

Todas estas lesiones que se encuentran en la vejiga son las propias del proceso, porque si viene ligada la cistitis con cálculos, cáncer ú otras neoplasias, claro está que en las autopsias se encontrarán los trastornos propios de estos procesos.

Síntomas.—Son los de la cistitis aguda, pero con menos dolores y reflejismos, porque si así no fuese, no podría el enfermo soportar por mucho tiempo su situación; sin embargo, los fenómenos apuntados en la forma aguda se acentúan, de vez en cuando, por efecto de una acción *a frigore*, por ejemplo, y sienten dolor, y á cada momento se ven molestados por la necesidad de orinar, ó en este caso se presenta tal dificultad de micción que la retención es fácil. Se presenta alterada la orina y á veces purulenta y con sangre. Estos sufrimientos van acompañados de gran desnutrición, efecto de la fatiga que experimentan, y abatimiento de fuerzas, sobre todo porque el sueño se ve interrumpido durante la noche muchas veces, todo lo cual hace que el quebranto orgánico sea considerable. Esto, unido á que, de vez en cuando, ó por retención de orina ó por intoxicación amonémica, aparecen ráfagas febriles que agravan la situación.

Terminaciones.—La terminación es fatal, sobre todo si la enfermedad recae en una persona de edad, y yo puedo decir con franqueza que no he visto una sola curación en enfermos de esta clase, y hasta en los jóvenes es difícil. Es siempre enfermedad muy rebelde y tiende á reproducirse y hasta á agravarse en el momento más inesperado.

Diagnóstico.—No se hace difícil; sin embargo, pudiera confundirse la cistitis con un infarto de la próstata ó con una estrechez de la uretra. Pero cuando hay infarto de la próstata sin cistitis, la orina es normal y lo propio sucede en la estrechez de la uretra.

Pronóstico.—Grave, toda vez que casi nunca llega á resolverse; pero permite la vida mucho tiempo.

Tratamiento.—No conviene la alimentación nutritiva, por lo mismo que dijimos en la forma aguda; así es que lo mejor es el uso de

la leche. Conviene que haya parquedad en el uso de las bebidas alcohólicas, ó lo más debe usarse vino de poca alcoholización; sin embargo, la cerveza es útil, como diurética. Interesa que no abusen de las relaciones sexuales, para evitar exacerbaciones agudas. Aparte de todo esto, conviene el abrigo interior, ajustado á la piel, al objeto de impedir los cortes de transpiración. Además de ese régimen se pueden recomendar sustancias que ejerzan acción substitutiva sobre la vejiga, y de ahí el empleo de los bálsamos y de las resinas, entre las que es favorita la trementiná ó el aceite volátil de la misma; pero se puede apelar á la copaiba, al sándalo, brea, savia de pino, ácido benzoico, bálsamo del Tolú, del Perú, etc., sustancias todas utilísimas; pero conste que la mejor entre todas es la citada, así como, respecto á la uretritis, es la copaiba. Se puede recomendar también el benzoato de sosa y el clorato potásico. Igualmente se puede sacar partido de los preparados de azufre, especialmente de las aguas minero-medicinales sulfurosas y de las termales; por eso son muy eficaces las de la Preste, en bebida y baño. Pero no hay duda que hoy la terapéutica ha dado un gran paso con la aplicación directa de los medicamentos en el interior de la vejiga y con los del lavado, que pueden hacerse con agua común, tibia ó fría, al objeto de despertar algo la contractilidad muscular del reservorio y con la inyección de sustancias distintas (sublimado corrosivo, ácido bórico, timol, fenol, benzoato de sosa y de potasa, brea, etc.).

INCONTINENCIA DE ÓRINA

ENURESIS NOCTURNA

Consiste en la micción involuntaria de orina durante el sueño. Hemos de hacer una aclaración previa, y es que la incontinen- cia nocturna de la orina, durante las primeras épocas de la vida, es fisioló-

gica; y he aquí una prueba, entre tantas que pueden aducirse, del enlace que hay entre los procesos fisiológicos y los patológicos. La incontinencia de orina en un niño constituye un hecho fisiológico, pero cuando ese niño tiene 6 ó 7 años y la micción involuntaria sigue, la cosa varía, y aun en este caso podría ser que no constituyese hecho patológico, porque hay niños que durante la noche sienten necesidad de orinar, pero no se levantan porque tienen miedo. Fuera de este caso, el hecho es patológico, puesto que con la edad la masa cerebral ya se ha modificado, y, por lo tanto, debe recibir el aviso que le envía la vejiga, y desde el momento que el cerebro no responde á la voz de alarma del reservorio, es prueba clara de que la enervación está perturbada y de que, por consiguiente, el hecho se sale ya del campo fisiológico.

La incontinencia se puede presentar en diversas épocas de la vida. Con alguna frecuencia se ven niños que siguen orinándose hasta los siete años, y hay otros que á pesar de haber llegado á esta edad, que supone una revolución orgánica, siguen orinándose hasta la pubertad, y aun puede acontecer que siga la incontinencia hasta una época bastante adelantada (hasta los 20 ó 22 años), desapareciendo después por sí sola y sin necesidad de recursos terapéuticos. Yo he visto á varias señoritas que se orinaban en la cama y cuya incontinencia siguió hasta el matrimonio; pero he notado que con las primeras aproximaciones sexuales ha coincidido la desaparición de la enuresis. A menudo los padres atribuyen la incontinencia á un vicio, por más que los niños tengan cuidado de orinar antes de acostarse, hasta que el médico, si es consultado, pone las cosas en su punto.

Otras veces viene relacionada la enfermedad con estados neuróticos, como el rechinar de dientes, la incesante masticación; y en algunos casos con la epilepsia.

Síntomas.—Los niños se orinan involuntariamente en la cama durante la noche y los hay que hasta durante el día sienten necesidad de orinar y de ir con precipitación al retrete; pero por la noche, á


pesar de la precaución de hacerles orinar antes de acostarse, al cabo de una ó dos horas de estar en la cama ya lo han hecho involuntariamente. Unos orinan hacia la madrugada y otros 4, 5 y 6 veces durante una noche. La orina es emitida sin que el enfermo lo sienta y sólo á la mañana siguiente se advierte por la mojadura de las sábanas; con todo, algunos despiertan en el acto de la micción. Los hay que se orinan diariamente, otros dos ó tres veces por semana, etc.

Diagnóstico.—Por regla general no ofrece dificultad, porque si la causa de orinarse es el miedo de bajar á obscuras de la cama, y el niño es de cierta edad, lo confiesa, y en caso contrario se hace que duerma con luz ó con alguna persona, á fin de observar si en estas condiciones sucede lo mismo. Si se trata de una persona de edad, no hay necesidad de tales investigaciones, porque nadie se orina en la cama por gusto. La dificultad diagnóstica estriba, pues, en elevarnos á la causa productora, puesto que en unas ocasiones se presenta en niños demacrados, endeble, pálidos, tristes, y otras veces en niños nutridos y robustos; como se observa también en adultos que pueden ser atléticos. Cuando se presenta en niños bien nutridos, conviene examinar si hay fimosis, herpes en el prepucio ó algún estado verminoso, particularmente si hay oxiuros (en el sexo femenino), porque llegan hasta la entrada misma del meato urinario y producen una especie de titilación que hace que el esfínter de la vejiga se relaje y dé libre paso al líquido contenido en su interior.

Pronóstico.—No tiene importancia patológica; sólo la tiene desde el punto de vista social.

Tratamiento.—Ante todo conviene disminuir un poco la cantidad de agua que se bebe en las comidas y principalmente en la cena; hacer que los enfermos orinen antes de acostarse, que duerman en cama algo dura y echados de lado. Algunos han propuesto para este objeto atar un cepillo á la espalda del niño de tal manera, que al querer adoptar el decúbito supino despierten. No es conveniente aterrorizarles y menos castigarles. Por medio de la sugestión se han logrado

felices resultados: se les provoca el sueño y se les sugiere la idea de no orinarse ó se les manda que no orinen hasta tal hora; éste es un medio racional que se puede recomendar. Si los niños son débiles, conviene una medicación tónica reconstituyente; la vida del campo, el sol, el movimiento, la gimnasia, los baños fríos, etc. Como medios que modifican la inervación vesical puede recomendarse los bromuros todos y particularmente el de potasa, la belladona, el cornezuelo de centeno, la antipirina, etc., medicamentos que se pueden ir administrando uno tras otro al objeto de averiguar cuál es el que produce efecto. No hablaré de la práctica de atar el prepucio, para que de ese modo el niño despierte, porque esto es una atrocidad. Puede recomendarse, por último, la electroterapia.



ENFERMEDADES DEL APARATO GENITAL

INCONTINENCIA SEMINAL:

POLUCIONES NOCTURNAS, ESPERMATORREA

La incontinencia seminal comprende las poluciones nocturnas y la espermatorea. En ambos casos hay una eyaculación seminal, con independencia de la voluntad. En los dos casos se trata, hasta cierto punto, de un hecho ajeno á la voluntad. Pero hay diferencia entre uno y otro proceso; en las poluciones nocturnas no impera la voluntad, pero el individuo tiene conciencia de lo que le pasa, puesto que siente la eyaculación y el paso de la esperma por la uretra; al paso que en la espermatorea no hay conciencia de la pérdida seminal. Por eso las poluciones nocturnas se consideran como hecho activo y la esper-

matorrea como hecho pasivo. La etiología que marcaremos confirma lo que acabo de indicar. Así como hay procesos que preocupan poco á los enfermos, las pérdidas involuntarias de semen les apesadumbran, y de ahí que con frecuencia el médico sea consultado sobre el particular.

Etiología.—Se pueden presentar en cualquier época desde la pubertad; pero especialmente de los 16 á los 30 años. Son diversas las causas que favorecen su desarrollo, que hasta cierto punto son antitéticas. Unas veces son debidas las poluciones á la continencia y á la castidad; otras al abuso de las funciones sexuales; si bien la continencia, menos que el abuso, tiende á producirlas, y se comprende que sea así, puesto que la inacción de los órganos sexuales marchita la excitación genésica. De todas maneras, hay personas que curan de las poluciones, cohabitando.

Sin embargo, preciso es confesar que la continencia no juega gran papel, porque hemos de convenir en que los continentes son pocos. La masturbación y el coito exagerado son las principales causas. Puede influir la naturaleza lasciva de los individuos, que conduce á los placeres sexuales. Además hay personas neuróticas que tienden á tales procesos; así se ve en el curso de la ataxia locomotriz progresiva. Es también frecuente este afecto en los que sostienen relaciones amorosas, lo propio que en los aficionados á lecturas pornográficas ó á asistir á espectáculos poco edificantes.

Síntomas.—Hay síntomas propios de las poluciones y de la espermatorrea. Ante todo digamos que así como la incontinenia de orina hemos dicho que se presentaba poco después de acostarse, las pérdidas, al revés, se producen hacia la madrugada. No todas las personas que tengan poluciones nocturnas están enfermas; tanto, que en algunos casos pueden ser favorables é indicar sanidad; tal sucede en los continentes con poluciones quincenales ó muy espaciadas. Constituyen, sí, enfermedad, cuando repiten con mayor frecuencia. Hay individuos que tienen pérdidas seminales cada día, y hasta dos ó tres

en una misma noche; otros cada tres ó cuatro días. La eyaculación va precedida de ensueños voluptuosos, como el recuerdo de alguna mujer hermosa, de algún baile, de una escena libre leída ó vista, etc. Este ensueño es sumamente rápido y clarísimo en el concepto de su acentuación, por manera que en los individuos viene á representarse toda la sensación agradable percibida en el acto del coito ó de la masturbación. En el momento de la eyaculación despiertan completa ó incompletamente, pero lo bastante, empero, para advertir el escape de semen y recordarlo al día siguiente. Si la polución se opera con frecuencia, el enfermo se encuentra en las condiciones del que ha cohabitado: quebrantado, débil. Si esto no bastase para conocer la enfermedad, recurriríamos al examen de las manchas de semen ó al de la orina, porque siempre, después de una pérdida seminal involuntaria, como de un coito, hay cierta cantidad de semen y de humor prostático en el líquido urinario.

En la espermatorrea no sucede esto. Puede ser nocturna y diurna; en el primer caso hay la eyaculación sin ensueños y el enfermo nada advierte, hasta que al día siguiente nota las manchas de semen; en el segundo notará una sensación agradable, pero vaga, y el paso del humor seminal por la uretra. Además, así como en la polución el semen es denso, en la espermatorrea es aguanoso y pobrísimo en elementos configurados. El escape puede repetirse varias veces durante el día ó la noche y á favor de ciertas circunstancias que pongan en actividad el funcionalismo sexual; en la defecación, sobre todo cuando hay estreñimiento de vientre, se produce el escape. El enfermo se presenta con un estado más manifiesto de debilidad, que en las poluciones: pálido, descolorido, con los ojos hundidos y la mirada triste. Como consecuencia, hay trastornos de las funciones digestivas, dispepsias, fetidez del aliento, es decir, un cuadro parecido al de los masturbadores, y agotamiento cerebro-espinal.

Curso.—Varía según los casos. Las poluciones siguen durante cierto tiempo; pero desaparecen después, ora por el coito, si el indi-

viduo era continente, ora por la moderación de los excesos si era crapuloso. Pero otras veces las poluciones persisten y tras ellas viene la espermatorrea, en cuyo caso la curación es difícil, y á la larga produce la esterilidad ó la impotencia y predispone á contraer efectos de pecho, alteraciones digestivas ó trastornos de la inervación

Diagnóstico.—No es difícil, porque tenemos como base segura las declaraciones del enfermo; no sucede aquí lo que en la masturbación, que los enfermos á veces niegan, sobre todo los del sexo femenino. Pero no basta esto, sino que hemos de remontarnos á las causas para de esta suerte encaminar el tratamiento.

Pronóstico.—No debe formularse de exagerada gravedad si se trata de poluciones; pero debe acentuarse en la espermatorrea en virtud de los hechos referidos.

Tratamiento.—En los casos de polución hemos de indagar si el enfermo es continente, y en caso de que sea así, nosotros, fisiólogos, patólogos, clínicos, no moralistas, hemos de aconsejarles el uso de las funciones sexuales, el coito; después los enfermos harán lo que les dicte su conciencia. Se dirá que es grave divorciar un acto fisiológico de una obligación moral; pero no es el médico el llamado á resolver la dificultad. Yo por mi parte me atrevo á dar este consejo, pues así como en este caso recomiendo el uso de las funciones sexuales, en cambio aconsejo parquedad ó abstención cuando de abuso se trata y ¡vaya lo uno por lo otro! Aparte de esto hay algunos preceptos que constituyen el mejor alcanfor de los órganos sexuales: las tareas mentales, los estudios prolongados que obligan á una abstracción forzosa, el movimiento hasta la fatiga, los baños tibios prolongados, etc. Si el enfermo es robusto, le aconsejaremos un régimen frugal, sobre todo en primavera y verano. Los bromuros todos son útiles, especialmente el potásico, que puede rivalizar con el de alcanfor, administrados antes que se acueste el enfermo, y también el hidrato de cloral, el opio y la antipirina. Cuando las poluciones son

frecuentes y tienden á la espermatorea: el hierro, manganeso, arsénico, fosfatos, ergotina, cornezuelo de centeno, etc.

El hierro en todas sus formas junto con el cornezuelo constituyen una buena fórmula para combatir las poluciones antiguas; la nuez vómica, las gotas amargas de Baumés, la estrignina, la brucina y todas las substancias que aviven el funcionalismo del bulbo cerebral. Se ha hablado de las cauterizaciones de la uretra con nitrato de plata, lo cual si amortigua las poluciones puede producir lesiones de la uretra ó de los mismos conductos eyaculadores que tengan tanta importancia como la enfermedad misma. La introducción en el recto de un cuerpo que comprima las vesículas seminales produce molestias más que buenos resultados, y sólo se podrá recomendar en casos extremos. Por último, la electroterapia presta en muchos casos excelentes servicios.



ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ENFERMEDADES DEL ENCÉFALO

HIPEREMIA CEREBRAL

La hiperemia cerebral, lo propio que la congestión, es un proceso que algunos han negado, siendo así que la hiperemia y la congestión cerebrales son afectos morbosos de una frecuencia extraordinaria, que desde tiempo antiguo se estudian y se ven confirmadas en las autopsias. Sin embargo, ha habido autores que han querido negarlas en absoluto, apoyándose en que el cerebro se halla contenido dentro de una cavidad ósea inextensible, y que, por consiguiente, sólo puede dar cabida á una masa determinada, y que si bien es cierto que en un momento dado puede acudir al encéfalo una mayor cantidad de sangre, queda comprimido el líquido sub-aragnóideo y se escurre hacia el conducto raquídeo, conservándose siempre la misma masa intra-craneal. Pero, aparte de que los hechos necrópsicos demuestran la realidad del proceso, basta la consideración de que la pulpa cerebral, siendo blanda

y reductible, permite en un momento dado la acumulación de sangre y el aplastamiento del órgano, sin que por esto la masa total haya adquirido, si se quiere, un volumen mayor.

Etiología.—La hiperemia es hija de un gran número de circunstancias que pueden referirse á una mayor viveza del riego arterial. Por esto es tan frecuente en los febricitantes y en los que disfrutan de gran actividad funcional del ventrículo izquierdo, siempre que la sangre pueda circular libremente por la aorta. Una carrera precipitada, una marcha veloz, un asalto de armas, un ejercicio gimnástico, etc., pueden ocasionarla; como también el uso excesivo de bebidas alcohólicas y cafeicas, la acción del sol, etc. Las congestiones son hechos pasivos, y denotan pobreza de circulación arterial; pero á veces las mismas causas de hiperemia pueden serlo de la congestión, porque un acto que empieza siendo activo puede terminar haciéndose pasivo. Tal sucede con el alcohol, que al principio es un estimulante; pero á medida que se van ingiriendo nuevas dosis, acaba determinando una congestión. A menudo en las pirexias sucede otro tanto: durante los primeros días solicitan actos hiperémicos y más tarde congestivos. Hay ciertas condiciones individuales que las favorecen: así se ve que los procesos congestivos son frecuentes en los niños y en los viejos; como también se observan rasgos orgánicos que contribuyen al desarrollo de la congestión: tal sucede en las personas que tienen muy grande la cabeza con relación á su talla, cual sucede en la infancia.

Anatomía patológica.—Tanto la hiperemia como la congestión, se caracterizan por su generalización por toda la masa encefálica, y porque hasta las meninges se presentan también inyectadas: de manera que, en rigor, no podemos decir que hay una hiperemia y una congestión encefálicas, sino encéfalo-meningeas. En algunas circunstancias, aun generalizándose el proceso, se acentúa más en un territorio vascular que en otro, porque es difícil que todos los vasos tengan la misma resistencia. Al practicar necropsias, á veces ha inducido á error el ver una inyección de la pulpa cerebral en la parte del de-

clive, debido á la acción de la gravedad: por manera que conviene saber distinguir esa imbibición cadavérica, de la patológica.

Cuando hay proceso hiperémico verdadero, se presenta generalizado y hasta en la misma bóveda cerebral, y al practicar una incisión en la substancia blanca, se ve en toda la superficie del corte una serie de puntitos rojos, representados por gotitas de sangre que han salido de los vasos. En estado fisiológico no se ven esos puntitos rojos, antes al contrario, está la masa encefálica completamente exangüe.

La pulpa cerebral *per se*, está poco alterada si los procesos han sido activos; pero si han sido pasivos, y sobre todo crónicos, entonces se presentan zonas edematosas, y hasta con un principio de reblandecimiento.

Síntomas.—Es difícil la descripción de los síntomas, porque esos procesos se ofrecen en formas las más variadas, y casi podríamos decir que cada enfermo presenta un tipo. De todos modos, obligado á presentar á la consideración de ustedes un cuadro, estableceré lo que tenga más carácter. Desde luego conviene advertir que la edad imprime carácter á estos procesos, y que la sintomatología es distinta según ella. Describiré dos formas: una común y ordinaria, y otra grave, que puede denominarse apoplética. En la primera suele haber pesadez de cabeza, especialmente hacia la región frontal, con ciertas alteraciones psíquicas, tales como atontamiento, poca aptitud para las tareas mentales; palabra perezosa, contestaciones tardías, etc. En otras ocasiones se acentúa más el proceso, y los pacientes están como durmiendo y en estupor profundo; si se les pregunta algo, abren los ojos, tal vez contestan, pero caen en seguida en un estado de ensimismamiento; todo lo cual, tratándose de una hiperemia graduada, puede ir avanzando hasta el verdadero coma. Pero hay otros enfermos en los que se produce insomnio y agitación, hablan más de lo necesario, tienen cierta lucidez intelectual, brillantez de ideas, y á veces delirio, que puede ser tranquilo, y furioso.

En los niños es común ver una hiperemia cerebral que les produce

exaltación delirante seguida de un período de calma. Todo esto respecto al estado psíquico.

Los sentidos pueden alterarse: unos tienen duro el oído, otros exaltado; los hay que se sienten molestados por la acción de la luz (tal sucede en los febricitantes), otras veces se nota cierta indiferencia á la misma; no suele haber alteración olfatoria, ni gustativa, ni táctil. En el concepto psíquico, se alteran los nervios acústico y óptico; así es que los enfermos oyen ruidos, como de tambores, trompetas, cascadas, campanas, etc, y por lo que respecta á la vista, suelen ver monigotes, fantasmas, ú otros objetos extraños.

El rostro está inyectado, y sobre todo lo están las escleróticas; las pupilas tienden á cerrarse, si bien en la forma grave pueden dilatarse algo. No suele desarrollarse movimiento febril, á menos que la hiperemia venga representada por una pirexia, en cuyo caso claro está que el enfermo seguirá pirético. En los niños se nota un fenómeno que no se ve en los adultos; y es que se desarrolla un movimiento febril fuerte con tendencia al reflejismo, hasta tal punto, que puede producirse la eclamsia.

Hay otra forma, que es la más grave y que más se refiere á la congestión que á la hiperemia, y que se llama *apoplética*. No se entienda que al darle el significado de *apoplética* quiera significarse que se trate de una hemorragia cerebral. El tomar como sinónimas las palabras apoplejía cerebral y hemorragia, es un verdadero error de concepto. Apoplejía no significa más que la suspensión ó disminución de todos los actos que el cerebro realiza: actos de inteligencia, de sensibilidad y de motilidad; pero esta suspensión de los actos cerebrales así puede ser debida á la hiperemia ó á la congestión, como á una hemorragia, embolía, trombosis, anemia cerebral, etc.

Ahora bien: ese proceso suele ser rápido, ejecutivo, y da lugar á los fenómenos siguientes: el enfermo no puede tenerse en pie; le encontramos en la cama ó echado en el suelo; hay pérdida de la inteligencia; no tiene conciencia de sus actos; le pellizcamos y no siente dolor; le habla-

mos y no responde; le acercamos una luz y no la ve, ó un cuerpo oloroso y no lo huele; por manera que la sensibilidad está completamente abolida. Lo propio sucede con la motilidad: levantamos los brazos y caen como masas inertes. No manifiesta sufrimiento alguno; la expresión del rostro es de completa indiferencia: párpados caídos y comisuras de los labios caídas también. Las venas de la frente, de las sienas y del cuello, están repletas de sangre. Las pupilas tienden á la dilatación. Por el estado parético en que ha caído el velo del paladar, se aglomeran mucosidades en ese sitio, y al pasar el aire se producen ronquidos; y hasta se nota estertor traqueal por efecto del estado parético de los bronquios. En algunas ocasiones hay vómito. La respiración es lenta y ruidosa; el corazón late débilmente y el pulso es tardo. Después de la obtusión cerebral, muchas veces aparece un sudor profuso y pegajoso que cubre la superficie de la piel. La temperatura permanece normal; pero en algunos casos, sobre todo en el período agónico, sube á 39° y á 40°.

Curso.—Depende de la causa; por regla general, las hiperemias y las congestiones, cuando son agudas, presentan una evolución bastante rápida; y á veces en días, y en algunas ocasiones en horas, se resuelven; pero cuando vienen subordinadas á procesos crónicos, v. g., los del corazón, se sostienen semanas y meses.

Terminaciones.—Hasta la forma grave es susceptible de curación rápida, si se interviene á tiempo y con determinada valentía; pero no siempre se logra vencer el afecto morboso, y el paciente sucumbe en virtud de distintos mecanismos, como paresia cardíaca ó de los bronquios. En ocasiones se rompe algún vaso; en otros casos el mal riego cerebral sostiene y acentúa los trastornos nutritivos de las células nerviosas, dando lugar á que en los individuos que padecen una serie repetida de congestiones se desarrolle el reblandecimiento cerebral.

Diagnóstico.—Me limitaré por el momento á establecerlo entre la hiperemia y la congestión. Si hubiéramos de diferenciarlas por

los síntomas, la tarea sería ardua y difícil; porque si bien es cierto que la hiperemia produce dolor de cabeza, insomnio, agitación y delirio, al paso que la congestión tiende más á la soñolencia y al atontamiento, todo esto es relativo, pero no absoluto; porque puede presentarse la hiperemia acompañada de los síntomas de la congestión, y viceversa. De modo que, en rigor, más debemos fundarlo en el conocimiento de las causas que han imperado en la producción de las mismas; así, v. g., una persona robusta y sin antecedentes morbosos de ningún género, induce á creer en la hiperemia, lo propio que si se trata de un joven con fuerte pulso y con movimiento febril intenso, durante los primeros días de una pìrexia. Pero si la ocupación cerebral es en un viejo, ó en una persona débil; ó si se presenta durante el curso de una enfermedad prolongada, ó en una larga convalecencia, en estos casos supondremos que existe un proceso pasivo. En un individuo con un aneurismo de Corvisart, supondremos hiperemia; en otro con dificultad de desagüe de la cava superior, congestión.

Pronóstico.—Es muy variable, como variables son las formas y los grados de congestión. Influye el grado de energía del proceso, y la edad: pues en los viejos y en los niños hay mayor tendencia á procesos de gran vuelo. Sin embargo, se ha de convenir en que pudiendo desarrollarse una terapéutica activa, á menudo el mal queda vencido.

Tratamiento.—Hemos de ajustarlo á la forma que revista la afección y sobre todo á las condiciones de energía individual. Cuando la violencia del daño es grande, pero el enfermo se encuentra en condiciones de resistencia, no hay duda que las substracciones de sangre son de grandísima utilidad, porque se trata de un riego vascular exagerado, y, por consiguiente, lo que importa es disminuir la presión vascular. No hay que vacilar, pues, y se aplicarán sanguijuelas detrás de las orejas, en el ano, en las muñecas, en los pies, ó se practicará la sangría general. Tratándose de una hiperemia grave, no hay tratamiento más seguro, más enérgico, ni más rápido. También se recurrirá á la medicación revulsiva intestinal; y realmente, los beneficios que

se logran por medio de los purgantes drásticos, son evidentes. Y como no todos los enfermos se prestan, por sus condiciones, á la sangría, de ahí que el tratamiento favorito consista en la medicación purgante, que acentuaremos más ó menos según el caso, desde una sal neutra hasta el aceite de crotoniglio ó las coloquintidas. Los sinapismos y las cantáridas, también pueden ser muy ventajosos. Si la arteria pulsa con fuerza, si hay gran tensión cardio-vascular, usaremos aquellas substancias capaces de modificar ese riego exagerado: como los bromuros, especialmente si el enfermo delira; pero desistiremos de su uso si hay torpeza y soñolencia. También se puede apelar al cornezuelo de centeno y hasta á las inyecciones de ergotina, al objeto de isquemiar los pequeños vasos encefálicos y vencer de esa manera el proceso cerebral. Pero á veces los enfermos presentan cierta pasividad y languidez en el circulo, que nos obliga al uso de substancias, hasta cierto punto antitéticas, como son las pociones con amoníaco, éter, café, cafeína; porque es preciso despertar el circulo arterial, á fin de que el estancamiento cerebral disminuya.

La aplicación de hielo á la cabeza, en ciertos, casos es provechosa: así, un niño con hiperemia cerebral fuerte, con delirio y eclampsia, necesita la aplicación de una vejiga de hielo en la cabeza, que obre como agente repercusivo; en este caso, no hay peligro alguno de rotura vascular. Pero tratándose de una persona de edad avanzada, que tiene los vasos frágiles, por fibrosis ó ateroma, es posible que isquemizando con el hielo los vasos periféricos, se determine un aumento de presión peligrosa en las zonas centrales y de la base.

ANEMIA CEREBRAL

Consiste en un estado morboso, determinado por una disminución del riego cerebral, que si se opera de una manera uniforme por toda la pulpa encefálica toma el nombre de anemia propiamente dicha;

pero si queda circunscrita á una zona determinada, se denomina *isquemia*. La anemia cerebral constituye un hecho muy común, sobre todo en las grandes ciudades, toda vez que la agitación y el género de vida que en ellas se lleva predisponen grandemente á que esté á la orden del día.

Causas.—Las causas que la provocan son todas las que agotan la energía nerviosa: v. g., el trabajo mental, la alimentación insuficiente, la fatiga muscular, el pervigilio, etc. Es afecto más común en los jóvenes que en los niños y en los viejos, precisamente porque en los primeros imperan las causas citadas. La falta de luz y de aire, las hemorragias de todas clases, las enfermedades prolongadas, las convalecencias de grandes procesos, y todas las afecciones que tiendan á reducir la cantidad de sangre que llega al cerebro, p. e.: las estrecheces de la aorta, los estados ateromatosos cerebrales, las nosohemias, que vienen representadas por la alteración profunda del elemento globular; la cloro-anemia, la leucemia, etc.; todas, y muchas más, producen anemia cerebral. Por último, puede desarrollarse en virtud de un estado espasmódico fuerte de los vasos cerebrales, hijo de una impresión moral que produzca una alteración del gran simpático con la crispatura consecutiva de los vasos. Con la particularidad, que estas anemias, hijas de impresiones morales, terroríficas, etc., pueden ser las más rápidas, ejecutivas y formidables.

Anatomía patológica.—El proceso se generaliza por todo el cerebro y meninges, y en las autopsias se encuentran pálidas y sin sangre, pero sin alteración histológica de los elementos que integran el cerebro, á menos que la anemia sea muy antigüa, en cuyo caso puede resentirse la nutrición celular, presentándose las células con tendencia al reblandecimiento. En la isquemia se encuentra una zona exangüe pero alrededor de ella, gracias á los vasos comunicantes, aparece una zona vascularizada.

Síntomas.—Describiremos un tipo de anemia vulgar, de mediana fuerza. Ordinariamente se caracteriza por los fenómenos si-

guientes: los enfermos acusan, no la sensación de peso, como en las hiperemias y congestiones, sino dolor de cabeza en el sentido vulgar de la palabra: sensación aguda é intensa, circunscrita en la región frontal ó parietal, ó tal vez en el occipucio. Hay enfermos de anemia cerebral que acusan como vacuidad del cráneo; otros experimentan una sensación parecida á la que produciría una bola intracraneal que oscilara con los movimientos de la cabeza; en una palabra: fenómenos subjetivos variadísimos. Es común que haya tendencia al insomnio, y hasta á la agitación nocturna; pero dada la variabilidad del caso, se ven enfermos soñolientos. Las facultades mentales sufren más ó menos según el grado de acentuación del proceso: la potencia intelectual está adormecida, y los enfermos presentan poca aptitud para las tareas mentales, pero en menor grado que en las hiperemias. El vértigo, en cambio, es frecuente, atenuándose cuando los pacientes guardan la posición horizontal; á veces, empero, sólo se nota una pequeña ocupación, que permite al enfermo pasear, aunque con cierta inseguridad en la bipedestación. A veces sienten una especie de sensación rotatoria que les obliga á apoyarse en las paredes. También el vértigo puede presentarse de tal modo que recuerde el de la neurosis conocida con el nombre de *agarofobia*, ó sea horror á los espacios, puesto que los enfermos, así que salen á la calle, y sobre todo cuando quieren atravesar una plaza, sienten desvanecimiento, vértigo, divagación, y por eso huyen de las plazas y de las grandes arterias de la ciudad, y van en busca de los callejones estrechos, donde se creen más protegidos y marchan mejor. Es común que haya alteraciones oculares, y las escleróticas están pálidas y descoloridas, y las pupilas dilatadas (midriasis). El oído es ordinariamente finísimo, pero en cambio es común que se perciban ruidos de tambores, grillos, cascadas, etc. El olfato, el gusto y el tacto son exquisitos, hasta el punto de haber hiperestesia en las manos y en los pies muchas veces. Se presentan neuralgias en distintas partes del cuerpo, y los enfermos suelen estar pálidos de piel y de mucosas, con el pulso pequeño y débil

y decaimiento de la mayor parte de las funciones. Esta forma suele durar semanas, meses y hasta años.

Pero hay una anemia que podríamos denominar rápida, y es la que presenta un individuo que haya sufrido una copiosísima hemorragia, de cualquier clase que sea. En esta anemia el enfermo palidece hasta perder completamente el color; comienza á desconocer los objetos que tiene delante, se le nublan los ojos, como si ante ellos hubiese una gasa; después parece que oscilan los objetos y comienza el vértigo; pierde la sensibilidad, el movimiento y la inteligencia, como en plena lipotimia, y queda el enfermo colapsado, cadavérico, frío, con un sudor pegajoso que cubre su piel; el pulso es filiforme y parece que va á extinguirse la vida. Si la anemia aumenta ó si tarda en producirse una reacción feliz, sobreviene entonces la muerte por parálisis cardíaca. Otras veces el enfermo se repone, suspira, hace profundas inspiraciones, recobra sensiblemente el conocimiento, desaparecen los síntomas descritos, y si la anemia es hija de una impresión moral, tal vez salga el enfermo de ese estado al poco rato; pero si depende de una pérdida considerable de sangre, entonces se comprende que la duración del ataque ha de ser mucho mayor. La anemia producida durante el curso de la úlcera de Rokitanski, p. e., durará bastante, y aun hay otras que duran más tiempo, como la de las mujeres cloróticas, que se sostienen á veces durante un año ó más, pero no son ni de mucho tan graduadas.

Terminaciones.—Puede resolverse la anemia lenta ó gradualmente; pero si se sostiene largo tiempo puede abrir la marcha á diversas encefalopatías.

Diagnóstico.—No siempre es fácil, porque puede faltar el síndrome clásico. Con el tumor cerebral pudiera confundirse, pero no es éste el momento de establecer el deslinde de ambas afecciones. Diremos tan sólo dos palabras para distinguir la anemia de la hiperemia y de las congestiones cerebrales. En la hiperemia, si hay dolor, no es agudo, y se generaliza por todo el cráneo, pero acentuándose más en la frente y en la parte alta del mismo.

La anemia es muy dolorosa y el dolor tiende á circunscribirse á modo de una neuralgia. En la congestión hay tendencia al sueño y al atontamiento; al paso que en la anemia se propende al insomnio ó al menos á un sueño interrumpido. Es más común que haya delirio en los procesos hiperémicos que en los anémicos: (sólo recuerdo haberlo visto en la defervescencia de la pulmonía verdadera, sobre todo si el individuo fué sangrado ó si estuvo sometido al uso del tártaro entibiado á dosis altas). En la hiperemia, las pupilas tienden á contraerse; en la anemia, á dilatarse. En los anémicos, los fenómenos subjetivos se calman cuando guardan la posición horizontal y se exasperan de pie; cuando hay hiperemia, es cierto que no se nota diferencia tan marcada; pero algo ha de agravar el estado del enfermo la posición horizontal, ya que instintivamente prefieren dormir con la cabeza alta. Los que tienen hiperemia suelen sentir calor en la cabeza, así es que procuran tenerla desabrigada, y con frecuencia se quitan el sombrero, al igual de los que pasean por las calles en el rigor del verano; los anémicos, al revés, se cubren bien la cabeza y hasta la llevan apretada. En el proceso hiperémico está coloreado el rostro é inyectadas las conjuntivas; al paso que en los anémicos hay palidez y blancura de las escleróticas. Se observa más flacidez de corazón y de pulso en los casos de anemia que en los de hiperemia; pero no se olvide que en las congestiones intensas también pueden deprimirse mucho los pulsos, pero suelen ser tardos, al paso que en la anemia el pulso suele ser pequeño y frecuente. Todo esto sirve para formar el diagnóstico; pero el caso es que en la clínica pueden presentarse anémicos con coloración viva en el rostro, y en cambio, hiperémicos con palidez: esto es precisamente lo que dificulta el diagnóstico. Sin embargo, podemos salir del paso recurriendo al conocimiento de las causas, ó examinando con el oftalmoscopio el estado de los vasos retinianos, ó administrando por tanteo un tónico ó un descongestivo para ver el efecto de alivio ó de agravación que determine.

Pronóstico.—Se enlaza con el grado de la anemia, con la

duración y con las causas. Realmente, hay anemias de poca entidad, que requieren un pronóstico leve, pues vienen reducidas á ligeras cefalalgias y á vértigos de vez en cuando; pero las hay mucho más acentuadas y que, según la causa sea transitoria ó permanente, obligan á la formación de un pronóstico más ó menos grave.

Tratamiento.—Desde luego importa remover las causas que han dado margen á la anemia. Aparte de esto, intervendremos de distinto modo según que la anemia sea crónica ó aguda y grave. En el primer caso, sobre todo se necesita la medicina moral; si el enfermo está agarofóbico debemos imponernos á sus alucinaciones convencién-dole de la falsedad de su sensación y que debe huir del quietismo á que se condena, paseando solo ó acompañado. Por lo demás aconsejaremos una alimentación nutritiva, á base de carnes y leches; se permitirán las bebidas alcohólicas (las cafeicas á veces no pueden aconsejarse porque producen insomnio) y se recomendarán los ejercicios moderados bajo la influencia del sol, la equitación, la gimnasia, etc. A más de esto, están indicados todos los tónicos: hierro, manganeso, fosfatos, arsénico, lo propio que las substancias que avivan la circulación cerebral, como los compuestos de amoníaco, el árnica y la salvia y el opio puede administrarse también, sobre todo cuando domina el insomnio. En la forma grave los medios han de ser más seguros y rápidos: desde luego interesa colocar el enfermo en posición horizontal, haciendo que la cabeza esté baja, y aun en ciertos casos apremiantes conviene que esté colgando fuera de la cama; á la vez que esto, convendrán las aspersiones frías sobre el rostro, porque muchas veces se conserva el reflejismo, y al echar agua fría sobre la cara, se aviva el funcionalismo cardíaco y pulmonar; también son convenientes las presiones sobre las subclavias, sobre las crurales, y hasta sobre la aorta abdominal, al objeto de que la sangre se concentre en el tronco y en la cabeza: esto da excelentes resultados. El practicar fricciones fuertes, la aplicación de sinapismos en el cráneo, franelas, etc., y si el enfermo puede tragar, la administración de pociones amoniacaes,

etéreas, alcohólicas ó inyecciones de éter, son medios que nos permiten salir del paso. Si todo esto no basta, podemos recurrir al yoduro de etilo, al nitrito de amilo, porque son sustancias que producen congestión cerebral.

HEMORRAGIA CEREBRAL

Es la enfermedad que muchos conocen con el nombre de apoplejía cerebral; pero ya sabemos nosotros á qué atenernos respecto al significado de esta palabra. Hasta tal punto se había admitido tal confusión en el lenguaje médico, que cuando el vulgo dice *Fulano de Tal ha tenido una apoplejía*, suele aludirse á la hemorragia cerebral.

Es una afección de importancia suma, por la frecuencia con que se presenta, y precisamente por ser nuestro país el más castigado de Europa; y no sólo de Europa, sino hasta del mundo entero.

Para que se puedan comprender algunas particularidades del caso, conviene un pequeño recuerdo de Anatomía descriptiva del encéfalo, porque, de no hacerlo así, podría originarse alguna confusión.

La hemorragia se puede presentar en cualquier sitio del encéfalo; pero hay territorios á propósito, y éstos son los que hemos de conocer. Es sumamente raro que se desarrolle en la superficie del encéfalo y al nivel de las circunvoluciones; lo propio que en las grandes masas blancas del tejido de los hemisferios y en el cerebelo. Algunas veces puede presentarse en la protuberancia anular; pero en donde tiene lugar casi siempre, es en las partes centrales del cerebro, al nivel de los grandes núcleos encefálicos, entre la llamada ínsula de Reil y los ventrículos laterales, que es donde se encuentran los cuerpos estriados y los tálamos ópticos, que son grandes masas de substancia gris, verdaderos ganglios encefálicos. El encéfalo visto de lado presenta una escotadura que se llama de Silvio, en el fondo de la cual está la ínsula de Reil formada por cuatro ó cinco circunvoluciones, á manera de las

islas de un archipiélago, por las cuales se distribuyen troncos arteriales procedentes de la arteria silviana. Si partimos el encéfalo haciendo un gran corte de adelante á atrás, examinando la superficie cortada de fuera á dentro y al nivel de la cisura de Silvio, veremos lo siguiente: en primer lugar se encuentra la corteza de las circunvoluciones y la substancia gris que constituye la ínsula de Reil; después una porción de substancia blanca que tiene en su centro una porción gris, constituyendo el *antemuro* y la *cápsula externa*; continuando siempre en la misma dirección de delante atrás, encontraremos inmediatamente después de la cápsula externa, la masa de substancia gris que constituye el *núcleo extra-ventricular del cuerpo estriado*; más hacia adentro otra faja de substancia blanca llamada *cápsula interna*, que tiene para nosotros una importancia capital; después aparecen dos masas de substancia gris, una anterior y otra posterior; la anterior constituye el llamado *núcleo extra-ventricular del cuerpo estriado*, y la posterior toma el nombre de *tálamo óptico*. Desde este punto hasta la línea media del encéfalo hay un hueco que corresponde al ventrículo lateral, por manera que el núcleo intra-ventricular y el tálamo óptico, forman la pared del ventrículo lateral.

Pero ¿qué es la cápsula interna? Es un haz de substancia blanca que viene representado por los cordones antero-laterales de la médula, que se han entrecruzado al nivel del bulbo, y que han pasado por la protuberancia anular para formar parte de los pedúnculos y seguir hacia la corteza cerebral. De modo que en la cápsula interna tenemos el núcleo, el punto de emergencia de los cordones antero-laterales de la médula; es decir, de los elementos de motilidad. Y como quiera que esas fibras están relacionadas con el núcleo intra-ventricular, toda hemorragia que le afecte producirá alteración de la motilidad; al paso que las fibras que están en comunicación con el núcleo extra-ventricular, como quiera que se relacionan con el tálamo óptico que es órgano afecto á la sensibilidad, si se lesionan determinarán trastornos sensitivos. La cápsula interna representa, pues, un manojo de fibras que, más

adelante, se dispersan en cien, en mil direcciones, tomando el nombre de *corona radiante*, para terminar en las circunvoluciones cerebrales.

Ahora, aunque sea adelantar ideas, se comprenderá que una hemorragia de la cápsula interna ha de tener mucha más importancia respecto de la movilidad, que si radicara la hemorragia en las circunvoluciones: porque en la cápsula interna puede dar lugar á la parálisis de medio cuerpo, mientras que en las circunvoluciones producirá tan sólo monoplejías. La hemorragia cerebral que tiene lugar en la topografía asignada, viene alimentada por la arteria silviana ó cerebral media: esta arteria distribuye un gran número de ramos, centrales unos y corticales otros: los centrales riegan la cápsula externa y la interna, el suelo intra-ventricular del tálamo óptico y los cuerpos estriados; al paso que los corticales alimentan las circunvoluciones, teniendo muchísima importancia en procesos como la embolía, trombosis, reblandecimiento cerebral crónico, etc.

Etiología.—Desde luego digamos que hay alteraciones que predisponen á padecer la hemorragia cerebral, y otras que son productoras de la misma. Las predisponentes son varias: influye, desde luego, la edad, pues raras veces se presentará antes de los 40 años; sin embargo, esto no indica que antes de esta edad no pueda padecerse la hemorragia, puesto que se ha observado en jóvenes, y hasta en niños. Es más común en el hombre que en la mujer, y frecuente es verla en individuos de cabeza grande y cuello corto; pero entiéndase que todo esto no tiene un valor absoluto. Es también frecuente ver evidenciada la influencia hereditaria. En ciertos países abunda más que en otros, y antes ya he dicho que España es, bajo este concepto, un país de los más castigados, lo cual probablemente depende en gran parte de nuestro régimen alimenticio.

Hay la preocupación de que la hemorragia cerebral es más frecuente en las personas robustas y bien alimentadas; pero en realidad no sucede así. Precisamente se observa con más frecuencia en la clase pobre, que se alimenta de substancias farináceas y para la que

el pan constituye la base de la alimentación, que en la clase acomodada; y se comprende que sea así, teniendo en cuenta que en aquélla la nutrición se forma á expensas de principios fosfáticos que alteran la textura de las fibras de los vasos, y favorecen la producción de ateromas. En las localidades húmedas y de cambios de presión fuertes, en las que se desarrolla el reumatismo con tendencia á lesionar el corazón y los vasos, es común la hemorragia cerebral. Barcelona es, precisamente, una de esas localidades. La endoarteritis y la periarteritis representan y engloban toda la etiología de la hemorragia cerebral. Pero, además de las placas calcáreas y grasosas que se desarrollan en los vasos, dando lugar á la rotura de los mismos, aun hay otro estado sobre el que ha llamado la atención Cruvelhier, y que depende de la periarteritis; me refiero á los aneurismas, no en el concepto de la formación de una grande ectasia, sino á que la arteria, en vez de presentarse lisa y uniforme, forma rugosidades, cada una de las cuales es como un aneurisma. Claro está que en tales condiciones pierde el vaso la resistencia, y con facilidad se rompe.

Es muy fácil concebir el mecanismo de la hemorragia cerebral: se rompe una de las ramas que parten de la arteria silviana; sale sangre, que produce fenómenos de compresión excéntrica sobre la pulpa cerebral en los sitios ya conocidos, ó rompe esos elementos nerviosos del rededor, ó se abre camino hacia el ventrículo lateral, previo el desgarró del tálamo óptico y del cuerpo estriado. En los sitios donde se colecciona la sangre, se forman focos de un tamaño que varía entre el de una lenteja y el de una nuez, y á veces aun son mayores. Al principio esa sangre se presenta así como gelatina, y con poca coloración; pero si el enfermo resiste, tienen lugar alteraciones las más profundas: en primer lugar se altera el suero, y queda el plasma representado por fibrina y por glóbulos blancos y rojos; esa masa se endurece, y después de la reabsorción del suero, sufre todavía nuevas modificaciones, convirtiéndose en grasa y siendo á su vez reabsorbida. Pero no llega á desaparecer en absoluto; siempre queda allí un sello

indeleble representado por la *hematina*; así es que al practicar autopsias suelen encontrarse unos cristales de hematina, con coloración ocre. En cuanto al tejido cerebral, puede ser que si la hemorragia ha sido intensa entre en un movimiento verdaderamente necrósico, gracias á las dificultades del riego; otras veces tiene lugar un proceso de inflamación al rededor del foco hemorrágico, desarrollándose la llamada *peri-encefalitis*, capaz á veces de producir la muerte del enfermo: por manera que viene á formarse como una induración, como una esclerosis, al rededor del foco, que afecta sólo la substancia blanca, pues la gris tiende más al reblandecimiento que á la induración. Si la hemorragia llega á alcanzar la cápsula interna, no suele quedar limitada en el punto inicial, sino que se extiende en dirección descendente, á lo largo de los pedúnculos cerebrales, corriéndose á la protuberancia anular, al bulbo, hasta la médula, y descendiendo por los cordones antero-laterales alcanza á veces la región lumbar. Esto no explica ciertos fenómenos tardíos que presentan algunos hemipléticos.

Síntomas.—Algunos autores, entre ellos Dieulefoy (que por cierto en su *Patología Interna* describe perfectamente la hemorragia cerebral), han querido negar la existencia de prodromos en esa enfermedad. Realmente, puede presentarse sin prodromos y estallar bruscamente; pero, á veces, hay fenómenos precursores que vienen á ser síntomas de hiperemia cerebral: somnolencia, vahidos, perturbaciones de la inteligencia. De todos modos, preséntese con prodromos ó sin ellos, lo que caracteriza á la hemorragia cerebral es lo siguiente:

Ante todo, divido los fenómenos en primitivos y tardíos. Suponiendo una hemorragia de consideración que lesione la cápsula interna, los cuerpos estriados y los tálamos ópticos; en los primeros momentos se desarrolla el cuadro apoplético (recuérdese el significado de la palabra). El enfermo pierde el sentido y cae al suelo; la cara está inyectada, vultuosa; las venas de la frente y del cuello hinchadas; entreabiertos los párpados, y saltones los glóbulos oculares;

inclinada la cabeza hacia el lado de la parálisis, y los ojos dirigidos hacia el lado de la lesión. En relajación absoluta los músculos, y si la hemorragia no ha producido lesión muy intensa, se puede notar la diferencia entre la motilidad de uno y otro lado del cuerpo. Hay pérdida absoluta de la inteligencia y obtusión completa de los sentidos. Desaparece el reflejismo, por manera que inútilmente arrojaríamos agua en la cara al objeto de despertar contracciones reflejas. La respiración es ruidosa, estertorosa, y el pulso lento y débil. Al principio, la temperatura es normal ó por bajo de los 37°; pero al cabo de una ó dos horas, se eleva hasta alcanzar, en algunas ocasiones, cifras de 40°, 41° y 42°.

Además de la apoplejía, se observan fenómenos de parálisis, que se notan más marcados cuando el cuadro apoplético ha desaparecido y el enfermo se pone en relación con lo que le rodea; la parálisis reside en la mitad del cuerpo opuesta al lado correspondiente de la hemorragia, lo cual se explica perfectamente por el entrecruzamiento de las fibras nerviosas. La cara está flácida; la hemiplejía, no afecta á los músculos orbiculares de los párpados, pudiendo, por tanto, cerrar y abrir los ojos; pero sí afecta á los músculos de la ceja, que se presenta como caída. Los labios babean por la parálisis de la mitad del lado afecto. Al sacar la lengua hacia fuera, se inclina hacia el lado paralizado y se comprende que sea así, teniendo en cuenta que la lengua se mueve de atrás á delante gracias á la actividad de los músculos geniglosos; por manera que si la parálisis radica en el lado derecho, el genigloso izquierdo, como no encuentra antagonista, dirige la lengua hacia aquel lado.

Algunos hemorrágicos tienen, en los primeros momentos, á la vez que parálisis, convulsiones en los miembros que han de quedar paralizados; y esto ocurre cuando el foco hemorrágico es grande y ha hecho irrupción hacia el ventrículo lateral. Hay anestesia ó hemianestesia, y se pierde también la sensibilidad térmica. En los primeros momentos, se pueden presentar fenómenos viscerales de cuantía. A

veces queda el estado apoplético por espacio de treinta ó cuarenta horas, continuando, durante ellas, amodorrado el paciente. Otras veces sale de ese estado y se despeja; pero al cabo de cuatro ó cinco días se desarrolla una encefalitis con todos sus caracteres, pudiendo sucumbir los enfermos á consecuencia de ella. En otras ocasiones, gracias á la parálisis ó semiparálisis del pneumo-gástrico, se desarrolla una congestión del pulmón, ó una pulmonía, por el estilo de la que producen los experimentadores, por medio de la parálisis de los vagos. En otros casos, se presentan trastornos del aparato digestivo, como catarro gástrico é intestinal, ó se desarrolla una parálisis gastroentérica. Por último, es común ver en este primer período la aparición de una escara en la nalga.

Supongamos ahora que el enfermo salva todas esas dificultades; entonces vienen los fenómenos siguientes: respecto al estado intelectual, las más de las veces quedan los pacientes algo torpes, no son lo que eran antes de la hemorragia; los brillantes conceptos, la fácil palabra que el enfermo tenía, ya no existe. Es también frecuente que haya alteraciones de la afectividad, y lloran y ríen por cualquier cosa; pero preferentemente lloran, y á veces las lágrimas son vertidas por motivos que más bien debieran alegrarles. Respecto á la parálisis, va modificándose poco á poco, en caso de que tal modificación se logre: empezando á recobrar la motilidad de las piernas, hasta poder andar arrastrando más ó menos el miembro; también se recobra la motilidad de la cara y de la lengua; la parte más rebelde es el brazo, pero suponiendo un caso afortunado, á la larga también sé logra su motilidad. Empero, algunas veces no llegan á rehabilitarse, sino que se hacen permanentes los trastornos, ó quedan paralíticos de un brazo ó de una pierna, por espacio de semanas y meses, y aun de años. A más, pueden producirse trastornos consistentes en la contractura de las partes paralizadas, los músculos antes paralíticos entran en contracción permanente: por manera que aquella mitad de la cara antes flácida, queda de tal manera contraída, que en algunas ocasiones la parte sana parece

que es la lesionada; el brazo suele contraerse fuertemente, y quedan flexionados fuertemente los cuatro últimos dedos, quedando el pulgar libre ó aprisionado entre los otros; la mano se dobla sobre el antebrazo, y el brazo se ajusta á la tabla del pecho; la pierna se contrae aunque no con tanta frecuencia, encogiéndose el pie sobre la pierna, constituyendo lo que en cirugía se llama pie equino. Cuando todo eso sucede, hay un aumento de temperatura en la parte parálitica. Puede ocurrir que, sin el imperio de la voluntad, instintivamente los músculos que sufren la parálisis tiemblen continuamente: temblor rítmico, acompañado, como el de la parálisis agitada. Por último, puede presentarse la hemi-corea. Los trastornos de la motilidad, á la larga, van acompañados de la atrofia de los músculos, y entonces se adelgaza la pierna ó el brazo, perdiendo la excitabilidad eléctrica que tenían antes de la atrofia. La mayor parte de las alteraciones obedecen á la encefalitis que se desarrolla alrededor del foco hemorrágico, principalmente cuando reviste la forma esclerósica; y si verdaderamente se presenta el hecho atrófico, es señal que la encefalitis se ha ido corriendo á lo largo de los cordones antero-laterales, y á la vez se ha interesado la substancia gris, dando esto lugar á que falte á los músculos la excitabilidad trófica que se encuentra en los centros grises de la médula. La hemi-corea prueba la existencia de alguna lesión profunda de los tálamos ópticos; por manera que aun cuando los tálamos sean centro de la sensibilidad, según dijimos, parece que también influyen en la coordinación de determinados movimientos.

Curso.—Es sumamente variable: hay enfermos que mueren á la primera embestida del mal, pero no repentinamente, como suele decir el vulgo; de ordinario las muertes repentinas no son consecuencia de la hemorragia cerebral, sino que obedecen á afecciones cardíacas ó de los grandes vasos. Las hemorragias, aun radicando en el bulbo, sitio tan delicado y en donde se halla el nudo vital, ó siendo muy intensas y afectando á las meninges ó al ventrículo lateral, son rápidas, pero no matan repentinamente; entendiendo por muerte rápida la

que ocurre á las 15 ó 20 horas del ataque. Hay enfermos que sucumben dentro de ese período, otros lo salvan, pero mueren al cabo de algunos días, porque puede repetirse la hemorragia con apoplejía. Otras veces, por efecto de una encefalitis, se produce un reblandecimiento rápido, agudo, si es que no determina purulencia y sucumbe el paciente á consecuencia de ese estado. Las terminaciones quedan englobadas en todo lo dicho.

Diagnóstico.—Nada diré, por ahora, del diagnóstico diferencial de esta afección y de la embolia y trombosis del encéfalo; concretándome á distinguirla de la congestión cerebral de forma apoplética. Si se tratase de una hemorragia cerebral que no produjese apoplejía, entonces la confusión sería imposible, porque el cuadro queda reducido al de la hemiplejía más ó menos completa y hasta el enfermo conserva clara la inteligencia. Pero si la hemorragia y la congestión se acompañan de apoplejía, y, por tanto, hay pérdida de la sensibilidad y de la inteligencia, se distinguirán una de otra porque en la primera hay *medio cuerpo paralizado* y en la segunda resolución total de los miembros, pero sin verdadera parálisis de ninguno. Por tanto, cuando vemos que hay relajación muscular á derecha é izquierda, nos inclinaremos á la congestión; y cuando desde los primeros momentos se acentúa la parálisis en un lado, creemos que se trata de una hemorragia. Hay también un dato que aclara el concepto: si la congestión produce apoplejía y el enfermo no muere víctima de ese estado, con rapidez en horas recobra la motilidad, y entonces no concebimos que haya habido rotura vascular, y sí tan sólo una presión fuerte ejercida sobre la pulpa cerebral: por eso salen pronto del estado apoplético, porque no había parálisis, sino paresia. Digamos no obstante, que esa distinción no tiene gran trascendencia, toda vez que el tratamiento es el mismo.

Pronóstico.—Grave, en términos absolutos. Creo que es uno de los mayores desastres que pueden ocurrir al hombre, porque aun en el caso *afortunado* de alcanzarse la curación de las parálisis, sabemos

que queda la predisposición para nuevas roturas vasculares. Si se trata de una hemorragia en el núcleo intra-ventricular ó en el extra-ventricular y hasta en la cápsula interna, y el enfermo logra salvarse, quedará, empero, con la parálisis y con cierta obtusión cerebral, y es bien cierto que aquella persona nunca será lo que fué. Por eso el pronóstico se ha de formar grave, siempre. Sin embargo, se acentúa más ó menos según las ocasiones: en los casos afortunados generalmente dura la apoplejía de 10 á 15 horas; pero si se sostiene más de 30, probablemente se perderá el enfermo. Aun en el primer caso se ha de reservar el pronóstico, porque puede sobrevenir una encefalitis que ponga fin á la vida del enfermo, ó fenómenos pulmonares ó cardíacos que comprometan su estado. Además, aun dando todo eso por salvado, queda la parálisis: y si al cabo de 15 días no empieza á restablecerse la motilidad, es muy difícil que la restauración se alcance, y el enfermo queda paralítico toda la vida; puesto que aunque el paciente consiga mover algo el brazo, queda imposibilitado para las mecánicas de más importancia.

Tratamiento.—Hay un tratamiento preventivo, que en rigor de verdad es de acción reducidísima; pues si la hemorragia depende de una endo-arteritis ó de una peri-arteritis, conforme hemos dicho, pocos recursos poseemos para corregir ese estado vascular. De todos modos convendrá disminuir la presión vascular interna; por manera que todos aquellos medios que, de un modo ú otro, se opongan á la congestión cerebral, pueden influir en la profilaxis. Bajo este supuesto, será conveniente que los predispuestos no se dediquen á tareas mentales fuertes; es necesario que se alimenten bien, aunque no exageradamente: p. e., una alimentación riquísima ó una comilona, pueden producir en un momento dado una gran presión arterial; de ahí que á menudo la hemorragia aparezca después de un exceso en la comida, así como á consecuencia de los abusos alcohólicos y venéreos, sobre todo en las personas que han entrado en la senectud; y en estas últimas suele producirse de una manera especial, en el acto del coito.