no dificulta la respiración, ni la deglución; pero cuando se ha llegado á interesar el tejido del cuerpo tiroides, aprisionando la laringe y corriéndose hacia sus lados, se comprende que no sólo ha de dificultar la respiración, sino la misma deglución.

Los trastornos cardíacos son puramente funcionales, durante las primeras épocas del mal; así es que la exploración física es negativa, y sólo al cabo de cierto tiempo comienza la cardiopatía del tipo indicado. Los trastornos funcionales mentados consisten en que el corazón de los individuos con bocio exoftálmico está taquicárdico, el pulso se mueve 120, 140, 160 y aun más veces por minuto. La taquicardia puede ser rítmica ó arítmica, siendo lo común que se presenten crisis de mayor desorden, y en estos momentos el pulso latirá 180 veces y hasta 200. Si esto ocurre, el enfermo está disneico, y es entonces cuando puede llegar á simular un verdadero ataque de asis-

tolia. Desde el momento en que la ectasia cardíaca queda ya marcada, presenta el enfermo los síntomas propios de la misma.

Nuevas observaciones han permitido ampliar el síndrome clásico, con otros fenómenos que comprueban los dos desórdenes de la inervación.

Los enfermos están temblorosos, particularmente de manos, brazos y piernas; temblor que á veces es casi invisible, pero perfectamente sentido por el enfermo; hay exaltación de los reflejos, irritabilidad de carácter, impresionabilidad moral exquisita, con tendencia á la tristeza ó á la melancolía; algunos tienen insomnios, ó alucinaciones de los sentidos; en una palabra, un sin fin de fenómenos que nada tienen que ver con el gran simpático y que demuestran que el eje cerebro-espinal está también hondamente afectado; tanto es así, que se ven casos de bocio exoftálmico, acompañados de alteraciones de la orina, como poliuria, y aun glicosuria y albuminuria, cuya explicación ó analogía puede encontrarse recordando los experimentos de Claudio Bernard, cuando producía albuminuria y glucosuria en los animales, mediante punciones verificadas en el suelo del cuarto ventrículo.

La enfermedad de Basedow es de marcha progresiva; los enfermos presentarán alguna tregua, pero de día en día se irán agravando hasta sucumbir, víctimas de los muchos trastornos que sufren, figurando en primer lugar la caquexia que de ellos se apodera. La duración podrá ser más ó menos larga, como 6, 8, 10 años ó más. Yo sólo he visto un caso de curación de la enfermedad que me ocupa. El pronóstico es, pues, gravísimo, por no decir mortal de necesidad.

Respecto á tratamiento, he de repetir aquí lo pobre que es la terapéutica en esta clase de enfermedades.

Algún autor sostiene que el bocio exoftálmico se relaciona con ciertas toxinas procedentes del tubo digestivo. No sé yo hasta qué punto hoy deba admitirse esta suposición; pero sea como fuere, el autor en cuestión proscribía las carnes y recomienda los antisépticos intestinales, y nos habla del naftol y del salol y de la resorcina, etc.

Teniendo en cuenta la tendencia de la enfermedad á producir la caquexia, compréndese que un plan tónico es de rigor; como cosa ya más directa se han aconsejado las corrientes farádicas y galvánicas y la electrolisis; y á última hora también se ha puesto sobre el tapete la conveniencia de administrar por ingestión cuerpo tiróideo de carnero, ó en substitución la tiroidina: todo esto aparte de los medicamentos necesarios para combatir la taquicardia.

