

El aire puro le necesitan como todos los enfermos, y solo para encontrarle les conviene trasladarse al campo. Una vez esto decidido, claro está que para elegir el lugar de residencia tendremos en cuenta, que en las grandes alturas aumenta rápidamente la cantidad de hemoglobina en la sangre, y aún cuando este aumento es solo temporal, y desaparece en cuanto descienden de las montañas, siempre se gana algo.

En las prácticas hidroterápicas, podemos encontrar recursos para excitar la nutrición de los anémicos. Las duchas, afusiones frías y baños generales, serán de utilidad en las anemias leves; pero no pueden emplearse en las graves, porque en vez de reacción nerviosa, podemos determinar el colapso:

Cuando tienen que permanecer en cama ó no pueden hacer ejercicios activos, será conveniente sostener la nutrición de sus músculos por medio del masaje. La combinación de este recurso terapéutico con la faradización general, el reposo absoluto y la alimentación forzada, constituye la cura que emplea Mitchell en los neurasténicos, y que tiene aplicación también en los anémicos.

La base del tratamiento farmacológico de las anemias es el hierro. Medicamento casi específico para la clorosis, es utilísimo para todas las demás anemias, y aún cuando resulte insuficiente para curar la leucocitemia y la anemia perniciosa progresiva, no podemos decir nunca, antes de haberle administrado, que resultará inútil, y desde luego, sabiéndole manejar, puede ensayarse en todas porque nunca resultará perjudicial. Discútese todavía, si el hierro que se administra como medicamento, se absorbe ó no por el tubo digestivo, y si cura por penetrar en la sangre ó por modificar favorablemente la mucosa gastro-intestinal; pero nadie pone en duda sus beneficiosos efectos terapéuticos, porque son de los que saltan á la vista. La globulina, parte esencial de los hematies, combinándose con el hierro constituye la hemoglobina, que luego se apodera del oxígeno respiratorio, y en forma de oxihemoglobina le conduce hasta los últimos rincones del organismo para que se realicen las combustiones orgánicas, origen del calor y del movimiento. En condiciones normales, la cantidad neces-

ria de hierro penetra en el organismo con los alimentos; pero en los anémicos esta cantidad debe ser mayor, y hay que administrar este cuerpo en forma de medicamento. Podrá ser insuficiente el hierro para curar ciertas anemias; pero nunca resultará perjudicial, á no ser que el mal estado de las vías digestivas impida su absorción, en cuyo caso, obrando como cuerpo extraño puede aumentar la dispepsia. De una manera general, el hierro debe ser administrado por la vía gástrica; así es que cuando creamos que esta se encuentra muy perturbada, debemos empezar por tratar la dispepsia antes de dar el hierro; solo cuando el caso sea urgente, y la dispepsia tenaz, convendrá administrarle por la vía subcutánea.

Cuenta hoy la terapéutica con una infinidad de preparaciones ferruginosas, cada una de las cuales tiene sus preconizadores, influyendo en esto: la costumbre; el afán de novedad; algo, y aun mucho, el mercantilismo. Para daros á conocer las principales, las dividiremos, en preparaciones para ser administradas por la vía gástrica, y fórmulas para utilizar la vía subcutánea.

Para que una preparación ferruginosa pueda administrarse por la vía gástrica, es preciso que sea digestible, es decir, que tal como se administra, ó previa combinación con los jugos digestivos sea absorbible, y que en el tubo intestinal, ó en la sangre, se combine con los albuminoides pasando el preparado ferruginoso á formar parte de una molécula orgánica. Primero se discutió qué preparados eran absorbibles y cuales no lo eran. Cuando yo hacía mis estudios (1878) era muy aceptada la doctrina de Rabuteau, que suponía indispensable la transformación previa en cloruro férrico bajo la influencia del ácido clorhídrico del estómago. Hoy, dando por supuesto que el hierro para llegar á los glóbulos necesita antes formar parte de una molécula orgánica, se discute qué preparaciones son las que mejor y más pronto sufren esta transformación; y así como Rabuteau aseguraba la solubilidad administrando el mismo cloruro férrico, los médicos modernos aconsejan el hierro bajo la forma de preparados orgánicos, con lo cual creen más fácil, no sólo la absorción, sino la asimilación glo-

bular de este cuerpo. Creo yo que en la generalidad de los casos, cualquier preparado ferruginoso, (dado á dosis suficiente y previa preparación de las vías digestivas) resulta igualmente útil; pero bueno será conocer varios, tanto de los inorgánicos como de los orgánicos, para poder elegir y variar según las múltiples necesidades de la práctica.

Entre las preparaciones ferruginosas inorgánicas recomendables, tenemos las siguientes: Hierro reducido por el hidrógeno, en papelillos ó en píldoras que contengan 0,05 gramos, para tomar 2 ó 3 en el día.—Carbonato de hierro, en la fórmula de las píldoras de Vallet, 3 á 6 al día.—Sulfato de hierro, en la fórmula de las píldoras de Blaud, 3 á 6 al día.—Citrato de hierro, en píldoras ó en disolución en agua ó vino, 10 á 30 centigramos diarios.—Lactato de hierro, en píldoras ó pastillas, cinco centigramos, 3 á 6 al día.—Pirofosfato de hierro en disolución, 20 á 40 centigramos dos veces al día.—Ioduro de hierro, en píldoras de 10 centigramos fórmula de Blancard, ó en jarabe fórmula de Dupasquier.—Tartrato férrico potásico en disolución, 10 á 20 centigramos por dosis.—Arseniato de hierro, en gránulos de un centígramo, 3 al día.—Aguas ferruginosas naturales, entre las cuales las principales de nuestra península son: las de Lanjarón, Fuencaliente (Ciudad Real), Puerto Llano, Villar del Pozo y San Hilario de Sacalm.

Todas estas preparaciones, al ser administradas por la boca ponen oscuros los dientes, más pronto cuando son ingeridas en forma líquida; pero aun sin esto, al eliminarse y formar sulfuro de hierro. Conviene, pues, prescindir en cuanto sea posible de la forma líquida, y limpiar cuidadosamente la boca mientras se usan. Para que sean mejor toleradas y no produzcan gastralgias, conviene tomarlas con las comidas.

Entre las preparaciones orgánicas ferruginosas, unas se preparan artificialmente, como sucede con los albuminatos y peptonatos, y otras se extraen directamente de la sangre ó de las vísceras de los animales.

El albuminato de hierro, se administra en una disolución aromatizada al medio por ciento, de la cual se toman dos ó tres cucharadas de las café en cada comida. El peptonato de

hierro, en disolución azucarada á la que se agrega un poco de alcohol, y se toma á las mismas dosis que el albuminato.

De la sangre de mamíferos se extraen las preparaciones ferruginosas siguientes: hemoglobina, hemol, hemogalol y hematógeno. La hemoglobina, se extrae por desfibración y desecación de la sangre, y se usa en pastillas, elixires y jarabes, que se venden como especialidades Farmacéuticas, y en los cuales, la dosis de hemoglobina que se dará dos ó tres veces al día, es de 10 á 20 centigramos. El hemol se obtiene haciendo obrar el polvo de zin sobre la materia colorante de la sangre, y se da en pastillas de 50 centigramos. El hemogalol se prepara, tratando la sangre con pirogalol, y se administra en pastillas de 50 centigramos. Hematógenos se han llamado á distintos preparados orgánicos ferruginosos introducidos en la terapéutica por Burge, Monfori, Krewel y Hômmel; el de este último es sencillamente una hemoglobina líquida y purificada; los de los otros autores tienen la pretensión de contener todos los principios de la sangre.

Del hígado del cerdo, ha obtenido Schmiedeberg una preparación albuminoidea de hierro á la que ha dado el nombre de ferratina, y que se administra en polvo ó en pastillas á la dosis de 1 á 1,50 gramos diarios.

Todos estos preparados ferruginosos, se dan unas veces solos y otras asociados á diferentes medicamentos, siendo entre estas asociaciones las más útiles: el aceite de hígado de bacalao ferruginoso, el extracto de malta ferruginoso, y las mezclas del hierro con el aloe y el ruibarbo para cuando hay estreñimiento.

Cuando no es posible administrar el hierro por la vía gástrica, se da en inyección hipodérmica; pero las fórmulas para este uso han de estar recién preparadas y perfectamente esterilizadas. Las preparaciones ferruginosas no irritantes, y lo suficientemente solubles para poder ser administradas por esta vía, son: El citrato de hierro amoniacal en disolución al diez por ciento, de la que se inyecta un c. c. diario.—Pirofosfato de hierro citro amoniacal, idem al tres por ciento, un c. c. diario.—Peptonato de hierro, idem al dos por ciento, un c. c. diario.

Con el fin de activar el funcionalismo de los órganos hema-

topoyéticos, y de restablecer también la composición del líquido sanguíneo, se han empleado los preparados de fósforo, cal, manganeso y arsénico. Solamente gozan de general aceptación, los preparados de arsénico para el tratamiento especial de la leucocitemia y de la anemia perniciosa progresiva, usándose el arsenito de potasa en forma de licor de Fowler del que se dan hasta diez gotas tres veces al día, y el ácido arsenioso en gránulos de milígramo, llamados de Dioscorides, de los cuales se llegan á tomar hasta seis en las veinticuatro horas.

Como no podía menos de suceder, para el tratamiento de las anemias crónicas se han recomendado también las transfusiones sanguíneas, las inyecciones de suero, y las preparaciones opoterápicas.

No quiero criticar el tratamiento recomendado por Schimber, Hemmerich y algunos otros, que consiste en sangrar á las anémicas, é inyectarlas después sangre ó suero: no lo merece.

Las transfusiones de sangre y de suero quirúrgico á dosis masivas, que son los recursos heroicos contra las anemias agudas, resultan inútiles, y hasta perjudiciales, en las anemias crónicas, porque en ellas no hay disminución de la masa sanguínea. Podrán cuanto más usarse las inyecciones á pequeñas dosis de suero tipo Cheron, como estimulantes del sistema nervioso; pero este efecto es muy indirecto y remoto.

No diremos otro tanto de la opoterapia, porque en el presente nos ofrece ya algunos éxitos, y quizá en el porvenir constituya uno de nuestros más poderosos recursos. No os he de hablar de los fundamentos científicos de esta rama de la terapéutica moderna, por no ser ocasión oportuna, y me limitaré á indicaros que para el tratamiento de las anemias crónicas nos ofrece: la sangre fresca, la médula ósea, y las preparaciones esplénicas y ováricas.

La sangre fresca se ha empleado, en inyecciones subcutáneas, en inyecciones intraperitoneales y en enemas. De los dos primeros procedimientos no tengo experiencia; pero me parece que por la vía subcutánea difícilmente se introduciría la cantidad de sangre necesaria, y que la vía peritoneal no está

exenta de peligros, que no hay necesidad de correr cuando el recto se presta admirablemente á la aplicación de este recurso terapéutico. Hace muchos años que vengo usando los enemas de sangre desfibrinada, y sobre todo en la práctica rural, me han sacado de verdaderos apuros. En la clínica, ya habéis visto lo bien que las toleraba la enferma; la mejoría inmediata que se obtenía después de su administración, y cómo unidas al hierro y á los cuidados higiénicos han logrado su pronta curación.

La médula ósea, parece que ha dado buenos resultados en toda clase de anemias. Yo la empleé hace dos cursos en dos casos de anemia infantil pseudoleucémica, y en el pasado en tres cloróticas, con resultados satisfactorios. Se prepara triturando en frío dos cucharadas de médula ósea de vaca, con seis cucharadas de agua, se filtra y se administra todos los días en tres dosis con agua ó leche.

Las preparaciones esplénicas que he visto recomendar, han sido, el polvo de bazo y, un extracto acuoso del que se dan 1 á 6 gramos diarios en agua azucarada.

En las cloróticas se han usado también las preparaciones de jugo ovárico, por la vía gástrica y en inyecciones hipodérmicas.

Histerismo con vómitos incoercibles y paraplegia

HOJA CLÍNICA N.º 14

Sala del Sto. Cristo, n.º 4.

Alumno observador, D. José Pujol.

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

D. S., de 42 años, soltera, natural de Moya, plañchadora, y de vida y costumbres arregladas. Su padre murió de una afección cardiaca, y su madre de una apoplejía, sin que durante su vida presentaran manifestaciones de neurosismo. Una tía carnal sufre ataques histéricos. Una hermana menor, padeció en la infancia corea, y desde la pubertad, ataques convulsivos histeriformes.

Empezó á menstruar á los 15 años, siendo siempre el período, irregular, escaso y doloroso; los dolores precedían veinticuatro horas al flujo, que sólo duraba media hora, teniendo la sangre un color muy pálido.

A los 12 años tuvo una fiebre tifoidea, cuya convalecencia fué muy larga, y después de la cual, ha notado siempre dureza de oídos y molestias gástricas variables, que en algunas ocasiones se exacerbaron hasta el extremo de obligarla á guardar cama tres meses seguidos

Hace cosa de cuatro años, sintió un día vivísimo dolor en la fosa iliaca derecha, que se irradiaba al epigastrio y exófago, sufriendo un ataque de convulsiones con caída y pérdida de conocimiento, tras del cual, tuvo un vómito de sangre, continuando en los días subsiguientes con cefalalgia y vómitos alimenticios, que poco á poco fueron cesando. Durante los tres años anteriores al actual, se han repetido otras dos veces los ataques convulsivos, seguidos del mismo modo de hematemesis y vómitos alimenticios.

Sin que precise la fecha, pero diciendo que hará cosa de nn año, notó que se le hinchaban los párpados y las piernas, y que los vómitos eran continuos. El edema de las piernas se hizo tan considerable, que tuvieron que hacer punciones para dar salida al líquido, reproduciéndose inmediatamente, y desapareciendo después sin tratamiento especial. Estando en cama con estos edemas, recibió la noticia de la muerte de su madre, y de repente se le paralizaron las extremidades inferiores, parálisis, que así como los vómitos, han continuado sin mejoría ninguna, hasta el día 22 de Noviembre, que ingresó en el Hospital.

ESTADO DE LA ENFERMA EL DÍA QUE INGRESÓ EN LA CLÍNICA; DIARIO DE OBSERVACIÓN, Y TRATAMIENTO SEGUIDO HASTA QUE FUÉ EXPLORADA COMPLETAMENTE

SENSACIONES ANORMALES Y MOLESTIAS QUE ACUSA LA ENFERMA.—Males-tar general, desfallecimiento, cefalalgia frontal continua, inapetencia absoluta, sed intensa, y molestias en la región epigástrica, en cuanto ingiere alimentos ó bebidas, presentándose en seguida los vómitos.

HÁBITO EXTERIOR Y ESTADO GENERAL.—Está en cama continuamente, por falta de fuerzas é imposibilidad de sostenerse en pié; guarda continuamente el decúbito supino con la cabeza baja, porque la dan vértigos al levantarla; y tiene inmóviles y extendidas las extremidades inferiores, porque no puede ejecutar movimientos voluntarios con ellas, y las tentativas de flexión la producen intensos dolores. Su cara expresa sufrimientos. Su voz apagada. Palidez de la piel y mucosas. Demacración que se acusa ssbré todo en la cara; pero conservándose el pánicula adiposo. En la piel de las piernas se notan las cicatrices de las punciones que sufrió, y en la del abdómen, las que la produjeron cauterizándola con el

termo cauterio. Pulso pequeño y regular. Temperatura y respiraciones normales.

EXPLORACIÓN DEL APARATO DIGESTIVO Y CAVIDAD ABDOMINAL.—Labios secos y fulliginosos. Lengua algo encendida y húmeda. No puede tragar sustancias sólidas, y al poco tiempo de ingerir leche ó agua, lo expulsa por rejugitación, más bien que por vómito, viéndose en la palan-gana, que tiene á la cabecera, los coágulos de leche nadando en un líquido verdoso de intensa reacción ácida; esta expulsión es continua, y asegura la enferma, que tal como lo que hemos observado nosotros, la viene ocurriendo desde hace un año. Las paredes abdominales están tensas, entrando los músculos en contractura en cuanto se les toca, lanzando gritos la enferma y exacervándose los movimientos de rejugitación. Distrayéndola se consigue vencer la contractura, y se vé, que la presión profunda no es dolorosa más que en la fosa iliaca derecha, y que no es apreciable ninguna alteración visceral. Hay gran estreñimiento.

EXPLORACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO.—Pérdida parcial de la memoria. Abolición completa de la motilidad voluntaria en ambas extremidades inferiores, con aumento de la tonicidad muscular, que las mantiene en continua extensión, y con aparición de rigidez en los músculos que han de oponerse á los movimientos pasivos que tratamos de provocar. No es posible en este día explorar la sensibilidad objetiva, porque la enferma lanza gritos en cuanto se la toca, y no se consigue que preste atención. Otro tanto nos ocurre al querer explorar los sentidos y los reflejos.

En el resto del organismo, no se aprecia nada de anormal. Hay oligouria, pero no se puede medir la orina.

DIARIO DE OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO.—*Día 24 de Noviembre.*—Dieta de caldo y leche. Lo mismo en este día que en los siguientes, todos los que la rodean se encargan de sugestionarla su posible curación y la gran eficacia de los tratamientos que se emplean. Pulverizaciones de éter al epigastrio.

Día 25.—Persisten los vómitos. Se sustituyen las pulverizaciones de éter por la de cloruro de etilo, y se la ponen dos inyecciones diarias de un centígramo de cloruro mórfico, inmediatamente antes de tomar un vaso de leche.

Día 26.—Las inyecciones de morfina la producen sueño inmediato, y para que tome la leche, es preciso ponérselas después. Se faradiza el epigastrio sin mejoría. En este día se practica el primer análisis de la orina, y como la cantidad recogida no puede ser la total de 24 horas, los resultados son referidos á la proporción de elementos por litro.

PRIMER EXÁMEN DE LA ORINA.—Volúmen?—Color, verde.—Densidad, 1019.—Urea, 4,59.—Ac. fosfórico, 0,20.—Fosfatos alcalinos, 0,14.—Fosfatos térreos, 0,06. (Relación entre los fosfatos alcalinos y los térreos, 1: 2,3). No hay albúmina, pigmentos biliares, ni glucosa.

Día 28.—Empieza á poder deslizar la pierna izquierda sobre la cama, por movimientos voluntarios. Siguen igual los vómitos. Se suspenden las pulverizaciones y se dispone como antiemética, la siguiente poción: Creosota, 1 gramo.—Tintura de yodo, 10 gotas.—Agua, 100 gramos.—Jarabe s., 30 gramos, p. t. á cucharadas de café cada diez minutos, después de tomar el alimento.

Día 29.—La poción antiemética ha producido dolores gástricos, y se suspende. Lavado diario del estómago, y agua cloroformada, diluida al 50 por 100, para tomar á cucharadas pequeñas después del alimento. Se manda que tome gallina para ver si tolera mejor la alimentación sólida; pero no puede deglutirla.

Día 30.—Puede flexionar la pierna izquierda.

Día 1.º de Diciembre.—Ha podido retener algunas de las tomas de leche. Se la ordena que tome una jícara de este líquido cada media hora.

SEGUNDO EXÁMEN DE LA URINA.—Volúmen?—Color, verde.—Densidad, 1,023.—Urea, 6,31.—Ac. fósforico, 0,85.—Cloruros, 6,58.—Albumina glucosa y pigmentos biliares, ni indicios.

Día 2.—Ha cesado la expulsión de la leche, y aun cuando dice que sube otra vez á la boca, la reingiere y la tolera. Está más animada y ha desaparecido el dolor de cabeza.

Día 6.—Ejecuta toda clase de movimientos con la pierna izquierda, y empieza á mover el pié derecho. Se ensaya la metaloterapia, no obteniendo reacción con el cobre.

EXPLORACIÓN DEL DÍA 11 DE DICIEMBRE

En este día la enferma está ya animada; se alimenta bien, aun cuando sólo con líquidos; presta atención á lo que se la dice; nos refiere completamente su historia, aunque con algunas lagunas y contradicciones, y se encuentra en condiciones de ser explorada.

FACULTADES INTELECTUALES.—Trabuca fechas y confunde acontecimientos pasados; hay, en una palabra, *amnesia retrógrada*. Exagera sus molestias. Tiene algunas *jobias*, siendo sobre todo muy marcada la de la deglución; no es tanto la inapetencia, como la *sitofobia*, la que la impide tomar alimentos; así es, que cuando se la manda tomar un bocado de pan, le dá mil vueltas en la boca, le deglute con miedo, y sólo mandándosele imperativamente, le pasa hasta el estómago, y hay que continuar con la misma faena para que no lo devuelva. (Desde que se consiguió esto, ha seguido tomando toda clase de alimentos sólidos).

EXPLORACIÓN DE LA SENSIBILIDAD GENERAL.—En ambas extremidades superiores, hasta el codo, hay hipoalgesia é hipoestesia, y termoanestesia completa, tomando por un ligero pinchazo la sensación que la pro-

duce un alfiler candente. En la pierna derecha, hasta por encima de la rodilla, anestesia completa, pudiendo clavarla un alfiler hasta la cabeza y quemarla sin que lo note. En la pierna izquierda, hay hipoalgesia é hipoestesia y termoanestesia completa, como en las extremidades superiores. En la piel del abdomen, hay una zona central en que no se percibe ni el contacto ni el calor, y muy ligeramente los pinchazos; el límite superior de esta zona lo forma una línea horizontal al nivel de las novenas costillas. En todas estas regiones anestésicas persisten los movimientos reflejos, que se manifiestan por movimientos de defensa cuando llega á percibir las impresiones no abolidas por completo. Hay anestesia completa con pérdida de los reflejos en ambas conjuntivas oculares. El reflejo rotuliano persiste en la pierna izquierda. No hay alteración del sentido muscular. (Los resultados de esta exploración han variado en las que se han hecho ulteriormente.)

EXAMEN DE LA SENSIBILIDAD ESPECIAL.—Practicado el examen funcional del aparato de la visión en la clínica oftalmológica del Dr. Barraguer, dió el siguiente resultado: Ojo izquierdo: agudeza visual = á $\frac{1}{2}$ corregida la hipermetropía de 1,25; visión cercana n.º 2, corregida la hipermetropía y la presbicia. Ojo derecho: agudeza visual = á $\frac{1}{200}$, cuando la enferma tiene conciencia de que mira exclusivamente con él, siendo igual á la del otro ojo, cuando de él se sirve, sin conocerlo, por haber puesto el ojo izquierdo en condiciones de no poder utilizarle sin que de ello se haya apercibido (ambliopía psíquica). Reducción concéntrica del campo visual.

En los demás sentidos no se encontró otra anormalidad que una ligera hipoacusia del lado izquierdo.

EXPLORACIÓN DE LA MOTILIDAD.—Disminución de la fuerza muscular en la pierna izquierda, que estuvo hasta hace pocos días paralizada. Parálisis completa de la extremidad inferior izquierda, con contractura en extensión y varus-equino.

EXAMEN DE LOS PRODUCTOS, QUE DICE LA ENFERMA ARROJA DEL ESTÓMAGO.—Tiene todavía en la palangana productos, que dice vomitados; pero su análisis demuestra que se componen de agua y saliva, sin acidez alguna.

DIAGNÓSTICO

HISTERISMO, cuyas manifestaciones más alarmantes han sido los vómitos y la paraplegia.

DIARIO DE OBSERVACION ULTERIOR Y TRATAMIENTO

Día 12 de Diciembre.—Suspendidos ya los vómitos, y haciendo uso de la alimentación ordinaria, se ha presentado diarrea, y para comba-

tirla se prescribe: Alumbre 1 gramo.—Extracto tebaico 0,50 gramos, para veinte píldoras y tomar una cada dos horas. Desistiendo de la metaloterapia, se empiezan á practicar sesiones de masaje en las extremidades inferiores.

Día 13.—Continúa la diarrea y se sustituye el alumbre por el tanino en las mismas píldoras.

Día 15.—Nos convencemos de que la diarrea es también una manifestación del histerismo, y que se resistirá á los más variados tratamientos. La motilidad de las extremidades inferiores va mejorando. Ya mueve algo la pierna derecha, y tiene casi la fuerza normal en la izquierda. Preocupada ahora con su diarrea, continúa en la clínica.

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de Histerismo con vómitos incoercibles y paraplegia, de la Hoja clínica n.º 14

Cuando ingresó esta enferma en la clínica, y empezamos á examinarla, podía pensarse en cualquier cosa menos en que fuera una histérica. Solo cuando viendo á la enferma vomitar, en cuanto ingería algun alimento, la preguntamos desde cuando notaba este síntoma y nos dijo que hacía un año ya que devolvía del mismo modo cuanto tomaba, pensamos en esta enfermedad. La que dice tener vómitos incoercibles durante tanto tiempo, ó nos engaña, exagerando su enfermedad, ó ha logrado suspender sus cambios nutritivos para que los gastos no superen á los ingresos, y solamente las histéricas son las que, sin ningun motivo, simulan y exageran sus males, y las que logran vivir sin casi comer ó devolviendo lo que comen. Por otra parte, presentaba contracturas y parálisis, que por su localización y por los síntomas que se las asociaban, no correspondían á las que se producen en ninguna de las lesiones del sistema nervioso hasta hoy conocidas.

La observación ulterior, y la exploración completa que ayer hemos hecho, han confirmado nuestras sospechas; pero había tantos motivos de confusión al principio, que me parece conveniente daros cuenta de nuestras sucesivas impresiones, para que podais conocer como esta curiosa enfermedad, adop-

tando las formas más estrañas, puede simular las más diversas enfermedades.

Escuchad como nos contó ella la historia de su enfermedad el día que ingresó, y lo que observamos en nuestra primera y rápida exploración, como tiene que ser siempre la que se hace en la visita general. Es hija de padres que gozaron siempre de buena salud y que murieron, el uno de afección cardíaca y el otro después de estar mucho tiempo hemipléjico, sin que entre todos sus parientes hubiera ninguno con enfermedad parecida á la suya. Ella misma había estado siempre sana desde que padeció el tifus á los 12 años, y dice que empezó su enfermedad actual, hinchándose, hasta el extremo de que tuvieron que hacer punciones en las piernas, y sintiendo grandes dolores en el epigastrio, y vómitos, que por dos ó tres veces fueron de sangre. Estando en cama con estos síntomas, recibe la noticia de la muerte de su madre, y de repente siente un choque en todo su cuerpo, y queda con ambas piernas paralizadas. Hace un año que los dolores son intensísimos en todo el vientre, y que no ingiere más que líquidos, devolviéndolos en cuanto los toma.

Esta es la historia que nos refiere y que hace pensar en una enfermedad del corazón ó de los riñones, en una úlcera del estómago, en una peritonitis, en una enfermedad de la médula, en todo, por el momento, menos en el histerismo. La vemos abatida, pálida y demacrada; pero no en el grado que podía esperarse después de un año de vómitos incoercibles. La exploramos para buscar los demás síntomas de las enfermedades en que pensamos, y no encontramos los de ninguna.

Empezamos á tratarla, en la idea de que era una histérica, y solo después de sugerencias repetidas conseguimos con el lavado del estómago que desaparecieran los vómitos. Con solo sugestión, y sin tratamiento alguno especial, conseguimos que dejaran de ser dolorosos los movimientos pasivos de la extremidad inferior izquierda y que reaparecieran gradualmente en ella los movimientos voluntarios.

En este estado la exploramos ayer completamente, bajo la impresión, es cierto, de que nos encontrábamos ante una his-

térica; pero con resultados tan concluyentes, que aun sin sospechar nada, hubiéramos tenido que formular este diagnóstico.

Por de pronto recogemos nuevos antecedentes que nos permiten conocer que pertenece á una familia de histéricos; una tía y su hermana menor padecen esta enfermedad. Ella misma parece haber tenido cuatro ó cinco veces ataques convulsivos; tras de ellos tué cuando se presentaron los vómitos de sangre. Principió la enfermedad, según ella, con edemas; pero no tuvo ni dispnea, ni dolores lumbares, y éstos edemas aparecían y desaparecían sin causa que lo motivara. Por último, las parálisis, las contracturas y los dolores aparecieron de repente, sin retención de orina, ni de materias fecales, y sin que ella se diera cuenta de haber perdido la sensibilidad. En resumen, la anamnesia nos dice hoy, que con antecedentes familiares de histerismo, y con antecedentes personales de ataques convulsivos histéricos, ha tenido edemas y hematómesis, que por no presentar los caracteres de los que se presentan en las enfermedades del corazón, riñones y estómago, es muy posible que hayan sido también de naturaleza histérica.

En la exploración encontramos: 1.º *Estigmas de histerismo.* Psíquicos: la abulia; fobias alimenticias, y amnesia retrógrada. Sensitivo-sensoriales: anestias segmentarias más ó menos completas de los cuatro miembros; anastesia en islote central de la piel del abdomen; anastesia de las conjuntivas oculares; ambliopía con reducción concéntrica del campo visual, y todo esto con integridad de los reflejos cutáneos, sin que la enferma tuviera noticia de tales perturbaciones de la sensibilidad y con variaciones en las distintas observaciones. 2.º *Accidentes histéricos:* parálisis de forma paraplégica; contracturas dolorosas; anorexia; sitofagia, y vómitos casi incoercibles que llevan un año de duración. 3.º *Perturbaciones de la nutrición:* oligouria; hipoazouria; detención, en fin, del cambio nutritivo, pues sólo así se explica que esta enferma viva después de tanto tiempo en que casi no se absorven materiales nutritivos.

Me parece que el cuadro es completo; sin embargo, quiero alejar una causa de error, la de que yo mismo auto-sugestionado, hubiera buscado y encontrado los estigmas histéricos y

haya atribuído á accidentes histeriformes los fenómenos observados en esta enferma, que de otra manera no me explicaba. Para conseguirlo olvidemos por completo la historia de su familia y la anterior de la misma enferma, y veamos si el cuadro actual puede explicarse de otra manera.

Desde luego la paraplegía y los vómitos, si son producidos por una misma causa, ésta no puede ser otra que el histerismo. Una lesión del sistema nervioso que explicara estos dos grupos de síntomas, si fuera de foco-único, tendría éste que extenderse desde el origen de los nervios lumbosacros, hasta el del pneumogástrico, y si fuera de focos diseminados, debiera tener, uno en la porción dorso lumbar de la médula, y otro en el bulbo; en el primer caso no podría haber integridad de los movimientos de las extremidades superiores, y en el segundo habría también trastornos de la respiración y circulación.

Si una sola causa no puede explicar todo el cuadro sintomático, veamos si lo explican varias coexistentes. La paraplegía de no ser histerica sería miopática, neurítica ó mielopática. Miopática no es, porque no hay trastornos tróficos en los músculos. Neurítica, tampoco, porque las parálisis de las neuritis son flácidas y con abolición de los reflejos, y aquí hay contracturas, y excitando la piel se producen movimientos. ¿Mielítica?, no puede ser por mielitis difusa aguda, porque hay integridad de los esfínteres y no hay trastornos tróficos; ni por mielitis difusa crónica, porque no sería dolorosa ni acompañada de anestias; ni por poliomielitis, porque no hay amiotrofias; ni por esclerosis de los cordones anteriores, porque entonces no estaría perturbada la sensibilidad; ni por esclerosis de los cordones posteriores, porque los accidente iniciales fueron las parálisis y las contracturas; ni, por último, por mielopatía central, siringo ó hematomiélica, porque no hay amiotrofias ni trastornos vaso-motores de la piel. Presentan, en cambio, estas parálisis todos los caracteres de las histericas: brusca aparición; superposición á alteraciones sensitivas que no corresponden á la distribución anatómica de ninguna parte del sistema nervioso, y ser modificables por la sugestión.

Los vómitos no se pueden tampoco explicar por gastropatías, porque en ninguna de ellas se presentan sin náuseas y por rejurgitación, y porque no hubiera podido conservarse la nutrición como se conserva en esta enferma después de un año de estar vomitando.

El pronóstico en este caso le hago serio, no sólo por la dificultad de curar el histerismo, sino por el peligro que pudiera resultar para la vida si continuaran los vómitos.

El tratamiento ya habéis visto cual ha sido y en él hemos de insistir. Psíquico, ante todo, procurando apoderarnos de la voluntad de la enferma, é inspirarla confianza para que nuestras sugerencias resulten eficaces. Sugerición con la palabra, ayudándola con la aplicación de cuantos recursos se nos ocurran para calmar los síntomas y para restablecer la voluntad suprimida de la enferma.

Histero-neurastenia

HOJA CLÍNICA N.º 15

Sala del Sto. Cristo n.º 2.

Alumno observador, D. Emilio Sanz.

R. C., de 39 años, casada, natural de Jaca, residente en Barcelona, dedicada á los quehaceres domésticos, de vida y costumbres irreprochables. Sin historia familiar. Menstruó por primera vez á los 17 años, tardó doce meses en presentarse la segunda menstruación, y después ha seguido regularmente.

Padeció el sarampión á los 7 años, y poco después viruela benigna. A los diez, á consecuencia de un susto, tuvo un ataque nocturno con pérdida del conocimiento y rechinar de dientes, del cual tuvo noticia porque se lo contaron las personas que lo presenciaron. A los 31 años, vió á una amiga con un ataque convulsivo, y empezó á presentárselos ella, consistiendo los suyos, en movimientos laterales de la cabeza, más intensos cuanto más esfuerzos hacía para dominarlos. No había período fijo para estos ataques, (1 cada día, 3 en un día, 1 en un mes, etc., desapareciendo en esta forma, á los seis meses).

La enfermedad que ella cree padecer actualmente, dice que principió el 5 de Noviembre de 1901, en cuyo día, caminando por la calle, sintió que los sentidos se oscurecieron, los brazos se flexionaron y elevaron, y

sin llegar á caer, tuvo que hacer un exfuerzo para llegar á su casa; pero interrogándola especialmente por el principio de las molestias que hoy siente, dice que las del estómago, las viene sufriendo desde los 26 años. Desde el ataque del 5 de Noviembre, se han venido repitiendo otros con frecuencia cada vez mayor; tiene cefalea constante y se encuentra cada vez con menos fuerza, hasta el extremo de que hacía mucho tiempo que no se movía de la cama, cuando se trasladó al Hospital el 12 de Septiembre de 1902.

Cuando nos acercamos á su cama el primer día de curso, nos dice: que se encuentra sin fuerzas, con cefalalgia continua, inapetencia y sensación de peso después de la comida; pero que además de estas molestias continuas, con frecuencia la dan ataques, durante los cuales, siente malestar indefinible, miedo inmotivado, aturdimiento cerebral, silbido en el oído izquierdo, oscurecimiento de la vista y sensación de desfallecimiento. Estos ataques se presentan sin guardar período; duran unas veces sólo unos momentos, y otras hasta 48 horas; á veces no sabe á que atribuirlos, y otras nan coincido con impresiones sensoriales, tales como el asomarse á un balcón y ver á gran altura la calle ó penetrar en el horno de un panadero; últimamente los creía relacionados con la digestión, y evita el comer, sosteniéndose con caldo y leche. No pierde el conocimiento ni la sensación de orientación, y terminan estos ataques con emisión abundante de orina.

Está en cama porque tiene miedo de no poder sostenerse si anda. Su rostro expresa tristeza. Está algo pálida y demacrada. Asimetría del cráneo y cara; abultamiento asimétrico del labio superior; irregular implantación de los dientes; adherencia y mala conformación del lóbulo de las orejas; extravismo externo en el ojo derecho.

Amiostenia notable; pero aun es mayor la preocupación que tiene de carecer de fuerza, sobre todo para andar. Obligada á levantarse, el primer día tiembla y se la doblan las piernas; sólo después de convencerse de que puede andar, lo hace, aunque perezosamente. Los movimientos voluntarios en la cama, normales. Anestesia de la mucosa faríngea. Pérdida de los reflejos conjuntival, nasal y gutural. Reflejo rotuliano, ligeramente exaltado. La exploración funcional del ojo, en el intervalo de los ataques, es normal. El oído izquierdo está algo embotado, y en él es donde percibe los silbidos.

Lengua limpia, sensación de peso en el epigástrico en cuanto come; la presión en esta región es dolorosa. Prévia insuflación, se determina la existencia de una ligera dilatación gástrica. Examinado el contenido del estómago á la hora de haber administrado la comida de prueba de Ewald, se encuentra: Accidez total, 0,510.—Ácido clorhídrico libre, nulo.—Ácido láctico, existe.—Moco, abundante.

Pulsó un poco frecuente, 84 por minuto, y el resto del organismo, normal.

DIAGNÓSTICO:—Histero neurastenia, con dispepsia por insuficiencia motriz é hipoacidez.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN:—Se empezó por prescribirla una disolución de ácido clorhídrico, al cuatro por mil, para tomar en las comidas, y contra la que hacía esperar el resultado del exámen del quimismo gástrico, la enferma sentía más molestias mientras tomó este medicamento, substituyéndole por los alcalinos en pequeñas dosis, (Bicarbonato de sosa, 5 gramos.—Fosfato neutro de sosa, 4 gramos para 20 paquetes), con lo que obtuvo alguna mejoría. La faradización general ha sido empleada durante muchos días sin resultado. Otro tanto ha ocurrido con la hidroterapia en forma de afusiones frías, y con el masage.

Después de haber conseguido sugestionar á la enferma que podía andar, se levantó y paseó por la sala durante unos quince días; pero volvió otra vez á la cama y no atiende nuestros consejos, ni hay medio de borrar de su cerebro las ideas hipocondríacas que la agobian.

Puede decirse que hoy continúa en la clínica en el mismo estado que cuando nos hicimos cargo de su observación.

Lección clínica sobre el caso de histero-neurastenia de la hoja clínica núm. 14

El diagnóstico de esta enferma ofrece algunas dificultades porque no se ven en ella copiados con claridad ni los antecedentes, ni los síntomas de ninguna de las especies morbosas conocidas.

Desconoce la historia patológica de su familia y en la suya propia pocos datos encontramos para orientarnos. Ha padecido enfermedades comunes, ha tenido partos, abortos y lactancias, sin que pueda verse en ellos relación etiológica con la enfermedad actual. Hace ya bastantes años que viendo los ataques convulsivos que sufría una amiga, les presenta también ella, y esta tendencia á las convulsiones por imitación, es lo único que nos hace sospechar, que por herencia ó por condiciones adquiridas existía en ella un fondo de neurosismo.

Para formar juicio de la enfermedad actual tenemos: los síntomas subjetivos que nos refiere la enferma, y los objetivos que hemos podido recoger en nuestra exploración. Los primeros son unos constantes, y otros aparecen periódicamente en

forma de accesos. Los segundos, no han sido siempre iguales en todas las exploraciones.

Los síntomas subjetivos constantes son: ciertas fobias, ideas hipocondríacas, miedo injustificado, cefalalgía, dolores vagos en el tórax, y molestias en la región epigástrica al poco tiempo de ingerir alimentos.

Los accesos no son siempre semejantes ni por su duración, ni por los síntomas que los constituyen. Interrogada repetidas veces, sobre si sentía ruido de oídos, sensación de vacuidad en la cabeza, y pérdida de la orientación y el equilibrio, contesta que algunas veces al principiar el ataque nota silbido en sus oídos; pero que lejos de perder el equilibrio, se levanta y va en busca de compañía porque tiene miedo á estar sola. No son por consiguiente vértigos, y el silbido de oídos debe considerarse como un aura sensorial. No hay tampoco convulsiones. Es simplemente un ataque con pérdida momentánea y parcial de la conciencia, tras de lo cual queda abatida y con una amnesia parcial y sistematizada, á los recuerdos de las ocupaciones y asuntos que había pensado desempeñar en aquel día.

Los síntomas objetivos son: 1.º Estigma físicos de degeneración. 2.º Anestias de distribución funcional con pérdida de los reflejos. 3.º Amiostenia y temblor (oscilaciones laterales de la cabeza al andar) y 4.º Dilatación gástrica con hipoacidez y anaclorhidría.

Como vemos, todos los síntomas son de sistema nervioso y de aparato digestivo, debiendo tratarse, ó de una neuropatía con resonancia gástrica, ó de una gastropatía con alteraciones secundarias del sistema nervioso.

Juzgando sólo por la distinta intensidad de unos y otros, se inclina el ánimo á suponer una neuropatía, y en ello se afirma cuando se fija detenidamente en lo que unos y otros significan. Una neurosis, la neurastenia ó el histerismo, pueden explicar perfectamente la pérdida del apetito, la distensión del estómago, y el trastorno de su quimismo, pues son síntomas estos que encajan dentro de la dispepsia llamada nerviosa. En cambio una dispepsia de otra clase, si puede explicar algunos

de los síntomas nerviosos, difícilmente nos daría cuenta razonada de todos; las anestias y la pérdida de los reflejos, no son síntomas de la dispepsia neuromotriz; la imposibilidad que tenía para andar, ya habeis visto, que no era por falta de fuerzas á consecuencia de la inanición, sino que era una fobia que ha desaparecido por simple sugestión, y sin que la digestión gástrica haya mejorado.

Los trastornos psíquicos, los motores, sensitivo-sensoriales y de los reflejos, les hemos vistos extendidos por toda la economía, sin relación con la distribución topográfica de ninguna parte del sistema nervioso; son además variables, pasajeros y modificables por la sugestión, sin que tampoco sea su asociación la que corresponde á ninguna de las lesiones orgánicas nerviosas. Es, pues, lógico deducir que el cuadro sintomático de esta enferma, que no puede explicarse por una gastropatía, tampoco es el que corresponde á una neuropatía por lesión orgánica, y necesariamente ha de tratarse de un sencillo trastorno funcional, de una neurosis.

Entre las neurosis que se acompañan de algunos de los síntomas observados en esta enferma, sólo podemos fijarnos en el histerismo y la neurastenia, porque las otras, epilepsia, enfermedad de Parkinson, etc., etc., presentan síntomas característicos muy distintos de los en ella comprobados.

En el cuadro de la neurastenia, encajan perfectamente la cefalea, las ideas hipocondríacas, los dolores vagos y la dispepsia. Forzando un poco las analogías, y teniendo en cuenta la relación de causalidad que cree encontrar la enferma entre las perturbaciones digestivas y sus ataques nerviosos, podría suponerse que éstos eran una forma, algo rara, de vértigo neurasténico. También con un poco de buena voluntad podría atribuirse á la amiestenia la imposibilidad que tenía esta enferma de ponerse en pie y andar. Los que no hay manera de explicar, por sólo neurastenia, son las fobias, la anestesia conjuntival y faríngea, y la pérdida absoluta de los reflejos de estas mucosas y los de la pituitaria.

El histerismo pudiera explicarnos más completamente el cuadro sintomático. Las fobias, las ideas hipocondríacas y la

abulia, que origina la astasia-abasia, serían estigmas psíquicos. Las anestesias y pérdida de los reflejos, estigmas sensitivos. La amiostemia, un estigma motor. Equivalentes de los ataques histéricos serían los ataques de obnubilación y de desfallecimiento, precedidos á veces de sus áuras, determinados por las fobias, y seguidos de amnesia parcial sistematizada. Accidentes pasajeros del histerismo, la astasia-abasia y los temblores de la cabeza. Habría, sin embargo, que hacer un verdadero esfuerzo de imaginación para explicar la dispepsia que presenta esta enferma, como un accidente visceral del histerismo.

Me resisto, cuanto puedo, á diagnosticar en un mismo enfermo dos especies morbosas; pero en el caso actual me parece indispensable. Vemos aquí entremezclados los estigmas y accidentes del histerismo y los de la neurastenia; y al lado de anestias, trastornos gástricos con todos los caracteres de la dispepsia neurasténica. Hay que hacer el diagnóstico de histero-neurastenia, sin que con ello introduzcamos una especie morbosa nueva en el campo de la neurología, pues tal asociación ha sido ya reconocida y diagnosticada por todos cuantos observan neurópatas, desde que Beard estableció la autonomía de la neurastenia, y Charcot nos enseñó á conocer el histerismo por sus estigmas.

Si ahora me preguntáis qué es lo que domina en este caso, os diré que la neurastenia, y además que como neurasténica se nos va á resistir al tratamiento psíquico.

El pronóstico le hago grave, porque esta asociación de las dos neurosis es de las que se resisten á todo tratamiento, y especialmente habrá que temerlo en este caso porque los estigmas de degeneración nos indican que el terreno es muy abonado para toda clase de afecciones nerviosas.

Ya habéis visto lo que nos viene sucediendo con el tratamiento. Se la sugestionan que puede andar, y anda; pero á los pocos días dice que su estómago está peor y que ya no tiene fuerza para levantarse. La damos ácido clorhídrico para combatir su anaclorhidría, y dice que la pone peor. Prescribimos sesiones de hidroterapia, y con fútiles pretextos no las toma

la mayor parte de los días. Seguiremos trabajando para curarla; pero mucho me temo que pueda ella más que nosotros.

Neurastenia con síntomas cardio-vasculares

HOJA CLÍNICA N.º 16.

Sala de San José, n.º 13.

Alumno observador, D. Juan Bosch.

F. T., de 52 años, casado, natural de Santa Perpétua de Santa Coloma de Queralt, agricultor, y de costumbres arregladas. Sin historia patológica familiar. Padeció á los 30 años una enfermedad caracterizada por dolores articulares, que le impedían andar. Aparte de esto, ha gozado siempre de buena salud, resistiendo las fatigas corporales, la humedad y el sol. Parece que ha tenido disgustos en la familia, sobre los cuales se muestra reservado.

Principió la enfermedad actual, hace año y medio, con un dolor en la región sacra, inapetencia, estreñimiento pertinaz, alternando con diarrea, flojedad é ineptitud para el trabajo. Poco después desapareció la raquialgia, notando un peso en el epigastrio, y un latido que se extendió por todo el cuerpo. Desde entonces, la sensación de flojedad ha ido aumentando, é imposibilitado para trabajar, ingresa en la clínica el día 12 de Noviembre.

Se queja espontáneamente de su latido epigástrico, que según él, se extiende á la cabeza y le perturba, y á las piernas, produciéndole temblor, é imposibilitándole para trabajar y hasta para moverse. A nuestras preguntas contesta el enfermo: que siente cefalalgia continua, más acusada en la región occipital, la cual remite unos minutos después de comer; sensación vertiginosa, que le hace temer una caída; insomnio pertinaz; imposibilidad de fijar la vista en ningún objeto, porque se acentúan los síntomas; sensación de flojedad en los miembros; inapetencia, y estreñimiento.

Está casi siempre sentado en la cama; pero puede levantarse y andar, aunque con actitud perezosa. Es hombre bien constituido, aunque algo demacrado. Su cara expresa tristeza, y en su conversación, se revela la hipocondría que le domina.

Latido precordial enérgico, sin desviación de la punta, y escuchándose un redoble del primer tono, que recuerda al ruido de galope. En la aorta abdominal, latido enérgico, que se transmite hasta las cubiertas cutáneas. Los latidos de las carótidas, hacen remover los lados del cuello. El pulso de las radiales, temporales y femorales, es fuerte, vibrante

é isocrono; late 72 veces por minuto. Auscultando en la región epigástrica, se perciben con claridad los tonos cardíacos.

Los miembros, son asiento de un temblor de oscilaciones rapidísimas y tan poco extensas, que parecen una verdadera vibración; más acusado en la raíz que en la periferia, se presenta en el reposo, se exagera algo en los movimientos, y no es continuo, apareciendo cuando se explora al enfermo, cuando anda y cuando se le descubre. Reflejos rotulianos ligeramente exaltados. La exploración de la sensibilidad acusa normalidad. Ligera disminución de la fuerza muscular.

EXÁMEN DE LA ORINA.—Volúmen, 700 c. c.—Urea, 12,6.—Ác. úrico, 0,36.—Ác. fosfórico, 0,56.—Fosfatos alcalinos, 0,12.—Fosfatos térreos, 0,44.—(Relación entre los fosfatos alcalinos y térreos. 1: 3,8.—Hipofosfaturia)

DIAGNÓSTICO:—Neurastenia con síntomas cardio-vasculares.

DIARIO DE OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO:—El día que ingresó, para contribuir al diagnóstico, se le prescribieron 30 gramos de aceite de ricino, y se examinaron las deposiciones, no encontrando trozos de vermes planos.

El 14 de Noviembre, se le dispuso el siguiente tratamiento:—Ración común.—Sugestionarle su posible curación.—Un sello de 50 centigramos de sulfonal, todas las noches.—Bromhidrato de quinina, 1 gramo y Extracto de convalaria, 1 gramo m.^o, y dividase en 20 sellos para tomar cuatro al día.

16.—Ha desaparecido el temblor. Logra dormir cuatro horas seguidas por las noches. Las pulsaciones arteriales, son menos acusadas, (63 por minuto y de tensión normal).

27.—Ya no se nota la exageración del choque precordial, ni el ruido de galope. El pulso en todas las arterias es normal. Se dispone faradización general.

El 1.^o de Diciembre, han desaparecido todos los síntomas objetivos; pero el enfermo insiste en que está igual, y en que su mal no tiene remedio, y pide el alta.

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de neurastenia con síntomas cardio-vasculares, de la hoja clínica n.º 16

Habéis sido testigos de las dudas y vacilaciones que hemos tenido para diagnosticar este enfermo, las cuales sólo han desaparecido, cuando familiarizados con él, hemos aprendido á distinguir lo que siente realmente de lo que dice sentir; y

cuando hemos conocido cual es el estado mental de este sujeto, y lo que influyen en su estado las ideas obsesionantes y tenaces que se han hecho dueñas de su inteligencia. Por otra parte, la observación cuidadosa y continuada, nos ha permitido dar su verdadera significación á ciertos síntomas somáticos, que en los primeros días nos hicieron pensar en otras enfermedades distintas de la que realmente padecía.

Cuando solicitó entrar en el Hospital, enseñó al Profesor de guardia la palpitación epigástrica á que él atribuía toda su enfermedad, y se pensó un momento en la existencia de un tumor pulsátil en los vasos de esta región.

Después de haberlo explorado, empezamos á discurrir sobre la enfermedad que podía padecer, prescindiendo de lo que nos decía el enfermo, y dando únicamente valor á lo que veíamos, tocábamos y escuchábamos; al ruido de galope del corazón, á los latidos enérgicos, (verdadera danza de las arterias), y al temblor vibratorio.

Antes que otras, recordamos las enfermedades en que se presenta temblor, excluyendo todas aquellas en que es intencional, localizado especialmente en los labios y lengua, acusado preferentemente en los dedos, ó limitado á una mitad del cuerpo, para pensar sólo en la parálisis agitante, la enfermedad de Basedow, el histerismo y la neurastenia, cuyos temblores tienen algunos de los caracteres del que estábamos observando.

Acto seguido empezamos á fijarnos en la expresión de la cara, que no denotaba rigidez; en el estado de los músculos, cuya tonicidad no estaba exagerada; en la manera como guardaba el equilibrio, y en la actitud al marchar. Al andar, se acentúa el temblor, vibra todo su cuerpo; pero lo hacía de tan distinto modo que los Parkinsonianos, que de plano rechamos este diagnóstico.

Este temblor vibratorio, es uno de los síntomas (el cuarto por su importancia, y quizá el segundo por su frecuencia) de la enfermedad de Basedow, así es que nos detuvimos un momento pensando en esta enfermedad. Es verdad que faltaba el bocio y la exoftalmía; pero la danza de la arteria, la energía

del choque precordial y el ruido de galope, son también síntomas de ella. Si hubiera presentado taquicardia unida al temblor, hubiéramos hecho este diagnóstico; pero el pulso latía 72 veces por minuto, y la taquicardia es el único síntoma que nunca falta en los Basedowianos, y sin él no se les puede diagnosticar.

Esploramos sentidos y piel; preguntamos por ataques; hicimos que ejecutara toda clase de movimientos voluntarios, y aparte de la amiotenia, ningún otro estigma de histerismo encontramos.

Debíamos pensar por exclusión en que el temblor fuera neurasténico, y aunque había tenido raquialgia, y tenía cefalalgia, insomnio, estado moral hipocondriaco, amiotenia é inapetencia; como todos estos síntomas los refería el enfermo á las irradiaciones del latido epigástrico, y como nosotros comprobábamos síntomas del aparato circulatorio y no había los de la dispepsia neuro-motriz, nos costaba trabajo diagnosticar sencillamente una neurastenia.

Se examina la orina para ver si en los riñones se encontraba la explicación del ruido de galope y no hay poliuria, ni albuminuria. Se da un purgante para ver si algún verme intestinal producía este cuadro sintomático, y el resultado es negativo.

No había más remedio que diagnosticar ó un bocio exoftálmico, sin bocio, sin exoftalmia y sin taquicardia, ó una neurastenia sin dispepsia y con ruido de galope; pareciéndome más posible que faltara la dispepsia en la neurastenia, y que una sencilla hiperquinesia cardiaca determinara el ruido de galope, que no admitir una enfermedad de Basedow sin taquicardia, y neurastenia fué lo que al fin diagnosticamos; pero de forma cardio-arterial, algo parecida á neuropatía cerebro-cardiaca de Krishaber, que hoy se considera como una de las variedades de la enfermedad de Beard.

La observación ulterior del enfermo confirmó este diagnóstico. Desapareció el temblor y los síntomas cardio-vasculares, y á pesar de ello el enfermo nos recibe todos los días sentado en su cama asegurándonos que su estado es igual

y que su mal no tiene remedio. Era indudable que existía un trastorno psíquico, una hipocondría que no desaparecía aun cuando le hacíamos notar que su mejoría era evidente.

Cuando el estado mental del sujeto ocupó el primer lugar del cuadro sintomático, los restantes síntomas completaban bastante bien el de la neurastenia. Causas: contrariedades y disgustos. Estigmas: raquialgia, cefalea occipital, astenia neuromuscular, atonía intestinal y depresión cerebral con hipocondría. Síntomas secundarios: estado vertiginoso, temblor vibratorio é hiperescitabilidad cardio-arterial.

El pronóstico es serio. La causa, si la sospechamos, no la conocemos en detalle, y desde luego no está en nuestra mano el alejarla. Los síntomas son tenaces y molestos, y mucho me temo que se resistan á los recursos psíquicos, higiénicos y farmacológicos, y me temo sobre todo, que se acentúen los trastornos mentales y se conviertan en una verdadera vesania.

Problema difícil es plantear el tratamiento de un neurasténico. Después de procurar alejar las causas, se emplean distintos recursos con objeto de normalizar el funcionalismo del sistema nervioso que se supone gastado y agotado por las fatigas psíquicas y por los esfuerzos de la voluntad, entre ellos hemos elegido en este enfermo, la sugestión y la faradización general. Hay que llenar indicaciones sintomáticas, y aquí se presentaron dos: la de combatir el insomnio, para lo cual se empleó, con buen resultado, el sulfonal; y la de moderar el eretismo cardio-vascular, que se llenó administrando el bromhidrato de quinina y la convalaria.

Neurastenia con síntomas que hacen pensar en un tumor cerebeloso

HOJA CLÍNICA N.º 17

Sala de S. José, n.º 11 Alumno observador, D. Juan Matas Carreras

F. C., de 27 años, soltero, natural de Manlleu, jornalero, y de buenas costumbres. Su padre debió morir de un cáncer de la boca y su madre de una afección cardíaca. Ha padecido anginas á los 16 años;

una blenorragia, que curó bien, á los 21, y la viruela hace siete meses.

Ha sufrido contrariedades, disgustos y emociones, y parece que sus facultades intelectuales han trabajado más que lo que es corriente entre los de su profesión. En el mes de Junio, de este año, empezó á notar cansancio y ligero dolor en el hipocondrio izquierdo, sin dar importancia á estos síntomas. Quince días después fué cuando sufrió la viruela, que evolucionó sin complicaciones, y estando en su convalecencia, el 1.º de Agosto, empieza á notar una cefalalgia intensa, gran debilidad muscular y unos accesos durante los cuales nota escalofrío, tiembla todo su cuerpo y siente pinchazos. No pudiendo trabajar, ingresa en la clínica el 29 de Noviembre.

Se queja principalmente de su cefalalgia, que es continua, sin localización precisa y tan intensa que le impide dormir. Sólo concilia el sueño después de dos ó tres noches de vela y aun entonces por poco tiempo, despertándose asustado, con el dolor de cabeza más fuerte, y pareciéndole que le ruedan en la cama. Aparte de estos síntomas, que son continuos, nota constricción gástrica en ayunas y peso en el epigastrio, con algo de dolor, á la hora de comer. Estreñimiento pertinaz. Antes de ingresar en la clínica sufría unos accesos que se presentaban cada cinco ó seis días y los describe así: de repente siento escalofríos, pinchazos por todo el cuerpo, ardor en el epigastrio, temblor, gran sed, dolor de cabeza más intenso, y me parece que todo gira á mi alrededor y voy á caer; todo esto me dura una media hora y después quedo rendido por veinticuatro ó cuarenta y ocho horas.

Está algo pálido y demacrado y su cara expresa tristeza. Levantado, guarda perfectamente el equilibrio mientras tiene los ojos abiertos; pero al cerrarlos titubea y caería si no se le sostuviera. Marcha perezosamente con la cabeza inclinada hacia adelante. El *trazado de la marcha* hace ver: que las huellas de ambos pies se encuentran todas á la misma distancia de la línea media; alguna desigualdad en los pasos, y que el pie izquierdo forma un ángulo más abierto que el derecho.

Sensibilidad general normal. Temblor de vibraciones lentas, más acusado en las manos, inconstante y sin exagerarse con los movimientos. Ligera disminución de la fuerza muscular en la extremidad superior izquierda. Reflejos normales.

EXAMEN DEL APARATO DE LA VISIÓN.—Le molesta la luz. El examen funcional indica normalidad. El examen del fondo del ojo revela integridad perfecta, sin que haya ni extasis papilar, ni papilitis.

La exploración del aparato digestivo no proporciona dato ninguno. La presión despierta dolor en la gran curvatura del estómago y en la región pilórica.

Disminución del apetito sexual.

El examen de la orina nos dice únicamente, que siendo la cantidad

total de ácido fosfórico 1,60 gramos, 0,74 corresponde á fosfatos alcalinos y 0,88 á fosfatos terreos.

DIAGNÓSTICO.—Neurastenia de forma cerebral.

DIARIO DE OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO.—Ración común. Sellos de 50 centigramos de sulfonal para tomar por la noche. Sellos de 50 centigramos de exalgina p. t. cuatro al día, cuando la intensidad de la cefalalgia lo exija. Una ducha de regadera, durante treinta segundos, todas las mañanas. Faradización cefálica y epigástrica con la mano humedecida.

Desde que está en la clínica no ha presentado los accesos que antes le molestaban. La cefalalgia continúa; pero es menos intensa. Logra dormir todas las noches con el sulfonal.

Muy aliviado de sus molestias, sigue en la clínica.

Lección clínica en la enfermería sobre el caso de Neurastenia, de la Hoja clínica n.º 17

Este es un enfermo que se queja de cefalalgía intensa, debilidad muscular, insomnio, ligeros trastornos gástricos, y que en ocasiones, presenta escalofrío, temblor vibratorio, trastornos de la orientación y del equilibrio.

La cefalalgía, los vértigos y los trastornos del equilibrio, hicieron pensar (á los médicos que le habían visto anteriormente) en la existencia de un tumor cerebeloso. Nosotros nos inclinamos, desde el primer momento, á diagnosticar sencillamente neurastenia. Como no había lugar á pensar en otras enfermedades, entre esta dos hemos de hacer el diagnóstico diferencial para razonar el nuestro.

La cefalalgía intensa, continua y con exacerbaciones, como la que tiene este enfermo, hay que confesar que es más propio de los tumores intracraneos que de la neurastenia. Ya habeis visto otros enfermos que padecían esta última enfermedad y no les oísteis lamentarse con esa constancia de su dolor de cabeza, quejándose solo de una especie de casco que les oprimía. No tiene por consiguiente nada de particular que presentándose este síntoma con los referidos caracteres, y yendo acompañado de vértigos y trastornos del equilibrio, se haya pensado en la existencia de un tumor intracraneano. Tam-

poco ha sido ilógico que dada la existencia de este tumor, se le haya supuesto localizado en el cerebelo porque esta es la parte de los centros nerviosos á donde llegan por vía centrípeta las impresiones táctiles, musculares y sensoriales que contribuyen á la orientación, y de donde salen las fibras nerviosas, de corriente centrífuga, encargada de dar tono á los musculos y de graduar en ellos las contracciones necesarias para conservar el equilibrio en todas las posiciones. Por eso las lesiones cerebelosas tienen como síntomas de localización, los vértigos y la pérdida del equilibrio, y una de sus manifestaciones más ostensibles es la marcha titubeante.

Mas en este caso, ni los antedichos síntomas se presentaban con la claridad necesaria para atribuirles un origen cerebeloso, ni iban acompañados de otros tan constantes como ellos, cuales son: las náuseas, los vómitos, las convulsiones y los extasis papilares.

Es verdad que la cefalalgia, los vértigos y los trastornos del equilibrio pueden ser los únicos síntomas por los que, en un principio, se manifiesta una lesión cerebelosa, más para poderla diagnosticar, en ausencia de los otros, es preciso que se presenten con caracteres bien definidos, porque de lo contrario pueden ser confundidos con la cefalalgia y los vértigos que también se presentan en la neurastenia.

La cefalalgia de este enfermo, es verdad que debe ser muy intensa; pero no tiene la localización preferentemente occipital, no se despierta el dolor por la percusión y no es lancinante, como lo es la cefalea indicadora de la localización cerebelosa. De ser producida por un tumor esta cefalea, dependería del aumento general de la presión intracraneana, y ya hemos visto que faltan los demás síntomas que debieran presentarse si este fuera su mecanismo patogénico.

Los vértigos y los trastornos del equilibrio de este enfermo, no dan lugar á la marcha titubeante. Dice que le parece moverse en la cama y que al andar vacila como los ebrios; pero nosotros le vemos marchar sin titubear, sin oscilar, siguiendo la línea recta, y las huellas de sus pasos en ningún punto cruzan la línea longitudinal trazada en medio del

papel. No son tampoco bastante claros estos trastornos para poder afirmar la existencia de una lesión cerebelosa.

En absoluto no la niego, mas en la duda me inclino á suponer que estos síntomas, y los demás que presenta el enfermo, dependen de una neurastenia de forma cerebral, con tanto más motivo, cuanto que la mayor parte de ellos se han calmado durante el tiempo que ha estado en la clínica sometido á un tratamiento anti-neurasténico.

Las causas de su enfermedad parecen haber sido disgustos y contrariedades. La iniciación ha sido insidiosa, sufriendo una recrudescencia después de padecer una infección grave, la viruela. Hoy presenta insomnio, cefalalgia, amiostenia, ligeros trastornos gástricos, vértigos y temblores. El cuadro parece completo; pero le falta color, y si no hubiera sido por el alivio marcado que en él observamos, y por el resultado absolutamente negativo del examen oftalmoscópico, yo no me hubiera atrevido á sostener que no tenía un tumor cerebeloso.

El pronóstico debe ser reservado, como siempre que el diagnóstico no se formula con absoluta seguridad.

Epilepsia Jacksoniana

HOJA CLÍNICA NÚMERO 18

Sala de S. José, n.º 4.—Alumno observador, D. Antonio Baltá Lorenzo.

T. P., de 41 años, casado, natural de Ejea de los Caballeros, y residente desde hace mucho tiempo en Barcelona, dedicándose sucesivamente á las profesiones de labrador, albañil y pulidor de espejos. Es hijo de padre alcohólico, que vive en la actualidad, y padece desde hace 9 años ataques convulsivos. En su infancia, dice que sufrió asombrosos, atribuidos á un exceso de robustez. Ha padecido la viruela y algunas blenorragias.

Hace ya algunos años que se embriagaba con frecuencia, y su mujer recuerda que hará dos, en una de sus borracheras, cayó sufriendo un traumatismo en la región parietal derecha. Algún tiempo después, fué cuando empezó á padecer ataques de ausencia momentánea de la conciencia, interrumpiendo el trabajo y santiguándose, de todo lo cual te-

nía noticia cuando se lo referían sus compañeros. Poco después se iniciaron los ataques en la forma que hoy los padece, cuya frecuencia ha ido aumentando, desde uno mensual, hasta cuatro diarios, siendo ésta la causa de venir al Hospital, y de que ingresara en nuestra clínica el 25 de Noviembre.

Es un hombre de construcción fuerte, musculoso, con ligera asimetría del cráneo y cara, estando la mitad izquierda situada en un plano un poco más posterior, y siendo un centímetro más cortos los diámetros oblicuos de este lado.

ATAQUES.—El enfermo se dá cuenta de su iniciación y desarrollo, pues asegura no pierde el conocimiento más que un instante. No advierte signo ninguno que le indique su inminencia. Principian siempre por la representación visual de muchas personas de su familia que se le acercan, y entonces se presentan las convulsiones, durante las cuales, vé y oye cuanto ocurre á su alrededor, quedando luego como postrado y con un cansancio igual al que sigue á un trabajo fatigoso.

Los que se han presenciado en la clínica, han sido siempre de la misma forma. Principian las convulsiones por la extremidad superior izquierda; el pulgar se pone en aducción, y es cogido por los demás dedos que se flexionan; el brazo se coloca en pronación, y se presentan algunas sacudidas de muy poca extensión en toda esta extremidad. Pocos segundos después, las convulsiones se extienden á la extremidad superior derecha, aplicase el brazo al torax, el antebrazo se flexiona en ángulo recto, y la mano queda extendida. Con intervalo también de segundos, se extienden las convulsiones á la cara, ejecutando movimientos como de masticación. Por último se generalizan á todo el cuerpo, la cara se pone pálida, las pupilas dilatadas, los labios cianóticos, la respiración entrecortada y lanza pequeños quejidos. Las convulsiones son primero tónicas y luego clónicas en todos los puntos invadidos; duran en junto un par de minutos; predominan en el lado izquierdo, y terminan lanzando el enfermo un suspiro y abriendo desmesuradamente los ojos. Queda después del ataque, unos cinco minutos tembloroso y con pocas ganas de hablar.

El pulso se hace algo más frecuente; pero no hay nunca ni grito, ni gran palidez, ni mordedura de la lengua, ni emisión de orina y heces fecales. Aún durante las convulsiones, atiende cuando se le llama.

ESTADO EN EL INTERVALO DE LOS ATAQUES.—Se queja de cefalalgia constante; impresionabilidad exagerada (el menor ruido le asusta); ideas tristes; ilusiones sensoriales (cree oír cantar y que él mismo canta); hormigueos en los dedos y temblor (que no ha sido comprobado fuera de los ataques).

Tiene inapetencia y sensación continua de peso en el epigastrio.

ANÁLISIS DE LA ORINA.—Volumen; 1,400.—Densidad; 1,034.—Urea, 21.—Acido fosfórico, 1,52.—Glucosa y albumina, negativo.

DIAGNÓSTICO.—Epilepsia Jacksoniana, tipo braquial.

DIARIO DE OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO.—Alimentación ordinaria, sin emplear como condimento el cloruro de sodio. Un purgante y benzo-naftol para aseptizar el intestino. Bromuro potásico, empezando por seis gramos, repartido en cuatro dosis, p. t. en las 24 horas, con leche. El día primero que estuvo en la clínica, sufrió tres ataques.

El día 29, llegó á tomar diez gramos diarios de bromuro, y sólo presenta ya un ataque, más corto, y con las convulsiones menos intensas. El enfermo sufre una bronquitis.

Siguiendo con diez gramos de bromuro los ataques, se suceden en esta forma: 30 y 31 de Noviembre y 1.º de Diciembre, 2 ataques.—2 Diciembre, 0.—3 Diciembre, 1.—4 Diciembre, 0.—5 Diciembre, 1.—6, 7 y 8 Diciembre, 0.—9, 10 y 11 Diciembre, 1. El día 12 de Diciembre, se presentan signos de intoxicación brómica (gastricismo y acne) suspendiendo el bromuro y prescribiendo: Borato sódico, 4 gramos diarios, aumentando un gramo más cada día hasta llegar á 10.

A los dos días de cambiar el bromuro por el borato, los ataques vuelven á repetirse dos veces al día. El 20 de Diciembre llegaron á dar cuatro ataques, y se volvió al bromuro.

El enfermo continúa en la clínica.

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de Epilepsia Jacksoniana de la hoja clínica núm. 18

Tratándose de un individuo de 41 años que padece una enfermedad que se manifiesta por ataques, en el intervalo de los cuales no hay ningún síntoma objetivo, y sí perturbación de las facultades intelectuales, casi no había que pensar en otra enfermedad más que en la epilepsia; pero como los ataques no reproducen exactamente los que se describen como característicos de esta enfermedad, antes de tratar de precisar la forma clínica, hemos de hacer el diagnóstico diferencial con los histéricos.

Aun cuando es muy raro que un hombre á los 41 años presente por primera vez manifestaciones de histerismo, no es imposible, y por eso recogimos cuidadosamente sus antecedentes hereditarios y personales, en investigación de los rastros de esta neurosis. Sólo su padre dice que padeció ataques convulsivos. El no ha tenido, ni en la infancia ni después, te-

rros nocturnos, incontinencia de orina, convulsiones, parálisis, contracturas, hiperestésias, ó anestésias. Hoy tampoco presenta ninguno de los estigmas por los que se puede diagnosticar el histerismo.

No siendo histerismo, tiene que ser epilepsia lo que padece, pues son las dos únicas neurosis que se manifiestan por accesos convulsivos, repetidos durante varios años sin ir acompañados de otros trastornos del sistema nervioso, y sin que se altere notablemente el estado general.

Mas el diagnóstico no queda hecho con decir que sufre ataques epilépticos, sino que es necesario detallar más, precisando primero si la epilepsia es esencial ó sintomática, y luego, dentro de estas formas, la variedad clínica y etiológica.

Féré cree que la epilepsia es siempre un síntoma; pero aun con este criterio, admite una diferencia de fondo entre la que es sintomática de perturbaciones del sistema nervioso, sin característica anatómica definida, transmitida por herencia, ó adquirida durante los primeros años de la vida á consecuencia de infecciones é intoxicaciones, es decir, entre la enfermedad que los demás patólogos llaman epilepsia esencial, y la epilepsia sintomática de las lesionadas localizadas en los centros psico-motores de la corteza cerebral, que casi siempre ha sido adquirida recientemente. Trátase, pues, de saber si este enfermo padece epilepsia, sin otra denominación ó si padece la variedad de epilepsia sintomática llamada Jacksoniana.

No se trata de un caso típico de una ú otra forma, así es que necesitamos hacer un análisis detenido de los antecedentes y de los síntomas para llegar á precisar el diagnóstico.

Este enfermo no puede decirse que sea un neurótico por herencia, pues no basta para hacer esta afirmación la referencia vaga de que su padre padece hoy ataques parecidos á los suyos, pues no sabremos por esto si era neurótico al engendrarle, puesto que puede haberlos adquiridos posteriormente por causa análoga á la que sobre el enfermo nuestro ha obrado. Tampoco es suficiente observar en él una asimetría facial, para incluirle entre los degenerados, por ser este estig-

ma de los más difundidos y desde luego insuficiente para formar tal juicio.

En su historia no se encuentra que hasta los cuarenta y tantos años haya padecido ataques epilépticos, ni cuadro sintomático alguno que pueda considerarse como equivalente suyo. Esto inclina el ánimo á pensar que se trata de una epilepsia sintomática, por que es una rareza el que la esencial se manifieste por primera vez en época tan tardía.

Pero si por estas razones nos inclinamos á suponerla sintomática, averiguando antecedentes no se encuentra causa suficiente para haberla producido. Nada de traumatismo ni de sífilis, que son las dos grandes causas de la epilepsia Jacksoniana, y digo nada de traumatismo porque una caída tras de la cual no se observa más que contusión de los tegumentos craneales, no es motivo para suponer la existencia de una lesión intracraneana, cuando no fué seguida de ningún accidente cerebral. Los tumores, las meningitis crónicas, los abscesos, los focos de hemorragia y de reblandecimiento, pueden ser causa de epilepsia; pero si aquí existe alguna de estas lesiones, no se manifiesta por ningún síntoma, pues como tales no pueden considerarse á la cefalea y á las ideas hipocondríacas, por ser de los que acompañan frecuentemente á todas las formas de ataques epilépticos, si se repiten con la frecuencia de los de este enfermo. No hay más dato etiológico, de algún valor, que la embriaguez habitual, y al alcohol habrá que atribuir esta epilepsia, si por los demás caracteres vemos que es de las sintomáticas.

El ataque no es el del gran mal de la epilepsia esencial, con sus tres fases, tónica, clónica y estertorosa; con la pérdida completa de los reflejos y de la conciencia; con las convulsiones generalizadas y mordeduras de la lengua; con la caída y emisión involuntaria de orina. No es tampoco el del pequeño mal, de forma vertiginosa; con simple ausencia momentánea de la conciencia; con crisis soporosa, ó ictus apoplejiforme. Reconocemos que no presentan los caracteres de los ataques de la epilepsia esencial; pero tampoco vemos en ellos el ataque típico de la epilepsia Jacksoniana, en él que

princiando las convulsiones por la cara, miembro superior ó miembro inferior de un lado, se estienden después, siguiendo un orden constante, á las distintas partes del mismo lado, y por último se generalizan.

Nos encontramos, ó con un ataque incompleto de epilepsia esencial, ó con una epilepsia Jacksoniana con marcada tendencia á la generalización.

Tratándose de un individuo de edad avanzada, aficionado á embriagarse, que presenta ataques iniciados por una aura písquico-sensorial, tras de la cual sobrevienen convulsiones que principian siempre por el miembro superior del mismo lado; que al generalizarse predominan en el lado primeramente invadido; que no producen pérdida de la conciencia, puesto que el enfermo recuerda perfectamente cuando durante el ataque ha ocurrido á su alrededor, me parece que debemos inclinarnos á diagnosticar una epilepsia Jacksoniana. La conservación de la conciencia y el recordar los ataques, es lo que más valor tiene para formar este juicio, porque todos los ataques de la epilepsia esencial, lo mismo el gran mal, que las formas vertiginosa, ausencial, soporosa y apoplejiforme, del pequeño mal y que los equivalentes epilépticos, consistentes en actos impulsivos, automatismo ambulatorio ó manía aguda, se caracterizan, porque una vez pasados, el enfermo no conserva ningun recuerdo de lo que durante ellos le ha sucedido.

Formulado ya el diagnóstico de epilepsia Jacksoniana ¿cómo explicar los primeros ataques que sufrió este enfermo, limitados á una ausencia momentánea, durante los cuales se presignaba? De ellos no conserva recuerdo, y eran los típicos de una de las variedades del pequeño mal de la epilepsia esencial, y la verdad es que no se comprende fácilmente, como una epilepsia producida por irritación de los centros psicomotores de la corteza, principió por signos de ausencia de la conciencia y por la ejecución de movimientos automáticos.

Por tropezar con estas dificultades de interpretación, es por lo que empezé diciendo que el diagnóstico no era del todo claro, y por lo que ahora añado que será difícil también decidirse por cual es el tratamiento que le conviene.

Cuando la epilepsia Jacksoniana es de origen sifilítico, el tratamiento por el mercurio y el yoduro potásico, se impone y da magníficos resultados. Si ha sido debida á un traumatismo, y éste ha producido hundimientos de huesos, penetración de esquirlas, focos hemorrágicos ó cicatrices, la intervención quirúrgica (trepanación ó craneotomía) está indicada, y logra muchas veces la curación. Diagnosticado un tumor, una placa de meningitis, un absceso ó un foco de paquimeningitis, porque las convulsiones sean claramente hemiplégicas ó monoplégicas, y porque además vayan acompañadas de parálisis del mismo tipo, tambien debe intentarse la intervención quirúrgica, aun cuando los éxitos con ella obtenidos no hayan sido tan brillantes como en los casos de traumatismos. Mas en el caso actual, sin más dato etiológico que el alcoholismo; sin que sepamos si el alcohol ha producido este cuadro sintomático por simple irritación de la corteza ó provocando previamente una paquimeningitis; sin más signos de localización que el principiar siempre las convulsiones por el miembro superior derecho, signo que si da probabilidades de que la supuesta lesión asiente en la parte media de la circunvolución frontal ascendente, no permite afirmarlo con certeza; con las dudas que para formular el diagnóstico nos ofrecen los ataques de ausencia momentánea que primero tuvo el enfermo; ¿deberemos pensar en una intervención quirúrgica para ver si se encuentra alguna lesión en el punto que sospechamos? A mi juicio no sería esto obrar en conciencia.

Bien sé, que hasta en la epilepsia esencial se trepana, y que dicen haber obtenido así éxitos, explicables por la decompresión del cerebro; pero no apruebo estas intervenciones á ciegas. En el día de hoy no encuentro más tratamiento aplicable á nuestro enfermo que el higiénico y farmacológico de la epilepsia sin mas calificación.

La higiene alimenticia debe preocuparnos en este enfermo, tanto más cuanto que como alcohólico es dispéptico. Además debíamos cuidar su aparato digestivo para que tolerara mejor los bromuros. Atendiendo á estas razones le hemos prohibido el vino; le hemos mandado leche en abundancia y carne sin

sal, y se empezó por darle un purgante seguido de unos sellos de benzonaftol.

El verdadero tratamiento ha consistido en la administración del bromuro potásico, que puede considerarse como el específico contra los ataques epilépticos. Empezó por cuatro gramos diarios, y llegó rápidamente hasta diez. Como este enfermo no tenía reflejo gutural, cuya suspensión es el mejor signo indicador de la saturación brómica, tuvimos que vigilar la administración de este medicamento, fijándonos en el aparato digestivo y en la piel. Lo lleva tomando ocho días y la frecuencia é intensidad de los ataques ha disminuído; pero no en el grado que hubiéramos deseado. Si fracasara este medicamento, ó se presentaran síntomas de intolerancia, ensayaríamos el borato sódico y el hidrato de amileno, que son los medicamentos que modernamente se recomiendan más para sustituir á los bromuros, y quizá la picrotoxina, aunque no parece ser tan eficaz como los medicamentos anteriormente citados.

Ahora ya podemos decir que el pronóstico de este enfermo es grave. No disponemos de recursos seguros para curarle, y aun los bromuros serán menos eficaces que si se tratara de epilepsia esencial. Los ataques se repiten con extraordinaria frecuencia, y hasta es de temer la muerte en estado de mal ó la demencia consecutiva.

Tuberculosis meningo-cerebral

HOJA CLÍNICA N.º 19

Sala del S.º Cristo, n.º 13 —Alumno observador, D. B. Pérez Tortajada.

FILIACIÓN Y ANAMNESIA

M. F., de 35 años, casada, natural de Ciudadela (Mallorca), residente en Barcelona, dedicada á coser zapatos con máquina, y de costumbres arregladas. Su padre murió de un epiteloma del labio, y su madre de una afección cardíaca. Casada con un hombre fuerte y sano, ha tenido

cuatro hijos, de los cuales viven tres, que están sanos, y uno murió del sarampión. Menstruación, embarazos y puerperios, normales.

Gozó de buena salud hasta la edad de 30 años, en que al terminar la lactancia de su tercer hijo, se la presentaron en el cuello unas tumora- ciones de marcha tórpida, que exigieron por dos veces la intervención quirúrgica, (según notas que se conservan en el Hospital de Santa Cruz, esta intervención consistió en la extirpación de ganglios tubercu- losos).

Estando criando á su cuarto hijo, notaron que se demacraba rápida- mente, y en estas condiciones, el día 24 del mes de Septiembre último, principió la enfermedad actual, que ha sido calificada al principio de fie- bre gástrica, y cuyos síntomas y curso, ha sido el siguiente: Cefalalgia fronto-occipital, vómitos biliosos, náuseas continuas, estreñimiento per- tinaz, trastornos visuales, atortamiento y temperatura que durante cuarenta días se ha sostenido alrededor de los 39°; estos síntomas, que se presentaron desde los primeros días, han ido acentuándose; la de- macración ha progresado, y hace unos 15 días que delira por la noche. En estas condiciones, ingresó en nuestra clínica el día 7 de Noviembre.

ESTADO ACTUAL

SENSACIONES ANORMALES DE QUE SE DÁ CUENTA LA ENFERMA.—Soñolien- ta é indiferente á cuanto la rodea, sólo nos indica que siente frío y la due- le mucho la cabeza.

HÁBITO EXTERIOR Y ESTADO GENERAL.—La traen en una camilla, y que- da en cama adoptando continuamente el decúbito supino, con relajación completa de los brazos y flexión de las extremidades inferiores. Su cara, sin expresión, con los párpados continuamente cerrados, y las comisuras labiales contraídas. Las mucosas, decoloradas.

La piel, pálida y fría. En el lado derecho del cuello, grandes cicatri- ces, y un tumor ganglionar del tamaño de un huevo de gallina. Pulso pequeño, late 72 veces por minuto. Temperatura; 38,5. La respiración es de tipo costal; pero tan superficial, que apenas se notan los movimientos del torax.

EXPLORACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO.—Estupor, cefalalgia intensa y de- lirio tranquilo durante la noche. No hay ni alteraciones especiales de la sensibilidad general, ni trastorno de la motilidad. Rayando con la uña en la piel del torax, se produce á los pocos segundos una línea roja, que tarda más de cinco minutos en desaparecer.

EXÁMEN DEL APARATO DE LA VISIÓN.—Párpados cerrados. Pupilas des- iguales, estando más dilatada la derecha y reaccionando perezosamente á la luz. Visión confusa. El Doctor Barraquer practica el *examen oftal-*

moscópico y encuentra: papilitis en ambos ojos, estrechez de las arterias y dilatación de las venas de la retina.

EXPLORACIÓN DEL APARATO DIGESTIVO.—Lengua seca, resquebrajada y fulliginosa. Dientes descarnados y encías inflamadas. Abdomen hundido, no provocando dolor la presión. Náuseas continuas y vómitos alimenticios y biliosos.

EXÁMEN DE LA ORINA.—Cantidad, escasa; color, encendido; no presenta albúmina ni glucosa, y es negativa la reacción diazoica.

DIAGNÓSTICO

Tuberculosis meníngea, con aumento de la presión intra-craneal.

PRONÓSTICO

Mortal de necesidad.

TRATAMIENTO Y DIARIO DE OBSERVACIÓN

El día de su ingreso se la dispusieron: polvo de jalapa y calomelanos, a. a. 50 centigramos, en dos paquetes. Los vomitó con un líquido verdoso, y pasó la noche delirando.

A la mañana siguiente la encontramos más postrada, habiendo descendido la temperatura á 36,°5, y siendo el pulso más pequeño. Se la dispusieron fricciones con 4 gramos de unguento mercurial doble y una poción de yoduro patásico. Por la tarde, se practicó la raquiocentesis, sin extraer ni una gota de líquido céfalo-raquídeo.

En los días 9 y 10 de Noviembre parecía que la enferma había mejorado algo porque movió el vientre espontáneamente, tuvo menos vómitos y se despejó un poco. Como la hipotermia se acentuaba, (llegó á no tener más que 35°,5) la dispusimos inyecciones con dos c. c. de aceite alcanforado al 10 %.

El día 11, volvió á quedar en estado soporoso, y sin nuevos síntomas falleció el día 12.

AUTOPSIA

Abierto el cráneo é incindida la dura-madre, se notaba á simple vista, repleción considerable de las venas de la pia-madre en toda la región de la convexidad. Veíase, del mismo modo, un abultamiento en el ló-

bulo occipital izquierdo, habiendo desaparecido, por distensión, las circunvoluciones de esta región. La pia madre se encuentra uniformemente adherida á la substancia cerebral siendo imposible separarla sin arrancar trozos de substancia nerviosa. Al intentar hacerlo, en el lóbulo que presentaba prominencia á simple vista, se abrió la cavidad occipital del ventrículo lateral izquierdo, derramándose gran cantidad de un líquido sanguinolento, y aplastándose inmediatamente todo el hemisferio cerebral izquierdo. Seccionando, la tienda del cerebelo, los nervios craneales, los vasos y el bulbo, vimos que la pia-madre de la base, desde el quiasma de los nervios ópticos, hasta las hojillas que cierran los bordes del cuarto ventrículo, se encontraba todavía más adherida á la substancia cerebral que en la convexidad, y que en las porciones que se introducían en los surcos, se veían fácilmente granulaciones opacas, algunas de ellas reblandecidas y como purulentas. Para observar la cavidad del cuarto ventrículo, hubo que desgarrar las adherencias que la cerraban. Previa sección del cuerpo caloso, penetramos en el ventrículo lateral izquierdo, encontrándole enormemente distendido con adelgazamiento de la cápsula cerebral. En su cuerno occipital se encontró un tumor blanduzco, grisáceo, sanguinolento en algunos puntos, y como purulento en otros, y del tamaño de un huevo de gallina. (En la región ocupada por el tumor, era donde la cápsula cerebral estaba más adelgazada, y donde se había roto, al querer separar la pia-madre, derramándose el líquido ventricular). En la tela corvídea de este ventrículo también se observaban granulaciones. En el ventrículo lateral derecho no se vió nada macroscópicamente, y ni aun se encontró cantidad apreciable de líquido.

Del cuello se sacó un ganglio del tamaño de un huevo de gallina, al parecer tuberculoso.

En el pedículo del pulmón izquierdo, se encontraron ganglios voluminosos, algunos de ellos reblandecidos. Los bronquios dilatados y fluyendo por ellos un líquido purulento que infiltraba el pulmón como si fuera una esponja.

El intestino no se encontró nada anormal.

Se han remitido al laboratorio de anatomía patológica para su análisis: el ganglio del cuello, el hemisferio cerebral izquierdo con el tumor encontrado, y trozos de la pia-madre y plexos corvídeos (1).

(1) El ganglio del cuello y las granulaciones de la pia-madre han resultado de naturaleza tuberculosa; pero del resultado del examen del tumor aún no tenemos noticias, cuando remitimos á la imprenta esta observación para que ocupe el lugar correspondiente entre las del primer trimestre.