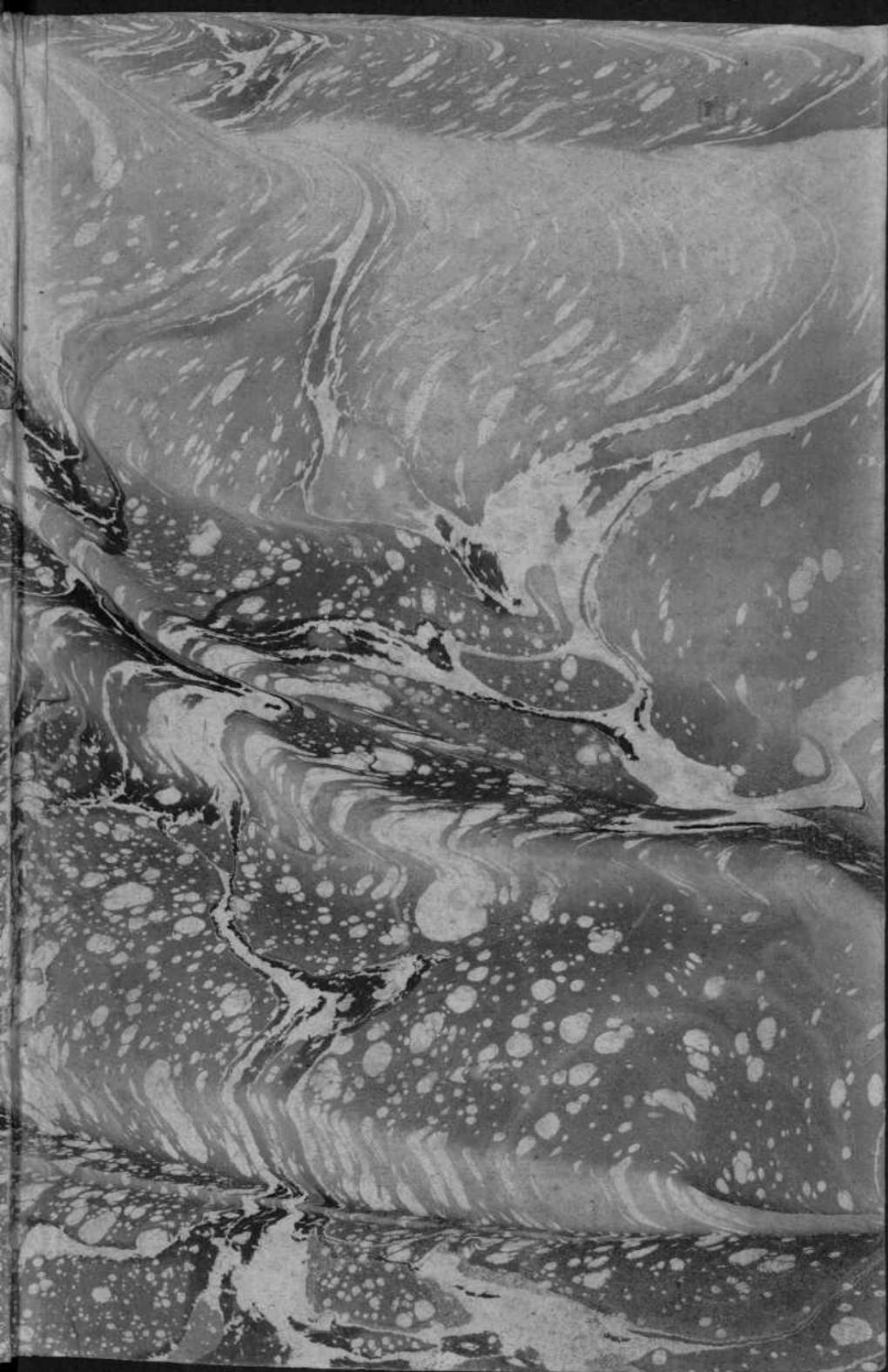


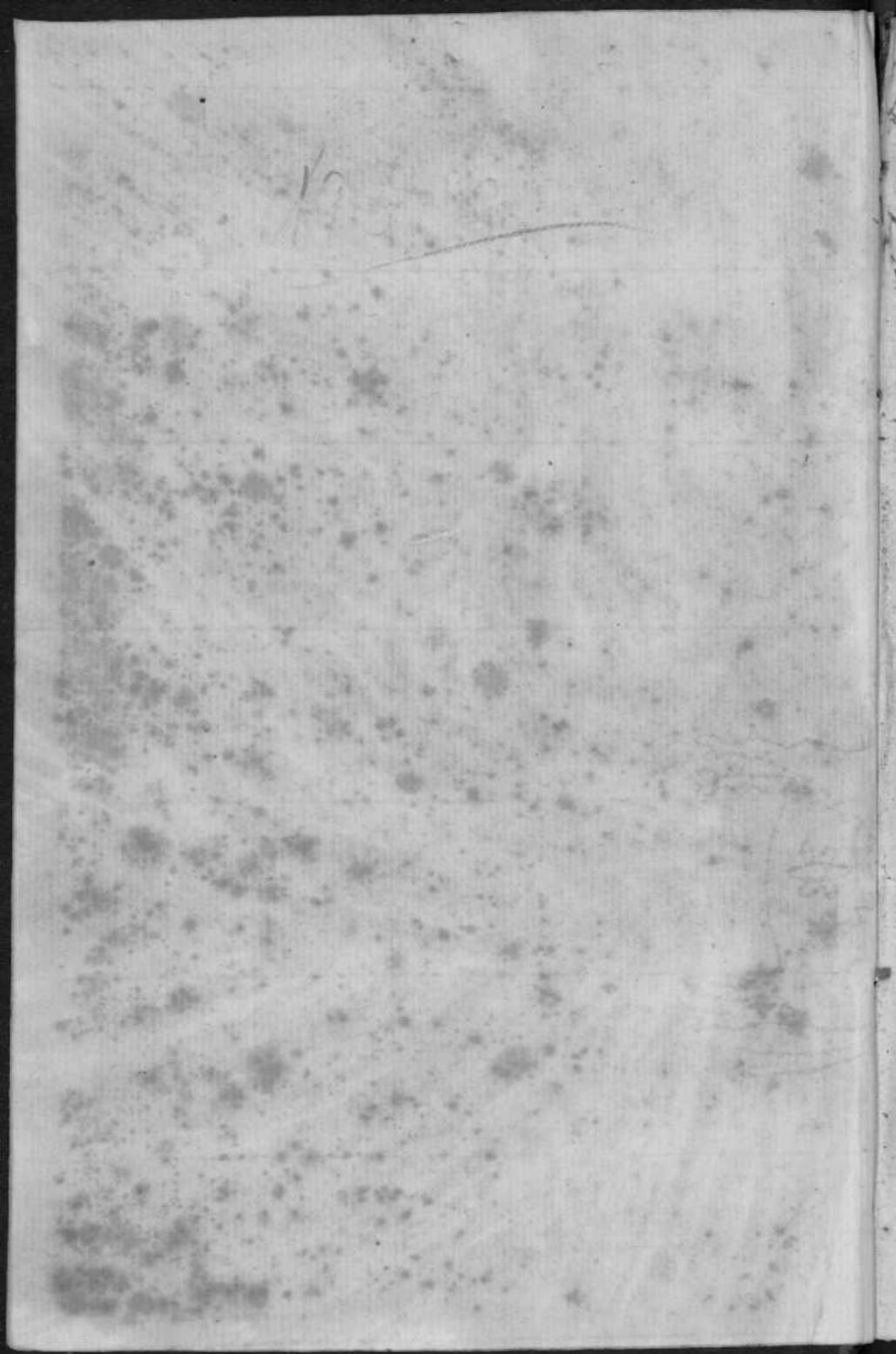


16794

~~18773~~







12

# BIBLIOTECA ESCOGIDA

DE

# MEDICINA Y CIRUJIA.



57



ADULTERATION

WATER



# BIBLIOTECA

ESCOGIDA

## DE MEDICINA Y CIRUJIA,

COLECCION

DE LAS MEJORES OBRAS DE ESTA CIENCIA

PUBLICADAS Ó QUE SE PUBLIQUEN EN EL ESTRANJERO,

*y de otras originales*

POR LOS PROFESORES DE MEDICINA Y CIRUJIA

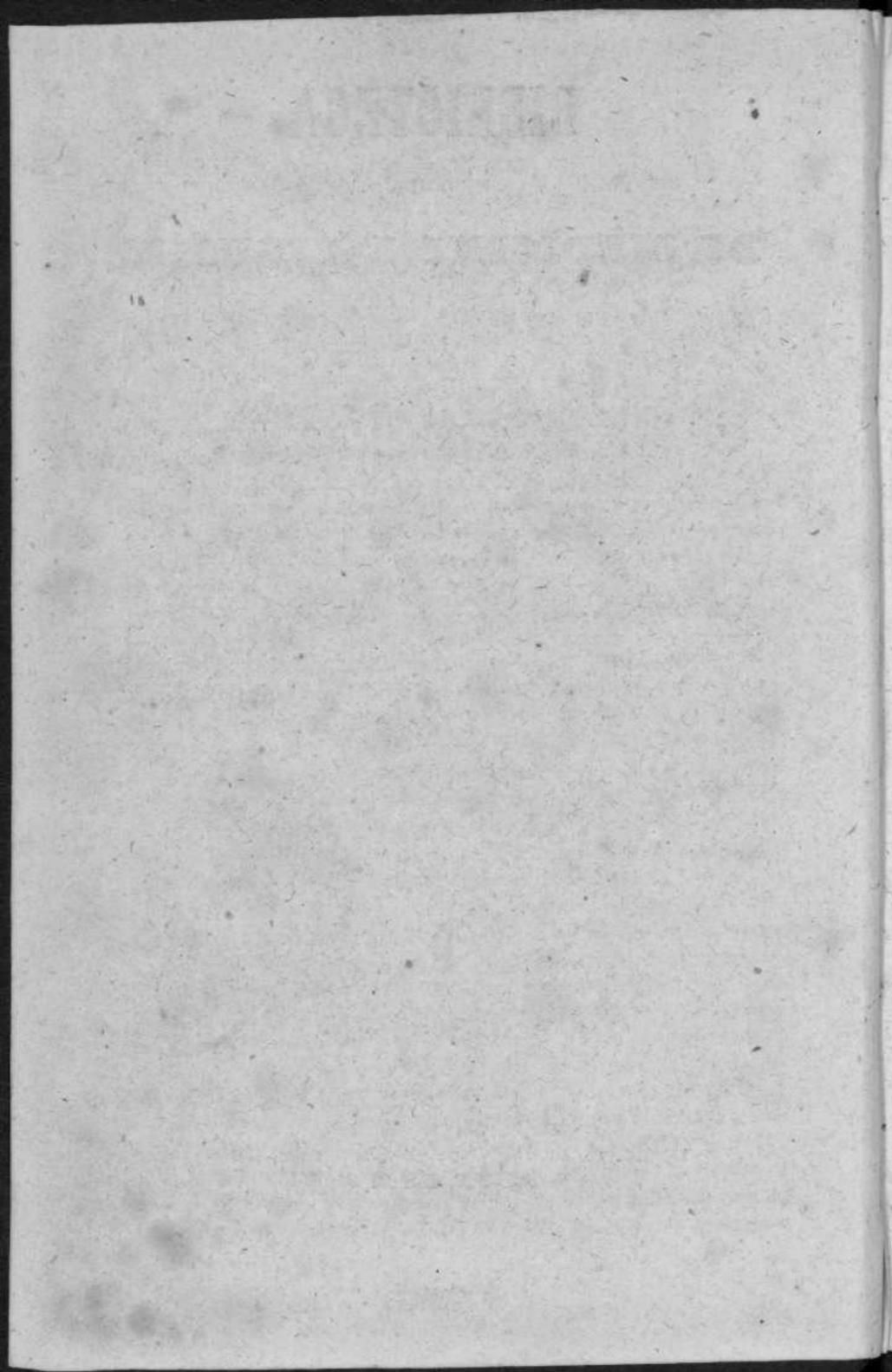
Don Gabriel Usara, Don Matias Nieto y Serrano, Don Serapio Escobar y Morales, Don Francisco Mendez Alvaro, Don Francisco Alonso, y Don Antonio Codorniu.



W O O O O O O

IMPRESA DE LA VIUDA DE JORDAN E HIJOS.

1841.



## PROLOGO DE LOS TRADUCTORES.

**Q**uando empezamos á publicar la série de obras que han de formar nuestra *Biblioteca de Medicina y Cirujia*, nos ha parecido que para el orden de su publicacion debíamos consultar, no solo su mérito respectivo, sino tambien su necesidad mas ó menos imprescindible. En este concepto no hemos dudado dar la preferencia al presente *Tratado del diagnóstico*, ya en razon de la importancia de su objeto, ya porque hasta ahora carecíamos de una obra de esta especie. Es verdad que el tratado de M. Rostan es de un mérito innegable; pero habiendo trascurrido algunos años desde su publicacion, y habiendo hecho la ciencia notables progresos en este intervalo, no puede hallarse en armonía con los conocimientos actuales. El de Raciborski ofrece la ventaja de haber sido escrito con posterioridad; comprendiendo por consiguiente todas las mejoras que se han hecho en este ramo algunos años há y todos los descubrimientos mas modernos, sin omitir la parte mas notable y mas útil de obras mas antiguas.

Inútil es encarecer la importancia de un buen tratado del diagnóstico: bastará decir que ofrece á los discípulos una reseña general de todos los métodos inventados para juzgar con exactitud del asiento y naturaleza de las enfermedades, el orden con que deben hacer la esploracion de los enfermos, y examinar las lesiones de cada uno de los aparatos y de cada uno de los órganos. No es menos interesante á los profesores; pues siendo cierto que en el diagnóstico deben fundarse las indicaciones terapéuticas, se deja ver la necesidad de que el práctico examine por todos los medios conocidos el estado de la organizacion, para hallar sus lesiones y poder combatir las con fruto. Por consiguiente hemos creído que debíamos empezar por la obra ya citada, convencidos de que el diagnóstico es la parte mas principal

de la medicina, la que debe cultivarse con mayor ardor y celo: y que sin su auxilio no es posible formar ideas exactas de las afecciones de los órganos, ni menos poder elegir los medios mas á propósito para curarlas.

La obra que ofrecemos á nuestros lectores abraza cuantos conocimientos pueden desearse en esta materia, pues comprende: 1.º unas consideraciones generales acerca del diagnóstico, examinando los elementos que le constituyen, ya los que pertenecen al enfermo, ya á la enfermedad, y que tanto influyen en su terapéutica: 2.º una historia de todos los métodos conocidos de exploracion, ora físicos, ora químicos, ora intelectuales y que facilitan considerablemente el conocimiento de las enfermedades cuando se emplean con el debido discernimiento: 3.º la aplicacion de todos estos métodos al diagnóstico de cada enfermedad en particular.

Este brebe resúmen que acabamos de hacer basta para persuadirse de que M. Raciborski ha considerado el diagnóstico con toda la estension posible, y formado un tratado completo de esta materia, que contribuirá notablemente á hacernos asequible el conocimiento de las enfermedades.

Estas son las razones que nos han movido á publicar la traduccion de esta obra, que esperamos sea bien recibida de nuestros profesores, asegurándoles que nuestro único anhelo es que les sea útil este pequeño trabajo y merezca su aprobacion.

*L. L. C. C.*

Je

# RESUMEN

PRACTICO Y RAZONADO

## DEL DIAGNÓSTICO,

que comprende

LA INSECCION, MEDICION, PÁLPACION, DEPRESION, PERCUSION, AUSCULTACION, OLFACION, GUSTACION, REACTIVOS QUIMICOS, LA INTERROGACION DE LOS ENFERMOS, LA DESCRIPCION DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL, BOCA, GARGANTA, PARTES GENITALES, DE LAS ALTERACIONES DE LA SANGRE, DE LAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO, DEL APARATO RESPIRATORIO, CIRCULATORIO, DIGESTIVO, URINARIO, ETC., ETC.

**POR M. A. RACIBORSKI,**

Doctor en medicina de la facultad de París, antiguo cirujano militar, profesor particular de medicina, miembro de la sociedad quirúrgica de Berlín, caballero de la cruz militar de oro de Polonia.

**TRADUCIDO**

POR LOS PROFESORES DE MEDICINA Y CIRUJIA

Don Scrapio Escolar y Don Francisco Alonso.

**TOMO I.**

**MADRID:**

**1841.**

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

PHYSICS 309

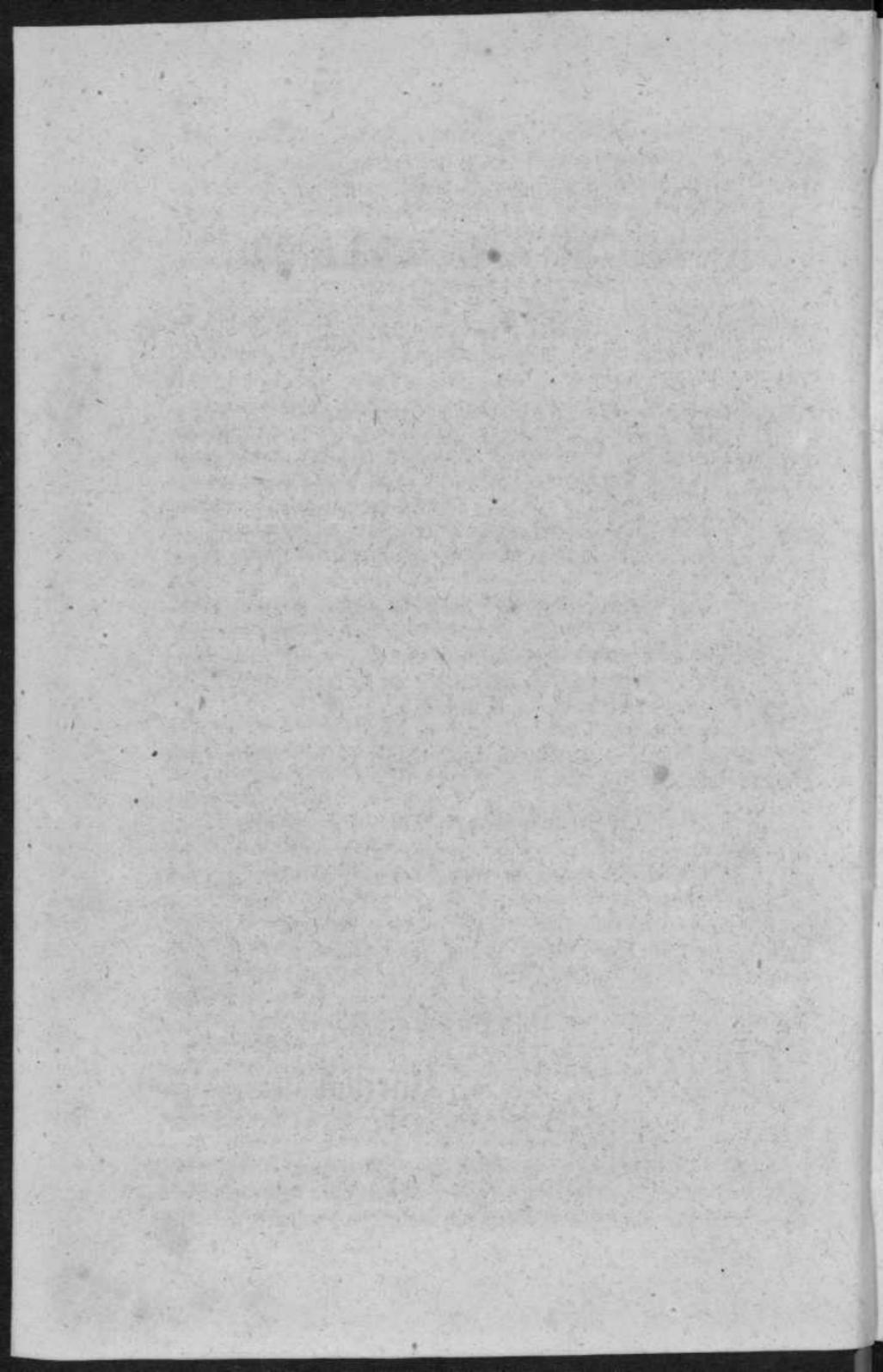
1951

**A M. J. BOUILLAUD,**

PROFESOR DE CLÍNICA MÉDICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE  
PARÍS, MIEMBRO DE LA ACADEMIA REAL DE MEDICINA, CABALLERO  
DE LA LEJION DE HONOR, ETC.

*En prueba de reconocimiento,*

**A. Raciborski.**



## PROLOGO.

**Q**UENQUE al publicar dos años há mi Manual de Auscultacion y Percusion estaba convencido de la utilidad de un libro de esta especie, nunca llegué á creer que un trabajo que habia publicado, por decirlo así, como el prospecto de una obra mas estensa, pudiese agrandar al público médico en términos de obtener en poco tiempo, no solo los sufragios de una segunda edicion, sino también el honor de ser traducido á varios idiomas.

Tan buena acogida no podia menos de escitar mi reconocimiento, y en vez de vanagloriarme de ella, me propuse corregir los defectos que mi obra debia ofrecer necesariamente, para hacerme en la segunda edicion mas digno de la benevolencia con que se me habia favorecido en la primera.

Pero inmediatamente se me ocurrió el pensamiento de que pudiera hacer mayor servicio á la ciencia, y en particular á los alumnos, dando mas estension á mi trabajo, y dedicándole, no solo al diagnóstico de las afecciones torácicas, sino al de todas las enfermedades en general. Me sedujo esta idea, y despues de haberla meditado, he intentado desarrollarla, escribiendo una obra sobre el diagnóstico de las enfermedades. A primera vista me pareció bastante difícil este trabajo; y confieso que varias veces he desconfiado de mis propias fuerzas, habiendo visto que antes que yo se han ocupado del mismo objeto autores de gran nombradía. No obstante he examinado lo que se ha escrito hasta el dia sobre esta materia, y he visto que las obras que pudieron ser excelentes veinte años ha, son actualmente tan incompletas para los que desean adquirir conocimientos positivos, que sería suficiente que estos últimos tuvieran la paciencia de leer algunas páginas para penetrarse del gran número de errores que contienen conservados por tradicion, y que aun no han sido sometidos á una severa crítica.

Uno de los médicos y escritores mas distinguidos ha publicado en una época mas próxima á la actual una obra de mucho mérito, en la que consigna la misma opinion que yo sobre los tra-

bajos de los autores que han tratado antes que él del diagnóstico de las enfermedades; hace en ella consideraciones de mucha importancia; familiariza á los lectores con el inmortal descubrimiento de la auscultacion, y sobre todo describe los objetos más áridos con tal arte y gusto, que cautiva la atencion del lector, y le enseña muchas veces sin saberlo. Sin embargo, es tal la rapidéz de la marcha progresiva de nuestra ciencia, que basta que M. Rostan haya publicado su obra siete años há, para que á pesar de tanto mérito, no corresponda suficientemente á las necesidades actuales, ni á los progresos de la *industria médica*. Esto es tan cierto, que estoy en la firme persuasion que si el referido autor se viera precisado á publicar la tercera edicion de su obra, conocería la necesidad de hacer en ella grandes modificaciones para ponerla al nivel de la época actual, como lo hizo al publicar la segunda en 1830.

No ignoraba, antes de comenzar mi obra, que M. Piorry habia de publicar un tratado acerca del diagnóstico, y confieso de buen grado que el tener por competidor á un autor de tan conocido mérito era una idea capaz de hacerme desconfiar del buen éxito de mi trabajo. Pero tuve tambien noticia de que M. Piorry se proponia publicar tres volúmenes sobre esta materia, y esto me alentó, bien penetrado de que la primera condicion de buen éxito en una obra elemental es su precision y brevedad, por consiguiente me decidí á poner en ejecucion mi proyecto, escribiendo un *resúmen del diagnóstico*, y no dando á las materias comprendidas en él mas que el desarrollo necesario para formar un grueso volúmen.

El plan que he seguido en esta obra se diferencia del de los demas autores que han escrito antes que yo, y aun se distingue del adoptado por M. Piorry, en la obra que publica actualmente.

El diagnóstico ha sido por espacio de mucho tiempo objeto de mis meditaciones, tanto al lado de los enfermos, como en mi gabinete; y he deducido de mis reflexiones que no se daba bastante estension á este ramo fundamental de nuestro arte, ni en la práctica, ni en los libros.

Bajo el primer punto de vista, he observado, y en esto creo estar conforme con todos mis lectores, que en general no se procura, en el diagnóstico práctico, mas que dar nombre á la enfermedad, y aplicarla el tratamiento dictado por la esperiencia, y colocado, por decirlo así, en una misma casilla.

¡Cuántos médicos hay aun en la actualidad que viendo esputar á un enfermo como se esputa en la neumonia, y que hallando algunos signos físicos de esta afeccion, se limitan á esta sola indicacion, y haciendo el diagnóstico de una pulmonia, la

aplican el tratamiento usado generalmente! ; Cuántos hay tambien que observando que un enfermo presenta postracion, vahidos y una fiebre bastante intensa, donde quiera que hallan este conjunto de síntomas no ven mas que una unidad llamada *fièvre typhoïde*, y la combaten siempre con los mismos medios terapéuticos! El primer deber que me he impuesto, es hacer desaparecer ese error grave y peligroso; he comenzado primeramente modificando la definicion del diagnóstico, admitida generalmente, y aplicándola de un modo mas especial á la práctica; porque de qué sirve aprender á conocer las enfermedades sino para ponerse en disposicion de poder curarlas? He demostrado despues que los casos mas simples y semejantes con respecto á las lesiones de los órganos, pueden no ser idénticos, ó en otros términos, su diagnóstico práctico, que es el único que conduce á las indicaciones terapéuticas, puede exigir diferentes modificaciones segun la edad, sexo, constitucion, climas, profesion etc., de los enfermos. Por último, he probado que es muy poco frecuente ver enfermedades tan simples, que no exijan mas que una sola indicacion en relacion con el órgano enfermo, ó con tal ó cual de los elementos que le componen. He hecho ver tambien que en la mayor parte de casos se observa en la práctica que las afecciones de los órganos se complican con enfermedades generales que les son consecutivas, ó que en otras circunstancias les dan origen, ó al menos les imprimen un sello particular. He discutido el valor de todas estas complicaciones, sin omitir las que merecen tanta importancia, segun algunos profesores, es decir, las *constituciones médicas*.

En fin, bajo el punto de vista teórico, he incluido en mi obra una parte que no se halla descrita en ningun tratado del diagnóstico, á saber; la *metodologia*; pues el diagnóstico de las enfermedades constituye hoy dia una ciencia que posee, como todas las demas, su historia, sus instrumentos, sus métodos y sus hechos; de manera que un libro destinado al diagnóstico debe tratar de todos sus elementos si ha de ser completo.

He terminado la primera parte de mi obra, destinada á las *consideraciones generales sobre el diagnóstico*, con una reseña general de los diferentes métodos que poseemos al presente para conocer las enfermedades, su division, descripcion de todos los instrumentos, y su aplicacion á las diferentes partes que constituyen la economía.

La segunda parte estaba destinada á tratar de las enfermedades; mas no era indiferente adoptar uno ú otro orden en su clasificacion. He creído que escribiendo mi libro para la juventud médica, no era conveniente emplear las divisiones fundadas

en la naturaleza de las enfermedades ; porque para hacerles conocer lo desconocido , debia , procediendo lógicamente , partir de algun punto conocido , y he supuesto que ignoraban la naturaleza de las enfermedades. Hubiera cometido el mismo error, si hubiese adoptado una clasificacion cimentada en el orden de aparatos ; y si adoptando una de estas últimas , hubiese descrito las enfermedades una despues de otra , como por ejemplo, meningitis , reblandecimiento del cerebro , hemorragia cerebral , etc. , pues no conociendo los discipulos el valor de estas denominaciones , no sabrian buscar la esplicacion de los sintomas que han podido apreciar en las observaciones clinicas.

Por las razones que dejo espresadas , me ha parecido que la mejor clasificacion para los discipulos será la que esté fundada en los fenómenos observados directamente por los sentidos. Con esta clasificacion pueden acercarse á los hospitales desde el primer año de su carrera ; porque si no conocen las enfermedades , son capaces de ver , oír , palpar , sentir , gustar , preguntar , etc. ; siéndoles fácil apreciar el resultado de esta primera observacion , puesto que saben lo que son movimientos respiratorios , contracciones musculares , latidos del corazon , etc. ; y segun hayan observado un fenómeno por medio del oído , de la vista , del olfato , etc. , podrán buscar su esplicacion en la parte correspondiente de mi obra.

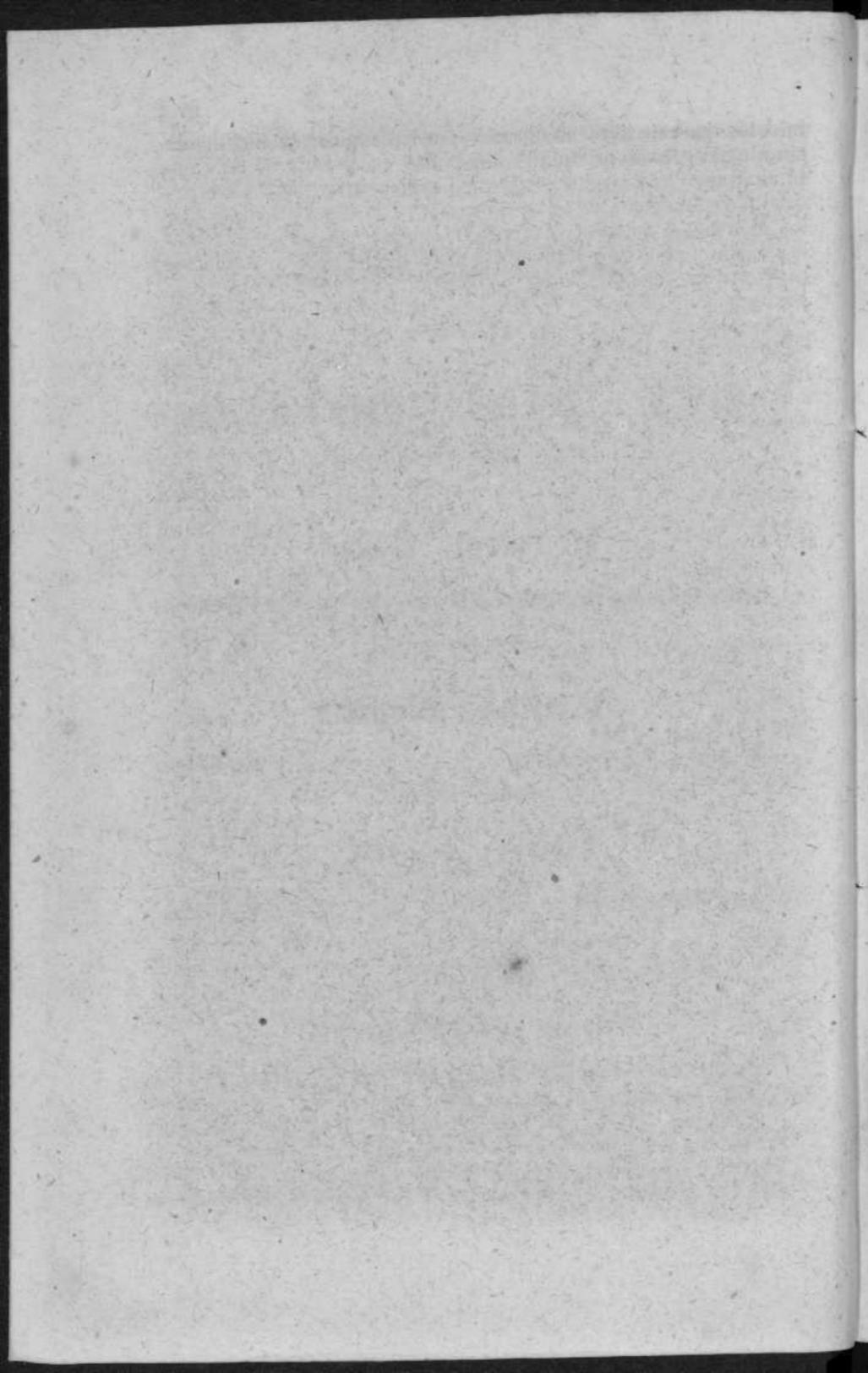
Esta clasificacion , fundada en la aplicacion de los sentidos , tiene ademas la ventaja de alentar á los jóvenes que comienzan ordinariamente la carrera , desesperanzados de llegar á poseer la ciencia , la cual les parece aun mas difícil de lo que es realmente. Quién podrá decir que no ha entrado con esta idea consoladora en el templo de Esculapio ? Bajo este concepto es tambien útil mi obra á la juventud demostrándola que , la medicina es susceptible de una gran aplicacion de los sentidos ; y que empleando con atencion las facultades que posee todo hombre bien organizado , pueden adquirirse vastos conocimientos ; y en fin la referida clasificacion les sirve para conocer el valor respectivo de cada sentido. Por último , estoy muy distante de considerar mi obra como una descripcion completa y detallada de todas las enfermedades , sino como una reseña general de todas las partes que debe comprender el diagnóstico que hasta ahora no ha sido considerado con tanta estension. Al publicarla , me he propuesto llenar , en el estudio de la medicina , un vacío de suma importancia , evitando que los discipulos pasen inmediatamente de una completa ignorancia á un estudio sério , continuo y detallado de los sintomas , y que se extravien muchas veces en sus catálogos incoherentes y poco inteligibles. Los conoci-

mientos que este libro comprende pueden adquirirse fácilmente sin ningun estudio preliminar: nada hay en él oscuro, todo está al alcance de los sentidos; y me lisonjeo de que leyéndole podrá un discípulo contestar de un modo bastante satisfactorio en los exámenes; y lo que es aun mas importante, sabrá dedicarse despues con placer y fruto á la lectura de los grandes tratados y monografías, que gracias al celo de nuestros contemporáneos, poseemos en considerable número.

La esperiencia me dá en algun modo la garantía del buen éxito que solicito; pues las materias contenidas en este libro han sido expuestas con el mismo orden á los discípulos en mis cursos particulares, y su aprobacion me hace esperar la de sus colegas.

Llevado de esta ilusion me he atrevido á dedicaros este trabajo, M. Bouillaud, no pudiendo resistir á los impulsos de mi corazon, el cual os es deudor del mas vivo reconocimiento; y si mi obra por su mérito científico no es digna de vuestra proteccion, juzgadla con menos severidad, teniendo en consideracion la pureza de mis sentimientos.

*A. Paciborski.*



---



---

# RESUMEN

PRACTICO Y RAZONADO

## DEL DIAGNÓSTICO.

---

### Primera Parte.

CÓNSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DIAGNOSTICO.

---

### PRIMERA SECCION.

APLICACION DEL DIAGNOSTICO A LAS ENFERMEDADES SIMPLES.

---

### CAPITULO PRIMERO.

DEL DIAGNOSTICO EN GENERAL Y DE SUS ELEMENTOS  
EN PARTICULAR.

#### §. I.

*Definicion y estension del diagnóstico.*

**Q**UE es diagnóstico? — En una obra muy recomendable, publicada ya dos veces por un profesor distinguido de esta escuela, se halla la siguiente definicion: « el diagnóstico es el conocimiento de los caractéres que sirven para diferenciar las enfermedades, y consiste principalmente en apreciar con exactitud las alteraciones de los órganos, los sintomas

y los signos locales y generales á que dan lugar esas alteraciones (1).»

Aunque esta definicion haya sido enunciada por un autor de un mérito singular, no puedo dejar de decir que no ha dado al diagnóstico toda la estension de que es susceptible, pues en ella considera la enfermedad y no el enfermo, y prescinde de las modificaciones que pueden inducir en la enfermedad la edad, el sexo, la profesion, el clima....

Esta consideracion me ha precisado á variar la espresada definicion en estos términos: «es la resolucion de los problemas que el enfermo ofrece al médico encargado de conocer su estado, y de obrar con arreglo al juicio que forme de él.»

Esta definicion ensancha la esfera del diagnóstico, y no puede merecer la objeccion que he creído hacer justamente á la anterior. En efecto, ella comprende la enfermedad y el enfermo, porque al decir que el diagnóstico es la resolucion de todos los problemas que presenta el enfermo, abraza la definicion todos los cambios que pueden imprimir á la enfermedad los modificadores procedentes, ya de lo exterior, ya del mismo enfermo.

«El que resuelve mayor número de problemas hace un diagnóstico mas preciso.»

Por lo que acabamos de decir habrá podido conocerse que el diagnóstico comprende muchos elementos: verdad, por desgracia, desatendida en la práctica, pero de la que tendremos ocasion de convencernos frecuentemente cuando entremos en este importante estudio.

Suponiendo que en una obra didáctica deben presentarse las ideas con toda la claridad posible; teniendo presente por otra parte que nuestro entendimiento no juzga de las cosas sino comparándolas, me ha parecido conveniente poner un símil que haga conocer la importancia de la estension que hemos dado al diagnóstico. El arte militar nos suministrará el objeto de esta comparacion.

La enfermedad es un enemigo, segun decian los antiguos; pero en vez de abandonar como ellos á la naturaleza el cuidado de batirle, nosotros confiamos las armas al médico, que puede conocer prudentemente el momento de emplearlas y los medios de servirse de ellas.

En el arte militar, luego que el enemigo se ha declarado, el objeto principal de su adversario debe ser destruirle, ó al menos debilitarle.

Pero antes es necesario conocer al enemigo, y con est: ob-

(1) Lecciones de clinica médica por L. Rostan, tit. 1. °

geto se hace el diagnóstico, ó se hacen *reconocimientos*. Lo primero que en estos se trata de saber es si existe ó no el enemigo: si existe, el encargado de hacer el reconocimiento debe cerciorarse con minuciosos detalles de la posicion que ocupe y de su importancia; si es una montaña, un bosque, un foso, las márgenes de un rio, etc. Despues debe informarse escrupulosamente del carácter del enemigo, sus fuerzas y sus armas. Es necesario que conozca tambien el espíritu de los soldados y de sus gefes, la constitucion física y moral, y en una palabra, todas las circunstancias en que se halla.

Despues de adquiridas todas estas noticias es únicamente cuando puede esperarse atacar al enemigo con ventaja; entonces se sabrá dirigir el ejército, elegir los soldados, y proveerlos de armas convenientes; de lo contrario se corre el riesgo de enviar la caballería á una montaña, á un pantano, ó de abandonar la artillería en los fosos, y perder la batalla, oponiendo un puñado de soldados á un ejército numeroso.

Todos estos preceptos, cuya importancia acabamos de demostrar en la táctica militar, son aplicables al diagnóstico, el cual nunca será completo si se limita á conocer el asiento de la afeccion, desentendiéndose de su naturaleza, sus complicaciones, sus causas y de todas las modificaciones que pueden producir la edad, el sexo, la constitucion, los hábitos, el clima, etc.

Considerado el diagnóstico segun estas reglas, es la base de la medicina; en él estan fundadas todas las indicaciones terapéuticas, y solo en este sentido puede decirse con Hipócrates: «qui ad cognoscendum sufficit medicus, ad sanandum etiam sufficit», ó con Baglivio: «qui bene judicat, bene curat.»

Los antiguos comprendieron bien la importancia que debe darse á la mayor parte de los elementos del diagnóstico, é Hipócrates la conoció al menos en el mismo grado que nosotros cuando dijo: «que no es posible llegar á conocer las enfermedades sino estudiando bien su naturaleza y la de sus especies y variedades por medio de la observacion de la enfermedad y del estado del enfermo, como tambien de las cosas que toma y de las que se le administran; porque las enfermedades se hacen de esta manera mas graves ó mas llevaderas. Deducimos tambien este conocimiento de un conjunto de circunstancias, cuales son la constitucion del aire y de las diferentes partes del cielo en cada pais; de los hábitos, régimen, género de vida, edad del enfermo; de sus palabras, sus costumbres, su silencio, sus ideas, su sueño ó insomnio, su delirio; del prurito y comezon que siente; sus lágrimas, exacerbaciones, deyecciones, ori-

nas, esputos, vómitos, etc. Conviene observar tambien en las enfermedades de qué modo se suceden, cuáles son abscesos críticos, y cuáles mortales; los sudores, el frio, los temblores, la tos, el estornudo, el hipo, la respiracion, los gases espelidos superior ó inferiormente, con ó sin ruido, las hemorragias y las hemorroides, etc.» (*Epid. de Hipócrates*); traduccion con texto griego, por de Mercy, seccion 3.<sup>a</sup>, pág 128 y 131.

No es posible leer este pasage sin admirar la discrecion y el celo que manifestó el padre de la medicina en la observacion, y la minuciosidad con que estudió los síntomas de las enfermedades para conocer su asiento y naturaleza. Debemos confesar que este penoso método era el único aplicable en defecto de los métodos físicos; pero actualmente, merced á los trabajos de nuestros antepasados y contemporáneos, podemos, por medio de estos últimos métodos, evitar el molesto exámen de los eructos y gases, y prestar la debida atencion á otros fenómenos de mayor importancia.

Despues de haber hecho conocer el valor del diagnóstico en la definicion que hemos dado en un principio, no creemos necesario detenernos en probar su utilidad.

¿Quién ignora que el diagnóstico es la base de la medicina, y que en él está cimentada toda la terapéutica? Esta se circunscribe á presentar los medios de llenar las indicaciones que suministra el diagnóstico, teniendo entendido que estos medios son susceptibles de variar, y que unos serán reemplazados por otros, hasta tanto que se hallen los que sean constantes en sus efectos. Por consiguiente la importancia de estos medios no es mas que secundaria, y el primer lugar pertenece al diagnóstico, que siendo bien fundado conducirá á hacer una eleccion conveniente de los agentes terapéuticos. La medicina práctica, segun expresion de Sidenham, consiste mas bien en conocer las verdaderas indicaciones, que en inventar remedios propios para llenarlas; y los que han olvidado este precepto han proporcionado á los empiricos el único medio de poder asemejarse á los médicos. (Sydenham, prólogo de la medicina práctica).

El mismo pronóstico no es mas que una deducion del diagnóstico, puesto que el cuadro patológico que ofrece el diagnóstico, comparado con el fisiológico, es el que permite juzgar de la gravedad de la enfermedad.

El semeiólogo, dice M. Double, que desea pronosticar con acierto en las enfermedades, tendrá siempre presente en su imaginacion el cuadro del estado fisiológico, y se servirá de él como de término de comparacion, al que debe referir todo lo que observa. Calculará la fuerza vital que conserva el individuo en-

fermo y la intensidad de la enfermedad, teniendo en consideracion cuál era su estado anterior durante la salud. (Tomo I, página 181.)

De lo que hemos expuesto se infiere, que en toda enfermedad, que es objeto del diagnóstico, hay dos cosas principales que distinguir: 1.<sup>a</sup> el estado morboso en sí mismo: 2.<sup>a</sup> las diferentes modificaciones que este estado morbífico recibe, ya del mismo enfermo, ya de circunstancias exteriores. Es muy comun en la práctica y en los tratados del diagnóstico no ocuparse mas que del principio morboso, como si para tratar una enfermedad bastára al médico que se halla á la cabecera de un enfermo dar nombre á aquella, y localizarla. Esto es suficiente en teoría, en que dado un grupo de síntomas y reducidos á signos, por su conjunto se logra conocer el asiento de la enfermedad, y darla nombre; mas no en la práctica, en la que no hay que tratar síntomas, sino enfermos.

Por medio de los síntomas venimos en conocimiento del estado morboso, pues convirtiéndolos en signos por medio de una operacion intelectual, conseguimos conocer el asiento y naturaleza de la afeccion. La influencia de los diferentes modificadores del estado morboso de que hemos hablado se descubre por medio de un exámen atento de todos ellos, y el conocimiento del estado fisiológico de los enfermos durante la salud.

El estado fisiológico del cuerpo humano se manifiesta á nuestra observacion por una numerosa série de actos que apellidamos *fenómenos*, como se apellidan en general todas las operaciones de la naturaleza. Al contrario las operaciones que resultan del estado patológico del organismo toman el nombre de *síntomas*. Llámanse éstos *generales* cuando pertenecen á los sistemas generales de la economía, y *locales* cuando corresponden á los órganos, y algunas veces tambien á sistemas particulares. Dividense ademas los síntomas en *primitivos* y *consecutivos*, y esta distincion se refiere á las afecciones que no ocupan al principio mas que un solo órgano dando lugar primitivamente á síntomas locales, pero que se estienden despues, y producen síntomas consecutivos ó alteracion de otras funciones. En una neumonía, por ejemplo, los síntomas que ofrecen la auscultacion, la percusion, la espectoracion, el estado de la respiracion, etc., constituyen síntomas locales ó primitivos; asi como la frecuencia de pulso, algunos desórdenes de la digestion ó de la inervacion son síntomas consecutivos.

Los síntomas locales han sido llamados tambien propios, patognomónicos, suficientes, unívocos, verdaderos, ciertos, esenciales, característicos, y son los propios de cada enferme-

dad los que la caracterizan ; al contrario los síntomas consecutivos ó generales han sido denominados equívocos é insuficientes, y pertenecen á un gran número de enfermedades.

El síntoma es pues todo efecto, todo cambio aislado que sobreviene en la organizacion ; efecto que se separa mas ó menos del estado natural, y que puede ser apreciado por los sentidos del médico ó del enfermo (*Double, loco citato*).

Los síntomas pueden ser percibidos por cualquiera que esté dotado de sentidos espeditos, y aun por personas estrañas á la ciencia. Pueden apreciarse tambien todos los que se presentan en el curso de una enfermedad sin conocer su naturaleza ni su asiento. Los síntomas son tan inseparables de la enfermedad como lo son los fenómenos de la vida fisiológica, y la siguen como la sombra al cuerpo, segun la comparacion de Galeno, *sicut umbra sequitur corpus*.

Los síntomas que sobrevienen de un modo imprevisto en el curso de una enfermedad toman el nombre de *accidentes*. Estos síntomas indican casi siempre nuevas complicaciones, y se han apellidado *epifenómenos* ó *epigenómenos*, denominaciones que tal vez precisan mejor su valor.

El signo es el resultado del trabajo intelectual, y no se halla bajo la jurisdiccion de los sentidos. Es una induccion que hace el entendimiento con arréglo á los hechos observados por los sentidos. La mayor parte de los síntomas pueden convertirse en signos, es decir, que pueden indicarnos por sí mismos el asiento y naturaleza de la afeccion ; pero hay algunas otras circunstancias, tales como la marcha de la enfermedad, sus causas, etc., que pueden á veces servir de signos. Para hacer mas manifiesta la diferencia entre síntomas y signos emplearemos de buen grado la comparacion de M. Double, que dice que los síntomas son como las letras del alfabeto colocadas á la vista de un hombre que las mira sin combinarlas. Hasta entonces no tienen ningun valor ni significacion ; pero cuando se reunen, cuando se combinan las vocales con las consonantes, se forman sílabas cuya reunion constituye las palabras, asi como una série de palabras bajo cierta construccion constituye frases, y un conjunto de frases discursos. Lo mismo acontece con los síntomas, sino se reunen y combinan de diversos modos no pueden llegarse á deducir los signos propios para revelarnos la naturaleza de la enfermedad, su mayor ó menor peligro, y las esperanzas que permite concebir. (*Loco citato, tomo I, pág. 70*).

Los signos diagnósticos ó los que hacen conocer la enfermedad pueden tambien servir algunas veces de signos pronós-

ticos y otras de signos terapéuticos, según lo observa Mr. Rostan.

Así es que un pulso desarrollado y frecuente indica las mas veces una inflamacion y un estado pletórico, al mismo tiempo que es de favorable agüero en las enfermedades, y exige el uso de evacuaciones sanguíneas.

El número de signos patognómicos es sumamente limitado; pero si un solo signo no tiene mucho valor, la probabilidad á que da lugar se aumenta con la asociacion de otros, y esta reunion puede conducir á la certidumbre. Para tener cierta importancia los signos diagnósticos no deben ser movibles, sino que han de subsistir durante algun tiempo. No todos los signos ofrecen el mismo interés: deben colocarse en primer lugar los deducidos de los síntomas que proceden inmediatamente de los órganos enfermos, y particularmente de aquellos que indican el estado físico de estos; tales son, por ejemplo, los signos de las afecciones de los órganos de la respiracion que deducimos de los síntomas apreciados por medio de la auscultacion, percusion, etc.; y en general puede decirse que los signos son de tanto mayor valor en las enfermedades, cuanto el origen de que nacen se aproxima mas al asiento de la misma lesion. Así es, por ejemplo, que en las afecciones de los riñones el estado de las orinas tiene mas importancia que todos los demas signos, al paso que no la tiene tan considerable en las enfermedades del pulmon, del cerebro, etc.

En fin, según lo hemos manifestado ya, los signos no solo pueden proceder de los síntomas, sino tambien de otras circunstancias. Muchos síntomas reunidos pueden algunas veces no dar lugar mas que á signos equívocos, y en este caso el conocimiento del modo de invadir la enfermedad, de su tipo, etc., puede suministrarlos signos mas positivos. Así sucede al acercarse á un enfermo que se halle en el paroxismo de una fiebre perniciosa soporosa: los síntomas que entonces se presentan á primera vista parecen los signos de una apoplejia, ó del estado comatoso de una meningitis. No es posible sospechar en una fiebre perniciosa, á no ser que sea endémica en el país, mientras que si se indica su modo de invadir, su tipo, etc., facilmente se viene en conocimiento de la naturaleza de la afeccion.

La espresion *carácter* se aproxima bastante por su valor á la de signo; no obstante creo que la palabra *carácter* debe reservarse para la determinacion de la naturaleza y no del asiento de la enfermedad; de esta manera la rubicundez, la tumefaccion, el color y dolor son en general caracteres de la naturaleza inflamatoria de las afecciones. Los elementos que cons-

tituyen el diagnóstico no son todos igualmente interesantes; la enfermedad hace un papel muy principal, y por consiguiente importa mucho al médico conocer su asiento y naturaleza. Las influencias exteriores y las que proceden de las condiciones fisiológicas del mismo enfermo no deben ocupar al médico sino de un modo secundario.

Consagraremos algunos párrafos al examen sucesivo de todos los referidos elementos del diagnóstico.

## §. II.

*Sobre la necesidad de conocer el asiento y naturaleza de la enfermedad.*

El asiento y naturaleza de la enfermedad son dos elementos indispensables del diagnóstico. Aun conformándonos con la opinión de algunos médicos, que creen que las enfermedades no son mas que actos morbosos, no podemos confesar con ellos que sea un absurdo el procurar conocer su asiento, pues estamos en la íntima convicción de que este conocimiento es absolutamente necesario. En efecto, estos actos están siempre fundados en la organización, según dice Reil (*Entrwurf einer allgemeinen pathologic*) desempeñándolos unas veces órganos particulares y otras todo el organismo. Por consiguiente si no dais la debida importancia á esos actos primitivos del organismo que constituyen la enfermedad, no podreis apreciarlos las mas veces, porque van casi siempre enmascarados con otros actos morbosos que escitan consecutivamente en toda la economía, y que en vano os esforzaríais en combatir mientras subsistan sus causas, ó por mejor decir, los actos morbosos primitivos. En fin, el conocimiento del asiento de la enfermedad es no solo necesario, como ya hemos dicho, sino que aun vemos en él una prueba de la superioridad de la ciencia en su estado actual, prueba irrecusable de progreso.

Los antiguos privados de medios para adquirir este conocimiento, ignoraban contra qué objeto debían obrar. No viendo en las enfermedades mas que síntomas ó fenómenos separados de la organización ó de la naturaleza enferma, no podían percibir ninguna relación entre los síntomas y las lesiones de los órganos, y en vez de referir aquellos al estado normal de estos, les pareció mas natural atribuirlos á los esfuerzos de la naturaleza, porque á ella sola veían sufrir.

A esta causa debe atribuirse que el estado de la ciencia en tiempo de Hipócrates le sugiriese dos opiniones principales.

Era la primera conceder á la naturaleza voluntad é inteligencia con que procura incesantemente desembarazarse de su enemigo; y la segunda como consecuencia de la primera que siempre es preciso dejar obrar á la naturaleza. Esta consideracion no hace mas que confirmar una verdad conocida desde muy antiguo en medicina, á saber, que á medida que la ciencia cambia de bandera, se establecen nuevas opiniones sobre las enfermedades, que se reemplazan sucesivamente y refluyen sobre la terapéutica. Estando Hipócrates en la persuasion de que en las enfermedades es la naturaleza el principal actor, creia que podia contar siempre con su voluntad é inteligencia, y se proponia únicamente secundar sus esfuerzos, ó corregirla si le parecia estraviarse. Pero á pesar de su sagacidad y de su talento eminentemente observador ¿cuántas veces creyendo secundarla no agravaria la enfermedad? (1) No viendo Brown mas que un exceso de fuerza ó de debilidad, mas de una vez ha empeorado la enfermedad queriendo aumentar las fuerzas del enfermo, y aun muchas veces ha acelerado su fin funesto.

Actualmente es tal la perfeccion que han adquirido los métodos del diagnóstico que nos es permitido muchas veces leer en el fondo de las cavidades y en el centro de los órganos. Ya no nos cruzamos de brazos en la actitud de una calma aparente, sino que procuramos sofocar el fuego hasta en sus últimas chispas.

No abandonamos á merced de la naturaleza el incendio de nuestros órganos, sino que nos apresuramos á buscar el foco para apagarle con los medios convenientes.

Cuando aun eran desconocidos los diferentes medios del diagnóstico que poseemos hoy día, entre los muchos órganos afectos no se solia distinguir mas que el padecimiento de uno solo, y se atribuía el diferente aspecto de la enfermedad á su diversa naturaleza; resultando de esto que se ha exagerado en muchas ocasiones el número de enfermedades de un mismo órgano por haber ignorado el asiento de las que complicaban la afeccion del que padecia principalmente.

Los adelantamientos hechos en la ciencia por los modernos han corregido este abuso; pero desgraciadamente, como acontece en el mayor número de casos, sobre las ruinas de los antiguos errores se han establecido otros nuevos, y se trata de sostener que no existen mas que afecciones de una misma na-

(1) Véase sobre la naturaleza medicatriz una buena thesis de nuestro excelente amigo y compofesor M. el doctor Julio Pelletan, sostenida en el curso para la agregacion en 1835.

turalidad con la diferencia de su mayor ó menor grado de intensidad.....

Veremos mas adelante en esta misma obra que el aspecto de una enfermedad puede sufrir grandes modificaciones sin que varie su naturaleza, con tal que la misma afeccion se multiplique en muchos órganos.

Por otra parte es absolutamente necesario conceder á los órganos la facultad de padecer de muchos modos.

Para hacer conocer bien la importancia de los dos elementos del diagnóstico de que nos ocupamos actualmente, vamos á apoyar nuestras aserciones con algunos ejemplos.

Examinemos primeramente el dolor.

Cuando un enfermo nos anuncia que padece un dolor, antes de combatirle procuramos saber en primer lugar cual es el órgano de que procede, é inmediatamente despues, cual es la naturaleza del dolor. Coloquemos este en la region abdominal. Si quereis hacer un diagnóstico exacto, debeis examinar atentamente y uno despues de otro, todos los órganos situados en esta region, para saber cual es el afecto, si la piel, el tejido celular los músculos, el peritóneo ó los intestinos.

Supongamos que hallais el asiento del dolor en el tubo intestinal; con esta sola noticia no podeis ir mas adelante; no habeis hecho mas que entrar en el largo camino del diagnóstico, y necesitais particularmente resolver el problema de la naturaleza de la afeccion. Sabeis que el dolor, considerado abstractamente, no es mas que una lesion de la sensibilidad; y esta lesion puede proceder de un desórden nervioso primitivo, ó ser consecutiva á una inflamacion cuya permanencia la fomenta continuamente. Se trata de distinguir estos dos casos; de saber si hay que combatir una inflamacion ó un dolor puramente nervioso, sin cuya distincion os exponeis á imitar á los ignorantes que aplican indiferentemente los opiados donde quiera que haya dolor; y lo que es aun peor, podeis perjudicar á vuestro enfermo.

Deseais otro ejemplo? estudiad los flujos de las partes genitales de la mujer, conocidos ordinariamente con la vaga denominacion de flujo blanco ó leucorrea. Si no incluis en vuestro diagnóstico los dos elementos principales de que vamos hablando, si no precisais el asiento y naturaleza de los flujos, vuestro diagnóstico será muchas veces erróneo, y vuestro tratamiento por consiguiente aventurado. Confundireis muchas afecciones diferentes por su asiento y naturaleza; practicaréis inyecciones en la vagina cuando la uretra ó el fondo del útero sean los que padezcan; os esforzareis en vano en curar por medio de tópicos

una leucorrea constitucional. Al contrario, si fijais vuestra atencion en el asiento y naturaleza de estos flujos, usareis un tratamiento apropiado á las afecciones de todos los órganos; combatiréis con diferente plan los flujos sifilíticos, los que resultan de una simple inflamacion, y los sostenidos por una caquexia general. Todas estas afecciones, confundidas bajo un nombre general, constituirán entonces enfermedades diferentes por su naturaleza y asiento; pero es preciso tener entendido que afecciones muy desemejantes con respecto á su asiento y naturaleza pueden dar lugar á un conjunto de síntomas análogo, y entonces es imposible hacer indicaciones positivas para el tratamiento, sino se desciende al origen de esos síntomas. En casos de esta naturaleza es en los que hallamos poderosos argumentos contra la opinion de los que no dan ninguna importancia á la localizacion de las enfermedades.

Los síntomas no tienen mas que una importancia relativa en medicina, sino se refieren á un sitio, á un órgano, y sino se trata de ponerlos en parangon con la naturaleza del padecimiento de este órgano.

Supongamos, por ejemplo, que se reconoce una ascitis: la ascitis no es mas que un síntoma, si la examinais aisladamente sin referirla á un órgano cualquiera, no haceis el diagnóstico, no sabeis donde reside la enfermedad, ni cuál es su naturaleza: porque el derrame que habeis examinado no es la enfermedad, y lo prueba de un modo incontestable el ver que los enfermos no entran en convalecencia desde el momento en que se practica la paracentesis, y que los derrames se reproducen con mucha frecuencia.

Instruidos por las lecciones de vuestros maestros y por la esperiencia de que una ascitis puede depender de muchas lesiones diferentes, y tener su origen en una lesion del corazon, del hígado, del peritóneo, de los riñones, de la sangre, etc., procuraréis, viendo un derrame en el peritóneo, proceder atentamente al exámen de todos estos órganos para saber á cual debe referirse el síntoma en cuestion.

La facultad de localizar las enfermedades y de apreciar su naturaleza á beneficio de los métodos que indicaremos mas adelante, es una de las mas bellas adquisiciones de la ciencia en su estado actual, y el mejor testimonio de su superioridad con respecto á la medicina de los antiguos.

No se puede recordar sin sentimiento que todas esas afecciones tan diferentes para nosotros en la actualidad, hayan sido tratadas en otro tiempo con unos mismos medios, á los que se daba el nombre de hidragogos.

El derrame era considerado como una enfermedad; y la indicacion principal era extraer el agua. Actualmente, esos pretendidos hidragogos varian segun la naturaleza y asiento de la afeccion, y si para curar una ascitis se emplean unas veces la sangria y las sanguijuelas aplicadas al vientre, y otras se dirigen estos mismos medios á la region del corazon, en otras ocasiones el mejor hidragogo es una buena alimentacion, los baños de mar, las preparaciones del hierro, etc., etc.

No podemos terminar este artículo importante sobre la localizacion de las enfermedades, sin hacer á nuestros lectores una prevencion, y es, que todo cuanto llevamos expuesto lo aplicamos á la organizacion entera: no se formaría buen juicio de nuestro modo de pensar si se creyese que no pretendemos estender nuestra localizacion mas allá de las membranas, de los músculos, de los huesos, de los vasos y nervios, y que no queremos ir mas allá de la apreciacion de las propiedades visibles y tangibles del organismo. Nosotros no consideramos aquí el cadáver, que es objeto del anatómico; sino que estudiamos la organizacion viviente; y no podemos prescindir de tener en cuenta el agente motor, sensible é inteligente; en una palabra, la inervacion: ni podemos tampoco dejar de considerar la sangre que lleva en sí los elementos de todos los órganos. Estos dos elementos de la organizacion pueden, segun el estado en que se hallan, inducir modificaciones mas ó menos numerosas en los órganos. Los vasos y los nervios existen en casi todas las partes del cuerpo, y si la inervacion y la sangre en razon de su presencia en todas partes pueden recibir la influencia de las lesiones de todos los órganos, no debe parecer extraño por la misma razon, que espliquemos ciertas lesiones de estos por afecciones de los primeros.

M. Broussais pretende que es imposible conocer una enfermedad por la sola alteracion de los líquidos: «no puede decirse (declara el jefe de la escuela fisiológica) que esta alteracion existe sino cuando los sólidos la anuncian.» (*Patología general.*)

Esto es cierto en el mayor número de casos, pero no prueba otra cosa mas que la estrecha relacion que acabamos de señalar entre los órganos y los sistemas generales nervioso y circulatorio.

Cuando nos ocupemos del diagnóstico de los líquidos, no dejaremos de indicar los medios de comprobar estas lesiones sin que hayan sido espresadas por los sólidos; y si en otros casos observamos desórdenes en los sólidos al mismo tiempo que alteracion de los líquidos, sabremos hallar el orden de su sucesion, y haciendo dependientes los primeros de las

últimas, sabremos aun emanciparlos del dominio de la irritacion; denominacion vaga que, en ciertos casos, pudiera exponer á graves errores si siempre se le diera el mismo sentido.

### §. III.

*De la necesidad de considerar, en el diagnóstico, la edad y constitucion de los enfermos.*

La edad debe ocupar el primer lugar despues de los elementos del diagnóstico de que hemos hablado hasta aquí. Aun cuando conozcamos el asiento y naturaleza de una afeccion, sepamos, por ejemplo, que es una neumonia, y estemos suficientemente instruidos acerca de la causa que la ha dado origen, no será completo nuestro diagnóstico, porque para serlo debe suministrarnos indicaciones útiles, y estas no podrán adquirirse sin considerar la edad del enfermo.

Sabiendo que profesores distinguidos sacan muy buen partido, en semejantes afecciones, de hacer abundantes evacuaciones de sangre, y una tras de otra, ¿ creéis que haciendo aplicacion de este principio á todos los casos de neumonia, sin distincion de edad, podreis obtener los mismos resultados? De ningun modo; pues esta medicacion sería fatal á todos los sujetos de poca edad, á los niños y á las personas débiles y poco sanguíneas. Al contrario, las enfermedades de la adolescencia exigen medios antiflogísticos muy enérgicos, en razon del predominio de los aparatos respiratorio y circulatorio que caracterizan esta época de la vida.

Por consiguiente, si no modificais vuestro diagnóstico en proporcion de la edad; si tratáis á los adultos con un método tan poco activo como el que empleais en los niños, no podreis menos de dañar á vuestros enfermos.

El mismo será el resultado si quereis aplicar sin restriccion la misma fórmula á las neumonias de los ancianos. Todo (segun dice Cabanis) conduce al anciano á la quietud, hasta que la absoluta imposibilidad de sostener ni aun los débiles impulsos de tan lánguida vida, le hace en fin necesario y apetecible el reposo eterno que la naturaleza proporciona á todos los seres, como una noche de bonanza despues de un dia de agitacion.

Al entrar en la vejez conoce el hombre evidentemente su estado de decadencia. Pero esté efecto no data únicamente desde que se hace evidente; pues mucho tiempo antes la vida que lia llegado á su cima, desciende y se precipita con una velocidad siempre creciente hácia ese abismo donde van á sepultarse todas las existencias efímeras.

Desmaya cada vez mas el ardor de la juventud y de la edad viril ; se debilita igualmente el aliento divino que reanimaba todos los órganos y funciones ; decae la energía vital que daba á aquellas edades un maravilloso poder de reaccion contra las enfermedades ; y muchas veces una leve afeccion oprime y destruye rápidamente la vida de un anciano , como si se aprovechára de la adinamia pintada en su rostro , y de la parálisis de sus fuerzas. En vista del cuadro fiel de la vejez que acabo de hacerlos , guardaos de apagar la débil llama que aun anima esa fria organizacion ; y en vez de ocuparos exclusivamente de los medios de debilitar á su enemigo , cuya resistencia pudiera serle fatal , debilitadle ; pero al mismo tiempo soplad y reanimad el fuego de la vida en el anciano ; dadle fuerzas suficientes para que pueda unir sus esfuerzos á los vuestros , y luchar de consuno contra el enemigo comun.

El olvido de este precepto ha producido muchas veces funestas consecuencias. ¡ Cuántos ancianos enfermos han sucumbido por haber sufrido un tratamiento propio de la juventud !

Si se nos pregunta entre tanto la razon de todas estas modificaciones que la vejez induce en la enfermedad , y que exige en la terapéutica , la hallaremos fácilmente , al menos en parte , examinando la organizacion. Sabemos , en efecto , cómo lo observa M. Rostan , que el cerebro se endurece con la edad , y que los órganos encargados de transmitir el agente nervioso á las estremidades sensibles ó á las vísceras se hacen mas pequeños , mas densos , y estan como retraidos. Por consiguiente si estas alteraciones estan al alcance de los sentidos , no habrá dificultad en admitir que debe ser imperfecta la transmision del agente nervioso : hecho que se reconoce por la falta de energía en la sensibilidad y contractilidad de las partes. (Curso elemental de higiene , 2.<sup>a</sup> edicion , tomo I , pág. 150.)

Lo que acabamos de decir de la edad puede aplicarse perfectamente á la constitucion. Hablando de esta última , no la consideraremos de ningun modo como causa ocasional , sino como espresion del estado del individuo en el momento en que es invadido de cualquiera enfermedad. Asi es que aunque la plétora sea causa predisponente de las inflamaciones en general , y la anemia sea al contrario desfavorable á su desarrollo , sin embargo se observan inflamaciones en sugetos débiles , linfáticos y anémicos. Pero estas inflamaciones no son idénticas á las que padecen los sugetos fuertes y pléticos , ó , si se quiere , no hay diferencia entre los órganos afectos , ni entre la naturaleza de la afeccion ; las causas pueden ser unas mismas en los dos casos , y las enfermedades no obstante son desemejantes , lo

cual resulta de que la constitucion de los enfermos les imprime cierta diferencia. Por esta razon se ha dicho muy acertadamente, que en medicina no hay que tratar enfermedades, sino enfermos, y cada sugeto padece á su modo, como ha dicho muy bien M. Broussais (Path. general).

#### §. IV.

*De la necesidad de tener en cuenta, en el diagnóstico, las diferentes circunstancias inherentes al sexo.*

El sexo constituye un elemento del diagnóstico, y debe ser considerado bajo muchos puntos de vista. El sexo no presenta ningun interés hasta la pubertad: hasta entonces, en efecto, no hay una diferencia muy notable entre la organización del hombre y de la mujer para que pueda influir en el diagnóstico; pero desde que las partes genitales han salido del letargo de la infancia, y comenzado á desarrollarse, vemos sobrevenir grandes diferencias en su organización y en su modo de ser. Desde este momento las enfermedades idénticas en apariencia son diferentes en su fondo, segun que afectan á uno ú otro sexo; lo cual procede de que la revolucion que se verifica en la pubertad y la diferencia de sexo imprimen entonces á las enfermedades caracteres especiales. Esta diferencia no existia antes de la pubertad, como ya lo hemos dicho; por consiguiente no puede esplicarse mas que por el desarrollo de estos órganos nuevos, por decirlo así, y por la simpatía que escitan en toda la economía. He aquí por qué los autores antiguos dijeron con mucha razon: «propter solum uterum, mulier id est quid est.»

Tomando por tipo el sexo masculino, vamos á examinar la modificacion que puede indicar en las enfermedades la diferencia de sexo, pues nos interesa mucho estudiar á la mujer bajo diferentes puntos de vista.

Con respecto á su constante organización: en las mujeres todas las percepciones son en el estado normal mas rápidas y mas espontáneas las determinaciones que en los hombres. Las mujeres, por una aplicacion general de la misma ley, á saber, el predominio de la sensibilidad y la grande movilidad de la inervacion, generalmente se resienten mas en todas las enfermedades; y muchas veces una afeccion leve produce en ellas una agitación estremada, espasmos ó convulsiones.

Es absolutamente necesario estar prevenidos acerca de esta influencia que el sexo ejerce en las enfermedades, sin lo cual nos expondríamos á dar á la enfermedad un carácter de grave-

dad que realmente no tiene, y por otra parte, por medio de un tratamiento evacuante mal dirigido, podríamos hacer caer á las enfermas en una postracion, de la que es difícil sacarlas.

Lo que acabamos de exponer se observa particularmente entre las mujeres de la clase mas elevada de la sociedad, en la que se presenta en su mayor grado la diferencia entre los dos sexos.

Pudiera citar, en comprobacion de lo que hemos dicho, el ejemplo de una señora á quien administré para combatir los síntomas de un infarto gástrico, medio grano de tártaro estibiado, y doce granos de hipecacuana. La ví hacer esfuerzos continuos para vomitar, y caer en seguida en una postracion semejante á la que hubiera podido producir una pérdida considerable de sangre, y á duras penas conseguí sacarla de aquel estado alarmante despues de algunas horas. Ciertamente si yo hubiese estudiado mejor el carácter que el sexo habia dado á su constitucion, no hubiera considerado el infarto gástrico como un ser abstracto, y no le hubiera tratado tan enérgicamente como lo hice.

Me parece que basta lo expuesto para demostrar hasta qué punto puede llegar la impresionabilidad y la movilidad en las mujeres.

En las enfermedades, como en el estado normal, se observa siempre en las mujeres un predominio de la sensibilidad que el médico nunca debe olvidar.

El sexo nos es tambien de mucho interés en el diagnóstico bajo otro respectó. Habiendo admitido que la diferencia de organizacion de las mujeres influye en sus afecciones, debemos añadir que su organizacion es tambien susceptible de recibir ciertas modificaciones en diferentes épocas de la vida, y que estas modificaciones exigen indicaciones particulares. Asi es que una enfermedad cualquiera que sobreviene en una mujer embarazada no es la misma con respecto á su diagnóstico y tratamiento, que si sobreviene fuera de la preñez. Si no se tuviera presente esta verdad pudieran cometerse graves errores, pues mirando los dos casos como absolutamente semejantes podrá intentarse emplear siempre en ellos un mismo tratamiento.

En una mujer que padece una pneumonia, y que se halla al principio de la preñez, le produciria el aborto, si se empleára en ella el método de las evacuaciones sanguíneas, una tras de otra. Se obtendria igual resultado, en el caso de padecer una vaginitis una mujer que se halla en la misma circunstancia que la anterior (afeccion bastante frecuente en las recién casadas), si se aplicasen sanguijuelas en gran número á las partes geni-

tales, ó se hiciesen en ellas inyecciones muy astringentes.

En estos dos casos la preñez no constituye una complicacion de la enfermedad principal, pues para esto seria necesario que fuese un estado patológico; pero modifica el estado morbozo, exige alguna variacion en las indicaciones terapéuticas por haber producido en la organizacion de la mujer una modificacion particular á su sexo.

La época de la menstruacion merece tambien fijar por un instante nuestra atencion. En ciertos casos el flujo menstrual exige modificaciones terapéuticas, y debe incluirse tambien entre los elementos del diagnóstico.

Los antiguos tenian sumo respeto á la menstruacion; era segun ellos una funcion muy saludable que no podia perturbarse por ningun pretesto. Sin embargo debemos señalar en esta opinion un error entre otros muchos que pasan de una generacion á otra sin sufrir ningun examen.

En la mayor parte de las mujeres la menstruacion se efectua con facilidad, sin sentir grandes molestias, y no escita ningun desorden notable en la economía; el mayor número de ellas apenas la sienten, y si las preguntais sobre los dias del mes en que les corresponde la menstruacion y sobre su duracion, las mas veces no saben que contestaros. En esta clase de mujeres, y á ella pertenecen la mayor parte de las que se hallan en los hospitales, siendo la economía, por decirlo asi, estraña á esa funcion intermitente, podeis imitarla resueltamente, y obrar como si no hubiera menstruacion; pero no sucede lo mismo en la clase mas distinguida de la sociedad, pues en ella los órganos de la reproduccion estan, por decirlo asi, tensos continuamente para vibrar á la menor escitacion, y para conmovier todo el organismo por medio de continuas simpatias. Mujeres hay en quienes la menor escitacion recorre todas las ramificaciones nerviosas con la rapidez del rayo; y lo que merece sobre todo notarse, es que hay algunas entre ellas en las que toda impresion por poco fuerte que sea se hace sensible casi instantáneamente en los órganos, cuyo desarrollo probablemente ha contribuido mas á modificar la constitucion de la mujer, es decir, en los órganos genitales.

Uno de mis mejores amigos y comprofesores, M. el doctor Matuszynski me refirió un dia que asistia á una mujer pública, y que cada vez que aplicaba el oido sobre la region precordial para auscultar el corazon, le suplicaba que no se detuviera mucho, diciéndole confidencialmente que esta exploracion prolongada por cierto tiempo no dejaria de producir en ella sensaciones voluptuosas. Habiendo la misma mujer recibido un

susto en otra ocasion tuvo repentinamente un flujo de sangre considerable que se reprodujo por espacio de muchos dias seguidos, precisamente á la hora correspondiente á su sobresalto.

¡Cuántas mujeres se hallarán en la época de la menstruacion cuando os llamen para asistirles en cualquiera enfermedad! Debeis entonces tener en cuenta en vuestro diagnóstico dicha evacuacion. La analogia debe manifestaros que si considerais como una enfermedad comun la que teneis que tratar, podeis, juzgando necesaria la aplicacion de medios enérgicos, producir desórdenes en una funcion que tiene tantas simpatias con toda la economia y particularmente con el sistema nervioso, primer móvil de todas las funciones y principal depositario de las fuerzas vitales.

### §. V.

*Hasta qué punto es preciso atender á las causas de las enfermedades en el diagnóstico.*

La mayor parte de las causas de las enfermedades son tan oscuras que será tal vez siempre imposible introducir en su estudio alguna claridad. Otras causas, aunque mejor conocidas en razon de la mayor uniformidad de sus resultados, son tan movibles y su accion es tan momentánea que no queda de ellas ningun vestigio en el momento en que nacen las enfermedades. En medicina, como en las demas ciencias naturales, proponiéndose destruir un fenómeno cuya causa se conoce, debiera primeramente procederse á la destruccion de la causa.

Asi es que en química, cuando se quiere separar un ácido de un álcali cuya naturaleza es conocida, y que por su combinacion con él forma una sal, se añade otro ácido que, teniendo con el álcali mayor afinidad que el precedente, le atraiga hácia él, y deje al primer ácido en estado de libertad.

Pero por desgracia es muy limitado el número de causas de las enfermedades que tengan una naturaleza tan determinada y una accion tan permanente como las causas de los fenómenos químicos.

Siendo esto cierto, el conocimiento de las causas de las enfermedades debe pues hacer un papel secundario en el diagnóstico, y aun diremos que muchas veces es inútil, puesto que por sí mismo no puede suministrar ninguna indicacion terapéutica, ni modificar las que sugieran otros elementos.

La opinion que acabo de manifestar merecerá el asentimiento de cualquiera que examine atentamente esta materia, pues

le será fácil convencerse de que las causas de las enfermedades que mas nos interesa conocer son precisamente las que mas se semejan por todos sus caracteres á las de los fenómenos físicos y químicos. Por esta razon nos es muy importante conocer las causas de las inflamaciones especiales, la naturaleza y composicion de una sustancia corrosiva ingerida en el estómago, el saber si una herida ó una úlcera que acaban de formarse son de naturaleza especial sifilitica, rabifica, etc., porque en todos estos casos la causa existe aun en la economía, y se halla en disposicion de estender su estrago aumentando la intensidad del estado morboso que ya observamos, y produciendo desórdenes consecutivos. La principal indicacion que entonces se ofrece al médico es destruir la causa de los primeros fenómenos morbosos, administrar el antídoto que neutralice el veneno, y cauterizar la herida rabifica ó la úlcera sifilitica.

Esto mismo es tambien aplicable á algunas otras causas inherentes al mismo individuo, á su organizacion. La afeccion de un órgano puede producir la de otro con quien tenga relaciones. Cuando un médico es llamado para asistir á un enfermo que padece congestiones cerebrales, y al mismo tiempo una hipertrofia del corazon, independientemente de las indicaciones que exijan las congestiones le es necesario atender á las que requiere la hipertrofia del centro circulatorio, sin lo cual la accion constante de esta causa pudiera destruir los buenos efectos del tratamiento dirigido contra las congestiones. Lo mismo sucederá en otros muchos casos en que teniendo origen en el organismo del enfermo la causa de cualquiera enfermedad, constituye una de las complicaciones del principal padecimiento. Entonces no será difícil descubrir esta causa, si se quiere seguir el precepto que daremos mas adelante al hablar de la interrogacion de los enfermos, precepto que consiste en el atento exámen de todos los órganos.

Es igualmente importante al médico conocer ciertas causas exteriores que por su continuo influjo son, por decirlo asi, inherentes al organismo. Pertenecen á este género todas las causas morales que pueden algunas veces conducir á un desgraciado al sepulcro, si el médico no las tiene presentes en el diagnóstico. En casos semejantes puede preguntarse con M. Rostan, de qué provecho hubieran sido todas las drogas de la farmacia contra el amor de Antiocho ó de Perdicas. Ciertamente no era necesario para curarlos administrarles vomitivos ni estimulantes, ni aplicarles sanguijuelas en gran número al epigastrio; el verdadero remedio era Stratonice, era Phila. (Clínica médica, tomo I, p. 13).

Todo lo que llevamos espuesto es lo que necesitamos saber principalmente acerca de las causas de las enfermedades para hacer el diagnóstico. Poca utilidad trae el saber si es el frio el que ha ocasionado una neumonia, como acontece las mas veces, ó la proximidad al fuego de una chimenea, como pretende Laennec.

Debeis prescindir de todas esas discusiones, y ocuparos únicamente de la misma afeccion, porque su naturaleza es siempre la misma, y á escepcion de las complicaciones y de algunas particularidades que presenta en su desarrollo, siempre exige las mismas indicaciones en individuos semejantes.

No obstante, no podemos abandonar este asunto sin manifestar á nuestros lectores que aunque rara vez nos ocupamos de las causas de las enfermedades en el diagnóstico, estamos muy distantes de proscribir absolutamente este conocimiento; al contrario, diremos que sirve para dilucidar muchas cuestiones de importancia, que si bien estrañas al diagnóstico, interesan demasiado á nuestro arte para que los médicos puedan prescindir de ellas en el examen de los enfermos.

Nos lisonjamos de hallarnos en este punto acordes con el ilustre médico que por su talento de observacion mereció el nombre de Hipócrates inglés.

Pero aunque parezca cierto que las causas de la mayor parte de las enfermedades son enteramente incomprensibles é inesplicables, no debe deducirse de esto que no puedan curarse las dolencias.

Cuanto hemos dicho de las causas se refiere solamente á las remotas. En efecto, fácil es ver que los filósofos que se entretienen en indagar semejantes causas, y que quieren á despecho de la naturaleza descubrirlas y esplicarlas, intentan lo imposible, al mismo tiempo que desprecian las causas próximas é inmediatas, únicas, sin embargo, que deben y pueden conocerse sin el auxilio de esas vanas teorías, pues se presentan al entendimiento con claridad, ó han sido descubiertas mucho tiempo ha, ya por medio de los sentidos, ya por medio de observaciones anatómicas.

Es absolutamente imposible que el médico conozca las causas morbosas que no tienen ninguna relacion con los sentidos; pero debe decirse en obsequio de la verdad que tampoco es necesario este conocimiento; pues basta saber cuál es la causa inmediata de la enfermedad, cuales son sus efectos y síntomas para distinguirla exactamente de cualquiera otra que ofrezca semejanza con ella. (Sydenham, med. práctica, traduccion de Jault con notas de Baumes: prólogo del autor, pág. 135 y 136).

## §. VI.

*De la duracion, marcha, tipo y sucesion de las enfermedades, consideradas como elementos del diagnóstico.*

Es tambien muy útil para el diagnóstico el conocimiento de la marcha y duracion de la enfermedad, porque puede influir notablemente en el tratamiento. Una enfermedad crónica adquiere caracteres diferentes: 1.º por el grado de la afeccion, la que nunca es tan intensa como las agudas: 2.º, por la duracion, naturalmente mas larga, y que ha habituado en algun modo los tejidos á las condiciones de la enfermedad.

Debemos incluir en el diagnóstico este nuevo elemento, principalmente con respecto á esos dos caracteres distintivos. Conviene ademas que conozcamos el tipo de la enfermedad; porque una afeccion tan simple como la fiebre intermitente puede en ciertos casos adquirir formas que simulen inflamaciones de algunos órganos, y nos seria muchas veces imposible descubrir la verdadera naturaleza de la afeccion sin conocer su tipo. Por último, es muy importante en ocasiones saber si la enfermedad actual es primitiva, ó si ha sido precedida de otros estados morbosos ó de algunas indisposiciones. Mas de una vez se ha observado sobrevenir en el organismo, despues de la desaparicion repentina de algunas indisposiciones, una modificacion particular que sostenia un estado morbozo imposible de curar mientras no se haya hecho aparecer la indisposicion primitiva.

En cuántas ocasiones se han visto graves desórdenes en la economía despues de la supresion de un flujo hemorroidal, y subsistir hasta el completo restablecimiento de esa evacuacion á la que estaba antes habituado el organismo!

Muchas veces sobrevienen catarros ú otras afecciones análogas que se resisten á todos los medios terapéuticos, si no se reproduce una fluxion antigua que habia existido en un punto cualquiera de la piel. He visto curarse romadizos que se habian manifestado rebeldes á todo tratamiento con el uso de medias de lana, cuya continua aplicacion restablecia la abundante traspiracion á que el organismo estaba habituado. A la misma clase de hechos es preciso referir los casos, citados por muchos autores, de sordera en los niños, consiguiente á la desaparicion repentina de los piojos, y de la restitution del oido despues de volver á aparecer aquellos.

Deben citarse aquí tambien los casos de asma puramente nervioso, en los que han sido ineficaces todos los medios, y se

han curado rápidamente desde el momento de haber restablecido, por medio de exutorios, una fluxion sostenida antes por herpes inveterados.

Todos estos hechos, y otros muchos que pudiéramos añadir, prueban hasta la evidencia lo que hemos dicho en un principio, lo importante que es incluir en el diagnóstico el conocimiento, no solo de la duracion, marcha y tipo de la enfermedad, sino tambien de su prioridad ú orden de su sucesion.

### §. VII.

#### *Del clima considerado como elemento del diagnóstico.*

Ocupándonos únicamente del diagnóstico, seria inoportuno querer probar la influencia del clima en la produccion de las enfermedades, cuestion que es puramente del dominio de la patologia general y de la higiene. En efecto, nadie ignora que hay enfermedades que solo aparecen en ciertas condiciones del suelo y de la atmósfera. Asi es que el yaw ó pian, la fiebre amarilla, la peste, la plica polaca parecen de tal manera inherentes á ciertas condiciones del clima, que nunca se manifiestan en paises de diferentes condiciones, á no ser transportadas á ellos, en cuyo caso acontece las mas veces que son modificadas por el nuevo clima en términos que degeneran. Mas no es este el sentido en que queremos considerar al clima con respecto al diagnóstico; lo que únicamente pretendemos es hacer conocer que las enfermedades de un mismo nombre pueden tomar diferentes caracteres, segun que se presenten en tal ó cual clima.

Al habitante de un clima ardiente, como ha dicho muy bien Cabanis, le afectan las mas leves impresiones; pasa rápidamente de una sensacion á otra; recorre en un solo instante toda la escala, por decirlo asi, de la sensibilidad humana, y no hay en él mas que un paso del espasmo á la atonia. El que habita un pais frio, segun el mismo observador, no puede ser impresionado sino por los estímulos mas vivos y fuertes; no es susceptible de recibir tantas impresiones á la vez, y son mas aisladas, mas lentas y mas débiles.

Causa estrañeza que algunos autores, y entre otros Hoffman y Reveillon, consideren las afecciones nerviosas como mas frecuentes en los paises frios que en los cálidos. La contradiccion que parece encontrarse *à priori* entre la opinion de estos médicos y la que hemos emitido, no es, sin embargo, mas que aparente. En efecto, para convencerse de ello basta, como dice M. Dubois (d' Amiens) examinar los hechos, y distinguir

qué es lo que se ha comprendido bajo la denominacion de enfermedades nerviosas. Es preciso recordar, que todas las afecciones mentales, por ejemplo, han sido incluidas en esa denominacion, y entonces ya se podrá concebir la razon por qué en el noroeste de Europa son tan frecuentes estas afecciones. En estos paises hay que tener presente, ademas de la influencia del clima, la accion incesante de una gran civilizacion en el espíritu de los pueblos. En ellos puede el hombre llegar á adquirir fortuna, honores, y aun ocupar los primeros puestos del estado por su propia industria, su sagacidad, y en una palabra, por el solo poder de su inteligencia; de lo que resulta que el entendimiento está continuamente escitado, ya por una aventajada educacion, ya por la forma de gobierno. ¡A cuántos vaivenes y quebrantos se halla expuesto el hombre en estos paises, y por consiguiente cuán frecuentes y poderosas son en ellos las causas de enagenacion mental! (Pat. gen., Fed. Dubois, t. I, pág. 36.)

Todos estos conocimientos concernientes á la diferencia del estado fisiológico general, y particularmente del estado del sistema nervioso entre los habitantes de las diversas zonas del globo, son susceptibles de una lata aplicacion á la práctica de la medicina. Si todos los elementos que hemos estudiado hasta aqui fuesen semejantes en las enfermedades de dos individuos, de los que el uno habitase la América septentrional, y el otro las Antillas, la sola diferencia del clima debia entrar en sus enfermedades como un nuevo elemento que modifica la afeccion, y exige diferente tratamiento. El que aproveche en el primero, dañará muchas veces en el segundo, y aquí es donde puede citarse oportunamente aquella sentencia de Hipócrates: *naturam morborum ostendit curatio.*

Generalmente las enfermedades de los paises cálidos parece que afectan al sistema nervioso, y cualquiera que sea la enfermedad no tarda el referido sistema en tomar parte en el padecimiento. En los paises frios, al contrario, el sistema nervioso se halla en un estado como de entorpecimiento, la sensibilidad es mas obtusa, y las afecciones de los órganos permanecen, por decirlo así, aisladas del resto de la economía. Las que producen en un habitante del Mediodía una agitacion general, son fácilmente soportadas por un lapon que apenas las siente. Vereis muchas veces á un ruso andar tranquilamente sobre la nieve con los pies heridos, mientras que un negro con la misma herida será acometido de convulsiones tetánicas las mas atroces.

Líneo, en su viage á la Laponia, vió á los habitantes de este pais cubierto de nieve comer en la sopa retoños de acó-

nito, así como nosotros comemos los de col ó de espárragos; y aquellos, á quienes quiso manifestar la imprudencia de este uso, contestaron con risas á sus graves consejos. Dice también este inmortal naturalista, que los lapones se purgan comunmente con el aceite de tabaco, y que le emplean á grandes dosis en ciertos cólicos, siendo fácil deducir las tristes consecuencias que se seguirían entre nosotros de semejante conducta.

Lo que queda ya probado con respecto á los remedios no es menos evidente con respecto á las enfermedades; pues estas, como aquellos, producirán diferentes efectos en un lapón y en un habitante de un país cálido. Por fin, si no se quiere decir que la enfermedad cambia de naturaleza en todos estos diferentes climas, preciso es confesar al menos que no son los mismos los problemas que el médico se ve precisado á resolver. Los antiguos conocieron bien la importancia de este punto del diagnóstico, é Hipócrates, como ya lo hemos manifestado en un principio, le ha comprendido entre los elementos necesarios para conocer una enfermedad. No ha dejado Baglivo de advertir á sus lectores que todo cuanto ha dicho no se refería sino al clima de Roma: «Vivo et scribo in aere romano,» manifestando en estas palabras, que no quería garantir el éxito de su tratamiento en los países de diferente clima á aquel en que ejercía la medicina.

### §. VIII.

#### *De la profesion de los enfermos.*

La profesion no modifica inmediatamente las enfermedades. Todas las modificaciones que pudieran parecer necesarias en el diagnóstico y tratamiento, en sujetos de diferente profesion, no proceden de ningún modo de esta última circunstancia, sino de la diferencia de constitucion y hábitos que son en general mas ó menos propios de ciertos estados. Si muchas veces hay precision de modificar las indicaciones terapéuticas en los artistas, no es debido á su profesion, sino á su organizacion primitiva que les hace aventajarse en su ramo, y que por un largo ejercicio de su profesion toma caractéres especiales. Examinad únicamente la organizacion y fisiologia de los célebres músicos, y os convencéreis de la realidad de nuestra proposicion. Donde quiera que sobresalga el sentimiento, la armonia ó la violencia, hallareis una movilidad y una irritabilidad estremada del sistema nervioso: Paganini, Litz y Chopin pueden servir de modelos de semejante organizacion. No obstante si quereis examinar su fisiologia, los hallareis análogos á máquinas eléctricas,

impresionables á las menores influencias exteriores , en términos que algunas les imprimen una movilidad próxima al estado morboso , y de repente otras influencias producen despues en ellos un estado de abatimiento y una adinamia que ceden felizmente las mas veces á escitaciones insuficientes para personas de otra profesion. Lo que hallamos de notable en el estado fisiológico de los distinguidos artistas se observa tambien en sus afecciones. Cualquiera que sea el órgano afecto , el sistema nervioso toma parte en el padecimiento con la rapidez del rayo , y no es raro ver en las enfermedades de los artistas , cualesquiera que ellas sean , el delirio , convulsiones , etc. Los sugetos de esta misma clase sienten con mas intensidad que los de cualquiera otra profesion los medios debilitantes , asi como las escitaciones. Evacuaciones leves producen muchas veces en ellos una postracion de fuerzas cuya prolongacion seria peligroso arrostrar , aumentando la cantidad de líquidos evacuados , ó repitiendo frecuentemente su evacuacion. Todos estos conocimientos son sumamente importantes al médico cuyo destino práctico no tiene límites fijos , y cuyas relaciones representan , por decirlo asi , el lazo que une todas las clases de la sociedad , los ricos con los pobres , los gobernantes con los gobernados.

Lo que acabamos de decir de los músicos es aplicable á los pintores , á los poetas , etc. Para descollar en todos estos ramos es preciso sentir y tener imaginacion , y estas dos funciones no pueden ejercerse largo tiempo sin que el sistema nervioso sufra una modificacion particular que le hace , no sólo sensible á las mas débiles escitaciones , sino aun capaz de comoverse creándolas él mismo : las indicaciones no pueden ser las mismas en los obreros que en los artistas , pues aquellos exigen un tratamiento mas enérgico , estando su organismo entero como sus músculos , habituados , por decirlo asi , á obrar contra las masas. Para esta clase de sugetos es preciso que haya en sus enfermedades , como en los medios terapéuticos , alguna cosa que les recuerde por la fuerza , energía , cantidad y volúmen , el yunque , el martillo , ú otros estimulantes habituales.

Aun admitiendo que la profesion no tenga una influencia inmediata en el diagnóstico , no podemos dudar lo mucho que interesa al médico conocer la profesion de los enfermos , porque es al menos útil para suministrar indicaciones del momento , lo es al menos para el porvenir , luego que el enfermo comienza á entrar en convalecencia. De este modo podrá preservar á los enfermos de numerosas recaidas de afecciones que se desarrollan incesantemente bajo el influjo de ciertas profesiones. Su-

pongamos que se ignora que un enfermo atacado de bronquitis, trabaja en un laboratorio de química; sin el conocimiento de este hecho se puede fácilmente curar esta afección, pero no se le podrá preservar de las recaídas á que continuamente está expuesto volviendo á sus antiguas ocupaciones. Por otra parte, aunque ciertas profesiones no cambien la naturaleza de las enfermedades, modifican de tal modo la espresion, que el médico que no conociese la profesion que el enfermo ejerce, cometería muchos errores de diagnóstico, si no desconociendo enteramente la afección, al menos su grado de intensidad. Algunos de los discípulos que me han honrado con su asistencia á mis conferencias clinicas, en el hospital de la Caridad, se acordarán tal vez de un jóven sastre, de diez y ocho años de edad, que sucumbió en el mes de marzo de 1836, asistido por M. Bouillaud, á consecuencia de una enfermedad orgánica del corazon. Diagnosticamos en este enfermo durante la vida, lo que la autopsia nos ha revelado despues. Reconocimos un obstáculo muy manifiesto en la circulacion, y declaramos que la posicion del enfermo era sumamente grave, á pesar de que no se quejaba mas que de alguna dificultad en la respiracion, y sus piernas no estaban aun infiltradas. Los que no dieran tanta importancia como nosotros á los signos físicos de las afecciones orgánicas del corazon, al ver tan poco alteradas la respiracion y la circulacion, hubiesen dudado probablemente de nuestro diagnóstico, ó al menos de la gravedad del pronóstico. Pero teniendo nosotros en cuenta la profesion del enfermo, á pesar de ser una de las mas tranquilas, no dejamos de insistir en nuestra opinion, diciendo, que si el enfermo en vez de ejercer el oficio de sastre, hubiera sido herrero, hubiese experimentado infaliblemente sofocaciones mucho tiempo antes, y hubiese presentado los signos de una lesion muy pronunciada de las válvulas. En comprobacion de esto mismo manifestamos entonces á nuestros discípulos un herrero que ocupaba la cama inmediata al núm. 23. En este último la afección, aunque menos marcada, daba lugar á una dispnea considerable; y sin embargo de que muchos la hubieran considerado mas grave que la del precedente, á nosotros nos pareció mas leve atendiendo á su profesion; y añadimos que el mejor consejo que podia darse á este enfermo era cambiar su profesion con la de su desgraciado vecino. En poco tiempo se realizó nuestra prevision, pues el sastre sucumbió á los pocos dias, aunque su grave afección producía una alteración poco aparente en las funciones. Al contrario el herrero podrá aun vivir largo tiempo, particularmente si deja los penosos trabajos inherentes á su profesion.

## §. IX.

*De los hábitos é idiosincrasias considerados como elementos del diagnóstico.*

Los hábitos é idiosincrasias deben ocupar el último lugar entre los elementos del diagnóstico; decimos el último, porque actualmente, en razon de los progresos de la civilizacion, no es ya frecuente ver ciertas pasiones y hábitos, tales como la glotonería y la embriaguez. No obstante se han visto personas acostumbradas á beber diariamente una enorme cantidad de aguardiente, sin poder prescindir, aun en las afecciones menos agudas, de beber cierta cantidad de este licor. Una abstinencia absoluta bajo este respecto les hubiera sido perjudicial, y hubiera podido destruir la accion benéfica de un tratamiento anti-flojístico. Avezados estos enfermos á una estimulación escesiva, hubieran caido en una adinamia muchas veces peligrosa, si sometiéndolos á evacuaciones de sangre copiosas, no se hubieran sostenido sus fuerzas, al menos con pequeñas dosis del estímulo á que estaban habituados.

Cuando visitaba en Varsovia las salas de soldados rusos que padecian enfermedades venéreas, el cirujano mayor me decia haber aprendido por esperiencia, que las úlceras, aun las que estaban muy inflamadas, se curaban mas pronto en los enfermos á quienes concedia aguardiente y media racion de berza ácida, que en los que sometia á un régimen severo. Haciéndose tan evidentes las ventajas de este tratamiento, que el aguardiente figuraba en todas las prescripciones del hospital.

Cuanto acabamos de decir sirve para probar que los hábitos é idiosincrasias de los enfermos pueden influir de tal modo en sus afecciones, que aun conservando estas últimas su nombre, deben ser colocadas en diferente categoria con respecto al diagnóstico; porque exigen un tratamiento distinto del que hubieran requerido siéndo simples, es decir, presentándose en sugetos de condiciones ordinarias.

## CAPITULO II.

## DE LOS METODOS DEL DIAGNÓSTICO EN GENERAL.

## §. I.

*Division de los métodos en unos que consisten en la aplicacion de los sentidos, y otros intelectuales.*

Creemos haber dado ya suficiente estension al analisis del diagnóstico, y es fácil conocer, por lo que hemos dicho en el capítulo precedente, cuán árdua es la mision del médico práctico, que no basta considerar como constantemente idénticas las afecciones que pueden ser colocadas en la misma clase de un sistema nosológico, y que aun siendo la misma la espresion de las enfermedades, su naturaleza puede ser modificada por diferentes circunstancias que deben entrar siempre como elementos en el diagnóstico del médico, el cual funda en ellas sus indicaciones terapéuticas.

Habiendo hecho conocer bastantemente la importancia de estos elementos, pasaremos al estudio de los métodos, por cuyo medio se llega á su conocimiento.

Los principales instrumentos de estos métodos son los sentidos y la inteligencia.

Pueden resolverse un gran número de problemas del diagnóstico por medio de los sentidos aislados, y particularmente por la accion combinada de muchos de ellos; pero en bastantes ocasiones los mismos sentidos no pueden dar resultados satisfactorios, y para proceder de un modo exacto es preciso recurrir á la inteligencia. Entonces se ejercen alternativamente la memoria, el juicio, la analogía y la induccion.

La memoria os presentará las lesiones de los órganos que hayais hallado despues de síntomas semejantes á los que observais, y por otra parte os ofrecerá los resultados de las experiencias fisiológicas. Por último, aproximando unas á otras todas las circunstancias que se hallan en un caso determinado, ó con las que hayais observado analogías en otra parte, formareis el juicio sobre la naturaleza de la afeccion actual. En vista de lo que acabamos de decir, nos ha parecido necesario dividir los métodos del diagnóstico en *métodos sensuales* y *métodos intelectuales*. Los primeros pueden dividirse despues en *métodos físicos* y *químicos*.

Al establecer esta division, que juzgamos indispensable,

damos á entender suficientemente que el médico no se instruye solo por los sentidos, sino tambien por las diferentes facultades intelectuales.

Cuando examinemos los métodos en particular, nos persuadiremos mas de que hay circunstancias en la práctica médica, en las que venimos en conocimiento de algunos objetos inapreciables á nuestros sentidos en el momento de hacer el diagnóstico. Nosotros no vemos allí mas que síntomas; pero representándonos entonces la memoria los objetos inseparables de los fenómenos que observamos, nos cercioramos de su existencia, no por medio de los sentidos, sino por una de las facultades intelectuales mas bellas y mas útiles, por la analogía y por la induccion lógica. A beneficio de esta induccion podemos inferir de lo que nos es conocido por la memoria y por los resultados del cálculo, lo que no conocemos de ningun modo; y lo que es aun mas, muchas veces sin el auxilio de la memoria ni de la analogía, nos advierte la induccion de un modo concluyente de la presencia de los objetos con arreglo á ciertos efectos ó ciertas leyes conocidas. Pero se nos podrá objetar que lo que llamamos instruccion no es mas que una hipótesis; á esta objecion podemos contestar demostrando un gran número de hipótesis semejantes que se han convertido despues en grandes verdades; y lo que en un principio no fue admitido mas que por induccion, puede haber recibido actualmente la sancion de los sentidos. No nos faltarán hechos para probar esta asercion, pues las ciencias están llenas de ellos. Asi es, dice Cabanis, que antes de haber dado vuelta á la tierra, se habia adivinado la existencia de los antipodas (hubiera podido decir que se habia enseñado la existencia de los antipodas), que se habia sospechado la de algunos satélites de los planetas, y que aun astrónomos mas osados habian anunciado nuevos planetas antes que se hubiesen presentado á su observacion. Del mismo modo Newton, estudiando los efectos de la gravedad sobre la tierra, se vió impulsado á pensar que la luna seguia su órbita al rededor de ella en virtud de las mismas leyes, y despues de haberse cerciorado de ello por medio del cálculo, ensayó someter á las mismas leyes todo el sistema solar, y desde este grande hombre, cuanto mas se ha observado y calculado mas conforme se ha hallado con los hechos lo que en un principio no debió parecer mas que una hipótesis atrevida y feliz, habiendo esplicado despues satisfactoriamente los mismos fenómenos que parecian serle tan contrarios á primera vista.

El mismo Newton conoció la composicion química del diamante, haciendo la induccion de sus propiedades físicas.

Por la induccion tambien se ha admitido en un principio, y adivinado, por decirlo asi, el principio inflamatorio de ciertas enfermedades aun poco conocidas, y se han referido ciertas hidropesias á un obstáculo en el curso de la sangre venosa, á la obliteracion de las venas, por ejemplo, etc. etc. (Bouillaud, *ensayo sobre la filosofia médica*, pág. 204.)

Estos hechos pueden producir la conviccion de que el médico no solo se instruye por los sentidos esternos, sino tambien por los internos, instrumentos de una facultad sublime que no se halla mas que bosquejada en los animales, y que se llama inteligencia.

Todo lo que hemos expuesto justifica la gran division que hemos establecido en los métodos, separando los métodos sensuales de los intelectuales.

Para que la accion de los sentidos pueda conducirnos á adquirir conocimientos verdaderamente útiles, son indispensables dos condiciones: la primera es la buena organizacion de los sentidos; la segunda es su esquisita sensibilidad. La primera se adquiere, por decirlo asi, al nacer; la segunda, al contrario, no se adquiere sino por medio de la educacion. Los mejores medios para una buena educacion son la atencion y el hábito.

La atencion, como ha dicho muy bien M. Bouillaud en la excelente obra que acabamos de citar, aumenta la fuerza del instrumento observador, y le pone tenso en algun modo. Corvisac ha conocido tambien la necesidad de la educacion de los sentidos. « De todas las ciencias físicas en general, dice, no hay tal vez una en la que interese mas preguntar á los sentidos, que en la medicina práctica propiamente dicha.»

Estamos tan penetrados de la verdad de esta opinion, que hemos creido difícil hallar mejor epígrafe para nuestro manual de auscultacion y percusion. Otro método de educar los sentidos es, como hemos dicho, el hábito: para que los sentidos adquieran finura, preciso es ejercitarlos mucho, y dirigirlos repetidas veces á los mismos objetos para habituarlos á ellos.

« Poniendo frecuentemente la atencion, dice Laplace, en una cualidad particular de los objetos, se consigue que los órganos adquieran una esquisita sensibilidad que hace reconocer esa cualidad; cuando es inapreciable á los demas hombres. Esta opinion de Laplace, referida por M. Bouillaud en la obra que acabamos de citar, es muy positiva. Temeríamos fatigar á nuestros lectores, citándoles mas hechos en apoyo de esta asercion; sin embargo, no podemos prescindir de citar uno que hemos oido referir á M. Bouillaud.

Este práctico distinguido, hallándose en consulta para una

afección del corazón con otros tres de sus colegas, reconoció de un modo incontestable una prominencia en la region precordial. Uno de los otros aprobó la opinion de M. Bouillaud; pero el tercero no supo disimular su admiracion, viendo á sus colegas reconocer una prominencia donde él creia ver á primera vista una depresion.

La prominencia era efectiva; pero para verla era preciso tener los ojos educados; era necesario ponerlos tensos, y habitarlos á ver objetos semejantes; por consiguiente solo á una mala educacion pueden referirse tales errores.

Para que los métodos intelectuales suministren al médico conocimientos exactos es preciso que sea buen anatómico y buen fisiólogo. Es necesario que conozca la disposicion y situacion de los órganos, sus funciones y las leyes de la organizacion; debe conocer tambien la patologia, saber la descripcion de los sintomas, cuyo conjunto mas ó menos invariable constituye las enfermedades. El médico, provisto de estos conocimientos, aprecia el síntoma principal, y procede á la exploracion del órgano, cuya lesion funcional expresa. Si este órgano parece exento de padecimiento, debe buscar el asiento de la afección entre los órganos que simpatizan con el supuesto primeramente enfermo; y cuando este medio no produzca efecto, en atencion á la facultad que puede tener este órgano de simpatizar con otros muchos, se trata de apreciar otro síntoma, y se procede, como antes, al exámen del órgano, cuyo estado patológico manifiesta. Procediendo asi sucesivamente con todos los sintomas, puede esperarse llegar al asiento preciso de la enfermedad. El diagnóstico del principio morboso se hace, pues, comparando el cuadro patológico con el fisiológico, y estableciendo la debida relacion entre los sintomas y las lesiones de los órganos: algunas veces es imposible hallar esta relacion, y entonces se recurre á la hipótesis de las fuerzas vitales que se dice estar enfermas; pero como este diagnóstico se opone á toda especie de investigacion, y no sufre ninguna demostracion, no puede tener mas que un grado mayor ó menor de probabilidad.

En fin, solo despues de haber conocido las costumbres y hábitos de los enfermos, de haber estudiado atentamente durante la salud, por medio de frecuentes relaciones, su constitucion, su temperamento y diferentes disposiciones de su organismo, podrá el médico llegar á apreciar las modificaciones que todas estas circunstancias pueden inducir en un estado morboso determinado.

Conociendo instintivamente el vulgo esta verdad, concede siempre fácilmente su confianza á los médicos habituados á asis-

tir á una familia. Por esta razon los enfermos prefieren los médicos que los han recibido en sus brazos al nacer, y que los han asistido durante su infancia en el hogar paterno. Esta confianza no es ciertamente infundada; y si la instruccion científica no corresponde siempre á ella; si vemos á estos médicos engañarse algunas veces en la localizacion de las enfermedades, al menos no estan tan expuestos como los demás á emplear medios opuestos á la constitucion ó al temperamento de sus enfermos. A la experiencia deben atribuirse todos sus felices resultados.

Hemos visto que los sentidos constituyen una parte de los instrumentos del diagnóstico. Todos los sentidos pueden tener su aplicacion en el diagnóstico; pero los métodos á que da lugar esta aplicacion no tienen todos el mismo valor. Los métodos de que nos servimos mas comunmente en el diagnóstico son los siguientes: 1.º inspeccion: 2.º medicion: 3.º palpacion: 4.º depresion: 5.º fluctuacion: 6.º sucusion: 7.º tacto: 8.º percusion: 9.º auscultacion: 10.º olfacion: 11.º gustacion. Despues vienen los reactivos químicos, y por último los métodos intelectuales.

## §. II.

*De los métodos que consisten en la esplicacion de los sentidos en general.*

La inspeccion no puede estenderse á todos nuestros órganos: no comprende en su dominio mas que los órganos situados al exterior, ó poco profundamente.

En el primer caso basta el ojo solo, rara vez provisto de un lente; y en el último se emplean algunos instrumentos para poner de manifiesto las partes profundas.

Para llenar este objeto nos servimos del speculum, de la vagina y del recto. Este método puede ademas ofrecernos algunas ventajas, aun en el exámen de los órganos cubiertos de tegumentos delgados, permitiéndonos muchas veces al menos apreciar sus limites.

De esta manera podemos algunas veces determinar á simple vista el volumen del corazon, el estado de las arterias, de las venas, etc.; pero si la accion directa de la inspeccion es tan limitada, por otra parte puede conducir indirectamente al diagnóstico de muchas afecciones. El ojo recoge de todos los puntos de la economia diferentes sintomas que sirven despues de materiales á la induccion, al juicio y á otros métodos intelectuales que los refieren á las lesiones de diferentes órganos.

Donde quiera que la inspeccion es susceptible de una aplicacion directa, conduce á los resultados más positivos en materia de diagnóstico. Por medio de este método podemos reconocer el asiento de la enfermedad, y apreciar su naturaleza; y si no tenemos la suficiente confianza en la apreciacion del ojo, podemos recurrir ventajosamente á diferentes instrumentos, tales como el pie, el compás, etc.

Por fin, la aplicacion de este sentido no se limita al diagnóstico, puesto que puede recoger sus observaciones de los órganos de los cadáveres, y aun insinuarse en las entrañas de los animales vivos. En efecto la anatomía patológica y las vivisecciones son tambien dos métodos preciosos del diagnóstico. La primera puede suministrarnos conocimientos importantes acerca del diagnóstico hecho durante la vida, indicando el asiento y naturaleza de la afeccion. ¿Pero cuántas veces ha habido necesidad de que este método sea auxiliado de las facultades intelectuales, y particularmente del juicio, para no considerar como afecciones idénticas en naturaleza, las que lo son aparentemente? El método experimental pertenece en parte á los métodos sensuales, y en parte á los intelectuales; pero puede decirse que pertenece más á estos últimos. ¿No es en efecto una operacion intelectual, como ha dicho M. Bouillaud, pensar ó concebir una ó muchas séries de esperimentos propios para ilustrar cualquiera cuestion científica? ¿Qué es pues el genio experimental? ¿No dirige el entendimiento esa obra manual, ese ejercicio corporal? Ciertamente, los grandes experimentadores se distinguen menos por la egecucion que por la concepcion de las esperiencias, y concebir una esperiencia es, lo repito, un acto del espíritu, de la inteligencia como cualquiera otra concepcion. El método experimental nos enseña el asiento y naturaleza de las afecciones, produciendo por medio de operaciones que efectua en los animales los mismos síntomas que observamos en los enfermos: ¿Quién se atreverá á dudar de lo mucho que han contribuido esas esperiencias á dilucidar diferentes puntos de medicina, tales como las afecciones del sistema cerebro-espinal, del corazon, las hidropesías, etc.?

En fin, este método ha sido en las manos hábiles de M. Magendie uno de los que más luz han dado para resolver los numerosos problemas de la fisiología, y por lo tanto es sumamente precioso para el médico, pues le sería difícil explicar muchas lesiones funcionales, sino supiera el mecanismo de estas funciones en el estado normal.

La auscultacion ofrece un campo menos vasto en su aplicacion. La respiracion y la circulacion son las principales funcio-

nes en que se egerce este método, el cual secundado por los métodos intelectuales representa en general fielmente el asiento y naturaleza de la enfermedad. La palpacion y el tacto pueden en muchos casos ilustrarnos acerca del asiento y naturaleza de la afeccion. Pero no egerciéndose la primera casi nunca inmediatamente sobre los órganos, tiene el inconveniente de esponer mas al error en la localizacion de la enfermedad. ¿Cuántas veces, por ejemplo, se ha visto equivocarse tumores pertenecientes al hígado con los de los ovarios, y reciprocamente los del epiploon con tumores del hígado, bazo, etc.?

La palpacion rara vez nos instruye acerca de la naturaleza de la enfermedad. Podemos muchas veces, como llevamos dicho, comprobar por medio de este método un tumor perteneciente al hígado; pero las mas veces será imposible determinar de qué causa procede el tumor, si es resultado de una hipertrofia, de un absceso, de hidatides, etc. Cuando deprimimos la piel para examinar el edema ó la anasarca no hacemos mas que aplicar el método de la palpacion, y lo mismo puede decirse de la exploracion del pulso en general. Por último este método se pone en práctica en el examen del vientre, cuando se trata de apreciar el estado de tension de las paredes abdominales. En este último caso podemos á beneficio de este método descubrir la naturaleza de la causa que produce la tension, permitiéndonos distinguir el meteorismo de los derrames abdominales y de diferentes tumores contenidos en el vientre.

El uso del tacto tiene mas estrechos límites, pues solo se emplea en la exploracion de los órganos accesibles al dedo: tales son las partes situadas á los dos extremos del tubo digestivo en los dos sexos, la vagina y el útero en las mujeres.

El tacto obtiene generalmente resultados mas positivos que la palpacion. Al tocar se reconoce no solo si el órgano está enfermo, sino tambien la naturaleza de su afeccion; y puede decirse que el ojo del observador se halla entonces en la estremidad del dedo. La situacion algo profunda de los órganos no los emancipa siempre del dominio de este método. Cuando los dedos no pueden llegar á los órganos se puede todavia aplicar el tacto á su examen, prolongando los dedos, instrumentos ordinarios del tacto, con sondas, catetes, etc.

La fluctuacion no se emplea mas que en la exploracion de los derrames abdominales y en el examen de algunos tumores situados mas ó menos superficialmente. Hasta el dia no han podido obtenerse grandes ventajas de ella, ni en la exploracion de los derrames del torax, ni del pericardio.

La percusion puede hacerse donde quiera que se haga sensi-

ble una modificación en la densidad de los órganos. Tomemos, por ejemplo, un hecho conocido de todos, esa ley de la acústica, que en cualquier parte que existe aire se halla por medio de la percusión un sonido claro. Por medio de este método hallaremos un aumento ó disminución mas ó menos sensible del sonido en los órganos, según que aumente ó disminuya su densidad á consecuencia de diferentes estados morbosos. De esta manera habiendo adquirido un pulmon hepaticado una densidad mayor que la natural, dará lugar á un sonido macizo; al contrario, habiendo disminuido de densidad su tejido celular, como se observa en el enfisema, el sonido será mas claro.

Al mismo tiempo que apreciamos por medio de la percusión el asiento de la enfermedad y su estension, podemos, combinándola con la auscultacion, determinar las condiciones anatómicas del cambio de sonido, ó en otros términos, la naturaleza de la afeccion.

La sucusion tiene por objeto comprobar la mezcla de líquidos y gases, y Hipócrates la ha practicado para reconocer los hidro-neumo-torax. Actualmente se practica tambien en el mismo fin y en los casos análogos. La comocion de las paredes abdominales para examinar la presencia de líquidos y gases en el tubo intestinal por medio de un ruido conocido comunmente con el nombre de zurrido, no es mas que una especie de sucusion. La olfacion y gustacion apenas se ejercen en la actualidad como medios de diagnóstico; sin embargo muchas veces se desea conocer el olor del aliento, que aunque no es patognómico, no deja de ser un signo auxiliar en ciertas afecciones. Lo mismo puede decirse del olor de los sudores y de las orinas, que en algunos casos, aunque poco frecuentes, pueden ilustrarnos en el diagnóstico de las enfermedades. Merced á los progresos de la ciencia, y especialmente á la perfeccion de los métodos del diagnóstico, rara vez tenemos necesidad de ejercer nuestro gusto en sustancias cuya sola idea nos inspira ya repugnancia. En nuestros dias es ya muy poco comun gustar las orinas, y si se hace alguna vez, es solo cuando se presume que son azucaradas.

Estos son los diferentes métodos sensuales y físicos del diagnóstico. Por medio de ellos, como hemos podido notar en esta sucinta esposicion, pueden diagnosticarse las diferentes propiedades de las partes que componen nuestra organizacion; pero para que esos métodos conduzcan á la percepcion de estas propiedades, es absolutamente necesario que estas se pongan de manifiesto.

No obstante, las partes que constituyen nuestra organiza-

cion tienen tambien propiedades ocultas, y para hacerlas aparecer no bastan los métodos físicos, sino que es necesaria la intervencion de operaciones y métodos químicos. Estos métodos sin embargo pueden ilustrar nuestro diagnóstico en un corto número de casos. Asi es que el papel de tornasol humedecido en la saliva enrojece en el caso de inflamacion del tubo digestivo. Si este signo indicado por M. Donné se justificase por la esperiencia, es facil de conocer su importancia en el diagnóstico.

Echando ácido nítrico en la orina puede reconocerse su estado albuminoso, fenómeno de mucha importancia desde que M. Bright ha demostrado que este estado de las orinas se encuentra constantemente en una especie particular de hidropesia, mientras que se observa rara vez en otras afecciones.

### §. III.

#### *De los métodos intelectuales en general.*

Despues de haber manifestado sucintamente los diferentes métodos sensuales, pasaremos al estudio de los casos en que el diagnóstico es resultado del juicio, de la induccion ó del análisis, métodos puramente intelectuales. Al hablar de los métodos sensuales hemos señalado muchas veces la importancia de estos métodos sin el auxilio de la inteligencia; actualmente vamos á ocuparnos de los casos en que la inteligencia tiene la principal parte, siendo los demas métodos de poca ó ninguna utilidad. En esta clase de afecciones es preciso colocar todas las de los órganos profundamente situados, y en las que no se ven mas que las lesiones funcionales, los síntomas. Entonces podemos decir, sirviéndonos de la comparacion de M. Double, que los síntomas son á la enfermedad como en un problema de álgebra la incógnita  $x$  á la cantidad conocida  $b$ . Por medio de las operaciones que la afectan con la cantidad conocida se consigue hallar la incógnita, asi como por medio de las operaciones del entendimiento con los síntomas se llega al conocimiento de las enfermedades. Todo este trabajo pertenece á los métodos intelectuales. Tomemos por ejemplo el vómito: este es muchas veces producto de una afeccion nerviosa, otras de una inflamacion del estómago, pero puede tambien ser resultado de un desórden de la inervacion procedente del mismo cerebro, y que se siente únicamente en el estómago, como se observa con frecuencia en las afecciones cerebrales.

Véase, pues, cómo este solo fenómeno puede depender de la

afeccion de muchos órganos. Imposible es descubrir, solo por medio de los sentidos, cuál es el órgano afecto; pero la inteligencia puede conseguirlo con sus diferentes facultades. Entonces se dirá: si el vómito es resultado de una afeccion local del estómago, es probable que comprimiendo la region epigástrica se producirá dolor; si esta afeccion es una inflamacion, es de presumir que por la continuidad de la membrana mucosa inflamada, los folículos mucosos de la lengua y garganta, impresionados mas ó menos por la afeccion gástrica, dejarán de segregar el líquido que riega esta membrana en el estado normal, ó le segregarán en mayor cantidad, ó degenerado, dando lugar en este caso á diferentes capas de la lengua y á la sensacion de amargor ó pastosidad, y en el otro á la sequedad y sensacion de sed mas ó menos viva.

Representándose el cuadro morboso que produce una gastritis en el organismo, cuyas leyes son conocidas, fácilmente puede hacerse despues el analisis de este cuadro cuando se presente en su conjunto; hallar el origen de todos los fenómenos; diagnosticar, en una palabra, por medio de la induccion, el asiento y naturaleza de la enfermedad; reconocer una gastritis en un enfermo que ofrece dolor en el epigastrio, fiebre, vómitos, lengua roja y sed viva. Si en otro caso sobrevienen los vómitos en un sugeto que padece una cefalalgia crónica, presentando algunos desórdenes en la inteligencia, la sensibilidad ó la locomocion; si la lengua no tiene los caractéres que acabamos de designar á la gastritis; si el epigastrio está indolente, no se referirá el vómito á una lesion del estómago; y aunque sea cierto decir que las mas veces contrae el cerebro bajo el influjo del estómago los músculos abdominales, en términos de producir el vómito, sin embargo una modificacion particular y primitiva del mismo cerebro puede ocasionar aquella contraccion, sin que sea escitada por la lesion de ningun otro órgano; del mismo modo que si en muchos casos contrae el cerebro los miembros bajo el influjo de una impresion dolorosa que ellos le transmiten, en otros tambien los contrae espontáneamente: por decirlo de una vez, en vez de diagnosticar en el caso que nos ocupa una gastritis, se explicará el vómito por una lesion del cerebro. El método que conduce á este diagnóstico no consiste de ningun modo en la aplicacion de los sentidos, sino en la induccion de los hechos observados y de las leyes del organismo: es absolutamente intelectual. Lo que en un principio se estableció por induccion, se ha confirmado despues, al menos en un gran número de casos, por medio de autopsias, ó por la observacion de otros casos análogos; y entónces, combiando los

resultados de la memoria con la induccion, y sometiéndolos, por via de analogía, á las nociones anticipadas que tenemos de la marcha de las enfermedades, formamos de todos estos datos reunidos un resumen; deducimos consecuencias, conclusiones, y llegamos tambien fácilmente al diagnóstico del asiento y naturaleza de la afeccion, aunque nos sea imposible examinar el mismo órgano.

Estando bien demostrada una verdad patológica, el exámen atento de su grado de analogía, si existe con afecciones de naturaleza dudosa, permite á la induccion aclarar su diagnóstico, y deja muchas veces ver de este modo una diferencia entre afecciones que á primera vista parecian muy semejantes. Desde que se ha demostrado que la parálisis que sobreviene repentinamente las mas veces bajo la forma emipléjica, y subsistiendo largo tiempo, es debida á una desgarradura de la sustancia cerebral en un emisferio; de este solo hecho se han sacado otras inducciones, y se ha reconocido que es imposible que el cerebro presente una lesion igualmente profunda y parcial, cuando la parálisis es general y momentánea. — Por medio de la induccion se ha conocido que la lesion, causa de este efecto morboso transitorio, no podia menos de ser pasajera, y que no puede consistir mas que en la compresion instantánea, producida por una fuerte congestion de sangre.

He aqui el diagnóstico de la *congestion de sangre*, y su diferencia de la hemorragia cerebral, establecida por medio de los métodos intelectuales, la analogía y la induccion.

Este es tambien el momento oportuno de hablar de un método intelectual, cuya importancia se deja sentir en todos los ramos de la medicina, como en todas las divisiones de las ciencias, y que suministra á la induccion importantes elementos para el diagnóstico; es decir, del cálculo de las probabilidades.

Cuando una verdad no es demostrable; cuando no tenemos certidumbre de que una afeccion ocupe tal ó cual órgano, y que su naturaleza sea esta ó la otra, nos vemos precisados á recurrir al cálculo de las probabilidades. El reúne en favor de una opinion motivos mas ó menos numerosos, mas ó menos graves, y segun su rigurosa evaluacion es mas ó menos fundado creer, que es verdadera la opinion sostenida por medio del cálculo. De esta manera, habiendo aprendido por medio de la esperiencia y de la observacion, que siempre que se encuentran reunidos los síntomas que caracterizan la afeccion conocida bajo el nombre de fiebre tifoidea, hay constantemente una lesion de los folículos aislados y aglomerados de los intestinos; cada vez que hallamos este conjunto, diagnosticamos esta lesion en razon de la constan-

cia de su coincidencia. El mismo motivo puede aun servir para hacer el diagnóstico diferencial de la fiebre tifoidea, distinguiéndola de otras enfermedades con las que puede tener algunas relaciones; considerando M. Louis, la constancia de la lesion de los folículos, no concede el nombre de fiebre tifoidea á cualquiera otra afeccion, que á pesar de ser muy semejante á ella, no ofrezca los mismos caractéres anatómicos. Si un individuo que acaba de sucumbir á una afeccion considerada como neumonia, no ofreciese ningun vestigio de ella en la autopsia, ciertamente no se sostendria contra el testimonio de los órganos que aquel sujeto habia padecido una perineumonia; se diria que esta enfermedad habia sido simulada, y que la verdadera se habia enmascarado; pero nada se deduciria de este hecho contra los caractéres anatómicos de la perineumonia. Procediendo de este modo con respecto á esta afeccion, es preciso obrar de un modo semejante en la fiebre tifoidea; lo contrario seria tener dos medidas, y sustituir el capricho á la razon. (*Investigaciones acerca de la gastro enteritis*, t. II, pag. 433.)

De consiguiente, por regla general, tomando por norma este método, cuando veamos un gran número de veces suceder constantemente la lesion de un órgano á un conjunto de fenómenos determinados, podemos diagnosticar esta lesion siempre que se presente el mismo conjunto de sintomas; pero para que esta conclusion y este diagnóstico sean positivos, es preciso que sea considerable el número de hechos observados que da lugar á esa conclusion.

Indudablemente el hombre que viera salir el sol por primera vez, dice Cabanis, si no tuviera por otra parte ninguna noticia particular de la marcha de este astro, no tendria razon para pensar que va á elevarse hasta lo alto de los cielos; y cuando viese trasponer el sol entre los mares, tampoco tendria motivo para esperar volverle á ver al dia siguiente; mas cuando la experiencia de los siglos nos ha manifestado que este orden es constante; cuando todos los monumentos y todas las tradiciones nos demuestran que nunca ha sido alterado, no concebimos la mas leve duda acerca de su continuacion futura; y cuanto mas se multiplican los hechos que comprueban ese orden, mas valor tiene la experiencia, y adquieren mas certidumbre las conclusiones que de ellos se deducen.

Por una consecuencia de este mismo principio son preferidos generalmente en la práctica los médicos de mas edad; pero este principio no es realmente ventajoso en su aplicacion, sino cuando con el número de años crecen simultáneamente el número de hechos observados y la experiencia.

Por fin, no es siempre posible al médico hacer el diagnóstico por medio de la inducción directa. En este caso puede emplear un nuevo método intelectual, puede llegar á la verdad por vía de esclusión. Hay espresiones funcionales que pueden ser el resultado de muchas causas, y entonces se toma una de ellas por hipótesis, y se busca despues entre ella y el fenómeno dado la relación que hay de causa á efecto. Si no se halla, se van examinando despues todas las hipótesis posibles, y por último se llega á la verdadera, siendo de todo punto imposible admitir las otras. Así es que para reconocer la verdadera causa de una ascitis admitimos en primer lugar como hipótesis una afección orgánica del corazón, supuesto que muchas veces la produce; pero no permitiéndonos el exámen del corazón y la marcha de la enfermedad adoptar dicha opinion, analizamos sucesivamente todas las afecciones que pueden dar lugar á la ascitis, y de este modo conseguimos conocer por vía de esclusión la verdadera causa.

Mas no ocultamos las objeciones que van á hacerse á nuestras proposiciones acerca de la importancia de los métodos intelectuales. Se nos objetará primeramente que la inducción no conduce mas que á probabilidades, y que las probabilidades matemáticas no son aplicables á la medicina; pues en matemáticas los datos de los problemas permanecen invariables, al paso que en medicina son susceptibles de variar á cada instante. Esta objeción sería, en efecto, fundada si diésemos la misma importancia á la inducción que á los métodos sensuales; pero estamos muy distantes de pensar así, y reconocemos la superioridad de los últimos. No obstante, si en algunos casos en que estos son insuficientes pueden conducirnos las facultades intelectuales, al menos por medio de un cálculo aproximado, á conocer la naturaleza y asiento de una afección, por qué no hemos de comprenderlas en el cuadro de los métodos del diagnóstico?

Tenemos una gran satisfacción en hallarnos conformes sobre este punto con un célebre médico, cuya sagacidad y juicio tienen en nuestro concepto grande autoridad.

«Sin duda, dice M. Bouillaud, la inducción puede conducir al error, y esto acontecerá siempre cuando los datos en que se funda este método no sean exactos; pero entonces el error no es resultado de la inducción. En efecto, cuál es el método que no debiera abandonarse, si procediendo de este modo fuera suficiente atribuirle iguales errores? Finalmente, continua M. Bouillaud, es cierto que los juicios que se hacen por inducción son menos sólidos que los que se obtienen por demostración directa; pero esta no es una razón para renunciar entera-

mente á aquellos ; únicamente es necesario reservarse el derecho de comprobarlos por medio de este último método.» (*Filosofía médica*, pág. 204 y 205.)

Puede colocarse aquí muy oportunamente un pasaje del ensayo filosófico sobre las probabilidades, referido á propósito de lo que precede en la obra que acabamos de citar. «La induccion, la analogía de la hipótesis, fundadas en hechos, y rectificadas incesantemente por medio de nuevas observaciones; un tacto feliz debido á la naturaleza, y aumentado por numerosas comparaciones de estas indicaciones con la esperiencia: tales son los principales medios de llegar á la verdad.

Si se considera atentamente una série de objetos de una misma naturaleza, se perciben entre ellos y en sus cambios relaciones que se manifiestan cada vez más, á medida que se prolonga la série, y que estendiéndose y generalizándose continuamente, conducen por último al principio de que derivan; pero muchas veces estan envueltas estas relaciones entre tantas circunstancias estrañas, que es necesaria una gran sagacidad para descubrirlas, y remontarse á su origen. *En esto consiste el verdadero genio de las ciencias.* A este medio tan fecundo se da el nombre de induccion, y á él debe Newton su teorema del binomio y del principio de la atraccion universal.»

Admitiendo los métodos intelectuales en el diagnóstico, lo que no se ha hecho hasta la actualidad, creemos haber ensanchado la esfera de la induccion, en vez de abrir un campo libre á las hipótesis; y no podemos pensar que el diagnóstico establecido de este modo sea necesariamente erróneo. Aun puede decirse más, y es: que así como en las ciencias exactas acontece bastantes veces que despues de haber admitido ciertos hechos por induccion hay quien duda de los resultados de la observacion, en medicina el diagnóstico hecho por induccion puede tener tal fuerza que destruya alguna vez el establecido por medio de los métodos sensuales.

Habiendo encontrado algunos autores en los epilépticos vestigios de inflamacion en el cerebro ó sus membranas, han creído que en todos los casos podian resolver el problema del asiento y naturaleza de la epilepsia, diciendo que no es mas que una forma de la meningitis ó de la encefalitis.

Estos autores se fundaban únicamente en un corto número de hechos apreciados por los sentidos; mas despues han venido otros que han hecho un diagnóstico diferente apoyado en la induccion, y han dicho que es imposible explicar de un modo satisfactorio los desórdenes intermitentes de la sensibilidad, de la locomocion, y de la inteligencia que caracterizan la epilepsia

por medio de lesiones permanentes del cerebro ; que estas lesiones no pueden constituir mas que una causa ocasional ; pero que la causa eficiente de la epilepsia debe consistir en una modificacion pasajera de la irrcvacion , análoga á la que se supone existir en el cerebro durante cualquiera contraccion muscular.

Es cierto que esta esplicacion no resuelve completamente la cuestion *sobre la naturaleza* de la epilepsia ; sin embargo es muy preferible á la primera , porque ensanchando los limites de nuestros conocimientos acerca de esta enfermedad que se consideraba ya suficientemente conocida , abre un nuevo campo á nuestras investigaciones. Creemos haber demostrado bastante-mente el lugar importante que deben ocupar entre los métodos del diagnóstico los que se llaman intelectuales ; no obstante no dejaremos de repetir que para dar á estos métodos todo el grado de probabilidad á que pueden llegar , es necesario conocer muy bien la naturaleza de la organizacion y sus leyes , es preciso ser médico fisiólogo por esencia.

Hemos comenzado la descripcion de los métodos del diagnóstico por los que consisten en la esplicacion de los sentidos , pues son en efecto los que nos conducen á resultados mas ciertos.

Por medio de muchos de ellos podemos , sin adquirir ninguna noticia de los enfermos , ver , oír y tocar , por decirlo así , los órganos que padecen. A beneficio de estos métodos nunca puede hallar el médico obstáculos , aun cuando tenga que examinar á un sordo-mudo. Explorando sucesivamente todos los órganos , encontrará en muchos casos el asiento de la enfermedad , y al mismo tiempo su naturaleza ; sin embargo , no es esto siempre tan facil. No siendo realizables las ventajas de estos métodos mas que en los casos en que son accesibles á los sentidos las modificaciones que las diferentes enfermedades inducen en los órganos , nos vemos naturalmente conducidos á examinar los casos en que , no siendo apreciables á los sentidos estas modificaciones orgánicas , solo quedan los desórdenes funcionales para deducir el asiento y naturaleza de la afeccion con arreglo al conocimiento de las leyes del organismo.

Hemos dado una estension conveniente á estos métodos del diagnóstico , y para completar este cuadro general de la metodologia , nos resta aun hablar de un método que nos vemos precisados á emplear siempre que nos es imposible hacer aplicacion de los que nos hemos ocupado hasta aquí ; siempre que una enfermedad no solo no produce en los órganos ningun cambio sensible , sino que ni da lugar á un desórden funcional apreciable al médico. Este método es la interrogacion.

Preguntando á los enfermos , pueden sus contestaciones dar -

nos mucha luz acerca de los resultados de otros métodos, y aun de los métodos físicos que son los mas positivos. Aunque no ofreciera la interrogacion mas que esta sola ventaja, mereceria nuestra atencion; pero su importancia es aun mucho mayor.

En un gran número de casos no producen las afecciones, segun hemos dicho, ningun cambio apreciable en las condiciones anatómicas de los órganos; los desórdenes funcionales no son bastante decididos para que pueda inferirse de ellos el asiento y naturaleza de la afeccion; ó no hacen mas que representar las sensaciones que los enfermos perciben, y que pueden imaginar, disminuir ó exagerar á su arbitrio, y algunas veces de intento, conociendo lo imposible que es desmentirlos. En todos estos casos, para hacer el diagnóstico, es imposible prescindir de la interrogacion de los enfermos. Es absolutamente necesario que los pacientes espresen sus sensaciones con arreglo á la conciencia que de ellas tienen; deben llevar la mano al sitio del dolor; describir su carácter y las circunstancias que han acompañado á su aparicion; en una palabra, espresar lo que sienten, y darnos los medios de hacer el diagnóstico por induccion. ¿Cómo ha de conocer el médico una neuralgia, las sensaciones internas, tales como las de la sed, hambre, náuseas, cólicos, frio, calor, si los mismos enfermos no se quejan de ningun dolor, y no le participan sus sensaciones?

Cuando los enfermos hacen sensibles con su narracion los síntomas que eran enteramente desconocidos del médico, entonces solamente puede este hacer un diagnóstico por induccion. El único método que conduce á este diagnóstico es la *interrogacion* de los enfermos; es decir, las noticias que adquirimos por medio de ellos: el único instrumento de este método es la *creencia*. Pero desgraciadamente con semejantes instrumentos del diagnóstico, el médico es muchas veces juguete de la superchería de los enfermos, que teniendo interés en simular enfermedades, lo hacen con una seguridad tanto mayor, quanto que saben que no pueden ser desmentidos formalmente.

#### §. IV.

*Del grado de importancia respectiva de los métodos del diagnóstico, y de diferentes causas de errores.*

Los métodos del diagnóstico, cuyo bosquejo hemos hecho, no todos tienen el mismo valor, y la diferencia que existe entre su importancia respectiva, justifica completamente el orden que hemos adoptado en su enumeracion. Los métodos positivos

ó físicos que consisten en una aplicacion directa de los sentidos á los órganos enfermos, debian ser los primeros que se representasen en este cuadro; pues por medio de ellos las mas veces podemos conocer inmediatamente el asiento y naturaleza de la afeccion. Sin embargo, á pesar de la estension de su uso no pueden estos métodos por su naturaleza ser aplicables á todos los casos. Felizmente es raro que las enfermedades aun aquellas que no producen ninguna modificacion sensible en las condiciones anatómicas de los órganos, dejen sus funciones en una perfecta integridad; las mas veces resultan algunos desórdenes funcionales. Por consiguiente aunque el médico no pueda por medio de sus sentidos conocer el asiento y naturaleza del mal, su inteligencia aprecia los desórdenes funcionales, los juzga, y llega por induccion al origen de la enfermedad para examinar su naturaleza. Cuando las enfermedades no ofrecen mas que síntomas que no están muy al alcance de los sentidos, los métodos intelectuales tienen un campo mas vasto donde ejercerse. Por fin, en el caso en que los órganos no presentan ni lesiones anatómicas ni fisiológicas sensibles al médico, podemos aun algunas veces, dando crédito á las noticias que nos suministran los enfermos, hacer el diagnóstico de sus afecciones.

La primera condicion necesaria para obtener buenos resultados de los métodos sensuales, es la perfeccion de los instrumentos de que se hace aplicacion. Imposible es que el médico que no tenga sentidos espeditos formé un buen diagnóstico; mas de una vez es en él causa de errores la imperfeccion de los sentidos. Hallará depresiones donde un ojo práctico verá prominencias; no percibirá ruidos que constituyen á veces los caracteres patognomónicos de ciertas afecciones; su tacto mal educado no apreciará por medio de la percusion la diferencia que ofrezca la resistencia de los órganos, etc. Estas son indudablemente causas frecuentes de errores que se cometen muchas veces en el diagnóstico á pesar de la aplicacion mas ó menos inmediata de los sentidos á las lesiones de los órganos. El origen de todos estos errores es la imperfeccion de los sentidos.

Cuando es imposible aplicar los sentidos á las lesiones de los órganos, cuando el diagnóstico está bajo el dominio de los métodos intelectuales, todavia es mas considerable el número de errores.

No siempre se manifiestan los síntomas de un modo tan claro y determinado; hay muchas circunstancias que los detienen en su desarrollo; no es frecuente que una enfermedad ofrezca el mismo grado de intensidad durante su curso, pues se desar-

rolla recorriendo séries, metamorfosis, y puede detenerse en cada punto de su carrera, constituyendo verdaderos periodos. Y así como en mineralogía es difícil conocer un mineral, si le falta el carácter principal, la cristalización; ó en botánica una planta que no se halle en estado de inflorescencia; en medicina es igualmente difícil conocer las enfermedades que no ofrecen el conjunto que les es propio.

Así es que muchas veces se desconocen las fiebres tifoideas, cuando no van acompañadas de fenómenos cerebrales y de prostración considerable; y del mismo modo se consideran como infartos gástricos las gastritis que no se presentan con todo su aparato de síntomas.

Otra circunstancia que en muchos casos hace difícil el diagnóstico por inducción de los síntomas, es la gran facilidad con que algunas veces se modifican estos, ó desaparecen para hacer lugar á otros. De esta manera en un reumatismo articular agudo pueden desaparecer rápidamente en una articulación la rubieundez, la tumefacción y el dolor, para manifestarse ó aumentarse en otra. Esta desaparición súbita de los principales caracteres de la inflamación, puede desviar á algunos del camino de la verdad, y hacerles dudar de la naturaleza inflamatoria de esta afección.

Lo mismo puede decirse de la afección conocida comunmente con el nombre de fiebre tifoidea. La gran celeridad con que la lesión principal de esta enfermedad se comunica á los sistemas generales nervioso y circulatorio, hace que un movimiento febril muy marcado y algunos desórdenes en la inervación oculten algunas veces las alteraciones del tubo digestivo, y dificulten al observador concebir el origen y verdadera naturaleza de esta afección.

Para tener, pues, un norte seguro en el diagnóstico hecho por inducción de los síntomas, es necesario observar particularmente los síntomas que sufren menos cambios, y que acompañan á la enfermedad casi en todo su curso.

Por último, hay una circunstancia que hace difícil el diagnóstico por inducción, y es la facilidad con que ciertas enfermedades pierden su forma esencial, y adquieren otras absolutamente diferentes y propias de otros estados morbosos.

La familia de las fiebres intermitentes nos ofrece bajo este respecto una prueba incontestable. Todas las variedades que comprende pueden fácilmente cambiar sus síntomas característicos, y muchas veces se convierten en los de otra enfermedad esencialmente diferente.

Así es que subsistiendo mucho tiempo una fiebre cotidiana,

puede convertirse en una inflamacion de los órganos digestivos; asi como en botánica una variedad de alga puede tomar los caracteres de otra, ó de una especie mas perfecta, convirtiéndose en musgo.

Todas estas circunstancias dificultan el diagnóstico por induccion. Guiándose de los hechos que presenta la anatomía patológica, se puede frecuentemente atribuir un conjunto de síntomas á una lesion que no es mas que consecuencia de aquella de quien proceden realmente los síntomas en cuestion.

Finalmente, cuando las enfermedades no producen ningun cambio apreciable, no solo en las condiciones anatómicas de un órgano, pero ni aun en sus funciones, el diagnóstico se apoya entonces en bases enteramente inciertas. Se ve precisado el médico á referirse únicamente á las sensaciones del enfermo, cuyo entendimiento, rara vez desprovisto de preocupaciones, ideas anticipadas, teorías, y llevado frecuentemente de su afición á lo maravilloso, de mala fé etc., le ofrece las mas veces un cuadro infiel de la enfermedad. Todos los médicos deben estar convencidos de esta gran verdad; que es preciso no dar siempre una gran importancia á la relacion de los enfermos; que aun admitiendo los hechos que refieren, en el mayor número de casos deben desecharse sus esplicaciones.

## §. V.

### *Aplicacion de los métodos del diagnóstico á las afecciones de los diferentes elementos del organismo.*

Hemos dicho en un principio que el diagnóstico comprende las afecciones de todo el organismo; y por consiguiente que la sangre, el fluido nerveo, y en una palabra todo lo que constituye la organizacion viviente debe entrar en su aplicacion.

Se trata actualmente de demostrar hasta qué punto es posible conocer esas lesiones, é indicar los métodos por cuyo medio se llega á esos resultados.

M. Broussais ha dicho, que no pueden conocerse las alteraciones de los líquidos sino cuando las espresan los sólidos. Esta opinion verdadera en un gran número de casos no es susceptible de una aplicacion general; y si es cierto que las mas veces no pueden existir mucho tiempo las lesiones de los líquidos sin que se resientan las funciones de los sólidos, no lo es menos que en pocas ocasiones se conocen las lesiones de los líquidos por desórdenes de los órganos, sino por signos particulares.

La sangre puede presentar numerosas alteraciones, ora en su cantidad, ora en su calidad, sin que produzcan el menor desorden aparente en los órganos. En efecto, puede existir la plétora, y conocerse metódicamente por el examen del sistema circulatorio, sin que la hayan indicado de cualquier modo los órganos, ni aun el mismo corazón que es el centro circulatorio.

El mismo fluido puede estar abundantemente cargado de principios biliosos, y ocasionar un tinte icterico general, sin que los sólidos, ni el hígado, órgano secretor de la bilis, espresen esta alteracion. En otros casos la sangre es demasiado serosa, y no contiene suficiente cantidad de materia colorante: este estado, con tal que no pase de ciertos limites, puede existir algun tiempo sin producir desórdenes en los órganos, y ser tambien conocido á pesar del silencio de estos.

Por último, para demostrar esta verdad hasta la evidencia, diremos, que en medio de la tranquilidad mas perfecta de los sólidos puede hacerse el diagnóstico de la sobresaturacion de la sangre por el azoe, de su estado pútrido, etc.

Es evidente, segun lo que llevamos dicho, que las alteraciones de la sangre, aun en número bastante considerable, pueden diagnosticarse de un modo inmediato. Pero interesa mucho conocer los métodos por cuyo medio se llega á esa especie de diagnóstico.

La inspeccion basta muchas veces para conocer las alteraciones de la sangre. En efecto, la palidez y una gran fluidez de los ménstruos indican el predominio de la serosidad en la sangre, y lo mismo puede decirse de otras hemorragias. Las epistaxis que consisten en la exhalacion de una sangre acuosa y ligeramente rosada, prueban que toda la masa sanguínea participa de las mismas propiedades. Por la inspeccion tambien, examinando las venas, se conoce la cantidad absoluta de sangre, y se deduce la cantidad relativa de suero y materia colorante del tinte de los capilares superficiales.

Como todo lo que constituye las secreciones procede de la sangre, puede conocerse muchas veces su estado, examinando los productos de aquellas. Las orinas azafrañadas ó negruzcas indican la presencia de la bilis en la sangre, y lo mismo debe decirse del tinte amarillo de la transpiracion cutánea. Las orinas que depositan mucha arena rojiza ó blanquecina, prueban la abundancia de principios azoados en la sangre, y las que son alcalinas, exhalando un olor amoniacal inmediatamente despues de su escrecion, indican comunmente su estado pútrido.

Suministrándonos datos la percusion acerca del volúmen de los órganos muy vasculares, como el corazon, los pulmones, el hígado y el bazo, puede darnos nueva luz en el diagnóstico de la sangre, al menos relativamente á su cantidad.

M. Piorry dice, que ha empleado muchas veces este método y siempre con ventaja.

Este práctico distinguido ha formado en un gran número de casos indicaciones de sangrías, guiado únicamente de los resultados obtenidos á beneficio de este método. En muchas ocasiones ha podido observar el volúmen del hígado ó del bazo reducido casi á su mitad, al dia siguiente de copiosas evacuaciones sanguíneas, practicadas con el objeto de disminuir la pléto-ra que indicaba el volúmen considerable de estos órganos.

En fin, las evacuaciones sanguíneas que practicamos muchas veces en diferentes afecciones permiten á la inspeccion y al tacto, aplicados inmediatamente á este líquido, suministrar nuevas noticias para el diagnóstico.

Cuando vemos que una costra densa cubre el coágulo, decimos que la sangre está muy inflamada, y al contrario sospechamos su estado pútrido cuando el coágulo es poco consistente, y se desmenuza fácilmente entre los dedos.

De lo que llevamos espuesto resulta evidentemente, que nuestros métodos comunes del diagnóstico son susceptibles en gran parte de una estensa aplicacion al estudio de las alteraciones de los fluidos; y aun podemos decir, que en virtud de los progresos cada dia mas notables de nuestra ciencia, poseemos actualmente mas medios para diagnosticar esas alteraciones que los mas hábiles humoristas de los siglos pasados.

Aunque este diagnóstico no sea siempre difícil, hemos dicho anteriormente que es raro, segun lo ha hecho notar el ilustre autor de la medicina fisiológica, que las alteraciones de los líquidos existan mucho tiempo sin resentirse de ellas los sólidos, y entonces se presentan nuevas dificultades. Si los métodos sensuales son susceptibles de enseñarnos la enfermedad de la sangre y su modo de padecer, no alcanzan á indicarnos el orden de sucesion, manifestándonos si la afeccion de la sangre ha sido primitiva, ó consecutiva á lesiones anatómicas ó funcionales de los órganos. Esta dificultad consiste en que carecemos de medios positivos para reconocer siempre las lesiones de la sangre, y los métodos de que nos servimos no las descubren sino cuando llegan á un grado notable de intension, en términos de ocasionar desórdenes en los órganos.

No obstante, en medio de esa oscuridad que apenas deja ver á los sentidos las alteraciones de la sangre, su diagnóstico es

también posible á beneficio de los métodos intelectuales; pero cuán difícil es decidirse de un modo cierto, cuando no nos servimos de otro método que de la induccion, apoyada completamente en el juicio formado de los hechos, y cuán distintas deben ser las opiniones segun el modo de observarlos!

Los materiales del juicio ó los hechos son unos mismos para todos los médicos; pero varía el modo de observarlos, y por consiguiente el modo de deducir consecuencias.

El sentido de la observacion es un sentido especial que nada tiene de comun con los demas. Estos pueden desarrollarse, sin que su desarrollo redunde en beneficio de la observacion. Puede uno tener buena vista, oído fino, olfato, gusto y tacto perfectos, y á pesar de estas aventajadas cualidades ser mal observador. Las diversas percepciones se conservan crudas, sino se someten á la digestion del sentido observador. Hay muchos médicos que estan viendo continuamente enfermos, obligados á hacerlo por su misma posicion; pero todos los hechos por numerosos que sean, permanecen estériles en su memoria, porque no han sido apreciados por el sentido observador.

Los médicos de esta clase pueden ser útiles á la sociedad como prácticos, pero nunca harán grandes servicios á la ciencia, ni tendrán la satisfaccion de contribuir á su progreso.

Aun es mayor la estension de este sentido: él es el que establece los problemas, el que dirige los sentidos hácia los objetos para su resolucion, y constituye en gran parte lo que se llama *genio médico*.

Necesario es estar suficientemente dotado de este genio para poder determinar con precision el lugar que deben ocupar las alteraciones de la sangre en todos los casos que se presentan á nuestro examen.

Todo cuanto puede decirse del diagnóstico de los líquidos en general, se limita en algun modo á lo que dejamos manifestado con respecto á la sangre. En efecto, nuestros métodos del diagnóstico son casi siempre insuficientes en el estudio de las alteraciones de otros líquidos. A muy poco se reduce lo que sabemos de las alteraciones de la bilis y del jugo pancreático, y cuando existen no alcanzan nuestros medios á conocerlas. Apenas sabemos que la saliva se pone algunas veces ácida en las inflamaciones del tubo digestivo; y por último nada es mas oscuro que las alteraciones de la linfa, quilo, etc.

De todos los casos que hemos considerado hasta aquí, los mas difíciles para el diagnóstico han sido aquellos en que no pudiendo aplicarse directamente los métodos sensuales, nos vemos en la necesidad de recurrir en gran parte á los intelectua-

les; pero aunque difíciles estas cuestiones nunca lo son tanto como las que nos van á ocupar ahora. En aquellas hemos hecho la induccion del estado de los órganos, cuyas condiciones normales nos eran bien conocidas; hemos hecho la induccion del estado de la sangre, constándonos su cantidad y composicion naturales. En el diagnóstico del estado del sistema nervioso, en sus diferentes afecciones, carecemos de este elemento, y nos vemos obligados á deducir consecuencias de lo que solo admitimos por induccion.

Es cierto que el examen de los diferentes fenómenos de la inervacion nos ha hecho admitir un agente de esos fenómenos; pero ninguno de nosotros le ha visto ni tocado, ni pesado. Hemos llegado por medio de esperiencias á saber que el sistema nervioso tiene bajo su dependencia muchos fenómenos, tales como la sensibilidad, el movimiento, y en la clase mas elevada de la escala animal la inteligencia.

Hemos reconocido en este sistema una fuerza particular; ¿pero cuál es la naturaleza de esta fuerza? A esta pregunta no podemos contestar satisfactoriamente en el estado actual de la ciencia. En atencion á los caracteres de sus efectos, la hemos asemejado á los fluidos imponderables, y la hemos apellidado *fluido nerveo*. Lo único que podemos decir de él, es que para que una parte cualquiera pueda recibir su influjo es indispensable su comunicacion con el reservorio principal de este fluido; pero ignoramos completamente cuales son las condiciones necesarias para sostener este fluido en sus limites normales, y con mayor razon debemos ignorar en que consisten sus anomalías y alteraciones. No podemos menos de admitirlas por induccion, siempre que observamos desórdenes en las funciones sometidas al imperio de la inervacion, fundándonos en los resultados de nuestras observaciones y esperiencias. Asi es que la proposicion de M. Broussais que hemos considerado demasiado absoluta en el diagnóstico de las alteraciones de la sangre, puede aplicarse oportunamente al diagnóstico de las alteraciones del *fluido nerveo*. En efecto, nos es casi siempre imposible suponer una lesion de este fluido sin que los órganos indaguen un desórden en la locomocion, la sensibilidad ó la inteligencia.

No es infundada la restriccion que acabamos de hacer á esta opinion, porque en ciertos casos puede suponerse rigurosamente esa lesion sin que los órganos la espresen de un modo evidente. Cuando vemos á ciertas personas estremecerse al menor ruido, conmovirse á la mas leve impresion, y obedecer á todas á un mismo tiempo, no podemos menos de admitir en ellas una alteracion del fluido nerveo, aunque no sea posible

determinar positivamente si esa alteracion se refiere á su cantidad, ó á su calidad.

Estos mismos caracteres tiene precisamente lo que se llama temperamento nervioso. Admitimos en él, por induccion, una lesion del fluido nerveo que constituye una disposicion á ciertas alteraciones de los órganos sin ocasionarlas necesariamente.

Todo cuanto comprende la organizacion es objeto del diagnóstico, ya sea instrumento, ya propiedad, ya fuerza; todos estos elementos pueden presentar modificaciones que el médico debe conocer.

No hay ninguna ciencia natural, dice M. Bouillaud, que no tenga una parte racional, y que no apele á la intervencion de *principios ó condiciones dinámicas*. Si designamos, continúa este sabio profesor, con el nombre de lesiones de la organizacion las enfermedades que no son del dominio de la anatomía patológica propiamente dicha, es porque comprendemos bajo el nombre de organizacion no solo las condiciones materiales, *visibles, tangibles* y apreciables por nuestros medios directos de observacion, sino tambien las condiciones animatrices que estan fuera del alcance de la observacion directa, ó que no caen, por decirlo así, mas que bajo la esfera del sentido de la razon. Repugna pues al sentido interno ó racional, tal vez mas infalible que los sentidos externos, admitir enfermedades que no sean modificaciones de la organizacion viviente, así como se resiste admitir un efecto sin causa. (Filosofía médica).

Hemos hecho hasta aquí una aplicacion general de los métodos del diagnóstico, no solo á los sólidos sino tambien á los líquidos y al fluido nerveo, y hemos insistido suficientemente en la demostracion de los casos en que este diagnóstico puede tener el mayor grado posible de certidumbre, ser mas ó menos probable, muy dudoso, ó en fin imposible de hacer en el estado actual de la ciencia.

Actualmente se presenta una cuestion de grande importancia y verdaderamente filosófica. Tomando por objeto de la aplicacion de nuestros métodos del diagnóstico los órganos, los líquidos y el fluido nerveo, ¿hemos analizado toda la organizacion? ¿Hemos estudiado las enfermedades hasta en sus vestigios? Para responder á esta cuestion de un modo satisfactorio creemos que es necesario resolver antes otro problema, á saber, si en el organismo viviente ademas de la sangre y los diferentes líquidos de que procede y á los que dá origen, ademas del fluido nerveo y de los órganos, no existen otros elementos ó fuerzas necesarias para el sostenimiento de la orga-

nizacion. Bien puede conocerse que suponemos hablar de las fuerzas vitales que algunos consideran como un elemento enteramente diferente del que hemos estudiado hasta aqui, cuya presencia es tan indispensable á la vida como su integridad á la salud.

Antes de decidirnos acerca de la importancia que debemos dar á las fuerzas vitales, vamos á entrar en una breve discusion sobre la vida, pues reducida á su valor legítimo, hará mas inteligibles las fuerzas que la animan.

Supongamos que el principio vital no existe por sí mismo, y es el resultado del egercicio de los órganos; entonces ninguna afeccion puede atacar á la vida, sino obrando sobre un órgano mas ó menos importante de la economia, y cesa la vida luego que se ha roto el lazo que la constituye, uniendo los órganos y dirigiéndolos á un fin comun. En el sentido de esta opinion es inútil ocuparse de las afecciones del principio vital, porque son un resultado de los órganos.

Admitamos por el contrario que el principio vital existe por sí mismo; cualquiera que sea su naturaleza él es el que dispone y mantiene las partes que componen el embrión en la relacion necesaria á la forma y duracion de la combinacion viviente; el que habiéndoles dado una vez el desarrollo conveniente preside, desde el principio de la vida de los diferentes seres, á las funciones de los órganos; y en fin, el que alterado en su naturaleza puede ocasionar desórdenes en los órganos y destruir la vida con su estincion.

Examinemos cual de estas dos opiniones tiene mas probabilidad, y démonos por satisfechos, si queremos tomar un partido en este género de cuestiones; porque la dificultad del objeto no permite á la razon humana llegar á mayor certidumbre.

Un gran número de médicos que se han ocupado del diagnóstico suponen que la vida no es mas que un resultado de la organizacion. Segun nuestra opinion la vida debe considerarse bajo un doble punto de vista, como fuerza y como propiedad.

Las propiedades son fuerzas modificadas por la estructura, por la organizacion. La propiedad es pues inherente á la organizacion, al paso que la fuerza está separada de ella. Cuando se altera la estructura no pueden menos de resentirse la vida y la propiedad; sobreviene un estado morbozo ó la muerte. Pero aunque la estructura no padeciera ninguna lesion, destruida la fuerza vital no podrian existir ni la vida ni la propiedad.

La misma fuerza que hace presentar á cuerpos de una es-

estructura determinada fenómenos eléctricos, los producirá magnéticos en otros de estructura diferente. Si se altera la estructura, si cambia, por ejemplo, la composición del imán, dejará de atraer el hierro; cesará su vida inorgánica, si es permitido expresarse así; pero podrá cesar igualmente á pesar de la integridad de estructura con tal que se destruya esa fuerza particular que le da la propiedad de atraer al hierro. Aplicando pues lo que acabamos de decir á la vida de los animales, veremos que padece necesariamente ó se estingue de un modo completo, cuando la estructura de los órganos recibe una lesión mas ó menos incompatible con el estado normal; pero puede igualmente cesar á pesar de la conservación de la estructura natural, con tal que se destruya la fuerza vital, la que constituye la vida de cada órgano y de toda la economía. La muerte ocasionada por el rayo puede suministrarnos un ejemplo de esta clase.

La fuerza vital existe y precede al desarrollo del organismo. Para convencernos de ello no tenemos que hacer mas que revisar los fastos de la vida embrionaria; todo habla allí en favor de esa opinion. El estudio del embrión y del feto en las diversas épocas de su desarrollo nos prueba que la organizacion se forma de un modo progresivo. Al principio no se ven bosquejados mas que cierto número de órganos; despues se forman otros, y los primeros adquieren un desarrollo mas considerable. En la primera época se compone el cuerpo de dos mitades separadas, y esta division se observa no solo en la columna vertebral, sino en muchos otros órganos, como los labios, el paladar, el corazon, etc. La reunion de las dos mitades se efectua posteriormente.

Todos estos hechos prueban á nuestro entender hasta la evidencia, que el modelo de la organizacion tal cual le vemos en un feto visible, no existe de ningun modo en el embrión como suponian ciertos fisiólogos, sino que esta organizacion es obra del tiempo, resultado del impulso de una fuerza particular, que segun llevamos dicho, crea los órganos unos despues de otros, y los coordina del modo que mas conviene á la combinacion viviente. Esta fuerza puede llamarse fundadamente *vital*, porque sin ella no habria vida.

La misma observacion podemos hacer en los minerales. Cuando se hallan en disolucion las sales, nunca presentan el modelo de los cristales que despues ha de formar gradualmente una fuerza particular. Esta progresion de la cristalización es tan verdadera que muchas veces puede observarse que su desarrollo se ha detenido en su marcha.

«Aunque en el hombre, dice Cabanis, en los cuadrumanos que mas se aproximan á él, y en los cuadrúpedos mamíferos no se vea, propiamente hablando, una verdadera regeneracion de las partes, como en muchas especies inferiores de reptiles, crustaceos, etc., se puede sin embargo considerar como un fenómeno perfectamente análogo la formacion de cicatrices, la del callo de los huesos en las fracturas, la de ciertas concreciones y escrescencias accidentales en que la naturaleza engendra nervios y vasos que anima á beneficio del impulso de la fuerza central viviente. Hay clases enteras de animales en las que se manifiestan mucho tiempo despues del nacimiento partes bastante importantes, tales como las astas; en algunas especies se puede adelantar esa aparicion de órganos tardios, alterando las fuerzas vitales por medio de la mutilacion; y en el hombre puede anticiparse igualmente la de los pelos del menton, de las axilas, etc. sometiéndole á ese mismo sacrificio de una parte importante de su vitalidad.

«Todo pues conduce, continua este filósofo, á convencernos de que la vida general de los animales está concentrada en un foco de donde se irradia por su fuerza expansiva á todos los órganos, á todas las partes, y que la vida particular de estos últimos lejos de ser origen de aquella que anima á todo el sistema, no es mas que una emanacion de ella.»

Por último, si la opinion opuesta estuviese fundada en la realidad, la debilidad, y particularmente la destruccion de cualquier órgano debia producir una disminucion en la fuerza total de la vida que se haria sensible en los demás órganos sometidos á su influencia, mientras que la observacion está demostrando lo contrario todos los dias. Asi es que muchas veces las hemiplejias lejos de producir una debilidad general, aumentan la fuerza de la mitad sana del cuerpo. Padeciendo ó faltando un riñon, el otro adquiere mayor volumen y se hace mas activo; estando un pulmon lleno de tubérculos ó comprimido por un derrame, el otro aumenta su energía, y da lugar á la respiracion pueril.

Todas estas consideraciones demuestran claramente que el principio vital no es un resultado del ejercicio de los órganos, ni una propiedad inherente á la combinacion animal, sino como una fuerza, un ser particular que imprime á los órganos su movimiento, que une todos los elementos de la organizacion, y los deja abandonados á la descomposicion, como dice el filósofo ya citado, desde que se separa de ellos para siempre.

Habiendo demostrado que la induccion no se opone de ninguna manera á admitir un principio vital, ¿podemos igualmente

aplicar la induccion á la investigacion de la naturaleza de ese principio? Ciertamente que no. Nunca la conoceremos sino por sus efectos; no podemos juzgar de su naturaleza, no siendo posible comparar sus efectos á los de ninguna otra fuerza conocida: *ella es lo que es, lo que ha sido, lo que será; y ninguno ha conocido su naturaleza.*

Admitida la existencia del principio vital, debe por consiguiente admitirse que es susceptible de sufrir alteraciones. En efecto, todo lo que existe es capaz de recibir el influjo de cuanto hay en derredor suyo. En los minerales, el reposo ó movimiento, el grado mas ó menos elevado de temperatura, el estado higrométrico de la atmósfera tienen grande influencia en la formacion de sus cristales. Esta influencia no puede explicarse sino por las modificaciones que esos agentes exteriores producen en la fuerza ó principio cristalizador.

La analogía debe conducirnos á admitir relaciones semejantes en los cuerpos organizados. Los habitantes de los paises cálidos no son idénticos á los de los paises frios, aunque tengan unos mismos órganos: el principio vital tiene una accion mas pronta en los primeros, y mas lenta en los últimos. Los árabes se hacen núbiles á la edad de 8 ó 9 años, al paso que nuestras jóvenes no lo son hasta los 16 ó 18. Ciertamente no es posible dar razon de estas modificaciones por ninguna lesion de los órganos; hay en ellas alguna cosa mas profunda, un carácter general que imprime su sello á todos los órganos y funciones.

Los miasmas y agentes venenosos parece que obran las mas veces sobre la fuerza vital.

Cuando despues de grandes pérdidas de la economía, y particularmente de la inervacion, vemos sobrevenir una postracion considerable, en términos que los que antes eran verdaderos atletas, apenas ofrecen la sombra de su antiguo temperamento, y con dificultad pueden sobrellevar el peso de su cuerpo; cuando se observan todas estas alteraciones y otras muchas que pudiéramos citar, que se manifiestan por desórdenes funcionales, tales como el insomnio continuo, la dispepsia, la hipocondría, el histerismo, la catalepsia, etc.; cuando la accion del rayo produce instantáneamente la muerte, sin que la anatomía patológica nos demuestre la mas leve lesion, forzoso es ir mas allá de los órganos para localizar la afeccion, dirigirse al principio vital que los anima á todos en el estado normal, y que afectándose en los casos citados no ejerce sobre ellos su influjo convenientemente. No pretendemos estendernos mas sobre esta materia. Si no es posible probar la existencia de los desórdenes del principio vital por ningun método sensual, al menos tiene el

mayor grado de probabilidad á que puede llegar la induccion.

Pero se nos objetará tal vez que la mayor parte de las lesiones que atribuimos á las fuerzas vitales pertenecen al sistema nervioso.

El sistema nervioso no es mas que uno de los mas importantes aparatos de la vida, uno de los mas ricos reservorios de las fuerzas vitales, que en razon de su estructura particular ofrece propiedades *sui generis*; pero no es de ningun modo el único depositario de la vida, pues esta existe tambien donde no se hallan vestigios de aquel sistema. La sangre carece de nervios, y goza de vida de un modo incontestable. Los seres, privados completamente de nervios, presentan los fenómenos de la vida, como lo ha observado justamente M. Andral. (Anat. patol., pág. 5, t. III.) El ácido hidrociánico mata un polipo, un vegetal, como á los animales en quienes esplicamos esta especie de muerte por la accion del ácido sobre el sistema nervioso, y sin embargo los polipos y los vegetales carecen de nervios, segun la opinion general.

La fuerza vital es, pues, un elemento separado de los nervios, y estos solo son buenos conductores de ella en el organismo.

Es imposible conocer las lesiones de las fuerzas vitales, sin que se compliquen con alteraciones de los órganos. Fuera de esto es en algun modo este fenómeno una consecuencia, un resultado necesario del ataque dirigido á las fuerzas vitales que constituyen á un mismo tiempo el alma de todos los órganos y su reciproco enlace.

Los órganos puede decirse que son combustibles cuya continua combustion está sostenida por el gas vital que circula en ellos sin cesar; pero disminuid la cantidad de ese gas, ó alterad su naturaleza, y vereis al punto que la llama que alimentaba en los órganos se hace menos brillante, ó se apaga completamente.

En resumen hay en la organizacion viviente una fuerza é instrumentos animados por ella incesantemente.

Para que haya salud es absolutamente necesario el concurso mútuo de las condiciones naturales de estos dos elementos de la organizacion. Siempre que las condiciones de uno de los dos se hacen anormales en un grado suficiente para alterar el orden natural, sobreviene enfermedad.

La enfermedad es, pues, el resultado de una lesion, ya de los instrumentos de la organizacion ú órganos, ya de la fuerza que los mueve continuamente. Para que tenga efecto ese resultado, deben absolutamente llegar estas lesiones á cierto gra-

do, sin cuya condicion pueden existir sin producir enfermedad.

Los instrumentos del organismo son los órganos sólidos, la sangre, la linfa, etc. La fuerza vital nos es desconocida en su naturaleza; pero participa probablemente de las causas primitivas que han animado á todos los seres del universo; ella es la que, pasiva en un principio, preside al desarrollo gradual de los órganos en el embrión y el feto; ella es, por fin, la que haciéndose independiente, despues de haber dado complemento á la organizacion variable, anima todo el organismo, hace producir al sistema nervioso los fenómenos de la inervacion, y sirve de base á la nutricion de todos los órganos.

La enfermedad, pues, no es siempre una misma expresion del estado anormal del organismo; unas veces consiste en una lesion de cualquier órgano, otras en una alteracion de la sangre; en unos casos su origen es una mala quillificacion de la sangre; en otros, por fin, es una anomalia de las fuerzas vitales, etc.

Todas estas afecciones son objeto del diagnóstico.

Por medio de esa ciencia importante refiere el médico cada afeccion á su causa legítima.

Por último, segun el grado de energia de las fuerzas vitales que pueden ser mas ó menos modificadas por la edad, sexo, constitucion, temperamento, clima, hábitos, etc., enfermedades semejantes en apariencia ejercen diferente influjo en el organismo de los pacientes, y exigen diversas indicaciones.

El médico debe conocer estas influencias, porque no trata enfermedades abstractas, sino enfermos, y por consiguiente la edad, sexo, constitucion, temperamento, etc. deben considerarse como elementos de grande importancia en el diagnóstico de las enfermedades.

Este es nuestro modo de ver y pensar; esta es nuestra creencia médica. Procuraremos hacer justicia á todos los sistemas sin admitir ninguno exclusivamente, porque estamos convencidos de que es imposible aplicar un sistema general al estudio de las enfermedades que pueden ocupar los diferentes elementos del organismo, cuya naturaleza es tan variada.

Sin renunciar al estudio de las afecciones de los líquidos y sólidos no damos á estas lesiones una importancia esclusiva, capaz de exigir las en sistemas generales que abracen todas las enfermedades, y comprendan todas las indicaciones terapéuticas.

Habiendo reconocido la existencia de las fuerzas vitales y de sus afecciones, y habiendo sometido á esas fuerzas todos los órganos, no podemos menos de admitir con los vitalistas esta consecuencia: que *en toda enfermedad la lesion primordial es*

*esencialmente vital.* En efecto, sin esta fuerza los órganos serian cadáveres insensibles á todos los estímulos incapaces de padecer.

Pero decir con algunos vitalistas que las enfermedades no tienen asiento, es querer disminuir la importancia del punto mas esencial del diagnóstico; es despreciar todo lo que hay mas positivo y mas exacto en medicina: convenimos en que las causas de las enfermedades no obran siempre en unos mismos órganos, en quienes residen despues los desórdenes funcionales ó las lesiones anatómicas; creemos tambien que todas las neumonias no pueden atribuirse á la accion inmediata del aire frio sobre el pulmon, á una irritacion de este órgano; y que aunque la pulmonia no sea en algunos casos mas que un resultado del desórden que sobreviene en la organizacion despues de la influencia del frio, no es menos cierto que la enfermedad que nos ocupa tiene su asiento en el pulmon, y que su gravedad consiste particularmente en la importancia del órgano afecto, cuya integridad es indispensable á la conservacion de las funciones de mas cuantía en el organismo, y en una palabra á la conservacion de la vida. Ademas de esto, decir que los órganos no son el asiento de las enfermedades, sino únicamente de actos morbosos, es una cuestion de nombre. En efecto, poco importa en la práctica saber si la neumonia sobreviene inmediatamente á consecuencia de una causa que obra sobre los pulmones, ó si es producto de una reaccion general; lo que interesa saber al práctico es, que en los dos casos padece el pulmon, y no otro órgano. Las teorías son las únicas que pueden ir mas allá de este término. El médico práctico no puede ocuparse de las causas remotas de las enfermedades; este conocimiento le seria completamente estéril, y no podria deducir de él ninguna indicacion terapéutica, porque nunca seria mas que una hipótesis.

Despues de haber hecho conocer el objeto y estension del diagnóstico, debemos añadir que es raro que los sólidos, los líquidos, etc., se afecten aisladamente. En el estado natural todo está unido en el organismo, todo tiende á un fin comun.

Del mismo modo en las enfermedades, las afecciones de un sistema producen desórdenes en otros, y las de un órgano se hacen sensibles en los demas. Es de mucho interés para el médico conocer todas las complicaciones, pues son tambien objeto del diagnóstico. Pasaremos inmediatamente á su estudio.

**SECCION SEGUNDA.****APLICACION DEL DIAGNOSTICO A LAS AFECCIONES  
COMPUESTAS.**

En la seccion precedente no nos hemos ocupado mas que de los casos mas simples que exigen indicaciones directas y sencillas, á escepcion de algunas modificaciones que ofrecen la edad, sexo, constitucion de los enfermos, etc. Pero son raros los casos tan simples en las afecciones de la economía donde todo está enlazado para conseguir un mismo fin, donde la inervacion tan modificable por los agentes exteriores influye de un modo tan marcado en las principales funciones. El médico que en un enfermo no diese importancia mas que á un fenómeno predominante, haria casi siempre un diagnóstico incompleto: las indicaciones que dedujera serian necesariamente insuficientes, y el vicio de semejante método no dejaria de influir en la suerte del enfermo y en la terminacion de la enfermedad. En estas consideraciones se han fundado los resultados terapéuticos y su bueno ó mal éxito. El que mejor hace el diagnóstico debe por consiguiente perder menos enfermos; pero digamos algo todavía acerca del valor del diagnóstico. No le consideramos como completo cuando conocemos la afeccion de un órgano en términos de poder asignarle un nombre, y referirla á tal ó cual cuadro nosológico.

La enfermedad que creéis ya conocer puede exigir indicaciones particulares segun las diferentes complicaciones que pueden presentarse, y que solo se llegan á apreciar por medio del exámen atento de todas las ruedas de la economía, de todos los resortes y de todas las fuerzas. Con este objeto nos servimos de la interrogacion de los enfermos. Este método, que espondremos en particular mas adelante, examina atentamente tanto el estado actual como el anterior á la enfermedad, y auxiliado de otros métodos puede suministrarnos los medios para formar nuestra opinion acerca del estado del enfermo, y apreciar un gran número de complicaciones; decimos un gran número porque las hay que probablemente se ocultarán siempre á la atención mas constante. Si llegásemos siempre á descubrir todos los elementos de un estado morboso, á apreciar todas sus complicaciones, no perderíamos muchos enfermos; pero estamos todavía muy distantes de tal resultado! ¿Por qué, por ejemplo, la quina que consideramos como específico de las fie-

bres intermitentes, no consigue curar siempre estas afecciones? En ciertos casos concebimos la razon de que asi suceda, pero en otros, raros á la verdad, no aprovecha este remedio cuando creíamos administrarle con la mayor oportunidad. Hay complicaciones que eluden nuestra investigacion. Fácil es comprender la importancia de semejante exámen, pues sin él es imposible diagnosticar. Asi, pues, ocupándonos del diagnóstico es absolutamente necesario que hagamos conocer las formas generales de esas complicaciones, y que designemos el límite de donde no nos es permitido pasar.

Consideramos como simple la afeccion de cualquier órgano por numerosos que sean los elementos que comprenda cuando no traspase sensiblemente sus límites; cuando la afeccion está uniformemente repartida en todos los sistemas del órgano que invade; cuando la naturaleza de esa afeccion no ofrece nada de compuesto y no es resultado del estado general del organismo, de una causa especial, etc. En este concepto serian afecciones simples una neumonia, una artritis, suponiendo posible la limitacion de la inflamacion á los pulmones y á las articulaciones. No obstante esta simplicidad es muy poco frecuente; porque las mas veces la sangre participa al menos de esa inflamacion, y sobreviene una hemitis que merece una atencion particular, pues abandonada puede por sí misma producir funestos accidentes.

Las afecciones compuestas se subdividen despues en afecciones complicadas y combinadas.

Las afecciones complicadas consisten en la reunion de dos ó muchas de ellas; pero esta reunion no es, por decirlo asi, mas que accidental, y la enfermedad que constituye la complicacion no está de ningun modo unida necesariamente á la afeccion primitiva.

Asi es que la artritis espontánea aguda y la endocarditis, reunidas en un mismo individuo, constituyen á nuestro entender una afeccion complicada, porque la endocarditis no es mas que una complicacion del reumatismo; no forma parte de su naturaleza íntima, puesto que puede existir muy bien sin ella.

Ciertas afecciones tienen una tendencia tan decidida á complicarse con otras, y su reunion se efectua con tanta rapidez, que es imposible, por decirlo asi, encontrarlas en un estado de perfecta simplicidad.

No obstante, como podemos tambien, al menos mentalmente, separar una de otra, y seguir el orden de su sucesion, debemos colocarlas entre las afecciones complicadas. Asi, es poco frecuente observar una artritis espontánea aguda, sin que exista

al mismo tiempo una inflamacion de la sangre. Sin embargo, cuando en ciertos casos en que esta afeccion es muy leve, conseguimos conocer aisladamente la afeccion de las articulaciones, podemos en otros mas intensos separar esa afeccion de la de la sangre, seguir el orden de su sucesion, y considerar esta última como una complicacion de la artritis.

Lo que acabamos de decir de la artritis es aplicable á la inflamacion de un gran número de órganos.

Las complicaciones pueden ser de muchas especies.

Existe complicacion: 1.º cuando los sistemas de un órgano enfermo no se afectan uniformemente, sino que la afeccion de uno de ellos domina á las de los demas.

2.º Cuando la afeccion de un órgano ocasiona la de un sistema general, en una palabra, cuando se generaliza.

3.º Cuando una afeccion primitivamente general se localiza despues en los órganos.

4.º Cuando el padecimiento de un órgano coincide con el de cualquiera otro, ó cuando escita desórdenes funcionales en partes distantes.

Por fin la complicacion, en vez de presentar únicamente dos elementos, puede ofrecer muchos á la vez.

## §. I.

### *Del predominio de la afeccion en un sistema del órgano enfermo.*

La mayor parte de los órganos contienen muchos sistemas diferentes, tales como los sistemas vascular, nervioso, secretorio, absorbente, etc. Cuando la inflamacion invade un órgano compuesto, todos sus elementos se resienten, y cada uno sufre á su modo; pero en los casos mas comunes está repartida la afeccion con tanta uniformidad en todos los sistemas, que nada se ve en ellos mas que inflamacion, y no puede emplearse otro plan curativo que el antiflogistico. Sin embargo, no es constante esa uniformidad á pesar de su frecuencia, y muchas veces los desórdenes de uno de los sistemas predominan con respecto á los otros; exigen indicaciones particulares, y complican la inflamacion que hasta entonces era simple. Esto puede observarse en el reumatismo articular, en el que muchas veces predomina el dolor sobre todos los demas síntomas, constituyendo por sí mismo una complicacion de la inflamacion, que exige la combinacion de los narcóticos y antiflogisticos.

Una complicacion de la misma especie se ve frecuentemente en la pleuresía.

En la endocarditis ó pericarditis se contrae el corazón con tanta frecuencia, que las palpitations exigen una atención especial; es bien notorio en efecto, según los experimentos de Duhamel y Chaussier, que cuanto mayor es la velocidad de la circulación de la sangre, se hacen más irritantes las propiedades que adquiere este líquido, siendo entonces más apto para producir inflamaciones secundarias. Por consiguiente, según lo que llevamos dicho, las palpitations complican evidentemente la endocarditis, y exigen medios especiales, tales como la digital, que tiene la propiedad de hacer más lentas las contracciones del corazón, y se asocia entonces á la medicación ordinaria de la endocarditis.

Predominan otras veces en una inflamación, la exhalación ó la secreción, y complican á aquella constituyendo, por decirlo así, un elemento morboso á parte, que exige indicaciones particulares.

Cuánta diferencia hay entre una pleuresía simple y otra complicada con un derrame considerable?

La diferencia no consiste en un aumento de intensidad de la inflamación, pues no es esta una condición necesaria de toda secreción abundante, sino en la presencia del derrame.

Es pues evidente que no debe ser uno mismo el plan curativo de una pleuresía seca y de otra complicada con derrame; y si en los dos casos la enfermedad cede muchas veces á un mismo tratamiento, no es porque falte la complicación en el caso de derrame, sino porque los mismos medios que favorecen la resolución de la inflamación, por ejemplo las sangrías, facilitan la reabsorción del líquido; pero si una ó dos sangrías bastan para curar la sola inflamación de la pleura, son necesarias muchas cuando coincide con un derrame; y aun frecuentemente es preciso asociar á las sangrías diuréticos, purgantes y otros medicamentos que pueden influir más ó menos directamente en la reabsorción del líquido derramado.

La inflamación modifica comunmente las secreciones y las exhalaciones, pero luego que aquella se cura, no tardan las mas veces en recobrar estas funciones su estado natural.

A pesar de ser esta la marcha regular hay algunas excepciones.

Las membranas mucosas inflamadas pueden producir una secreción tan abundante que constituya una verdadera complicación.

Así es que en la coqueluche donde la inflamación de los bronquios se halla ya complicada por el elemento espasmódico, se ve sobrevenir muchas veces una complicación de otra natu-

raleza. La membrana mucosa puede segregar tan gran cantidad de mucosidad que dificulte considerablemente la respiracion, y aun pudiera ocasionar la asfixia sino se empleasen medios convenientes para evacuarla, tales como los vomitivos, y particularmente la ipecacuana.

Por último, para terminar cuanto teníamos que decir sobre este género de complicaciones, manifestaremos que una afeccion absolutamente simple por su naturaleza en un órgano, puede ofrecer una complicacion, y exige indicaciones especiales cuando ocupa otros, cuyas funciones se alteran á consecuencia de los cambios que la enfermedad induce en el órgano afecto. Asi es que la inflamacion de todos los canales y orificios en general va acompañada muchas veces de su estrechez, en razon del infarto de la membrana inflamada.

El engrosamiento de la pleura no es una terminacion poco frecuente de la pleuresia. Sin embargo, el médico no vé en él mas que los restos de una inflamacion que, siendo bien curada, no altera de ningun modo la respiracion. No es lo mismo cuando la inflamacion ocupa los orificios del corazon. Esta inflamacion termina las mas veces por induracion de las válvulas, y por consiguiente por la estrechez de los orificios, y no podemos menos de ver en esa afeccion algo mas que la inflamacion de la membrana interna del corazon. Es necesario al mismo tiempo comprender en nuestro diagnóstico la complicacion procedente del obstáculo que opone á la circulacion el engrosamiento de las válvulas, y deducir indicaciones especiales.

Lo que acabamos de decir puede muy bien aplicarse á las afecciones de la laringe, tales como el edema de la glotis, el croup, etc. Aunque sea cierto que la inflamacion que constituye la base de esas afecciones no es mas especifica en la laringe que en el edema de los párpados que acompaña á la erisipela de la cara; no obstante el infarto á que dá lugar en la laringe, no es de tan poco interés como el de los párpados. En este último ejemplo no puede observarse mas que una inflamacion, la cual una vez resuelta, desaparece el infarto, mientras que en el edema de la glotis ó en el croup es preciso al mismo tiempo que nos ocupemos de la inflamacion, no olvidar el obstáculo mecánico de la respiracion. Hay aquí dos elementos cuya reunion constituye una verdadera complicacion con respecto al diagnóstico, y requiere dos indicaciones diferentes.

Conviene mucho al práctico conocer todas estas complicaciones, y no dejará de diagnosticarlas haciendo una exacta y rigurosa aplicacion de los métodos que espondremos detalladamente mas adelante.

No debe contentarse con reconocer por medio de signos superficiales una bronquitis ó una coqueluche, sino que ha de hacer un diagnóstico exacto del estado de las vías aéreas por medio de una atenta auscultacion de los pulmones. No basta decir que existe una endocarditis, ó simplemente una afeccion aguda del corazon (*affectio acuta cordis*), con arreglo á la frecuencia de las pulsaciones del corazon y á la fiebre, sino que debe precisarse el asiento y naturaleza de la afeccion por medio de la aplicacion, de la percusion, palpacion, y particularmente la auscultacion, é indagar si la sangre encuentra algun obstáculo al atravesar los orificios, etc.

Hé aqui lo que dá precision al diagnóstico, condicion absolutamente necesaria en la práctica de la medicina exacta.

Sin conocer estas complicaciones nunca se hará mas que un diagnóstico parcial; no se verá mas que una sola faz de la enfermedad, y por consiguiente las indicaciones terapéuticas que se deduzcan no corresponderán completamente á las necesidades del estado morbozo. Asi sucede que muchas veces se deja que los enfermos se estenuen padeciendo vivos dolores, cuando no se tiene en cuenta esta complicacion en las inflamaciones que van acompañadas de mucha sensibilidad. Cuántas veces al contrario parece que estas inflamaciones disminuyen de intension desde el punto en que se calma el dolor que las acompaña.

Se espondria á los enfermos á un peligro inminente si en el edema de la glotis no se tuviese en cuenta el obstáculo mecánico, y si abandonando la laringotomia, etc. se insistiese en curar la afeccion con los antillogísticos como una inflamacion simple.

Lo que hemos procurado demostrar con un corto número de ejemplos, nos parece demasiado evidente para que insistamos mas en esta materia. Pasaremos al estudio de otra especie de complicacion.

## §. II.

### *De la generalizacion de las enfermedades primitivamente locales.*

Estudiaremos en este párrafo las afecciones compuestas de otra clase. Haciendo abstraccion del modo de desarrollarse las enfermedades, dejando aparte las discusiones de los vitalistas que pretenden que todas las enfermedades son el resultado de desórdenes producidos por diferentes causas en toda la economía; prescindiendo, repito, de esas cuestiones de los vitalistas con los médicos anatómicos que refieren todas las enfermeda-

des á lesiones de los órganos, vamos á sostener que cualquiera que sea el modo que presida al desarrollo de una enfermedad en un órgano, una vez establecida puede comunicarse á los sistemas generales, ó en otros términos, que una afección primitivamente local puede por medio de esos sistemas hacerse general.

Haremos sentir tambien al mismo tiempo lo importante que es conocer esa complicacion. En cualquiera lesion traumática, con tal que sea un poco intensa, la afeccion que en un principio era local no tarda en generalizarse. La irritacion traumática se propaga primeramente al corazon y acelera sus contracciones. Inflamándose la sangre contenida en los capilares de la herida ó de la contusion, comunica su padecimiento, si es permitido espresarse asi, al resto de este liquido, y se generaliza su afeccion; siendo facil cerciorarse de ello por la presencia de la costra inflamatoria que se observa en el coágulo sanguíneo.

Esta reaccion de la herida sobre el resto de la economia se distingue por síntomas generales que nunca tendrian lugar si la afección fuese constantemente local.

El médico que prescindiera de la referida complicacion, se limitaria á la aplicacion de medios tópicos, cuya accion no puede estenderse mas allá de los límites de la afeccion primitiva, y espondria necesariamente al enfermo á consecuencias muchas veces fatales. Nada es mas facil de hallar, como ha dicho muy bien Dupuytren, en los enfermos muertos á consecuencia de operaciones graves que pleuresias y neumonias, especialmente lobulares; y no estamos muy distantes de creer que la frecuencia de esas terminaciones funestas es debida á que los profesores no se ocupan en tales casos mas que de la herida. Se dejan pasar muchos dias antes de levantar el apósito, no poniendo atencion despues mas que en la cura, mientras que este intervalo basta para que las afecciones secundarias hagan grande estrago.

Otras veces ofrecen las lesiones traumáticas complicaciones de diversa naturaleza; contundidos, desgarrados, ó irritados los nervios ocasionan desórdenes en el sistema nervioso general que se propagan hasta el centro cerebro-espinal, y producen diferentes alteraciones en la economia, la inteligencia, la sensibilidad.

Otras por último va mas lejos esta influencia, llega á las fuerzas vitales, disminuye la llama que anima los órganos, los paraliza, y da lugar á una opresion general de fuerzas, á la adinamia; en algunos casos destruye tambien completamente el móvil de las ruedas del organismo, dejando á los órganos en su perfecta integridad, como se observa en las operaciones ó en

otras muchas lesiones traumáticas muy dolorosas, seguidas inmediatamente de la muerte.

Decia Dupuytren que en tales casos *se agota la sensibilidad como se agota la sangre en una hemorragia*. Nosotros decimos que hay algo mas, que el ataque es mas profundo, que llega hasta las fuerzas vitales, de las que el sistema nervioso es un rico depósito, y la sensibilidad una de sus propiedades.

Es preciso comprender en el diagnóstico todas las complicaciones de que acabamos de hablar, si deseamos que sea completo, y que corresponda á todas las indicaciones terapéuticas.

Todos los sistemas generales no se afectan con igual facilidad. Esta facilidad es proporcionada: 1.º al predominio del desorden local en tal ó cual elemento del órgano: 2.º al predominio de uno ú otro sistema general de la economía.

Si la inflamacion local es muy intensa, y si al mismo tiempo el paciente es de constitucion robusta y de temperamento sanguíneo, la complicacion de los sistemas generales será incontestablemente de naturaleza inflamatoria, y ocupará en particular el sistema circulatorio. No sucederá lo mismo cuando en vez de una viva inflamacion no haya mas que una conmocion de los tegidos, una dislaceracion de muchos filetes nerviosos, particularmente en un individuo que presente todos los caracteres del predominio de este sistema, pues entonces los desórdenes generales se manifestarán en la inervacion.

Finalmente, si sobreviene una lesion grave en un sugeto que ha perdido ya anteriormente gran parte de su energia vital á consecuencia de excesos ó enfermedades, no dejará de apagar el resto de fuego vital, si no se procura reanimarle con medios convenientes.

Lo que hemos dicho respecto de las afecciones traumáticas, que á propósito hemos elegido como modelos, pueden aplicarse á todas las afecciones internas llamadas espontáneas. Una neumonia franca, una inflamacion intensa del pulmon inflama las mas veces toda la masa de la sangre que á su vez obra de un modo anormal en los órganos, y puede producir en ellos numerosos desórdenes anatómicos ó funcionales.

En otros casos una inflamacion leve, y especialmente la de un órgano menos vascular que los pulmones y circunstancias de muchos nervios, produce con preferencia desórdenes en la inervacion. Hemos tenido ocasion de ver metritis intensas que se presentaban con todos los síntomas de una fiebre inflamatoria, resultantes de la inflamacion de la sangre (hemetitis) y de la escitacion de todo el sistema circulatorio, al paso que en otros casos la misma afeccion menos intensa, pero en mujeres ner-

viosas, iba acompañada de todo el conjunto de fenómenos histéricos. La inflamacion no es la única alteracion de la sangre que complica la inflamacion de los órganos, pues hay algunos que inflamados facilitan la descomposicion pútrida de las materias que los rodean, y su reabsorcion produce entonces una infeccion, una putridez general. La sangre adquiere todos los caracteres y propiedades que le han dado MM. Gendria, Dupuy, Bouillaud y otros inyectando materias pútridas en el torrente circulatorio. Disminuye la fuerza de agregacion que mantiene reunidas las moléculas de fibrina de la sangre, y entonces presenta este liquido una fluidez anormal; dificilmente se forma coágulo, y si existe es de una estremada blandura, y se desmenuza con facilidad entre los dedos. La materia colorante no se combina bien con la fibrina; se mezcla las mas veces con el suero, y le hace perder la transparencia que tiene en el estado natural, y particularmente en las inflamaciones francas, precipitándose tambien algunas veces al fondo del vaso con particulas de fibrina. Habiendo la sangre perdido de este modo su consistencia, fácilmente sale al través de las paredes de los vasos, ocasionando hemorragias consecutivas que se efectúan por la mucosa de los intestinos, de la nariz, de la lengua y algunas veces por la piel.

Todos estos caracteres de la putridez de la sangre pueden hallarse en las inflamaciones de los órganos, que colocados desfavorablemente, segun hemos dicho, facilitan la descomposicion de las materias que los circundan, resultando la infeccion de la sangre, efecto necesario de la absorcion de las sustancias pútridas contenidas en los órganos inflamados. Las inflamaciones del intestino, del útero, de la vegiga, etc.; las gangrenas de diferentes partes del cuerpo producen muchas veces esta especie de complicacion.

El diagnóstico debe ser entonces tanto mas rigoroso y exacto, cuanto que el plan curativo de las dos afecciones que se complican no puede ser de una misma naturaleza, y que muchas veces la complicacion, aunque posterior á la enfermedad primitiva, puede ocultar á entendimientos de corta penetracion mas ó menos completamente el padecimiento principal. Por otra parte los médicos esclusivamente analíticos pueden no ver en ese conjunto mas que el fondo del cuadro morboso, y no ocupándose mas que de la enfermedad primitiva, dejar sucumbir á los enfermos por descuidar la que es una consecuencia de ella.

Por haber desconocido estas complicaciones hemos visto mas de una vez á médicos distinguidos confundir muchas afecc-

ciones, que aunque producidas por padecimientos de diferentes órganos, presentaban aparentemente un mismo cuadro á consecuencia de la complicacion tifoidea.

Del mismo modo hemos visto calificar con el nombre de fiebre tifoidea, peritonitis, metroperitonitis, tubérculos, erisipelas, etc. Asi procedia las mas veces Pinel en el diagnóstico de su fiebre adinámica.

Pero si el estado de la ciencia en la época en que vivia el ilustre autor de la nosografía filosófica parece justificar completamente semejantes errores, no nos es fácil disculpar á los modernos, aun á aquellos que han sido educados en la escuela de Pinel cuando les vemos seguir la misma senda, porque han tenido ocasion de adquirir nuevos conocimientos. Supuesto que los caracteres que en otro tiempo se ocultaban al tacto médico, han sido demostrados despues por el tacto físico, y presentados á la vista de todos, necesario es buscarlos, é investigar atentamente la lesion que da origen á la adinamia, á la putridez. Las mas veces se halla esta lesion en una de las ruedas de la economía, y cuando fatigados de un examen tan laborioso como ilustrado no llegais á apreciarla, entonces únicamente podeis deducir que la alteracion de la sangre, característica de la putridez, es primitiva y análoga á la que se observa en el tifus. Asi es como han procedido en sus investigaciones los médicos mas distinguidos de nuestra época, Andral, Bouillaud, Louis, etc.

Al contemplar que la sangre representa un torbellino del cual se desprenden incesantemente moléculas para constituir la trama de los órganos, al mismo tiempo que otras se separan de esta trama para unirse á aquel; al reflexionar que la sangre suministra á cada instante ciertas partes á los órganos, y que estos le ceden otras, es difícil comprender que pueda quedar aislada en la afeccion de cualquier órgano.

Todas las afecciones pueden, segun hemos dicho, modificar el sistema circulatorio general; pero no era nuestro objeto, ni está en nuestras facultades el señalar todas esas modificaciones. Nos limitaremos á indicar las mas importantes para el práctico.

Obedeciendo siempre la naturaleza á las leyes que se ha impuesto á sí misma, triunfa las mas veces de pequeñas lesiones, que producidas por padecimientos de diferentes órganos, se ocultan frecuentemente á la vista mas perspicaz, y se disipan del mismo modo.

Examinando la marcha de ciertas neuroses, se ve uno conducido á creer que esas afecciones son á manera de las inflama-

ciones, en un principio locales, generalizándose consecutivamente.

No obstante, como la movilidad de la inervacion es aun mayor que la de la sangre, es difícil apreciar la progresion de los fenómenos morbosos. A esto se debe indudablemente que esas afecciones (aunque se puede algunas veces conocer su origen) se consideren siempre como padecimientos generales, y se traten como tales. No es menos cierto, sin embargo, que aunque en la epilepsia y en el histérico ocupen las convulsiones en el mayor número de casos todo el sistema nervioso, el cerebro en la primera afeccion y el útero en la segunda se consideran como el origen de donde nacen, y son los puntos capitales de las indicaciones terapéuticas.

Por fin, la última complicacion que puede algunas veces embarazar al médico en su práctica, es la alteracion de las fuerzas vitales.

Hemos dicho en la seccion precedente que el sistema nervioso es uno de los mas ricos depósitos de estas fuerzas. Los agentes que atacan de un modo intenso á la inervacion, obran de la misma manera sobre el principal móvil de la economía, y la hemos visto ya en ocasiones extinguirse completamente bajo la influencia de lesiones profundas de la sensibilidad. No es raro observar que se debilita considerablemente en las enfermedades crónicas, sobre todo en aquellas que van acompañadas de evacuaciones abundantes.

En vista de lo que acabamos de referir, pudiera decirse que toda la organizacion se funda á espensas del fuego vital, y que los líquidos que resultan de esa fusion le consumen poco á poco, no dejando mas que una débil chispa que puede apagar el mas leve soplo; y que es necesario estimular incesantemente para hacerla susceptible de reanimar los restos de la organizacion (1).

La adinamia complica igualmente á las afecciones agudas; es muy comun, segun llevamos dicho, en los ancianos, y no estan exentos de ella los adultos. Este carácter se halla particularmente en las enfermedades acompañadas de dolores muy vivos, como son la disenteria, la peritonitis y las afecciones esternas de órganos importantes, como las neumonias graves.

(1) Mas de un práctico ha visto indudablemente ejemplos de esta naturaleza. Nosotros hemos tenido ocasion de ver enfermos debilitados de tal manera á consecuencia de diferentes pérdidas que se morian entre las manos del médico al procurar volverlos en su lecho.

¿Cuál debía ser la debilidad de las funciones de la economía, si carecia esta hasta del estímulo necesario para ejecutar el mas leve movimiento?

Sin embargo, en todos estos casos es muy importante distinguir la adinamia real de la aparente, que puede llamarse indirecta. En los ancianos siempre es verdadera, porque existe en ellos aun en el estado normal, y en sus enfermedades no puede menos de hallarse aumentada, por cuya razon es necesario tenerla siempre presente. Lo mismo sucederá las mas veces en las pérdidas de la inervacion, que en las afecciones sumamente dolorosas. Preciso es respetar entonces esta adinamia, y aun en muchos casos procurar reanimar las fuerzas con medios convenientes, aun aquellos que pareceria contraindicar la naturaleza del padecimiento principal. Este proceder será muchas veces en los ancianos una indicacion imperiosa. No es tanta su necesidad en los jóvenes estenuados á consecuencia de graves afecciones, pues no estando tan gastada su organizacion, se puede contar mas con la renovacion de la energia vital, para no ocuparse mas que de los medios de curar la enfermedad principal.

Otras veces, en fin, segun hemos dicho mas arriba, la adinamia complica en sujetos vigorosos á las inflamaciones estensas de los parenquimas de órganos muy importantes. Si se inflama, por ejemplo, en una estension considerable el pulmon destinado á perfeccionar la elaboracion de la sangre, y á hacerla susceptible de sostener en los órganos la escitacion necesaria al cumplimiento de sus funciones, la sangre privada entonces de las cualidades necesarias no estimulará suficientemente los centros nerviosos; la inervacion que es, por decirlo asi, el alma de todos los órganos, no será bastante enérgica, y todas las funciones ofrecerán el sello de la debilidad, de la adinamia; pero esta no será mas que indirecta, dependiente de la pulmonia, y no exigirá por consiguiente indicaciones particulares.

Los medios mas convenientes para curar la inflamacion del pulmon serán los mas propios para hacer desaparecer la adinamia.

### §. III.

*De las afecciones que son consecuencia de disposiciones generales de la economia.*

En el párrafo precedente hemos examinado algunas complicaciones importantes para el diagnóstico, que consistian en afecciones de los sistemas generales de la economia que complicaban las que al principio eran locales.

Ahora vamos á tratar de dolencias igualmente complicadas; pero en las cuales los elementos de la complicacion se suceden

en un orden inverso del que hemos estudiado últimamente. Hemos visto la inflamacion de los capilares irradiar unas veces á todo el árbol circulatorio, y producir, por decirlo así, una inflamacion general; mientras que otras, exaltando el sistema nervioso en general, dan origen á alteraciones generales de la inervacion. Hemos notado despues casos en que la inflamacion de un órgano, tomando, bajo ciertas condiciones, el carácter pútrido, infectaba toda la masa de la sangre con los productos de su secrecion. Hemos observado afecciones nerviosas, locales al principio, complicarse con alteraciones generales de inervacion local. Y por último hemos advertido afecciones de una naturaleza cualquiera invadir las fuerzas generales de la economía, y presentar de este modo una complicacion importante para el diagnóstico.

Convenia, como hemos dicho, señalar toda esta diversidad de complicaciones, que por desgracia sucede con demasiada frecuencia, que los prácticos no conocen mas que la mitad de la enfermedad, y dando una grande importancia á lo que no es mas que secundario, no hacen caso de lo principal.

Las mismas observaciones que hemos hecho hasta aquí pueden aplicarse á lo que forma el objeto de este párrafo, como demostraremos por el análisis de algunas enfermedades.

Si la anatomía patológica ha prestado un gran servicio á la ciencia, demostrando la existencia de lesiones donde antes no se veían, es necesario confesar tambien que ha sido causa de muchos errores. Los médicos, deslumbrados, por decirlo así, con la rápida luz que arrojaba sobre la ciencia, empezaron á no hallar enfermedades mas que en las lesiones de los órganos; pero bien pronto al entusiasmo del momento sucedió la fria observacion; la misma anatomía patológica sirvió de antorcha para reconocer verdades importantes, y no se tardó en diagnosticar hasta con cierta exactitud las afecciones generales. Sin embargo, aunque la medicina fisiológica ha reconocido la existencia de estas dolencias, no ha querido considerarlas sino como consecuencia de lesiones de órganos. En el dia, cuando todas las opiniones estan ya maduramente analizadas, nos admiramos de que haya podido existir ni aun momentáneamente semejante opinion. En efecto, el organismo se halla siempre bajo la influencia de agentes exteriores que pueden obrar directamente sobre los sistemas generales. Pues qué, ¿no está la sangre en continua relacion con el aire atmosférico? La conservacion del estado normal ¿no exige en ella cualidades invariables? ¿No sucede lo mismo con el quilo, que no puede salir del círculo de ciertas condiciones para que la sangre, á cuya formacion con-

tribuye , pueda satisfacer convenientemente las necesidades de la economía? Cámbiense en el aire las condiciones necesarias á la salud ; disminúyase en él la cantidad de oxígeno , sustituyéndole con ácido carbónico , ó con azoe , ó saturándole con humedad ; examínese despues la influencia de aquel elemento desnaturalizado de este modo , y se verá que los pulmones permanecen al principio insensibles á su accion ; pero que no sucede lo mismo con la sangre.

Si la cantidad de gases no respirables es muy grande ; si su accion es enérgica , harán sentir bien pronto sus efectos : y la sangre , despues de haberlos absorbido , llegará al cerebro , producirá la parálisis , y sobrevendrá la asfixia . Si la accion de este aire desnaturalizado es lenta , la vida no está tan inmediatamente amenazada ; pero la nutricion general y la energia vital se resienten , y dan lugar á alteraciones generales . A pesar del desarrollo graduado de estas , tan estravagante seria decir que las alteraciones de un órgano tienen relacion con las de los demas , como atribuir á contagio la asfixia de muchas personas encerradas en un aposento lleno de gas ácido carbónico . En este caso hay una causa general que produce la muerte de todos ; del mismo modo que en las enfermedades de que hablamos existe una afeccion general , de la cual dependen todas las lesiones de los órganos .

Todo lo que acabamos de decir de las afecciones generales de la sangre por la via de los pulmones , es aplicable á las afecciones de este líquido por la via del tubo digestivo . Examínense atentamente los enfermos atacados de escorbuto , por consecuencia de un mal alimento , de la humedad del aire , y de afecciones morales tristes , y en vano se buscará en ellos una *gastritis* . Su estómago , deseoso de un buen alimento , permanece , sin embargo , impasible á la accion de los alimentos depravados , al paso que la sangre , elaborada de un modo poco conveniente , está ya afectada , y puede repercutir su afeccion en todas las vias adonde va á terminar . Desde que se declara la afeccion general , el íntimo enlace que existe entre todas las partes del organismo hace ya suponer la posibilidad de que se extienda á los órganos : esto es , en efecto , lo que nos demuestra la experiencia diaria . Tratando , como tratamos , del diagnóstico , es de nuestro deber llamar la atencion de los prácticos hácia este nuevo género de complicaciones , porque estas afecciones , como ya hemos dicho , pueden muchas veces parecer simples , y las indicaciones que en este concepto se llenasen serian necesariamente insuficientes .

Cuando en una enfermedad cualquiera , en una pneumonia

por ejemplo , se encuentra que la inflamacion de la sangre existe al mismo tiempo que la del pulmon , poco le importa al médico saber cuál de las dos enfermedades se ha declarado primero , porque los dos elementos de complicacion son de una misma naturaleza , y ambos exigen un mismo método curativo. Asi lo que importa conocer en este caso es únicamente la existencia de la complicacion.

La influencia que sobre el ánimo de los médicos ha ejercido la anatomía patológica , haciéndoles hallar en todo lesiones de los órganos , es tan grande , que hasta los prácticos que mas contribuyen á los adelantamientos de la ciencia , los mismos que á cada momento hallan en las inflamaciones intensas de los órganos justificada la existencia de una complicacion importante por parte de la sangre , no consideran jamás el estado morbífico de este líquido como anterior al desarrollo de las inflamaciones , sino como consecutivo.

Sin embargo , muchos médicos refieren que han observado alteraciones generales en la circulacion muchos dias antes de haberse desarrollado las lesiones de los órganos , y aun algunas veces sin que hayan sobrevenido estas lesiones.

En estas alteraciones el exámen de la sangre presentaba las mas veces los caracteres distintivos de la inflamacion ; y como entonces no se observaban todavía en ningun órgano los signos de ella , han creido que en estos casos se podrían atribuir las alteraciones de que acabamos de hablar á la inflamacion de la sangre.

Esta inflamacion , en algunas circunstancias , puede ó bien ir seguida de la resolucion , la cual muchas veces es favorecida por una hemorragia , particularmente por la epistaxis , ó por una transpiracion abundante ; ó bien , como dicen MM. Andral , Piorry y Twedie , producir consecutivamente las flecmasias de diferentes órganos ; ó bien terminar por supuracion sin ser causa de la afeccion de ningun órgano , como ha observado Mr. Tessier. (Tesis inaugural de 1836.)

Asi es que , segun el testimonio de estos autores , las pneumonias , las pleuresias , los reumatismos , etc. , principian en ciertos casos de un modo tan solapado , que difícilmente puede diagnosticarse acerca de su terminacion , que generalmente suele ser funesta. Nosotros no podemos decidir en este instante hasta qué punto se halla la opinion de estos médicos acorde con la observacion de los hechos. La esperiencia es el único juez en este punto ; pero la afeccion consecutiva de los órganos no es siempre de la misma naturaleza que la afeccion general de la sangre que la ha dado origen. En estos casos el práctico no de-

be limitarse á reconocer los elementos de la complicacion , sino que es muy conveniente ademas que sepa el órden con que se han sucedido los fenómenos morbíficos y su importancia respectiva. Si la sangre está saturada por principios , cuya secrecion , por una afeccion de los órganos secretorios ó de otra causa cualquiera , no puede ya verificarse por las vias habitadas á su contacto ; estos principios podrán tomar una via anormal , y pasando á órganos con los cuales no tienen relaciones normales , producir en ellos inflamaciones : puede tambien suceder que estos principios , cuya superabundancia no ocasionaba hasta entonces mas que alteraciones generales , obren sobre un órgano irritado yá anteriormente por una causa cualquiera. Tanto en el uno como en el otro caso la afeccion , lejos de ser sencilla , está compuesta de dos elementos que se deben tener muy presentes para el diagnóstico , y que tomados aisladamente , han dado lugar á diversas opiniones sobre la naturaleza de la enfermedad.

Pongamos , por ejemplo , la gota , que unos , vistó el predominio de los sintomas generales , consideran como afeccion general ; al paso que otros , que nunca quieren penetrar mas allá de lo que alcanzan sus sentidos , no ven en ella mas que la inflamacion de las articulaciones. Ciertamente , en la afeccion de las articulaciones que ha merecido el nombre de gota , hay dos elementos que considerar : el mas esencial de los cuales está representado por la saturacion del organismo , por los principios azóticos , pues que por regla general todos los gotosos se encuentran en circunstancias favorables para el desarrollo de aquellos ; estos principios constituyen la base de las concreciones articulares.

Por otra parte , aunque la inflamacion de las articulaciones no constituya por sí misma la gota , no por eso deja de representar un papel muy importante en esta afeccion. En efecto , cuanto mas violenta sea esta inflamacion , tanto mayor será la cantidad de elementos irritantes que la fluxion , que se aumenta en proporcion de su densidad , conduzca á las articulaciones , y tanto mas intolerables serán los dolores que causen estos elementos de irritacion. Asi , pues , ni la afeccion general de la sangre , ni la local de las articulaciones constituyen la gota por sí solas sino las dos á la vez.

La terapéutica enriquece este género de diagnóstico ; el régimen esclusivamente vegetal será ciertamente el medio mas poderoso para impedir la superabundancia de los principios azóticos en la economía ; pero no satisface todavia todas las indicaciones , no hace desaparecer todos los elementos de la en-

fermedad. Falta que combatir la inflamacion de las articulaciones, la cual, sea cualquiera la causa que la produzca, mantiene siempre en las articulaciones una especie de emontorio hácia el que se dirigen continuamente los principios irritantes que excitan la inflamacion. Por otra parte, ¿qué resultado producirian las aplicaciones de sanguijuelas, aunque fuesen muy repetidas, si no se administrasen remedios contra la afeccion general de la economía?

No se puede, pues, tener esperanza de obtener resultados favorables si no se reunen los medios generales de que acabamos de hablar á los antillogísticos aplicados inmediatamente á las articulaciones inflamadas.

Lo que acabamos de decir de la gota es perfectamente aplicable á los tubérculos. Todas las opiniones por las cuales algunos no ven en esta última afeccion mas que un solo elemento, considerándole unas veces como lesion general de los humores, y otras como lesion local de los pulmones, están fundadas en observaciones inexactas.

Cuando se reflexiona sobre las condiciones que favorecen el desarrollo de los tubérculos, no se puede menos de reconocer en estos diversos modificadores de la economía una accion general ejercida sobre todo el organismo, y particularmente sobre la sangre: pero si estas influencias morbíficas son suficientes para formar la materia tuberculosa, no bastan aun para localizarla en los pulmones. Efectivamente, si no se admitiese en los tubérculos mas que una afeccion general, tendríamos siempre el derecho de preguntar por qué razon la sangre, teniendo la propiedad de hacer la secrecion del tubérculo, la verifica mas bien en un órgano que en otro. Felizmente la rigurosa observacion de los hechos nos ayuda á resolver esta dificultad.

La observacion nos está enseñando continuamente que es muy raro que exista la afeccion tuberculosa de los pulmones sin que los enfermos hayan tenido anteriormente muchas fluxiones de pecho sucesivas. Nos enseña tambien que los tubérculos ocupan mas bien un órgano que otro, segun las diferentes edades de los sugetos; que un órgano está mas predispuesto á los tubérculos en la infancia que en cualquiera otra edad, al paso que otro lo está con preferencia en la edad adulta, etc. Esta diferencia parece provenir sobre todo de la mayor ó menor tendencia que tienen la sangre y todas las fuerzas vitales á dirigirse mas bien hácia un órgano que hácia otro; asi es que en la infancia el sistema cerebro-espinal es sin duda ninguna el aparato mas impresionado en comparacion con las demas épo-

cas de la vida; y la circulacion y la inervacion son en esta edad muy activas. Estas circunstancias esplican lo bastante la frecuencia de los tubérculos en la infancia, en las partes que rodean aquel aparato, como las meninges, las vértebras, etc. En los adultos los pulmones que se encuentran entre los órganos de mas actividad son tambien los que mas comunmente están afectados de tubérculos.

Vemos por esto que es indispensable admitir una fluxion anterior al desarrollo de aquellos cuerpos; pero esta fluxion está muy lejos de ser la única causa capaz de producirlos; esta afeccion, repetimos, no es sencilla, sino complicada; y es necesario considerar en ella tanto un elemento general cuyas raíces estén en la organizacion entera, como un elemento local que haga que la enfermedad se manifieste en un punto. Solamente examinando con atencion, como acabamos de hacer, la naturaleza de los tubérculos es como se puede tener esperanzas de ilustrar la terapéutica, y obtener por este medio resultados mas felices que los que se obtienen ordinariamente.

Lo que acabamos de decir acerca de la gota y de los tubérculos es aplicable á otras muchas enfermedades complicadas, porque el número de estas no es tan corto como parece que se cree generalmente. Una atenta observacion acerca del influjo bajo el cual se desarrolla una afeccion cualquiera, el exámen del modo de obrar de esta causa influyente sobre la economía, el análisis de todos los síntomas que en este modo de obrar se presenten, el exámen de la accion y de los resultados terapéuticos de los diferentes remedios en cada afeccion; tales son los medios mas seguros de descubrir en las enfermedades las complicaciones de diversas especies; complicaciones de que muchos médicos no hacen caso; pero de las cuales un médico instruido sabrá siempre deducir importantes indicaciones.

Las afecciones del sistema nervioso general pueden comunicarse á los filamentos nerviosos de los parenquimas de los órganos del mismo modo que hemos visto las afecciones del sistema circulatorio general propagarse algunas veces á los vasos capilares que entran en la trama de los tegidos.

Hay estados particulares de la inervacion que se manifiestan por alteraciones simultáneas de muchos órganos; asi, por ejemplo, vemos gastralgias coexistir con palpitaciones del corazon, con accesos de sofocacion, con cefalalgia, con accesos de fiebre intermitente, etc. Todos estos fenómenos morbosos repartidos entre tantos órganos resultan de un particular estado del sistema nervioso general; y aun es poco comun que estas espresiones de sufrimiento de los órganos particu-

Jares exijan otras indicaciones que las que reclama el estado de este sistema. Su movilidad es tan grande que toda la influencia de los modificadores terapéuticos se comunica á todas las ramificaciones nerviosas con la misma rapidez con que les ha sido comunicada la enfermedad. Todos estos fenómenos desaparecerán bajo la influencia de los mismos agentes terapéuticos que, quitando las causas del estado morbífico, restablezcan las condiciones del estado normal de inervacion. Cuando el centro cerebro-espinal se halla escitado por una causa cualquiera, una meningitis, por ejemplo, no tarda la escitacion en comunicarse á los filamentos nerviosos de los diferentes órganos, y ocasiona convulsiones en los músculos, dolores en las demas partes, etc. Todos estos desórdenes se propagan con la rapidez del rayo del centro á la circunferencia, de los sistemas generales á los particulares, y desaparecen del mismo modo. En vano seria en estos casos calmar la escitabilidad de todas estas partes, porque mientras no se hiciese desaparecer el origen de la escitacion, no dejaria de comunicarse sin cesar á los órganos. Esta es la razon porque, una vez bien comprendida la causa de estas alteraciones, debe fijarse en ella toda la atencion del médico, porque ella es el todo; lo demas no es sino una consecuencia.

Si en una meningitis no es difícil reconocer como principal, entre las alteraciones de los diferentes órganos, la afeccion del centro cerebral, no sucede lo mismo con las demas afecciones del centro cerebro-espinal, porque no teniendo estas para indicar su presencia tantos síntomas locales como la del centro cerebral, escitan, en los diferentes órganos, alteraciones que absorven por sí solas toda la atencion de los médicos. Asi es que hemos visto jorobados con alteraciones nerviosas en el estómago, en los pulmones, en el corazón, etc., las cuales, segun nosotros, eran producidas por la compresion é irritacion de la médula espinal, y otros médicos, por otra parte muy distinguidos, las consideraban como pertenecientes á cada uno de los órganos enumerados; pero el mal éxito de los calmantes y antiespasmódicos aplicados al estómago, á los pulmones, etc., vino á justificar la verdad de nuestra opinion.

Los médicos ingleses han observado en estos últimos tiempos, que algunas alteraciones de sensibilidad de los órganos torácicos y abdominales, ciertas palpitaciones y la tos, dependen de una afeccion particular de la médula que ellos llaman *irritabilidad*. En todas estas afecciones, fáciles de reconocer, segun dicen, por los dolores en el punto correspondiente de la espina, no consideran mas que la afeccion de la médula; y

creen que se pueden curar muy pronto aplicando vegigatorios *loco dolenti*. En Francia nadie se ha ocupado de esto todavía de un modo especial; sin embargo, nosotros hemos tenido ocasion de observar alteraciones nerviosas de este género; y pensamos que siempre que no se pueda hallar la razon de estos fenómenos por medio del atento exámen de los órganos afectos, se debe proceder á la investigacion de los centros nerviosos, sobre todo cuando aquellos se encuentran en muchos puntos á la vez. Es difícil concebir que no tengan todos una causa comun, la que dá á estos órganos la inervacion en el estado normal. Casi siempre en estos casos se halla alguna lesion mas ó menos aparente, como flecmasia de la sustancia cerebro-espinal, ya primitiva ó ya consecutiva á la inflamacion de sus cubiertas, una compresion de esta sustancia y otras mil causas de escitacion ó de debilidad que darán razon de los síntomas observados, pero no siempre sucede lo mismo. Se observarán en muchas circunstancias alteraciones funcionales de la inervacion, cuya variedad y estension podrán autorizar para que se las refiera al sistema nervioso general, sin que el exámen mas atento pueda indicar fijamente su causa: se les darán diferentes nombres como histerismo, coréa, catalepsis, letargo, somnambulismo, etc.; pero todos estos nombres no indican mas que la forma de las alteraciones, y de ningun modo su naturaleza, que en todos los casos puede ser la misma. Efectivamente, ¿cuántas veces no se han visto estas formas sucederse alternativamente en unas mismas personas?

Ellas son, por otra parte, susceptibles de tantas variedades que envano se esperaria encontrarlas todas en los libros; se emplearian muchos volúmenes en describirlas todas, y todavía los casos nuevos presentarian con frecuencia particularidades que no se habrian descrito. En todas estas formas el fondo es con corta diferencia el mismo, y consiste en una alteracion particular de la inervacion, en un estado nervioso, ó en una *díatesis nerviosa*, cuya naturaleza ignoramos. La menor escitacion, una simple contrariedad puede en estos casos dar lugar á alteraciones funcionales en los diferentes órganos. Una vez se observará cefalalgia insoportable, otra vez dolores muy vivos en el hipogastrio con ganas frecuentes de orinar; luego serán vómitos los que se observen, sofocacion ó dolores en los miembros; la movilidad de estos síntomas dá ya á conocer que las partes en que se manifiestan no son el verdadero sitio de la afeccion, y su extension hace ya presumir la afeccion general del sistema nervioso.

Hemos dicho que no conocemos la naturaleza de esta al

teracion de la inervacion general ; pero la experiencia nos ha enseñado que se la puede restablecer en sus condiciones normales alterándola de distinta manera por medio de otros perturbadores de la inervacion. Estos medios se conocen con el nombre de antiespasmódicos ; y en estos casos sobre todo es en los que están indicados los baños por sorpresa , y las afusiones ó chorros de agua fria sobre la cabeza , sobre la espina dorsal ó sobre el hipogastrio.

*Tifus.*—Despues de haber examinado sucintamente las afecciones que primitivamente atacan uno á uno los sistemas generales de la economía , y que secundariamente ocasionan las alteraciones de los órganos , debemos ocuparnos de las dolencias que atacan primero muchos sistemas generales de la economía , y que ejecutando despues una reaccion sobre el organismo , producen diversas lesiones consecutivas de los órganos ó sus alteraciones funcionales.

Entre estas afecciones debemos colocar en primer lugar los tifus , como el de los campamentos y el de las cárceles en Europa , el de América ó la fiebre amarilla , el de Africa ó la peste , y el de Asia ó el cólera asiático. En todas estas afecciones á las cuales, por muchas razones, podríamos tambien añadir la viruela , la invasion es demasiado profunda para que podamos colocarlas en un solo sistema de la economía.

Las congestiones de las visceras , las inflamaciones de los órganos , y las diferentes erupciones que sobrevienen en el curso de estas fiebres , no deben ser consideradas mas que como complicaciones mas á menos inherentes á la naturaleza de la fiebre. Estas complicaciones deben ciertamente ser de una grande importancia para el médico , porque pueden con frecuencia traer por sí mismas una terminacion funesta ; pero lo que prueba con mas evidencia que no constituyen toda la enfermedad , sino que hay todavía alguna otra cosa mas dificil de reconocer por hallarse mas profundamente oculta , es que puede sobrevenir la muerte en el momento mismo en que estas lesiones presentan menos gravedad.

Ignoramos completamente en qué consiste la naturaleza de esta invasion primitiva de los sistemas generales ; por lo cual no podemos insistir mas en el analisis de los elementos de esta complicacion. Todo lo que nos proponíamos con respecto á esto era hacer conocer su existencia , y demostrar que los antrax no constituyen la peste , las petequias el tifus , las cianosis el cólera , y la inflamacion pustulosa de la piel la viruela.

*Caquexias.*—Procediendo siempre de lo simple á lo compuesto , nos toca tratar ahora de las afecciones que desde lue-

go ocupan á la vez ó sucesivamente todos los sistemas de la economía, que la desnaturalizan, por decirlo así, cada una á su modo, y cambian su manera de existir en otra que es particular á cada una. Estos estados patológicos se han llamado *Caquexias*.

Bajo la influencia de ciertas causas mas ó menos apreciables, la economía puede adquirir disposiciones particulares que impriman su sello á afecciones sencillas en la apariencia. Las inflamaciones, las secreciones, etc., si bien conservan sus caracteres generales, tienen tambien caracteres especiales: estos últimos son los que las hacen rebeldes á los medios que en casos ordinarios bastan para combatirlos, y desaparecen tan luego como por los medios adecuados se llega á restablecer las condiciones normales de la economía.

Hay cuatro especies distintas de caquexias: 1.º caquexia sífilítica: 2.º caquexia escrofulosa: 3.º caquexia escorbútica: 4.º caquexia cancerosa.

En todas estas afecciones está ya deprimada la nutrición, ó al menos hay tendencia á esta deprimación.

Por consecuencia de este estado de deprimación, las inflamaciones se desarrollan ordinariamente en todas estas caquexias, tienen caracteres particulares, sensibles algunas veces, pero otras ocultos de tal modo que su especialidad no se conoce mas que por las consecuencias que se deducen de la acción de los medios terapéuticos, de sus propiedades contagiosas, etc. Así es que la inflamación sífilítica no es una inflamación sencilla como pudiera creerse por la gran semejanza de los caracteres anatómicos de estas dos variedades.

Un cáncer, aunque se parece á otras muchas úlceras por las cuales termina la inflamación, no por eso deja de tener un carácter especial que depende de la disposición general de la economía; esta disposición, luego que ha cedido su lugar al estado normal, hace desaparecer todas sus consecuencias.

La especialidad de las inflamaciones y de las secreciones sífilíticas primitivas consiste además en una facultad que tiene, y es la de poder comunicarse por el contacto, y reproducirse con los mismos caracteres en las personas expuestas al contagio.

En el escorbuto llamado caliente, en que se observan con frecuencia congestiones activas de los órganos con reacción febril, es imposible, no obstante la presencia de estos dos últimos caracteres, emplear los medios terapéuticos que en otras circunstancias podrian aplicarse con ventaja. Los antillogísticos, y sobre todo las sangrias, cuya acción seria favorable en las congestiones ordinarias, influirian nocivamente en las con-

gestiones escorbúticas. Por el contrario, se pueden detener los progresos de la enfermedad, apartando á los enfermos de la humedad y de la oscuridad; animando su moral, y dándoles alimentos sanos. Asi es como se llega á destruir la caquexia escorbútica.

Fácil es conocer por lo que acabamos de decir, que independientemente de los caracteres anatómicos que en el escorbuto pueden ser semejantes á los de las demas afecciones, hay otros mas ocultos que dependen del estado general de la economía, y de los cuales los primeros no son mas que una consecuencia.

Todo lo dicho acerca de la sífilis y del escorbuto, es aplicable á la caquexia escrofulosa. En esta caquexia, como dice M. Baudelocque, todo el edificio está construido con malos materiales: su especialidad proviene de las causas que la producen, y del modo de obrar de estas sobre la economía. Las lesiones de los órganos, no obstante su frecuente semejanza con las lesiones ordinarias, llevarán en este caso un sello particular que les hará resistentes á los medios ordinarios.

Por el contrario, los medios por los cuales se consiga reedificar el destrozado edificio dándole sus caracteres normales, curarán tambien al mismo tiempo todas las lesiones de los órganos. Asi es que cambiando la habitacion mal ventilada, poco clara y húmeda, por otra habitacion sana, y sustituyendo un buen alimento al malo, pueden curarse las engurgitaciones glandulosas, las oftalmias, y las otitis escrofulosas. Los antiflogísticos que producen tan buenos resultados en estas mismas lesiones cuando son sencillas, serian inútiles cuando reconocen este carácter.

Por último, segun algunos autores, es necesario admitir ademas una caquexia cancerosa. Por este nombre se entiende una disposicion particular del organismo, una depravacion de la nutricion, por consecuencia de la cual la sangre suministra moléculas cancerosas, en lugar de moléculas de los tegidos normales. Para algunos médicos nada mas lejos de estar demostrado que la existencia de esta caquexia antes del desarrollo del cáncer; no la admiten sino despues de la reabsorcion de las moléculas cancerosas segregadas en una ulceracion de esta naturaleza; y segun ellos, no sobreviene hasta entonces la caquexia cancerosa capaz de introducir moléculas semejantes en todas partes en que exista solamente una congestion. Hasta entonces no habia mas que una simple inflamacion ulcerativa que, por circunstancias casi siempre desconocidas, ha tomado la naturaleza cancerosa; pero precisamente en la oscuridad de

estas circunstancias es donde estriba toda la dificultad de la cuestion. Mientras que no se nos pongan en claro á nuestra vista las condiciones que favorecen esta terminacion, mientras que no se nos explique de un modo satisfactorio por qué la inflamacion termina unas veces por cáncer, y otras, á pesar de la aparente identidad de circunstancias, por resolucion, induracion, supuracion ó ulceracion simple, tendremos siempre derecho para explicar esta particularidad recurriendo á la hipótesis de una caquexia existente antes del desarrollo del cáncer. Decimos hipótesis, porque la existencia de esta caquexia no puede demostrarse como la de aquella de que hemos hablado hasta aquí; y como sus causas no son tan aparentes, es fácil que se la admita como consecuencia directa.

Todas las afecciones que acabamos de examinar y que tienen el nombre de caquexias, presentan en su curso las diversas lesiones de los órganos que, segun sus caracteres anatómicos, pertenecerian á las diferentes formas de la inflamacion. Vemos en todas un simple color rojo, una secrecion purulenta, una ulceracion, un tumor, etc., formas ordinarias de la inflamacion; y sin embargo, si el síndrome de síntomas y el exámen de las causas no nos indicasen ya alguna particularidad en estas diferentes lesiones, los ensayos terapéuticos bastarian para convencernos de que la habia. Los medios que, cuando la inflamacion es sencilla, empleamos contra todas estas formas, son las mas veces infructuosos en el caso de que tratamos, porque todas estas lesiones no son mas que los resultados de una disposicion particular del organismo, y no se destruyen sino cuando desaparece esta disposicion. La esperiencia, pues, demuestra que no son simples, sino compuestas. Sin embargo, no hay una complicacion de dos ó mas elementos morbíficos que sea necesario destruir separadamente sino una especie de *combinacion* interina: son lesiones *combinadas* é indivisibles, y no existen mas que por esta combinacion. Los medios terapéuticos que lleguen á destruir la disposicion de la organizacion á que deben su existencia serán por sí solos suficientes para curarlas.

*Constituciones médicas y atmosféricas.*—Una cuestion se nos presenta ahora, á la cual se ha dado en otro tiempo grande importancia, y que aun en el dia ocupa mucho la atencion de los médicos: esta cuestion es la de saber si, independientemente de todas las causas influyentes de que hemos hablado, existen todavía otras que provengan del aire ó de las *entrañas de la tierra*, ó que sean de naturaleza desconocida, y que impriman á las lesiones de los órganos, que al parecer sean las mis-

mas, un sello particular, modificando su naturaleza, y haciéndolas que se resistan á los medios terapéuticos ordinarios. Queremos hablar de las constituciones médicas y epidémicas, y trataremos de demostrar hasta que punto pueden modificar las indicaciones, y constituir por esto un objeto de diagnóstico.

«De lo que yo estoy seguro por muchas observaciones muy exactas que he hecho, dice Sydenham, es de que las especies de enfermedades epidémicas, sobre todo las fiebres continuas, difieren de tal modo unas de otras, que el mismo método que es saludable un año puede ser funesto al siguiente.» (*De las epidemias.*) (1).

Cuando Sydenham llegaba á reconocer la naturaleza de la constitucion, curaba, dice él, *por gracia especial del Cielo*, casi todos los enfermos que se hallaban bajo esta influencia; pero si llegaba el caso de que esta constitucion hiciese lugar á otra, se hallaba nuevamente embarazado, y sin saber que hacer para curar la nueva enfermedad; de modo que á no ser que tuviese una atencion extraordinaria, todos los enfermos primeros que se le presentaban le servian para ensayarse en el conocimiento del carácter de la enfermedad, y de los medios de atacarla con seguridad.

Cada constitucion dura, segun Sydenham, un cierto número de años que nunca es fijo; y despues desaparece para dar lugar á otra constitucion. Cada una de estas produce una fiebre que fuera de ella no se presenta jamás. Sydenham llama *fiebres estacionarias* á las de esta especie, y despues se han llamado *constituciones médicas*.

Estas constituciones médicas, segun la opinion de Sydenham, no dependen del influjo atmosférico; porque en estados atmosféricos absolutamente semejantes ha observado aquel profesor constituciones diferentes; dependen, pues, de algun influjo secreto cuya causa se desarrollará en las entrañas de la tierra, y cuyas perniciosas exhalaciones duran tanto como la misma constitucion.

Asi, segun Sydenham, cada exhalacion produce una forma de fiebre, que reina todo el tiempo que dura la constitucion, y que acompaña á todas las demas enfermedades, que pueden pre-

(1) Nihil quicquam, opinor, animum universæ qua patet medicina: pomaeria perlustrantem, tanta admiratione percelleret, quam discolor illa et sui plani dissimilis morborum epidemicorum facies; non tam qua varias ejusdem anni tempestates, quamque discrepantes diversorum ab invicem annorum constitutiones referunt, ab usque dependent. *Praxis medica experimentalis.* (Lipsiæ, 1711, cap. II, p. 43.)

sentarse, bajo la influencia de las estaciones, lo mismo en una constitucion que en otra, á las cuales llama por esta razon Sydenham *intercurrentes ó esporádicas*.

Tan luego como cambia la constitucion, cambia tambien, segun hemos dicho, la naturaleza de la fiebre; de modo que inmediatamente que se verifica este cambio, las enfermedades de una constitucion dada, aunque conservan su aspecto y su nombre, exigen, segun Sydenham, diverso método curativo.

No solamente este cambio de constitucion epidémica trae consigo otro en la naturaleza de la fiebre, sino que tambien todas las afecciones esporádicas á las que aquella acompaña por la misma forma de fiebre, reciben de ella un influjo mayor ó menor, y se separan mas ó menos de sus formas ordinarias.

Al mismo tiempo que una constitucion da origen á una forma particular de fiebre, tiende tambien á producir alguna otra enfermedad mas epidémica y mas grave, como la peste, las viruelas, etc.

Cuando muchas de estas enfermedades reinan en un mismo año, siempre hay una que domina sobre las demas; de modo que estas se calman cuando sobreviene aquella que ha llegado al maximun de intensidad, y vuelven á tomar su fuerza cuando la principal se debilita.

La enfermedad que reina en el equinoccio de otoño, y que hace entonces mayores estragos, es la que da el nombre á la constitucion de todo el año. Esto es lo que se ha llamado despues *constitucion atmosférica*.

Asi cuando en otoño hay muchas viruelas, la fiebre que reina todo el año va acompañada de la misma inflamacion que producen aquellas.

Estas dos enfermedades, dice Sydenham, principian entonces casi al mismo tiempo, y sus síntomas esenciales tienen mucha semejanza entre sí, esceptuando la erupcion de las viruelas y los demas síntomas que dependen de ella.

Los sudores espontáneos y la gana de salivar que se hallan igualmente en estas dos enfermedades, prueban, segun Sydenham, su semejanza.

Del mismo modo, cuando hay en otoño muchas disenterias, la fiebre que reina en aquel año tiene muchos de los caracteres de aquellas, á excepcion de que en la disenteria se evacua con las materias fecales la causa morbífica. El modo semejante que tienen de principiar estas dos enfermedades, las aftas y los demas síntomas que les son comunes, muestran, segun Sydenham, la verdad de esta proposicion. Segun él, la disenteria de

que se trata no es otra cosa mas que esta misma fiebre, con la sola diferencia de que aquella se origina en lo interior, y se lanza á los intestinos, por los cuales se abre una via crítica. La enfermedad epidémica principal, que en el equinoccio de otoño, semejante á un torrente, hace los mayores estragos por todas partes, vuelve á encerrarse en sus límites tan luego como el frio del invierno principie á hacerse sentir.

Por el contrario, las enfermedades epidémicas menos intensas que la primera, se aumentan entonces, y llegan á su apogeo, en el que permanecen hasta que la enfermedad dominante, volviendo á presentarse de nuevo, las debilita, y por último las hace desaparecer.

Este es el modo con que Sidenham estudió las constituciones médicas y epidémicas. Su opinion en este particular ha servido de piedra fundamental á las teorías de todos los autores; por esta razon hemos juzgado necesario desenvolver aqui sus ideas hasta el grado que nos ha parecido necesario para su mejor inteligencia.

Stoll, en efecto, no hizo otra cosa que esto que nosotros acabamos de hacer, cuando dice que la fiebre estacionaria influye en gran manera sobre todas las fiebres y enfermedades febriles sin escepcion, sometiéndolas á su imperio, ya dependan del cambio de las estaciones, ya de cualquiera causa particular; y cuando manifiesta que el poder de esta fiebre estacionaria es tambien grandísimo en las enfermedades crónicas febriles y no febriles. (Aphor. 30 y 31, trad. de Mahon.)

Ademas Stoll reconocia tambien fiebres *anuales*, es decir, que se reproducian cada año en un órden constante, excepto en los casos de alteracion extraordinaria de la atmósfera. Estas fiebres anuales, inflamatorias, biliosas, pituitosas, que cada una de ellas corresponde á una estacion particular, y á las que Stoll llamaba *cardinales*, exigen cada una su método curativo especial. Asi las afecciones que sobrevengan en la estacion en que domine la fiebre biliosa requieren un plan de curacion diferente de las de la estacion en que reine la fiebre inflamatoria.

Otros médicos han ido todavía mas lejos en la pretension de hallar una relacion íntima entre las diferentes enfermedades. Raymond, en una obra que presentó á la sociedad de medicina de París en 1781, dice que ha observado dos constituciones sucesivas, cada una de las cuales correspondia al ciclo lunar, y duraba diez y nueve años. Segun este médico, en los primeros diez y nueve años todas las enfermedades presentan los caracteres de una manera *débil* ó de *asthenia*; y en la segunda

constitucion, por el contrario, estos caractéres pertenecen al modo *fuerte ó sthénico*.

« Durante la estacion débil que reinó diez y nueve años seguidos, el pulso estaba blando, concenterado, y poco frecuente; la fiebre era por lo comun remitente; era la sínoca de los griegos, con postracion de fuerzas, pesadez, dolor gravativo de cabeza por lo general agudo, calor y sed muy poco notables, y turgescencia de las primeras vias, sobre todo del estómago; finalmente el orgasmo era poco activo é inerte. En las enfermedades agudas de la estacion fuerte el pulso ha estado desarrollado y frecuente, la fiebre comunmente continua; propiamente era la sínoca de los griegos, con calor y sed en un grado notable, dolores agudos, y turgescencia ó cacochylia de las primeras vias, mas ó menos considerable.»

« Al primer modo pertenecen tambien las fiebres ardientes, ilegítimas de Hipócrates, el *καυσος*, la fiebre nueva de Sydenham, la fiebre nerviosa de los ingleses, y la fiebre maligna ordinaria de los franceses.»

« Se comprenden en el segundo modo las inflamaciones esquisitas, la mayor parte de las fiebres catarrales, las fiebres ardientes legítimas, y las fiebres de las viruelas, del sarampion y de la escarlatina (1).»

Estos fueron con corta diferencia los puntos cardinales sobre que giraron todas las cuestiones relativas á las constituciones estacionarias y anuales.

Procederemos ahora al exámen critico de todas estas opiniones, para saber hasta qué punto debemos tener presentes, en el diagnóstico, la influencia de estos pretendidos modificadores.

La primera pregunta que debemos hacernos es esta: ¿ existen en realidad entre las enfermedades que reinan en un tiempo dado algunos fenómenos comunes que establezcan sus puntos de contacto? La esperiencia falla esta cuestion afirmativamente, y puede decirse con Mr. Andral « que hay épocas en que las diversas enfermedades que causan estragos en una parte presentan todas ellas caractéres que no presentarán ya en otra época. Asi es, que hay tiempos en que casi todas las afecciones agudas

(1) La memoria de Raymond fué remitida á la sociedad con el objeto de obtener el premio propuesto por esta, el cual le fué adjudicado en la sesion tenida en el Louvre el 6 de marzo de 1781. El tema de esta memoria fue:

¿ Qué relaciones tienen las enfermedades epidémicas con las que sobrevienen al mismo tiempo y en el mismo lugar, y que se llaman intercurrentes? ¿ Cuales son sus complicaciones, y hasta qué punto deben estas influir en el método curativo? Esta memoria forma parte de la coleccion de las de la sociedad de medicina en el año de 1781, y se halla en la pág. 36.

que se observan en un país van acompañadas de una notable excitación del sistema nervioso, ó de una fuerte reacción del sistema sanguíneo, al paso que en otros tiempos estas mismas afecciones coinciden con una singular depresión de las fuerzas. Despues vemos que estas dolencias, unas veces con sorprendente facilidad se complican en su curso con la inflamación de un gran número de órganos, y otras producen un singular acrecentamiento de algunas secreciones, ya de la bilis, ya del moco: ¿Qué médico, *añade aquel distinguido profesor*, no ha observado las flecmasias gastro-intestinales ser la causa del aflujo de torrentes de bilis al tubo digestivo, mientras que en otras épocas una secreción mucosa superabundante es el principal fenómeno que acompañaba á la gastro-enteritis?»

Este primer resultado del atento exámen de los hechos que se presentan diariamente á nuestra observación, parece que confirma, al menos en parte, las ideas de los antiguos, sobre las constituciones estacionarias. Pero lo que tenia de inexacto su opinion acerca de este punto, como juiciosamente observa Mr. Andral, era el determinar la naturaleza y el número de estas constituciones por causas que no admitian sino en hipótesis. Su constitucion biliosa, por ejemplo, tenia por base ideas fundadas todas en conjeturas diversas, segun que sus principios teóricos les inducian á sacar sangre, ó á administrar emeto-catárticos; y justificaban su práctica, admitiendo unas veces la constitucion inflamatoria, y otras la constitucion biliosa. *Diccionario de medicina y cirugía prácticas*, tom. VIII, página 386 y 387.)

Segun las diferentes épocas de la historia de la medicina, y segun el estado de las ciencias físicas y de la fisiología, se ha cambiado de opiniones acerca de la índole de las enfermedades; de suerte que aquellas, cuya naturaleza nos es bien conocida en el día, y cuya identidad reconocemos, y las que en otro tiempo describieron los autores, fueron al principio atribuidas á la pútridez, luego á la bilis, despues se las ha hecho depender del estado de debilidad directa ó indirecta, y por último en nuestros días se las atribuye á una forma de irritación del tubo digestivo.

Habiéndose aplicado generalmente todas estas opiniones á todas las enfermedades « resulta de aquí, como dice muy bien el autor del artículo titulado *Constitucion médica*, inserto en el *Repertorio general de ciencias médicas*, que mientras ha dominado la doctrina de Stoll en la *Escuela de medicina* la constitucion estacionaria ha sido por lo general biliosa; cuando ha prevalecido la opinion de Brown, esta constitucion ha sido adinámica,

y ha sido hasta ahora inflamatoria desde la revolucion médica, hecha por Mr. Broussais.

Hombres de un mérito incontestable han recurrido, aun en nuestros dias, á esplicar por el cambio de constitucion la razon del buen éxito de un método opuesto al que se habia por otros empleado antes con felices resultados. Laënnec esplica el buen efecto del plan antilogístico, admitiendo como un hecho demostrado el cambio de la constitucion biliosa de Stoll (en la cual los vomitivos producian felices resultados) en constitucion inflamatoria. Hemos oido á Mr. Fouquier atribuir á la misma causa el buen éxito de los antilogísticos; sin embargo, este cambio de constitucion es ilusorio: esencialmente no hay mas que cambio de ideas sobre la naturaleza de las enfermedades, y la prueba mejor de ello es, que en una misma poblacion, y aun en un mismo hospital, segun hemos dicho, podrá verse que se sostienen constituciones diferentes; y segun sean los que hablen partidarios de Stoll ó de la medicina fisiológica, asi se verá proclamado el influjo de la constitucion biliosa, ó enarbolada la bandera broussista.

Asi, aunque reconozcamos, con Mr. Andral, la existencia de ciertos puntos de contacto entre las diferentes enfermedades de una misma época, aunque admitamos su persistencia durante un espacio mas ó menos largo de tiempo, y aunque demos por demostrado que sus caractéres son reemplazados en la época siguiente por otros igualmente comunes á todas las enfermedades, todo lo cual equivale con corta diferencia á admitir las *constituciones estacionales* de los antiguos, estamos, sin embargo, muy distantes de poder señalar con precision cuáles son las relaciones que existen entre todas estas espresiones morbíficas y los medios terapéuticos; ó, en otros términos, nos falta todavía mucho para conocer la naturaleza de todas las variaciones de la fisonomía de las enfermedades, y de las modificaciones terapéuticas que podrian exigir.

La observacion nos ha enseñado tambien, que tan luego como una enfermedad epidémica empieza á reinar, todos los casos de ella que se presentan en el curso de la epidemia tienen entre sí semejanza en los sintomas, en la gravedad y en el método curativo que requieren: hay mas: estos caractéres comunes desaparecen muchas veces, y les suceden otros que no se hallan con menos frecuencia en los enfermos; de modo que, como dice Mr. de Andral, es necesario, durante una epidemia, establecer muchas veces el método curativo, no tanto con arreglo á lo que se haya observado en cada caso particular, como con arreglo á la marcha general de la epidemia y de la es-

pele de carácter que presenta, considerándola en sus diferentes épocas y en el total de individuos que han sido atacados de la enfermedad. (*Loco citado*).

Cuando esta epidemia ha desaparecido, las afecciones esporádicas del mismo nombre vuelven á su tipo ordinario; y si algun tiempo despues sobreviene otra enfermedad epidémica semejante, tendrá igualmente caractéres comunes á todos los casos; pero estos podrán ser ya diversos de los que pertenecian á la epidemia precedente.

Por lo que acabamos de decir se ve, que las enfermedades que son las mismas en cuanto á la identidad de lesiones anatómicas, pueden ir acompañadas de diferentes disposiciones del organismo; y que hay casos en que el médico, reconociendo por la esperiencia y por la observacion los caractéres particulares de una epidemia cualquiera, y la ineficacia de los medios terapéuticos que en otros casos producen felices resultados, debe admitir como precisa consecuencia la existencia de alguna cosa particular en la naturaleza de la enfermedad. Debe, en una palabra, considerarla como una afeccion combinada, en la cual no es á las lesiones anatómicas á las que tiene que atender con mayor cuidado, sino á las disposiciones de toda la economía; disposiciones de las cuales la lesion orgánica no ha sido mas que la consecuencia. Destruidas estas, las lesiones de los órganos desaparecerán, como hemos visto desaparecer todas las formas de inflamaciones sífilíticas ó escrofulosas, tan luego como por los medios convenientes se cambiaba el estado general de la economía que favorecia su desarrollo.

Casi nunca podemos comprender la naturaleza de esta combinacion, asi como tampoco comprendemos la de las combinaciones sífilíticas, escrofulosas, etc.; pero el empirismo puede guiarnos para encontrar su antídoto, asi como nos ha conducido para hallar el de las afecciones de que acabamos de hacer mencion (1). Pero lo que decimos de las epidemias no es aplica-

(1) Lo que vamos á decir hará tal vez que puedan reconocer mejor esto diferentes caractéres de las epidemias de que hablamos: hemos dicho en uno de los párrafos anteriores, que los síntomas no tienen casi ningun valor en el diagnóstico, si no se busca la relacion que tienen con las lesiones de los órganos que les han originado. Pero estas lesiones estan siempre bajo el influjo del sistema nervioso, sin el cual, la manifestacion de las enfermedades, es imposible de concebir el conjunto, el juego y la armonia de los órganos.

A escepcion de las causas mecánicas que producen un pequeño número de enfermedades, las demas causas, sin esceptuar las de una irritacion local, obran desde el principio sobre la inervacion, ó, si se quiere, sobre la vida que entonces da lugar á diversas afecciones, segun su estado absoluto, y segun

ble de ningun modo á las afecciones esporádicas. El someter este cambio de constituciones epidémicas al capricho de los hombres que han tratado de hallar en ellas la esplicacion del pernicioso efecto del mal método curativo que han aplicado, seria hacer un desprecio de las observaciones de todos los que se han ocupado seriamente de las epidemias. Si en las afecciones esporádicas nos quisiéramos guiar siempre por los resultados terapéuticos para conocer la naturaleza de las enfermedades, saca-

las diferentes disposiciones de los órganos con que se halla en relacion. Asi vemos que en rigor podria decirse de las lesiones anatómicas lo que antes hemos dicho de los sintomas, porque ellas mismas no son mas que *sintomas* de los actos morbíficos de la *economía viviente enferma*. Habiendo visto suceder los mismos sintomas á lesiones diferentes, tanto por el sitio que ocupaban como por su naturaleza, podríamos admitir *à priori* casos en que las mismas lesiones anatómicas fuesen consecuencia de las diferentes disposiciones del sistema nervioso de la vida, aun cuando la esperiencia y la observacion no confirmasen por otra parte esta verdad. Ya hemos visto, hablando de las caquexias, que las lesiones de los órganos que se asemejan por sus caractéres á las formas ordinarias de la inflamacion simple, no cedian á los antillogísticos; que en el escorbuto, por ejemplo, estaban bajo la influencia de una disposicion general de la economía, y que no desaparecian sino con esta disposicion: Mr. Magendie, habiendo hecho la seccion del quinto par á un animal, ha visto inflamarse los ojos á consecuencia de la falta de inervacion, y presentar los mismos caractéres que si hubiese estado irritado: si se atan los nervios del octavo par se producirán los caractéres anatómicos de una pneumonia: una disposicion particular de la inervacion, que constituye la fiebre perniciosa, lleva la sangre á los diferentes órganos, y hace aparecer en ellos congestiones, como si estuviesen irritados; y sin embargo, todas estas lesiones, aunque en apariencia las mismas que las que son producidas por una irritacion directa, son de distinta naturaleza que estas últimas. Ahora bien, las alteraciones que la fisiología produce generalmente, atacando las partes accesibles á los sentidos, pueden muy bien modificarse de muy distintas maneras, cuando los agentes físicos de la atmósfera, á cuya influencia está continuamente espuesta nuestra economía, ataquen partes mucho mas sutiles; la inervacion, el principio vital, todos los órganos, todas las fuerzas y todas las cosas que pertenecen á nuestra máquina orgánica son demasiado análogas á las del universo, del cual esta no es mas que una fraccion, para que no admitiésemos entre ellas la existencia de una reaccion continua que, aunque insensible muchas veces á nuestra inteligencia y hasta á los instrumentos que inventamos, puede muy bien no serlo para los instrumentos de nuestra economía.

Entonces los agentes modificadores del universo adquieren, bajo el influjo de otro cualquiera, caractéres particulares que por desgracia casi nunca podemos reconocer; estas causas modificantes obrarán con los mismos caractéres sobre todas las poblaciones que esten bajo su influencia, y ejercerán su accion de la misma manera en todos los individuos. Asi es, que nada hay que menos sorprenda que la misma fisonomía en todos los casos patológicos.

¿Qué cosa, pues, mas natural que la particularidad de su naturaleza idéntica en todos los casos, y la eficacia del mismo método curativo?

riamos muchas veces consecuencias absolutamente falsas, porque es un beneficio incontestable de la naturaleza la facultad que posee la economía de resistir á la accion de ciertos agentes, y marchar segun sus propias disposiciones; y en el caso contrario nos veriamos espuestos á impedir con nuestros medios terapéuticos los efectos de los saludables esfuerzos de la naturaleza; por los cuales llega á triunfar de la enfermedad, á pesar de los insignificantes obstáculos que se la oponen. Si la afeccion leve al principio, y que pudiera muy bien abandonársela á los esfuerzos de la naturaleza, se agrava por circunstancias mas ó menos desconocidas, y por consiguiente llega á ser en el momento ineficaz el método curativo que antes al parecer producía buenos resultados, ¿será necesario deducir de aquí que ha sobrevenido un cambio de constitucion médica? Por otra parte, ¿no sabemos que las diferentes condiciones de la edad, del sexo y de la constitucion de los enfermos influyen mucho en el estado patológico que trata de curarse? Si, pues, por un acaso particular sucede que curamos por medio de un plan dado cierto número de enfermos, en los cuales se hallan las mismas condiciones, cuando este plan no surta buenos efectos en otros enfermos, ¿podremos atribuir esta desgracia al cambio de constitucion médica, sin examinar primero si este cambio depende mas bien de la modificacion de una de las causas influyentes de que acabamos de hablar, de la constitucion de los enfermos, de su edad, de su sexo, de la estension de la enfermedad y de las complicaciones, etc.?

Cualquiera que guste recordar con nosotros los diferentes métodos, cuyos efectos contra las fiebres tifoideas, las pneumonias, etc., hemos oido ponderar en esta capital de algunos años á esta parte, apoyará nuestra opinion. En efecto, ¿dónde estan todos esos métodos, proclamados con tanto entusiasmo, y llevados en triunfo hasta en la misma academia? *Nec locus ubi Troja fuit.* ¿Quién se atreveria en el día á usar el óxido blanco de antimonio como un método esclusivo para la curacion de las pneumonias? ¿Quién osaria purgar una vez tras otra á todos los enfermos atacados de fiebre tifoidea? Hasta los principales apologistas de estos métodos han renunciado ya á su uso: ¿por qué? ¿Es acaso porque á la constitucion médica que requería que se empleasen aquellos medios ha sucedido otra distinta? Asi dicen algunos médicos; pero nosotros sabemos ya lo que hemos de pensar de semejante escusa, y podremos darla su justo valor tan pronto como sepamos que hay otros métodos mas racionales y mas enérgicos, que, secundando en los casos benignos los esfuerzos de la naturaleza, y atacando vigorosamente la enfermedad en los casos graves, han producido cons-

tantamente saludables efectos, no obstante el cambio de esas pretendidas constituciones. En resúmen, á pesar de las grandes dificultades de que en el dia está rodeada la cuestion de las constituciones médicas, cuestion sobrecargada con tantos y tan confundidos elementos, la observacion parece demostrar:

1.º Que los sintomas de las enfermedades de una época mas ó menos larga pueden tener entre sí diversos puntos de contacto, y que estos llegan á ser evidentes, sobre todo en las afecciones que reinan epidémicamente, de modo que todos los individuos, atacados de una misma afeccion epidémica, presentan caractéres genéricos semejantes, y difieren de los atacados de otra epidemia, en los cuales se observarán igualmente caractéres comunes, pero de diferente naturaleza.

2.º Que no se debe deducir el cambio de constitucion médica del mal éxito de los medios que parecia haber surtido buen efecto hasta entonces, mientras este mal éxito no siga á la aplicacion de los medios, cuya eficacia, sostenida por el cálculo, haya sido tambien justificada por una larga esperiencia, y mientras no sean semejantes con corta diferencia todas las circunstancias de los enfermos.

Pasaremos ahora á la cuestion de las *constituciones epidémicas*.

Sydenham ha dicho: « que cuando hay muchas viruelas en otoño, la fiebre que reina en todo el año va acompañada de la misma inflamacion que aquella produjo. » Ha dicho tambien: « que igualmente cuando hay en otoño gran número de disenterias, la fiebre que reina aquel año tiene muchos caractéres semejantes á los de aquellas, diferenciándose en que la disenteria evacua con las materias fecales la causa morbífica. »

Esta opinion de Sydenham no carece absolutamente de fundamento. Es casi evidente, como lo ha observado el Hipócrates inglés, que la influencia morbífica, capaz de producir una epidemia, puede estar por largo tiempo sin hacer su efecto, si no encuentra circunstancias favorables á su desarrollo. La invasion sucesiva de diferentes paises por la epidemia, no habiéndose mostrado al principio mas que en un solo punto, sirve de un grande apoyo á esta opinion.

Ahora bien, durante este tiempo de incubacion que puede ser mas ó menos largo, el agente morbífico, aunque insuficiente para producir una epidemia por no hallarse favorecido por las circunstancias inherentes al pais ó á sus habitantes, no deja por eso de tener alguna influencia; y puede excitar en la economia varias alteraciones que por sus caractéres dependan de la epidemia, que solo aguarda condiciones favorables para mani-

festarse. Estas alteraciones pertenecen unas veces á los síntomas de la epidemia, y otras á su forma, marcha y naturaleza.

Por otra parte, la epidemia que destruye un país por espacio de algun tiempo, puede dejar de hacer sus estragos por consecuencia del frio de un rigoroso invierno, ó por otras circunstancias. Otras enfermedades la suceden; pero el principio de la epidemia puede subsistir aun despues de la extincion de esta, y dar lugar, como en el último caso, á algunos de sus síntomas principales. El influjo del principio epidémico sobre las enfermedades será todavía mas manifiesto en el momento mismo en que reina la epidemia: entonces un gran número de enfermedades intercurrentes toman algunos caractéres de la epidemia reinante. Asi es que Stork y Lepèque de la Clôture citan casos de pneumonia, que en la época de la epidemia de las fiebres miliares que ellos describieron, terminaban por una erupcion miliar mas ó menos considerable. Se han citado igualmente epidemias de sarampion, durante las cuales la mayor parte de las enfermedades intercurrentes se complicaban con catarros absolutamente semejantes al de aquella afeccion. De esta especie son los casos muy repetidos de complicacion de la cianosis y del frio algido del cólera asiático, efectos que observamos desde que este terrible azote causó tantos estragos; y esta complicacion no la habíamos reconocido antes. Lo mismo sucede cuando vemos, durante el año en que reina una epidemia de gripe, complicarse mas ó menos cierto número de afecciones con los síntomas de esta epidemia; pero en todos estos casos la naturaleza de la afeccion no está modificada; no existe en ella ninguna combinacion; hay solamente complicaciones que pueden ser de diversa naturaleza, que pueden exigir variaciones importantes en las indicaciones terapéuticas, y que deben por consiguiente entrar en el diagnóstico.

Esto es, sobre poco mas ó menos, lo que la esperiencia ó el raciocinio nos permite conservar de las opiniones de los antiguos sobre las constituciones médicas. Cuando reflexionamos cuán poco perfeccionados estaban los métodos de diagnóstico de los antiguos, no estamos lejos de creer que lo que hemos admitido de sus opiniones es tal vez todo lo que en ellas hay de admisible. En efecto, ¡á cuántos errores no estaban expuestos, no teniendo otro método que la inspeccion para conocer el sitio que ocupaban las enfermedades! ¡Cuántas veces no ha podido suceder que hayan creído ser de naturaleza diferente las afecciones que solo difiriesen en el sitio que ocupáran!

Terminaremos este párrafo, que indispensablemente debia ocupar un lugar en este libro, declarando, que si hay verdades

en la observacion de los antiguos sobre las constituciones médicas y epidémicas, estas verdades están cubiertas con un velo de preocupaciones y de teorías tan espeso, que si la ciencia ha de sacar un día algun provecho de esto, hay que rehacer enteramente el capitulo de las constituciones médicas.

Solo cuando hallemos diferencias importantes, en la práctica, entre las enfermedades de dos épocas diferentes, que nuestros métodos físicos nos presenten como idénticas (diferencias que resultan ó del aspecto de las enfermedades, ó de los resultados terapéuticos), es cuando podremos admitir la existencia de alguna cosa particular, pero aun entonces desconocemos su naturaleza.

Pero mientras no hagamos intervenir los métodos positivos en estas investigaciones, tendremos siempre un motivo para desconfiar de la exactitud de nuestras opiniones.

#### §. IV.

*De las alteraciones orgánicas y funcionales, ocasionadas por la simpatía de los órganos.*

Una vez manifestada la enfermedad de un órgano, puede muchas veces comunicarse á otros, y excitar en ellos lesiones semejantes, lesiones de otra naturaleza, ó alteraciones puramente funcionales.

No todos los órganos reciben con igual facilidad la afeccion de otro. Esta diferencia ha querido esplicarse por la mayor ó menor simpatía que existe entre los órganos; pero esta palabra *simpatía* nada significa; es, como dice Bichat, un velo con que cubrimos nuestra ignorancia. Sería absurdo creer que hay entre los órganos alguna cosa análoga á la simpatía que se observa entre los seres de muchas especies, y que entra en el dominio del instinto, de ese poder misterioso que obliga á una raza tímida, con las determinaciones que tienen por objeto su conservacion, á huir, como dice Cabanis, al aspecto de todas las serpientes, mientras otras, instigadas por el instinto de nutricion, las atacan con valor, las despedazan y las devoran. No es este sentimiento instintivo el que hace que la afeccion de un órgano se propague con facilidad á otro, mientras á otro acomete difícilmente: la causa de la diferencia en los resultados depende de la analogía de estructura, de la proximidad de los órganos, del papel que desempeñan en la economía, de los vínculos que les unen entre sí, etc.

Cuando todo el organismo está expuesto al influjo de una

causa, que ataca á uno de los sistemas de la economía mas bien que á otro, todos los órganos en cuya estructura entra este sistema, pueden ser afectados simultáneamente ó uno despues de otro, complicacion que es bien fácil de concebir sin recurrir á la hipótesis de la simpatía. En efecto, la analogía de estructura es la única que existe entonces entre los órganos. Cuando estos se asemejan en estructura, no debemos admirarnos de que reciban unas mismas impresiones, de un influjo comun. Asi, segun esta ley, se ha podido, *á priori*, predecir la coincidencia de las afecciones del corazon con el reumatismo articular, y si no se ha hecho, no será porque la observacion y la esperiencia no hayan confirmado lo que los conocimientos anatómicos podian ya hacernos presumir.

La estructura de la piel tiene una grande analogía con la de las membranas mucosas. Sus funciones son tan análogas, que podria decirse que estos dos órganos han repartido entre ellos las que á cada uno le competen. Una vez conocido esto, no tendremos que recurrir á la simpatía para explicar la inflamacion de la piel, que sobreviene á consecuencia de la inflamacion de los intestinos. Otras veces, no es ya la analogía de estructura, sino las relaciones funcionales, las que facilitan la lesion de un órgano á consecuencia del estado morbífico de otro, como cuando la afeccion del útero escita, por ejemplo, módificaciones en las mamas.

En otros casos mas frecuentes, tal vez la enfermedad de un órgano se propaga á otro por contigüidad ó por continuidad de los tegidos. Asi es que observamos en muchas ocasiones propagarse al pulmon la inflamacion de la pleura, al peritóneo la de la mucosa de los intestinos, la del duodeno á los canales biliaris, la de los bronquios á los pulmones, etc.

Por último, en ciertos casos el órgano lisiado secundariamente no tiene relacion alguna sensible con el afectado primitivamente; y en este caso es imposible presumir la posibilidad de la complicacion, como no nos guiemos por los resultados de la observacion y de la esperiencia.

¿Cuál es, preguntamos, el vínculo que une á las parótidas con los testículos? La anatomía y la fisiología nada absolutamente dicen sobre este punto, y sin embargo, la afeccion de los testículos sucede tan frecuentemente á la engurgitacion parotídea de las orejas que, cada vez que observamos esta engurgitacion, creemos necesario examinar los órganos que segregan el esperma.

La afeccion de un órgano puede ocasionar en otro una alteracion funcional en lugar de la lesion de un tegido; pero esta

alteracion no debe mirarla el médico con indiferencia, sobre todo si se prolonga por mucho tiempo, porque puede causar la muerte si ataca una funcion importante de la economía. Asi, que las alteraciones funcionales no constituyen el principal objeto de las indicaciones terapéuticas, es tambien indispensable tenerlas presentes en la medicina práctica. Las hidropesias que son consecuencia de una afeccion de los orificios del corazon, el vómito de una peritonitis, no son en efecto puntos capitales para el diagnóstico; sin embargo, si no se les toma en cuenta puede uno exponerse á ver á los enfermos atacados de lesiones orgánicas del corazon sucumbir por causa de la erisipela gangrenosa de los miembros, y á los atacados de peritonitis morir en medio de los mismos vómitos.

Estas son las consecuencias prácticas que resultan de los hechos sucintamente relacionados en este párrafo.

Siempre que un médico llamado para asistir á un enfermo, vea demostrada la existencia de una afeccion orgánica, despues de haber examinado bien si esta ataca á la generalidad de todos los sistemas del mismo órgano, despues de haber estudiado cuidadosamente su influencia secundaria sobre los sistemas generales de la economía, debe proceder á un atento exámen de los demas órganos: su atencion debe sobre todo dirigirse á los que, segun los conocimientos anatómicos y fisiológicos, y segun la esperiencia, parezcan tener mayor relacion con el órgano afecto; y si despues de este exámen minucioso no observa mas que alteraciones funcionales en los demas órganos, debe todavia detener su consideracion en ellas; pesar su valor y la importancia de las funciones, y juzgar si las alteraciones son ó no de tal naturaleza, que por sí mismas puedan exponer al enfermo á un peligro inminente.

Estas son, por lo menos, las formas de complicacion que con mas frecuencia se hallan en la práctica. Impórtanos consignarlas todas, porque la esperiencia de lo pasado, la sagacidad de los modernos, y la exactitud de nuestros métodos de diagnóstico, no son todavia suficientes para disipar enteramente las tinieblas en que están envueltas las dolencias. Hay algunas cuya naturaleza tal vez no conoceremos jamás.

Aun en las enfermedades que hemos citado por ejemplos hay muchos elementos que ignoramos completamente; y si, no obstante nuestra ignorancia, las hemos dado un lugar en esta sucinta exposicion, lo hemos hecho mas bien para llamar sobre ellas la atencion de los prácticos, que para otra cosa, mas bien para recordarles lo que ellas no son, que para enseñarles lo que son.

Después de haber escrito este pequeño ensayo sobre el mayor número de afecciones compuestas que se encuentran en la práctica, y que por consecuencia deben ocupar un lugar distinguido en una obra que trata del diagnóstico, terminaremos nuestras consideraciones generales sobre este importante ramo de nuestro arte.

Lejos de nosotros la idea de haber llegado en este ensayo al último grado de perfección que exigiría el interés de la ciencia; pero si esta primera piedra puesta por una mano mal segura, puede un día impulsar á una superior inteligencia á edificar sobre ella un completo edificio, nuestra obra será de un gran provecho para la ciencia, y de mucha gloria para nosotros.

## Segunda Parte.

### METODOLOGIA Y SEMEIOTICA.

CUANDO el diagnóstico estaba todavía en la infancia, dividiase en dos principales partes: *sintomatología* ó descripción de los síntomas, y *semeiología* ó *semeiotica* ó descripción de los signos. En el día, enriquecida la ciencia con muchos métodos de diagnóstico, es indispensable hacer que se conozcan todos, y que se sepa cuáles son los instrumentos de que cada uno hace uso, y de qué modo se aplican. Es, pues, absolutamente necesario que añadamos á las dos antiguas divisiones la de la *metodología*. La *sintomatología* es una parte del diagnóstico, que trata de los síntomas ó de las alteraciones funcionales, y de las diferentes modificaciones que sobrevienen en el volumen, posición, dirección, densidad, etc. de los órganos. Nosotros no podemos reconocer estos síntomas sino con ayuda de ciertos instrumentos, que, para nuestro objeto, son las mas veces los sentidos naturales; y algunas otras diversos instrumentos de física.

El entendimiento no nos sirve en este caso mas que para reducir los síntomas á signos, porque no se apodera directamente de los síntomas. Teniendo, como hemos dicho, la *metodología* por objeto dar á conocer el modo de aplicar todos estos instrumentos, no puede menos de dar conocimiento al mismo tiempo del resultado de esta aplicación, ó en otros términos, no puede menos de señalar los diversos fenómenos que, por medio de estos instrumentos, se han llegado á reconocer; y estos fenómenos son precisamente *síntomas*, como hemos visto al exponer nuestras ideas generales sobre este punto. Así, en lugar de describir separadamente las alteracio-

nes á que están sujetos los órganos de nuestra economía, y de dar un nombre á cada una de ellas (conocimiento que debe formar el objeto de la patologia general), las daremos á conocer en su totalidad, describiendo el resultado de la aplicacion de los diferentes métodos, y al mismo tiempo las reduciremos á signos. Por lo que acabamos de decir se vé, que propiamente hablando, comprendemos en la *metodologia* la *sintomatologia* y la *semeiotica*.

## ARTICULO I.

### INSPECCION.

La inspeccion es un método de diagnóstico que consiste en el exámen ocular de los diferentes síntomas, apreciándolos segun se separen mas ó menos de las leyes fisiológicas. Averiguando la relacion que tienen los síntomas con los órganos cuyas lesiones funcionales representan, la inspeccion conduce las mas veces al diagnóstico del sitio y naturaleza de la afeccion.

En algunos casos este método puede aplicarse directamente á los órganos situados al exterior, y apreciarse por medio de él su estado; pero cuando se trata de afecciones de los órganos interiores no puede conducir á diagnosticarlas con seguridad, sino se le ayuda por medio de la induccion ó de la analogia de los objetos que antes se hayan presentado á la vista.

La grande simpatía que existe entre todos los órganos de la economía, y sobre todo la sinergia que se observa entre todos los que pertenecen á un mismo aparato, hace que las lesiones que se ven en ellos produzcan á veces una expresion morbifica análoga. Esta facultad, ó mas bien esta ley, consecuencia necesaria de la organizacion, hace que la inspeccion se equivoque muchas veces en el diagnóstico, y otras que atribuya la existencia de la lesion á otro órgano diferente del que esté afectado. La medicina de los antiguos, y particularmente su diagnóstico, que consistia casi esclusivamente en la inspeccion, nos suministran ejemplos de estos errores. Juzgaban de las enfermedades segun lo que veian exteriormente: la postracion, cualquiera que fuese su causa, constituia siempre para ellos la fiebre adinámica; una tos constituia un reuma; un dolor en el pecho era atribuido á una pleuro-pneumonia, etc. Se vé, pues, que los antiguos, no estableciendo su diagnóstico mas que sobre las expresiones funcionales sensibles á la vista, confundian bajo un mismo nombre muchas afecciones diferentes. Mas por dicha la esperiencia terapéutica les

ha hecho conocer al menos una parte de su error; por ella han aprendido que todas estas enfermedades, aunque de un mismo nombre, no cedían á un mismo método curativo; que en unos casos eran necesarios los vomitivos, en otros los tónicos, y en otros, en fin, las sangrías. Ellos han hecho todo lo que podían hacer no teniendo métodos que pudiesen procurarles el exámen del parenquima de los órganos, y han explicado la diferencia de los resultados terapéuticos por la diferencia de la naturaleza de la enfermedad; error grave y por desgracia comun aun en el día, entre los médicos que, espantados de la dificultad de los métodos exactos, se contentan con la inspeccion sola, y quieren explicar por la diferencia de la naturaleza íntima de la enfermedad, la de los resultados terapéuticos que exige la diversidad de los órganos enfermos. Haremos evidente esta verdad, echando una ojeada sobre las afecciones del aparato respiratorio.

Un aparato tan importante como el de la respiracion, tiene necesidad de muchos órganos de estructura y de uso diferentes. Necesita pulmones para respirar; inervacion pulmonar para hacer practicable la respiracion; vasos para conducir los elementos de la hematosis; músculos para poner en movimiento todo este aparato; y por último, nervios particulares sin los cuales estos músculos no pueden estimular á la contraccion. Si uno de estos elementos está afectado, es imposible que no se resientan los demas, y que la respiracion no participe en algun modo de la dolencia. En muchos casos la expresion de sufrimiento parecerá la misma, y sin embargo, no ocupando la lesion primitiva órganos de la misma naturaleza, está muy lejos de ser la misma en todos los casos; está muy lejos de ser siempre una bronquitis ó una pneumonia, y de exigir en todas ocasiones el mismo método curativo.

Lo que decimos aqui de las afecciones de la respiracion es aplicable á otras muchas enfermedades, cuya verdadera naturaleza, siendo efecto de ocupar la afeccion un sitio diferente, puede permanecer desconocida por mucho tiempo, si en las investigaciones no toma uno por guia los métodos positivos, métodos que en el día son una preciosa fuente de luces. Los antiguos, que carecian completamente de ellos, y que solo se guiaban por la expresion funcional sensible á la vista, estaban expuestos á cada paso á cometer errores en el diagnóstico.

Aunque, como es fácil conocer por lo que acabamos de decir, el valor de los signos positivos sea mucho mayor que el de los que deducimos de la inspeccion, no es por eso menos importante el estudio de estos últimos; porque ilustra mucho

los resultados de los métodos que por sí solos no serían suficientes para llenar todas las indicaciones: estos métodos positivos no sirven para poner de manifiesto el modo de sufrir propio de cada enfermo, la influencia, en una palabra, de la enfermedad sobre el organismo, influencia que no es igual en todos los enfermos atacados de la misma afección. Por otra parte, hay muchos casos en que, no pudiendo aplicarse los métodos físicos, se apodera la inspección de algunos síntomas lejanos, y puede también servir de guía para diagnosticar las enfermedades.

Hemos dicho ya que en algunos casos, raros a la verdad, puede aplicarse la inspección directamente á los órganos enfermos, y servir para el diagnóstico de las enfermedades. Como estos casos son los más sencillos, es muy natural que empecemos por su exposición, la aplicación de este método.

Las afecciones que pueden diagnosticarse directamente por medio de la inspección, son las de los órganos situados exteriormente, como los de la cavidad bucal, el dermis, las partes genitales y la sangre. Haremos sucesivamente el estudio de todos ellos.

## CAPITULO I.

### *Afecciones de la membrana mucosa de la boca.*

(a) La membrana mucosa de la cavidad bucal, excesivamente vascular, llega á ser el asiento de diversas formas de inflamación que merecen distinguirse, porque, siendo algunas de ellas de naturaleza especial, y las demás de una naturaleza específica, exigen indicaciones más ó menos diversas.

Es poco común que la mucosa de la boca, sin comprender el istmo de la garganta, se inflame espontáneamente como se dice; lo más frecuente, cuando esta inflamación existe, es que sea producida por una causa especial ó específica. Sin embargo, Billard ha descrito una estomatitis simple, que él llama *eritematosa*, y que consiste en la rubicundez, el calor, y algunas veces la sequedad de las paredes de la boca y de la lengua. Su intensidad es variable; á veces dura muy poco, y á veces persiste por mucho tiempo; tan pronto está limitada á una sola parte de la boca, como estendida hasta los labios, los cuales se hinchan, se escorían, se llenan de grietas, y llegan á ser algunas veces el asiento de *herpes labiales*.

(b) Bajo la influencia de un aire mal sano y de un mal alimento, poco proporcionado á la edad y á la constitución del

individuo, se desarrollan en la mucosa bucal inflamaciones especiales conocidas por el nombre de *millet* ó *mal blanco* de *stomatitis alba* (1), y de *aftas*.

Estas dos afecciones, confundidas por largo tiempo, han sido distinguidas desde la publicacion de los trabajos de Billard sobre este punto; trabajos á los cuales habian ya preparado el camino los de MM. Breschet y Guersent.

Hay una gran diferencia entre los caracteres anatómicos de estas dos afecciones. La *stomatitis alba* no es mas que una simple alteracion de la secrecion, producida por la inflamacion de las papilas mucosas, mientras que las *aftas* consisten en la inflamacion de los folículos mucosos. Por la diferencia de estructura de estos órganos se esplica muy bien la de sus caracteres anatómicos.

Tres diversas especies de *stomatitis alba* la distinguen, segun Billard: 1.º puntos blancos esparcidos sobre la lengua, señaladamente en su punta, y sobre las paredes de la boca: 2.º chapas mas ó menos anchas: 3.º una membrana que cubre la lengua en su totalidad, ó bien se estiende por otras partes de la boca.

El *mal blanco* ó la *stomatitis alba* en forma de puntos parece ocupar las estremidades de las papilas. Esta forma se conserva, mientras dura la enfermedad, en las partes en que hay pocas papilas, como por ejemplo, en la punta de la lengua; pero en donde las papilas existen en gran número, los puntos blancos se reunen, y forman chapas mas ó menos anchas.

Estas chapas parecen constituidas por moco concretado; no están situadas debajo del epitelium, sino encima; se desprenden al cabo de cierto tiempo, y aparecen en su lugar otras, si la inflamacion no está todavía curada; pueden ser discretas ó confluentes.

Las *aftas* son una afeccion de los folículos mucosos de la boca. Estos, que son innumerables é invisibles en el estado normal, adquieren un desarrollo anormal en la inflamacion de la mucosa, y se presentan sobre los diferentes puntos de la cavidad bucal en forma de pequeños puntos blancos: tienen algunas veces una mancha colorada en su centro, son algo prominentes, y estan con frecuencia rodeados de un leve círculo inflamatorio. (Billard, *tratado de las enfermedades de los niños*, etc.)

Los folículos pueden existir en mayor ó menor número, y ser discretos ó confluentes; pueden tambien ocupar solamente

(1) La *stomatitis alba* es el muguet de los franceses.

la boca, ó estenderse hasta los intestinos. En algunos casos la inflamacion se detiene cuando ha llegado á este grado; pero en otros la afeccion sigue su curso, y los folículos que antes se representaban bajo la forma papulosa, se transforman en pústulas, y segregan una materia blanquecina que levanta el epitelium central, le rompe al fin al cabo de dos ó tres dias, y prepara el periodo ulcerativo. Las úlceras de las aftas no pueden confundirse con las del muguet, que suceden á la caída de las falsas membranas; aquellas tienen una base dura rodeada con frecuencia de un círculo rojo, destinado al trabajo reparador; y aunque se cubren muy frecuentemente de una materia costrosa que las da cierta semejanza con el mal blanco, su base dura y prominente basta para distinguirlas; además las chapas aftosas se presentan especialmente en la parte posterior de los labios, y en la superficie interna de las mejillas, al paso que las del muguet se observan con especialidad en la base y en la estremidad de la lengua. En estos casos las aftas, en lugar de segregar una materia cremosa, despiden de sí un poco de sangre que se coagula en forma de costras parduzcas, que algunos médicos han tenido por signos de terminacion por la gangrena.

Cuando se calma la inflamacion de los folículos, empieza á verificarse la cicatrizacion, disminuye el volúmen de los bordes de la pústula, y luego que está cicatrizada no queda en su lugar mas que una ligera mancha roja de mayor ó menor estension. Las aftas, así como las chapas del mal blanco, pueden ser igualmente discretas y confluentes. Esta última forma no se observa mas que en los países húmedos, como Inglaterra, Holanda, etc.

(c) Billard ha descrito además una especie de *úlceras* de la boca que nada tienen de comun con las aftas, y que sin embargo podrian considerarse como aftosas; estas son ulceraciones mas ó menos estensas, elípticas las mas veces, con los bordes deprimidos, y con el centro muy rojo é inflamado, que se observan algunas veces en los diferentes puntos de la boca, en la base de la lengua, en el frenillo de esta, en el velo del paladar, en la mucosa de las mejillas, etc.

Los bordes de estas ulceraciones segregan algunas veces una materia cremosa como en las aftas; pero es difícil confundirlas con estas últimas, porque las aftas tienen siempre una base prominente, que depende de la inflamacion de los folículos. Estas úlceras no han sido observadas hasta ahora mas que en los niños recién nacidos ó de pecho.

(d) *Gangrena de la boca ó estomatitis gangrenosa.* La gangrena puede ser el término de todas las inflamaciones bucales,

asi como lo es de la inflamacion de todos los demas órganos. Las aftas se gangrenan algunas veces, y se cubren de una escara parduzca que á su caída deja una ulceracion de superficie roja, bermeja y granulada.

Otras veces el fondo de la úlcera, en lugar de estar cubierto de una escara, segrega un licor parduzco, acompañado de una materia pútrida que exhala el olor característico de la gangrena; pero, como ya hemos dicho, estos caracteres no son mas que formas de la misma afeccion; la gangrena no es sino una terminacion. En la estomatitis gangrenosa, por el contrario, la gangrena invade desde el primer momento las partes; y afecta con preferencia á los niños y á los adultos, sobre todo si tienen una constitucion débil y un temperamento linfático.

Ciertos influjos exteriores parece que favorecen el desarrollo de la gangrena. Nosotros la hemos observado endémica en Rusia, en las cercanías de Dantzick y de Elbing.

Esta enfermedad ataca principalmente las megillas. De repente se presenta en la megilla una hinchazon edematosa, circunscrita, caracterizada por el aspecto reluciente de la piel, existiendo en su centro un tumor duro, en medio del cual se percibe una mancha roja por dentro ó por fuera. Esta parte central se transforma en escara que empieza ordinariamente por la mucosa bucal.

La gangrena se estiende en seguida á todas las partes inmediatas, y se apodera tambien de los huesos de la cara.

(e) Las preparaciones mercuriales, y particularmente el calomelanos y el unguento napolitano tienen la propiedad especial de irritar la mucosa bucal, y producir en ella una verdadera inflamacion.

Esta inflamacion, conocida bajo el nombre de *estomatitis mercurial*, es fácil de reconocer: 1.º por la causa que la ha producido: 2.º por la hinchazon casi edematosa de las partes interiores de la boca; hinchazon sobre la cual se percibe una materia agrisada, que cubre al mismo tiempo los dientes, hallándose estos algunas veces al descubierto á causa de hallarse hinchadas las encías: 3.º por una fetidez particular del aliento.

Si la inflamacion termina por úlceras, como sucede con mucha frecuencia, todavía tienen estas caracteres por los cuales se las puede distinguir de las demas; son anchas, superficiales, blancas, y estan rodeadas de todos los signos característicos de la estomatitis mercurial que acabamos de enumerar.

(f) Las ulceraciones *escorbúticas* tienen una cierta relacion con las ulceraciones mercuriales; pero los sitios que exclusivamente ocupan son las encías, y tambien las partes blandas; son

azuladas, y sangran al menor contacto. Por último, la falta del influjo mercurial servirá todavía mas para establecer una diferencia entre estas úlceras y las precedentes.

(g) Las úlceras *sifilíticas* presentan en la boca los mismos caractéres que generalmente ofrecen en todas partes: son redondas, circunscriptas de bordes duros, cortadas perpendicularmente, y presentan un fondo lardáceo. La mucosa que las rodea está generalmente poco inflamada, y de ordinario no se hincha: no existen por lo regular mas que una ó dos; raras veces hay mas.

(h) En fin, la boca puede tambien estar cubierta de *pústulas*, como se observa en las viruelas; la naturaleza de estas pústulas es en tales casos fácil de diagnosticar, porque son mas pequeñas y mas blancas que las de la piel.

## CAPITULO II.

### *Afecciones guturales ó de la parte posterior de la garganta.*

(a) *Angina simple ó angina gutural.* Esta afeccion, que consiste en una inflamacion de la membrana mucosa que cubre el vélo del paladar, la epiglotis, los pilares y las amígdalas, es fácil de diagnosticar por medio de la inspeccion. En efecto, basta bajar la mandíbula inferior, y comprimir la base de la lengua con una espátula ó con el mango de una cuchara para percibir todas las partes que acabamos de enumerar, las cuales presentan en estos casos una rubicundez é hinchazon mas ó menos manifiesta. La mucosa inflamada está al principio seca, y despus se cubre de una secrecion de moco concreto que forma chapas mas ó menos anchas. Algunas veces, cuando la enfermedad lleva muchos dias de duracion, se presenta una hinchazon mas considerable en un punto del vélo del paladar, ó en la epiglotis. En el vértice de esta hinchazon se observa tambien algunas veces un punto agrisado que corresponde á un abceso, por cuya formacion termina algunas veces la enfermedad de que hablamos.

(b) Algunos autores hacen diferencia entre esta afeccion y la amígdalitis, ó inflamacion de las amígdalas. Sin embargo, es muy poco comun que en esta última se limite la inflamacion á las amígdalas; de suerte que en ella vemos los mismos caractéres anatómicos que en el caso precedente. La única diferencia que hay consiste en hincharse mas considerablemente las amígdalas: en efecto, la inflamacion en este caso ocupa el parenquima de estos órganos, y ocasiona una hinchazon bastante gran-

de, por consecuencia de la cual casi se tocan algunas veces, ó por lo menos no dejan entre sí mas que un pequeño espacio que estrecha todavía mas la epiglotis hinchada y pendiente. Esta inflamacion tiene de particular el ocupar las mas veces las dos amígdalas; en algunos casos termina por supuracion, y esta terminacion se puede reconocer, por lo regular, por una mancha agrisada que ocupa el centro de la hinchazon.

Otras veces esta inflamacion termina tambien por gangrena; pero estos casos son raros en circunstancias ordinarias. Se la reconoce entonces por todos los caractéres propios de esta terminacion. En las personas propensas á la inflamacion de las amígdalas, estos órganos, inflamándose una y otra vez, se hipertrofian, y adquieren un volúmen considerable que, aumentando progresivamente, puede exigir en muchos casos la ejecucion de operaciones quirúrgicas.

Las amígdalas son tambien algunas veces el asiento de concreciones calcáreas que la vista puede reconocer en el fondo de los huecos de las amígdalas que se hallan dilatadas, cuando estas concreciones adquieren un volúmen considerable.

En las amígdalas se pueden observar úlceras de diferente naturaleza, las cuales son algunas veces el término de una inflamacion simple, y no presentan nada de particular.

Otras veces su naturaleza es sifilítica, y entonces son primitivas ó consecutivas. En este último caso es algunas veces difícil distinguirlas de las úlceras simples.

El cáncer de las amígdalas es una afeccion que se observa muy raras veces. Úlceras, que con frecuencia se ha creído que eran de naturaleza cancerosa, han manifestado despues su naturaleza sifilítica por el buen éxito de las preparaciones mercuriales.

Por último, en algunos casos las amígdalas pueden presentar huecos muy anchos, cuyo fondo, lleno de moco concreto, ofrece algunas veces la apariencia de úlceras. Sin embargo, haciendo gárgaras desaparece con facilidad la materia mucosa, y se reconoce la verdadera causa de aquel aspecto.

En un caso ha visto M. Rostan cubrirse las amígdalas de una erupcion particular que alternaba con una erupcion de carácter herpético. (*Diccionario de ciencias médicas, tomo II, pág. 505.*)

(c) *Angina faríngea superior.* Cuando la parte superior de la faringe llega á inflamarse, esta inflamacion puede reconocerse por medio de la inspeccion. En este caso, en el fondo de la garganta, detras de las amígdalas, en la pared opuesta á la abertura de la boca, se descubre una rubicundez mas ó menos

viva, cubierta en algunas ocasiones con chapas de moco concreto, que adhiriéndose á veces con mucha fuerza á la membrana mucosa, hacen creer que está ulcerada.

(d) *Angina diftérica, laridácea ó pseudo-membranosa.* En esta especie de angina se ven desde luego todos los órganos de la parte posterior de la garganta, como la epiglotis, las amígdalas, el velo del paladar y la cara posterior de la faringe, rojos é hinchados; véanse también cubrir de una exsudación particular, dispuesta en forma de chapas de un blanco amarillento, lisas, relucientes, y regularmente circunscritas y serpiginosas; estas chapas parecen ser más salientes en el centro que en la circunferencia; invaden casi siempre con desigualdad las amígdalas, de modo que una de ellas está siempre más afectada que la otra, y algunas veces envuelven completamente la epiglotis (1).

Cuando las chapas de que hablamos han invadido todas estas partes, se rodean de un círculo rojo inflamatorio, y se desprenden á pedazos, acompañadas de una secreción pútrida y hedionda. Ordinariamente á medida que se desprenden son reemplazadas por otras; algunos autores distinguen de esta forma de angina otra que ha sido descrita por Fothergill bajo el nombre de *mal gangrenoso de la garganta*.

Esta forma de angina acompaña muchas veces á ciertas epidemias de escarlatina: la única diferencia, sensible á la vista, que hay entre esta angina y la precedente, es que en la angina de Fothergill, las chapas no son serpiginosas sino más regulares, é invaden uniformemente toda la parte posterior de la garganta.

Todavía de esta última forma distinguen algunos autores la angina, pseudo-membranosa-comun esporádica. En esta las chapas son bastante circunscritas, redondeadas, no serpiginosas, ni tampoco se extienden á ninguna de las demás partes; pero diremos con M. Guersent, que aun admitiendo en estas enfermedades variedades algunas veces muy distintas, es imposible no reconocer que las diferencias que las constituyen se debilitan por matices intermedios, imperceptibles algunas veces, etc. (*Diccionario de Ciencias Médicas*, tomo III, pág. 125).

(1) Así es como principia las más veces el garrotillo, y en muchos casos puede reconocerse esta afección en su principio, fijando la atención en los caracteres arriba enumerados.

## CAPÍTULO III.

*Enfermedades de la piel.*

La piel puede cubrirse de un gran número de erupciones, diversas en cuanto al sitio que ocupan, y en cuanto á su forma elemental. Las erupciones casi nunca permanecen en el mismo estado; las mas veces presentan en su curso muy variadas formas, cuyo cambio depende bien del curso que sigue la misma enfermedad, ó bien del influjo de causas exteriores.

Aunque las erupciones se diferencien en su forma elemental, esta diferencia puede desaparecer á consecuencia tambien del influjo de causas exteriores. Algunos médicos, sin tener presente la forma elemental, han querido clasificar las enfermedades de la piel por su aspecto exterior; pero es evidente que no estaria bien hecha esta clasificacion, porque confundiria en una sola clase enfermedades que pudieran ser diferentes entre sí, por su forma elemental, por su naturaleza y por el sitio que ocupasen.

El honor de ser el primero que imaginó dividir las erupciones segun su forma elemental, pertenece á Willam, médico inglés: y si, como sucede con la mayor frecuencia á los autores de un método nuevo, la clasificacion de Willam no está enteramente exenta de errores, las demas investigaciones que se han hecho, y particularmente las obras del ilustrado M. Bielt, los han puesto mas ó menos en claro. En el dia, merced á los trabajos de este célebre médico, poseemos una clasificacion de las afecciones de la piel fundada en su forma elemental; clasificacion que en vano se pretenderia mejorar en el estado actual de la ciencia. Sin embargo, todavía es susceptible de perfeccion porque solo una division que se fundase en el sitio especial de cada forma elemental, seria la que podria estar al abrigo de toda tacha; pero mientras la anatomía del sistema cutáneo no salga del estado en que se halla en el dia, la clasificacion de M. Bielt será siempre la mas-racional.

Por esto se conocerá que el fin que nos proponemos en esta obra no es enseñar á diagnosticar el sitio que ocupan las afecciones de la piel, sino dar reglas para colocarlas por su aspecto exterior en clases formadas por su forma elemental, y para conocer su naturaleza. Mas por desgracia, si es facil diagnosticar la forma elemental de la erupcion, cuando la enfermedad no está muy desnaturalizada, no lo es tanto reconocer su naturaleza, ó si se quiere, la especie á que pertenece: esto no se llega á

conseguir con solo el examen de la forma, casi siempre es necesario, para obtener este resultado, examinar atentamente qué regiones del cuerpo son las que se hallan afectadas, considerar el curso de la erupcion, etc.

Las formas elementales de las enfermedades de la piel son las siguientes (1).

*Primer orden. EXANTEMAS.*—En este orden clasificaremos todas las afecciones caracterizadas por manchas mas ó menos rubicundas, mas ó menos estensas, de formas diversas, que desaparecen cuando se las comprime con los dedos, y que terminan por delitescencia, por resolucion ó por descamacion. A esta clase pertenecen el eritema, la erisipela, el falso sarampion ó roseola, el sarampion, la escarlatina y la urticaria.

*Segundo orden. VESICULAS.*—A este orden pertenecen todas las erupciones caracterizadas por elevaciones pequeñas de la epidermis causadas por un líquido seroso y trasparente, que en algunas circunstancias puede cambiar de color. La superficie que cubren estas vesículas es unas veces roja é inflamada, y otras conserva su color normal. Todas las enfermedades de esta clase terminan ó por la reabsorcion del líquido derramado, ó por una ligera descamacion, ó tambien por la formacion de algunas escoriaciones ó de pequeñas costras muy delgadas. La miliar, la zona, el hydrargiria, el eczema, el herpes y la sarna forman parte de este orden.

*Tercer orden. AMPOLLAS.*—Los caractéres anatómicos de la forma precedente, hechos mas manifiestos por una elevacion mas considerable de la epidermis, pertenecen á esta clase, en la que colocaremos el pemfigo y la rupia.

*Cuarto orden. PUSTULAS.*—A esta clase pertenecen la viruela, la varicela, la vacuna, la falsa vacuna, el mal de la rosa, la tiña, el porrigo, el favus ó verdadera tiña, el acne, el mentagra, el impetigo, la pústula maligna, el ectima, y toda clase de erupciones artificiales.

Todas ellas tienen por caractéres comunes colecciones purulentas formadas en la superficie del cuerpo mucoso inflamado. Su aspecto exterior consiste en botones mas ó menos voluminosos que tienen en su base una induracion mas ó menos inflamada, sobre la cual hay pus que algunas veces forma costras cuyo grueso varia, dejando á su caída induraciones ó superficies rojas inflamadas ó ligeramente escoriadas.

*Quinto orden. PAPULAS.*—Las papulas pueden algunas

(1) *Compendio práctico de las enfermedades de la piel, segun las lecciones de M. Bielt por Cazenave y Schedel.*

veces asemejarse mas ó menos á las afecciones de la clase precedente; sus caractéres distintivos son los siguientes: los botones que las constituyen no contienen líquido alguno; son sólidos, duros, resistentes, susceptibles de ulcerarse algunas veces en su vértice, y terminan con mucha frecuencia por la resolución ó por la descamacion furfurácea; á este orden pertenecen el liquen, el epinictis y el prurigo.

*Sesto orden.* ESCAMAS.—Las afecciones que pertenecen á esta clase son cuatro, segun la obra que hemos citado, y de la cual tomamos estos pormenores, á saber: la lepra, la psoriasis, la pitiriasis, y la ichtiosis. Todas estan caracterizadas por láminas ó laminillas de epidermis alterada, espesas las mas veces, secas, blanquizeas, desmenuzables y que sirven de vértice á elevaciones sólidas del dermis mas ó menos inflamadas. Estas laminillas van cayéndose, y son reemplazadas sucesivamente por otras capas.

*Séptimo orden.* TUBERCULOS.—Estos pueden llamarse papulas si se quiere, pero que forman botones mas voluminosos, circunscriptos, y que pueden ulcerarse en su vértice, ó supurar separadamente. En esta clase se colocan la elefantiasis de los griegos, el cáncer moluciforme y la frambesia que otros llaman leuce.

*Octavo orden.* MACULAS.—En este orden colocaremos las siguientes: tez bronceada, efelides, nævi, albinismo, y el viteligo ó color azulado de la piel. Todas estas afecciones estan caracterizadas por coloraciones anormales de la piel, permanentes, que pueden cubrir una superficie mas ó menos estensa, y que no dan lugar á ninguna alteracion general de la economía.

Ademas de estos ocho órdenes hay todavía afecciones de la piel, cada una de las cuales forma, por decirlo asi, una clase particular: tales son, el lupus, la pelagra, la sífilides, la púrpura, la elefantiasis de los árabes, el keloides, la antracina, la plica polaca, la espiloplaxia, el radesige, el mal de Crimea, el noma de Suecia, el andrum y el pedartrocace, el grano de Aleppo, el scherlievo, el pian, el yaws, el sibens y facaldina, el tara de Siberia, el acrodinia, el mal rojo de Cayena, la pinta de Méjico, la enfermedad de las Barbadas, y el carate.

Cuando se halla en la piel la forma elemental de estas afecciones, todavía puede diagnosticarse su especie por la vía de exclusion. Por ejemplo: tan luego como se reconoce en una erupcion la forma vesicular, no hay mas que comparar sus caractéres con los de todas las que hemos colocado en el segundo orden (el herpes, el eczema, la sarna, la miliar, la zona, y el

hidrargíria), y por la via de esclusión se hallará una, cuyos caracteres serán absolutamente semejantes á los de la erupcion cuya naturaleza queremos conocer. Pero las erupciones cutáneas no se presentan siempre en su forma primitiva; algunas veces esta última forma se halla completamente borrada por transformaciones ulteriores, inherentes al curso de las afecciones, ó dependientes del influjo de causas exteriores.

Segun lo que acabamos de decir, es evidente que importa mucho al médico conocer los caracteres de las alteraciones secundarias de las afecciones cutáneas, y saber, hasta el punto que le sea posible; qué forma elemental de la erupcion corresponde á cada uno de estos caracteres secundarios. Las observaciones de los médicos que especialmente se han ocupado de esto, demuestran que á la rotura de las vesículas, de las pústulas ó de las papulas suceden *laminillas amarillentas*, blandas, y que forman muchas capas sucesivas sobrepuestas las unas á las otras. Las *costras* se forman á consecuencia de la mayor parte de las afecciones pustulosas, señaladamente despues del ectima, del impetigo y del porriago: sobreviene tambien al ectima el impetigo, pemfigo, ó la rupia, etc. Las ulceraciones pueden pertenecer á la rupia, al ectima, etc.

Es necesario, pues, tener presente este resultado de la observación siempre que no podamos encontrar mas que la forma secundaria de la erupcion cutánea, sabiendo á que erupcion elemental pertenece la forma secundaria que examinamos, no tenemos mas que admitir una de aquellas por hipótesis, y despues comparar todos los otros caracteres con los de la erupcion que tenemos á la vista. En efecto, no son ya los caracteres deducidos de la forma de la erupcion los que es necesario comparar (porque están alterados en el caso que vamos á diagnosticar), sino los deducidos de la region del cuerpo que ocupa la erupcion, de la estension de esta, de su color, de su curso, etc. Si estos caracteres son semejantes, se puede mirar como un hecho demostrado lo que al principio no se admitió sino como hipótesis: y si por el contrario son diferentes, se pasará sucesivamente á admitir de un modo hipotético, y una tras otra, todas las erupciones primitivas que pueden ir seguidas de alteraciones secundarias semejantes á la que se está observando, y se llegará por fin á encontrar una forma de erupcion que por su disposicion, estension, etc. se asemejará en un todo á la erupcion que se quiere diagnosticar. Fácil es conocer, por lo que acabamos de decir, que el diagnóstico de las enfermedades de la piel requiere una cierta costumbre que no llega á adquirirse hasta despues de haber te-

nido ocasion de examinar en muchos enfermos estas afecciones y los diferentes periodos de su desarrollo. Sin embargo, el diagnóstico de las enfermedades que pertenecen á los seis últimos órdenes no es tan difícil como el de las que están clasificadas en los ocho primeros. En efecto, todas estas afecciones tienen caractéres especiales propios de cada una de ellas, y que es difícil desconocerlos: y si algunas, como las sifilides, pueden tomar diferentes formas elementales que pertenezcan á los ocho primeros órdenes, tienen, no obstante esta analogía, un sello particular que hará reconocer siempre en estas erupciones su naturaleza sifilitica.

### §. I.

#### *Erupciones exantemáticas.*

(a) El eritema consiste en manchas mas ó menos estensas que pueden ocupar tan solo diferentes partes del cuerpo, ó estenderse á toda la superficie de la piel. Se le observa en los muslos, debajo de las mamas en las mujeres muy robustas; en las piernas, y entre los pliegues de la piel en los niños, etc. El color rojo de estas manchas es mas claro que el de la erisipela. En muchos casos no van acompañadas de hinchazon; en otros esta hinchazon las sirve de base, y es ligera, y dolorosa ó indolente. Se distinguen muchas variedades de ellas:

1.º El eritema papuloso cuando los puntos colorados están levantados en forma de papulas redondeadas. Esta erupcion se presenta, particularmente en las mujeres, en el pecho, en el cuello, en los brazos, y en la parte posterior de los antebrazos. La hinchazon que acompaña á estas manchas desaparece á las treinta y seis ó treinta y ocho horas.

2.º El eritema nodoso. Este está constituido por manchas rojas esparcidas por las diferentes regiones del cuerpo, pero que ocupan especialmente la barba, los brazos y la parte anterior de las piernas. Los puntos colorados presentan tumefacciones muy manifiestas, y que forman, por decirlo asi, nudos en el dermis.

3.º Eritema centrífugo (Bielt). Esta variedad se observa poquisimas veces: se presenta particularmente en el rostro; sus caractéres son: chapas anchas, rojas, del grandor de medio duro, que pasan por cima del nivel del dermis por su circunferencia que es saliente, y están deprimidas en su centro, en el cual la piel conserva su color normal.

No hay ninguna analogía entre el eritema y la erisipela mas que cuando aquel ocupa una estensa superficie y la rubicundez

la cubre igualmente por todas partes; pero aun entonces es muy fácil reconocerle por la falta de hinchazon, de tension y de olor, por síntomas que son propios de la erisipela.

Las manchas de la roseola ó falso sarampion son mas oscuras que las demas del eritema.

El sarampion y la escarlatina presentan un síndrome de síntomas generales que no permite se los confunda ni por un instante con el eritema.

El eritema papuloso se parece un poco á la urticaria; pero en esta, la elevacion de las chapas es mayor y mas clara, sobre todo en el vértice. Dificil será que se confunda el eritema con el lichen urticado, puesto que en este último las papulas son pálidas, menos anchas y mas sólidas.

Las manchas sifilíticas que se asemejan al eritema se distinguirán por el color cobrizo que les es particular.

(b) *Erisipela*.—Un color rojo oscuro acompañado de tension, dolor ó hinchazon, caracteriza á la erisipela. Esta afeccion ocupa el dermis, y de la inflamacion de este participa algunas veces el tegido celular.

La erisipela puede ocupar las diferentes regiones del cuerpo. Se la divide, 1.º en *erisipela propiamente dicha*, ó sea la que está limitada al dermis; 2.º en *erisipela flegmonosa*, en la que el tegido celular participa de la inflamacion del dermis: algunos médicos la distinguen del *flegmon erisipelatoso*, en el cual la afeccion principia por un flegmon que despues viene á complicarse con una erisipela; 3.º en *erisipela ambulante*, que invade sucesivamente una grande estension de la piel; 4.º en *erisipela edematosa*, que está caracterizada por el edema de una parte en la cual se ha presentado repentinamente, observándose en ella un color rojo muy poco manifiesto. De esta variedad se distingue el edema erisipelatoso, la misma afeccion por su aspecto, pero que difiere de la primera en que el edema es el primer síntoma que se presenta á la observacion; en que sus causas son manifiestas, como, por ejemplo, una lesion orgánica del corazon ó del hígado, y en que la erisipela no sobreviene hasta mucho despues, cuando la piel, por su demasiada distension, llega á inflamarse.

Aunque la erisipela, como ya hemos dicho, puede ocupar todas las partes de la piel, se distinguen sin embargo algunas variedades de ella, segun las diferentes regiones que ocupa. Asi es que se la llama *erisipela de la cara*, *de las mamas*, y de la *region umbilical* en los recién nacidos. En estas variedades se ve siempre un conjunto de caractéres comunes que hemos asignado á la erisipela.

(c) *Roseola ó falso sarampion*.—Esta erupcion está caracterizada por manchas de un rojo oscuro, y mayores que las del sarampion que se observan en la piel de los niños, por lo regular en el tiempo de la denticion, y que desaparecen al cabo de veinte y cuatro ó treinta y seis horas. Hay tres especies de roseola: 1.º *roseola del estío*, que se presenta durante los grandes calores del verano, acompañada muchas veces de un movimiento febril: 2.º *roseola otoñal*, sin fiebre; sus manchas son mas estensas que las de la precedente: 3.º *roseola anulada*, en la cual las diferentes regiones de la piel se cubren de manchas rojas de figura de anillos, cuyo diámetro que al principio es de una ó dos líneas, se va aumentando por grados, y deja en el centro un espacio que conserva su coloracion normal.

(d) *Sarampion*.—En el sarampion, entre los prodromos comunes á las fiebres eruptivas como lasitud, cefalalgia, fiebre ó vómitos, se observan ordinariamente una oftalmia mas ó menos intensa, un coriza, acompañado en ciertos casos de epistaxis, y casi siempre una bronquitis que solo cesa con la enfermedad, y que algunas veces permanece todavía aun despues de su desaparicion, constituyendo por lo regular el gérmen de los tubérculos pulmonales. La erupcion del sarampion se manifiesta por lo general al cuarto ó quinto dia de la invasion de los síntomas generales: está caracterizada por innumerables chapas rojas algo prominentes, que ordinariamente cubren toda la superficie de la piel, y que dejan entre sí espacios blancos: termina por una descamacion furfúrea.

(e) *Escarlatina*.—En la escarlatina, entre los prodromos comunes, aparece, en gran número de casos, al menos en la variedad conocida con el nombre de *escarlatina cinanquica*, un dolor de garganta acompañado de rigidez de los músculos del cuello y de la mandíbula inferior. La deglucion es difícil y dolorosa, las amígdalas están en muchos casos inchadas considerablemente y cubiertas algunas veces de chapas pultáceas blandas, que se levantan muy facilmente, y que ceden á la presion de un cuerpo duro. Estos caracteres bastan para distinguir las de las chapas *distírticas* cuando son blancas ó amarillentas, y de las *escaras* ó de las *úlceras* cuando son pardas ó negras, lo que sucede algunas veces cuando sale algo de sangre de la superficie de las amígdalas. La erupcion de la escarlatina sobreviene á las veinte y cuatro horas de la erupcion de los síntomas generales, y raras veces despues; está caracterizada por manchas de un color rojo de escarlata que generalmente ocupan toda la superficie de la piel, y que son de

tal modo confluentes que se tocan por su circunferencia, y el tegumento toma el aspecto de una piel que estuviese como pintada con el zumo de frambuesa. Dificil es, con estos caracteres, confundir la escarlata con el sarampión: esto solo podria suceder tal vez hácia el quinto dia de la erupcion de la escarlatina, porque en ésta á esta época empieza la rubicundez á circunscribirse mas, y las manchas dejan espacios blancos como en el sarampión; pero basta tomar alguna noticia de los síntomas que han precedido á este estado para evitar el error en el diagnóstico. El término de la escarlatina es igualmente la descamacion; pero aquí la epidermis cae en hojas, y no en pequeñas escamas como en el sarampión.

(f) *Urticaria*.—Está caracterizada por chapas prominentes, muchas veces irregulares, de estension variada, mas rojas ó mas pálidas que la piel que las rodea, y acompañadas de un prurito muy intenso. Distingúense tres especies de urticaria: 1.<sup>a</sup> *la urticaria febril*. La erupcion sucede á síntomas generales, y á un movimiento febril mas ó menos manifesto; no persiste por todo el tiempo que dura la enfermedad; pero aparece y desaparece muchas veces, de tal modo, que con frecuencia se les vé cesar por algunos minutos, y volver á presentarse en seguida. Su total duracion no es mas que de seis á siete dias; algunas veces, aunque pocas, suele prolongarse hasta mas de dos ó tres semanas: 2.<sup>a</sup> *urticaria evanida*. Esta forma es completamente crónica. La erupcion se asemeja mucho á las chapas que resultarían de una flagelacion; dura muchos meses, y á veces muchos años. M. Biett ha observado una que duró siete años: 3.<sup>a</sup> *urticaria tuberosa*. Está caracterizada por una hinchazon considerable del dermis que sobreviene de tiempo en tiempo. Esta hinchazon puede dar lugar á muy graves accidentes: M. Biett la ha visto una vez producir una tumefaccion general, y causar, á consecuencia de estremadas distensiones, equimosis, roturas y ulceraciones. Este caso, citado en la obra de MM. Cazenave y Schedel, fué observado en un hombre que hacia cuatro años que estaba atacado de esta afeccion, la cual desde el principio de su invasion estaba complicada con una fiebre intermitente cotidiana.

El eritema nodoso no puede confundirse con esta última enfermedad porque es una afeccion aguda, y sus chapas, cuando se presentan, no desaparecen mientras dura la enfermedad.

## §. II.

*Erupciones vesiculosas.*

(a) *Herpes*.—Dáse este nombre á las erupciones caracterizadas por pequeñas vesículas reunidas en grupos, que terminan al cabo de muchos días por costras mas ó menos delgadas, ó que se secan sin descamacion manifiesta. Hay muchas variedades de herpes:

1.º *Zona ó herpes zoster*.—Llábase así porque afecta ordinariamente solo una mitad del cuerpo, signo que puede mirarse como patognomónico para la zona de todas las erupciones con las cuales podría confundírsela. Distínguense muchas variedades de zoster, la mas comun es la *zona del tronco*. En esta variedad la erupcion vesiculosa rodea al tronco en forma de un medio ceñidor que se extiende desde la línea media anterior hasta la línea media posterior; generalmente son mas veces las que se le observa en el lado derecho que las que aparece en el izquierdo. Plinio, Turner y Roussel han hablado de casos de zona en que la erupcion formaba un cinturon completo alrededor del tronco. Posteriormente se ha publicado otro caso de esta especie (1). La zona del tronco se manifiesta con mas frecuencia en las paredes abdominales que en las torácicas.

La zona se anuncia por manchas irregulares de un rojo muy vivo, cuyo número vá aumentándose sucesivamente; encima de estas manchas aparecen muy luego pequeñas vesículas blancas, argentadas, trasparentes, que al principio tienen la forma y el volúmen de pequeñas perlas, y que al cabo de tres ó cuatro días adquieren el de un grueso garbanzo, volviéndose rojas las manchas á que sirven de cubierta. Poco despues la serosidad de las vesículas se cambia en un líquido purulento: entonces si no se han roto todavía por sí solas, ó si el líquido que contienen no ha sido absorbido, se rompen, y el pus que sale de ellas forma costras que ordinariamente duran por espacio de dos ó tres semanas, á contar desde la invasion de la enfermedad. En algunos casos menos comunes todavía se ha visto terminar por gangrena la inflamacion de la zona, sobre todo cuando ocupaba las regiones posteriores del tronco que sufrían la compresion por un decúbito dorsal (2).

(1) Diario hebdomedario, segunda série, tomo IV, pág. 259.

(2) Rayer, *Enfermedades de la piel*, tomo I, pág. 334.

Otras veces se observa la erupcion de la zona en el cuello, cara y cuero cabelludo; pero estos casos son muy raros. M. Rayer cita ejemplos de estas dos últimas formas.

En otros casos menos comunes el zoster, en lugar de formar un medio ceñidor, toma una direccion perpendicular, paralela al ege del cuerpo. M. Rayer, dice, le vió ocupar una de las regiones lumbares, y al mismo tiempo el muslo, la pierna y el pie del mismo lado; otras veces, aunque en menor número, le ha visto presentarse en un lado de la piel del pene, escroto, ingle y márgenes del ano (1). Marcus, á quien cita M. Rayer, refiere un caso de zona que ocupaba enteramente un lado del cuerpo.

En fin, la zona es una afeccion aguda. M. Alibert, Lorry y Borserii admiten la zona crónica, y el último de estos autores cita un ejemplo de ella.

(2) *Herpes phlyctænoides*. Esta erupcion empieza por una sensacion de hormigueo, de comezon ó de escozor, seguida de la aparicion de pequeños puntos rojos, que bien pronto se reunen, y forman manchas cuya anchura puede ser desde el tamaño de una moneda de medio duro hasta el de la palma de la mano; á las pocas horas, ó cuando mas al dia siguiente, estas manchas se cubren de pequeñas vesículas de la magnitud de granos de mijo, duras, globulosas, que contienen un líquido incoloro, de un amarillo cetrino ó de un pardo oscuro. Estas vesículas ferman tambien grupos mas ó menos numerosos, separados por la piel.

Las vesículas van adquiriendo un volúmen cada vez mayor; algunas se hacen confluentes. Al tercer dia el líquido que contienen se vuelve turbio ú oscuro.

Del sexto al décimo dia se rompen, y se cubren de costras amarillas ó negruzcas, dispuestas tambien en grupos.

Hecha esta descripcion, es difícil que se confunda el herpes phlyctænoides con el pemfigo, porque en este las ampollas son mas voluminosas que las vesículas del herpes, y ademas el pemfigo no está dispuesto en grupos como el herpes phlyctænoides. Tambien es difícil confundir este último con el eczema. En este las vesículas casi nunca forman grupos, y son mas pequeñas y menos salientes que las del herpes.

(3) *Herpes redondeado*. Esta erupcion está caracterizada al principio por manchas rojas que, en forma de anillos, de mayor ó menor diámetro, se manifiestan sobre las diferentes partes del cuerpo. La rubicundez de estas manchas es mas viva en

(1) Rayer, enfermedades de la piel, t. I, pág. 334.

la circunferencia que en el centro, en el cual conserva la piel su coloracion normal, aun en los anillos de mayor circunferencia. En esta se desarrollan muy luego pequeñas vesículas, llenas de un líquido transparente, y otras mas pequeñas aparecen despues en el círculo de los anillos.

Del cuarto al sexto dia el líquido de las vesículas de la circunferencia se pone turbio; las vesículas se rompen, y se cubren de pequeñas costras parduzcas muy delgadas; algunas veces el líquido es reabsorvido, y la epidermis cae en escamas furfuráceas.

(4) *Herpes labial*. Constitúyete un grupo de vesículas dispuestas ordinariamente en forma de anillos que aparecen sobre la superficie de los labios; su curso y su terminacion son absolutamente semejantes á los de la variedad precedente.

(5) *Herpes prepucial*. Los mismos caractéres y el mismo curso que en la variedad precedente. La diferencia que le distingue consiste en el sitio que ocupa, que es la cara esterna ó la interna del prepucio, la cual se cubre de las vesículas del herpes. Lo mismo sucede con el herpes vulvar, auricular, palpebral, etc., de algunos autores.

(6) *Herpes iris*. Esta afeccion comienza por manchas rojas circulares, cada una de las cuales representa cuatro anillos concéntricos de variados matices, y que adquieren sucesivamente desde dos hasta ocho líneas de diámetro. Sobre la mancha central aparecen algunas pequeñas vesículas hácia el segundo ó tercer dia de la enfermedad; estas vesículas no se ven ordinariamente en los demas anillos.

Del segundo al décimo dia el humor de las vesículas es reabsorvido, y el herpes termina por descamacion, ó se derrama y forma laminillas muy delgadas.

El herpes iris se desarrolla con mas frecuencia en las palmas de las manos, en la garganta del pie, en el olecranon, en los maléolos, etc., etc.

(h) *Eczema*. Esta afeccion está caracterizada por la erupcion de unas vesículas muy pequeñas, aproximadas unas á otras, y aglomeradas, de un color rojo mas ó menos vivo, y que cubren una superficie mas ó menos estensa de la piel. En seguida se rompen las vesículas, y el líquido que contienen forma por lo regular escamas mas ó menos gruesas, y de mayor ó menor estension: estas se desprenden por lo general, y son reemplazadas por otras, formando de este modo muchas series sucesivas. La piel que cubren presenta gran número de escoriaciones, de las cuales destila continuamente un líquido icoroso muy abundante, lo que ha hecho á M. Alibert dar á esta erup-

cion el nombre de *herpes escamoso húmedo*. Al cabo de cierto tiempo esta destilacion se agota, y sobreviene una descamacion seca que se presenta bajo la forma de escamas delgadas, blanquizas y mas ó menos adherentes, á las cuales M. Alibert ha dado el nombre de *empeine escamoso*.

El eczema puede ocupar las diferentes regiones del cuerpo; es las mas veces parcial, y en este caso toma diferentes nombres, segun el sitio que ocupa; asi hay eczema del cuero cabelludo, que es el que se conoce por el nombre de *tiña furfurácea* y *amiantada*; eczema de las orejas, de los párpados, de las partes genitales y del pezon.

En todos estos casos el eczema conserva siempre los caracteres anatómicos que hemos descrito; y si hay alguna diferencia en los síntomas, no depende mas que de las disposiciones de los órganos, y de la diversidad de las funciones que desempeñan.

Se distinguen ademas algunas variedades de eczema, segun la forma exterior de la erupcion.

(1) *Eczema solar*, erupcion vesicular que se presenta en las partes que estan descubiertas, y espuestas por largo tiempo á la accion del sol.

(2) *Eczema impetiginoso*, caracterizado por una inflamacion mas viva de las vesículas, las cuales se transforman en pústulas semejantes á las del impetigo. La rotura de estas vesículas va seguida de la formacion de costras amarillentas, blandas, y que tienen tambien grande analogia con las del impetigo.

(3) *Eczema rojo*, que consiste en una erupcion vesicular, cuya base es muy rubicunda, y está muy inflamada y acompañada de una hinchazon bien manifiesta de las partes, y casi erisipelatosa. La erupcion puede algunas veces invadir sucesivamente toda la superficie del cuerpo, y entonces esta se cubre de escoriaciones, y aparecen grietas dolorosas en los pliegues de la piel. Despues de la rotura de las vesículas aparecen escamas amarillentas y costrosas, mas ó menos húmedas, y mas ó menos adherentes.

(c) *Sarna*. Despues de un ligero prurito de las partes contagiadas se cubren estas de pequeñas vesículas, muchas veces pálidas como la piel que las rodea, y en algunos casos, aunque raros, ligeramente sonrosadas, como se observa en los individuos jóvenes y de temperamento sanguíneo. Esta erupcion, que puede presentarse en muchas regiones del cuerpo, afecta con preferencia la muñeca y el espacio que hay entre los dedos. Despues las vesículas se aumentan, y se estienden á los antebrazos, á las articulaciones de estos con los brazos; llegan algunas ve-

ces hasta el pecho, y con frecuencia hasta los miembros inferiores, muslos, corbas, etc., etc. En muchos casos, no pudiendo los enfermos resistir al intenso prurito de que va acompañada esta erupcion, se rascan mucho, y entonces la superficie enferma puede presentar un aspecto diverso del que acabamos de describir. Rotas de este modo las vesículas, dejan correr un poco de líquido que forma pequeñas escamas ó costras ligeramente adherentes. Por otra parte la accion de las uñas excita una nueva inflamacion, que puede presentarse bajo diversas formas, tomar los caractéres de diferentes erupciones, y confundirse mas ó menos con la sarna. Estas erupciones secundarias pueden ser el *eritema*, el *eczema impetiginoso*, el *eczema rojo*, el *ectima*, el *lichen*, los *diviesos*, etc. Este es el tiempo en que el diagnóstico de la sarna puede ofrecer algunas dificultades.

Todas la variedades de la sarna, que se han querido establecer con el nombre de sarna *papulosa*, *acuosa*, *purulenta* y *caquética*, no son, como observa con mucha razon Mr. Bielt, mas que complicaciones que provienen del influjo de diversas causas exteriores, ó de las disposiciones individuales de los enfermos. Debemos á la instruccion de M. Renucci el importante descubrimiento del arador ó acaro en las vesículas de la sarna. Hace mucho tiempo que se ha notado su presencia en estas vesículas; pero era necesario que esto se demostrase en una ciudad tan influyente como París para que todo el mundo lo diese asentimiento; pues bien: Mr. Renucci ha probado diferentes veces la existencia del arador ó acaro en las vesículas, y es el primero que ha fijado la atencion sobre la línea blanquiza que se observa en un lado de la vesícula, y que es precisamente la que contiene el insecto. Este descubrimiento puede aplicarse ventajosamente al diagnóstico de la sarna, que por otra parte, preciso es decirlo, no ofrece por lo general grandes dificultades. Con un poco de atencion que se tenga es imposible confundir la sarna con el prurigo, erupcion *papulosa* de que hablaremos mas adelante; la sarna no ocupa con preferencia ningun sitio; pero suele presentarse en la superficie posterior de los miembros, en la espalda, etc.

El lichen es tambien una afeccion *papulosa*, y difícil de confundir con la sarna si se fija un poco la atencion. Este error no puede tener lugar mas que en el lichen de las manos; erupcion á la que se ha dado el nombre de *sarna de los especieros*; pero aun en estos casos se ve que la forma de la erupcion no es *vesiculosa*, y que no ocupa el espacio que hay entre los dedos.

El *eczema rojo* y el *eczema impetiginoso* podrian presentar

alguna semejanza con la sarna; pero aquel no se manifiesta particularmente mas que en las regiones en que la transpiracion es abundante, y el impetiginoso presenta un grado de inflamacion que no se encuentra en la sarna.

(d) *Miliar*. Esta es tambien una erupcion vesiculosa. Se diferencia de las demas en que sucede á un movimiento febril que dura por un espacio mayor ó menor de tiempo. Las vesiculas que constituyen la miliar cubren estensas superficies, y no dejan libre entre sí ningun intervalo. Su curso es regular; á los cuatro ó cinco dias despues de su desarrollo la erupcion termina por descamacion, y las escamas no vuelven á aparecer como en el eczema.

En la clase de la *miliar* preciso es que coloquemos todas las erupciones vesiculosas que sobrevienen á consecuencia de la accion de cuerpos irritantes ejercida sobre la piel, ó que son un efecto de las propiedades irritantes del sudor, como se observa en muchas afecciones acompañadas de transpiracion abundante, ó que deben su origen á fricciones dadas bien con ünguento mercurial, ó bien con aceite de crotontiglio, etc.

(e) *Varicela*. Esta erupcion y el chicken-pox va constantemente precedida de los síntomas generales, comunes á la mayor parte de las fiebres eruptivas; pero estos síntomas son menos pronunciados, y no duran sino de veinte y cuatro á cuarenta y ocho horas. Está caracterizada por la erupcion de pequeñas manchas rojas, que al principio se presentan en el rostro, particularmente en el labio superior y al rededor de la nariz, y despues se propagan al resto del cuerpo: el número de estas manchas es variable: raras veces son confluentes. Al dia siguiente de su aparicion se forma en el centro de cada mancha una vesícula muy pequeña; al segundo dia la vesícula se vuelve puntiaguda ó redondeada; al tercero el humor que contiene se pone amarillo; al cuarto se arrugan las vesiculas; al quinto se deseca el humor que contienen, y al sexto suceden á las vesiculas pequeños grumos parduzcos, adherentes á la piel que provienen del humor desecado.

En esta afeccion, como se ve, las vesículas estan esparcidas por la superficie del cuerpo; por esto se podrá distinguir muy fácilmente del herpes, en el cual las vesículas estan agrupadas sobre las diferentes regiones.

Por lo que acabamos de decir se conocerá, que la varicela, tal como la hemos descrito, constituye una afeccion que por sus caractéres anatómicos se diferencia de las viruelas. ¿Pero existe tambien esta diferencia con respecto á la naturaleza de estas dos enfermedades? Algunos médicos consideran la vari-

cela como una afeccion *sui generis*: Eichhorn y Barnes, á quienes cita M. Rayer, han visto epidemias de varicela sin que hubiese viruelas, ni al mismo tiempo ni poco despues; pero estos argumentos pierden su fuerza en presencia, tanto de los hechos auténticos que prueban la posibilidad de inocular directamente la varicela, como de los que demuestran que esta afeccion puede producir las viruelas, y recíprocamente, y que en un mismo individuo se observan confundidas muchas veces las dos formas elementales.

En resumen, de acuerdo con Thomson y M. Rayer, y contra la opinion de Eichhorn, de Bryce, y de Abercrombie, consideramos la varicela como una modificacion de las viruelas; estas dos erupciones se desarrollan muchas veces bajo la misma influencia atmosférica; el mismo agente morbífico parece que las produce, si esceptuamos los casos en que la forma vesiculosa afecta con preferencia á los individuos que han pasado ya las viruelas, ó han experimentado el influjo de la vacuna, ó que sino se han hallado en este caso, tienen una constitucion desfavorable al desarrollo de la viruela pustulosa. La varicela, pues, constituye en nuestro entender el grado mas débil de las viruelas, y no preserva de la erupcion de las pústulas que se presentan en esta última afeccion.

### §. III.

#### *Erupciones ampollosas.*

(a) *Pemfigo.* Esta erupcion ampollosa está precedida de síntomas generales. La erupcion de las ampollas sucede á la de innumerables manchas rojas eritematosas, y que dejan libres entre sí algunos intervalos. Las manchas se cubren de ampollas con tanta rapidez, que es difícil separar estos dos periodos de la erupcion.

Las ampollas del pemfigo son en un todo semejantes á las que produce el agua hirviendo; contienen una serosidad clara ó ligeramente cetrina. A los dos ó tres dias de la erupcion se rompen, y despues de haber dejado correr el líquido que contienen, se aplanan, se arrugan y forman escamas delgadas y rojizas. Los caracteres que acabamos de describir corresponden, en general, á la variedad que Willam llama *Pompholix benignus*. Otra variedad señalada por este autor es el *Pompholix diutinus* ó crónico.

En esta variedad se observan muchas erupciones consecutivas que se reproducen muchas veces. La piel presenta un gran

número de escoriaciones, que en algunos casos son excesivamente dolorosas. La tercera variedad de Willam, que ha sido igualmente observada por M. Bielt, es el *Pompholix solitarius*.

Esta variedad está caracterizada por la erupcion de una ampolla muy grande, algunas veces del volúmen de un huevo de gallina, que se presenta en la espalda, en la mano, etc., y va seguida de otras dos ó tres vegigas iguales que se desarrollan á su inmediacion. Finalmente, la última variedad del pemfigo ha sido observada por M. Bielt muchas veces, y M. Gibert dá de ella la siguiente descripcion (1). Por lo regular todo el sistema de los tegumentos está invadido; la piel, blanca en unos puntos, y vivamente enrojecida en otros, está cubierta por todas partes de escamas amarillentas y costrosas (vestigios de recientes escoriaciones ampollosas), ó de láminas epidermoideas secas, blancas y foliáceas que se levantan y se desprenden, y son los restos de anteriores ampollas, imperfectamente desarrolladas, y que se han roto y destruido tan luego como aparecieron, casi antes de haberse levantado phlyctenas.

(b) *Rupia*. Consiste esta erupcion en un pequeño número de ampollas, separadas enteramente las unas de las otras, que tienen un volúmen bastante considerable, y una base mas ó menos roja é inflamada. Estas ampollas se observan especialmente en los miembros inferiores, y algunas veces en los lomos; contienen un líquido seroso que con el tiempo toma un aspecto purulento, y que al cabo de algunos días se derrama al exterior y forma costras superficiales, negruzcas, debajo de las cuales hay escoriaciones. Bateman distingue tres variedades de rupia: 1.º *rupia simple*, que es la que acabamos de describir; 2.º *rupia prominente*, en la cual las costras son de figura cónica, y se componen de muchas capas sucesivas; y 3.º *rupia escarótica*, que en los niños caquéticos termina algunas veces por escaras gangrenosas.

Por lo general las costras de la rupia cuando se caen dejan manchas lívidas en su lugar.

#### §. IV.

##### *Erupciones pustulosas.*

(a) *Viruelas*. Las viruelas son una erupcion pustulosa, de curso regular, y que puede dividirse en cinco periodos. El pri-

(1) *Manual de las enfermedades especiales de la piel*, etc.: 1.º t. en 18.º y en papel superior, 1834, p. 115.

mero es el de *incubacion*, que ordinariamente dura de diez á veinte dias: M. Piorry ha citado en su medicina práctica un caso, en que la incubacion no duró mas que doce horas. El segundo periodo es el de *invasion*: está caracterizado por un movimiento febril general, acompañado de agitacion, lasitud, dolores en los miembros, y *sobre todo en la region lumbar*, vómitos, insomnio, y algunas veces delirio ó hemorragia nasal. Dificil es con tantas alteraciones funcionales, hallar las lesiones de los órganos con los cuales puedan tener relacion; dos ó tres dias, y algunas veces solo veinte y cuatro horas despues, comienza el tercer periodo, el de la *erupcion*; al fin de este se vé algunas veces cubierta la cara y el tronco de una rubicundez eritematosa: al mismo tiempo se vé aparecer la erupcion, que principia por el lábio superior, al rededor de las alas de la nariz, en la frente, y en las raices de los cabellos, y de allí se estiende al resto de la cara, á la boca, garganta, y á la piel del tronco y de los miembros.

La erupcion de las viruelas está caracterizada al principio por pequeños granos rojos, de apariencia pustulosa, que al segundo ó tercer dia presentan en su vértice una especie de aplanamiento, seguido de una *depression umbilicada*. El humor que contienen las pústulas es de un color blanco argentino, por decirlo asi, semitransparente. Al tercero ó cuarto dia de la erupcion adquieren su grado mayor de desarrollo; la depression central llega á ser muy manifiesta; las pústulas se vuelven blanquizcas, y una aureola roja las rodea: las partes que cubren, y sobre todo el rostro y las manos, se ponen tumefactas: la erupcion ha llegado en este caso á su cuarto periodo, esto es, al *periodo de supuracion*.

Cuando la erupcion llega á este grado, las pústulas principian á desecarse (quinto periodo, *deseccacion*). La tumefaccion disminuye; el humor que contienen las pústulas se derrama al exterior, y secándose, parece que no forma mas que una sola costra de un pardo amarillento que cubre el rostro como si fuera una careta. En otros casos no hay formacion de costras, porque el pus es reabsorvido, y las pústulas desaparecen.

La careta de que acabamos de hablar se desprende ordinariamente del quinto al sexto dia de su formacion, y es reemplazada por una descamacion sucesiva que concluye por último del décimo quinto al vigésimo dia de la enfermedad.

En algunos casos, ulcerándose las pústulas por su vértice, producen, por consecuencia de estas ulceraciones, cicatrices deformes. Este es el curso ordinario de la erupcion de las viruelas. En general no invaden de una vez las diferentes regiones del

cuerpo, sino sucesivamente, y la misma sucesion se observa tambien durante todo el curso de su desarrollo. Por la cara es por donde principia la erupcion, y por ella es tambien por donde se vé principiar la desecacion, de modo que con la mayor frecuencia se observan costras en el rostro cuando las pústulas de los miembros apenas han concluido de desarrollarse.

Todo lo que acabamos de decir es particularmente aplicable á las viruelas que se conocen con el nombre de *viruelas confluentes*. Hay otras que se llaman *viruelas discretas*, pero toda la diferencia que hay entre estas dos erupciones consiste en el número de pústulas.

En otros casos la erupcion, lejos de presentar esta regularidad en su desarrollo, puede ofrecer algunas anomalias. Asi es que al principio del periodo de erupcion se vé algunas veces que sobrevienen equimosis azules ó negruzcos mas ó menos circunscritos, y despues de aquel periodo vemos en otros casos detenerse el desarrollo de las pústulas dos ó tres dias despues de su erupcion, y contener estos en lugar de pus una serosidad sanguinolenta. Esta es una variedad de las *viruelas negras*, que no es, á lo que parece, mas que una complicacion de las viruelas con la *púrpura*.

Despues de la inoculacion de las viruelas, se observan con corta diferencia en la erupcion las mismas séries de acrecentamiento que en las viruelas espontáneas, con la sola diferencia de que la erupcion es las mas veces doble, que desde luego se forman pústulas en los puntos inoculados, las cuales siguen el mismo curso que las que sobrevienen espontáneamente y se desecan á los nueve dias, y que hasta doce dias despues de la inoculacion no aparece ordinariamente el exantema secundario, que consiste en una erupcion discreta de pústulas variólicas sobre los diferentes puntos de la superficie del cuerpo, donde siguen su curso habitual. En algunos casos, raros á la verdad, puede no aparecer esta erupcion secundaria, y la primera ó local basta, sin embargo, para preservar de las viruelas espontáneas. Otras veces la inoculacion no ha producido mas que la erupcion general sin pústulas en los puntos inoculados, y en otros casos á esta erupcion general se la ha visto subdividirse en muchas séries sucesivas.

(b) *Varioloides*. Dase este nombre á una variedad de las viruelas que particularmente se manifiesta en las personas que antes han tenido esta enfermedad, tal como la hemos descrito, ó que han sido vacunadas. Consiste la varioloides en una erupcion pustulosa muy semejante á la de las viruelas, pero que se diferencia de ellas en que no tiene periodo de supuracion ni

de fiebre secundaria. Distínguese muchas especies de varioloides:

(1) *Varioloides pustulosa umbilicada*. Esta variedad en nada se diferencia de las viruelas en el primer septenario de su desarrollo; pero el curso ulterior de sus pústulas es mas rápido, y no hay fiebre secundaria. La enfermedad detiene su curso cuando ha llegado al octavo ó décimo día, las pústulas se secan, y las costras se levantan á los doce ó catorce días.

(2) *Varioloides pustulosa conoidea*. Las pústulas tienen en esta variedad una figura cónica: al quinto día llegan á su último grado de desarrollo, y al sexto se desecan ya por su vértice: á los ocho ó nueve días las costras se desprenden, y dejan algunas veces pequeñas cicatrices.

(3) *Varioloides pustulosa globulosa*. Las pústulas de esta variedad son redondeadas, y su circunferencia muchas veces ocupa, al sexto día, mas espacio que su base. A los ocho ó nueve días principia la desecacion.

(4) *Varioloides papulosa*. Consiste en pústulas que se presentan antes del tiempo regular, y que tienen la apariencia de papulas, ó terminan disminuyéndose poco á poco ó desecándose sin ninguna formacion de costras.

Todas estas variedades que acabamos de describir, no son mas que modificaciones de las viruelas: no hay entre ellas mas diferencia que el grado de intensidad, y si las hemos descrito separadamente una despues de otra, es mas bien para impedir que se las confunda con afecciones de distinta naturaleza, que por el interés que ofrecen en la práctica.

(c) *Ecthima*. Llámase asi una erupcion caracterizada por la rápida aparicion de un pequeño número de botones rojos, bastante distantes los unos de los otros, que se presentan en los miembros, en la cara, ó en el tronco. El pus contenido en el vértice de cada uno de estos botones se derrama muy pronto, y forma costras parduzcas ó de un color verde oscuro, las cuales, cuando se desprenden, dejan en su lugar manchas mas ó menos manifiestas, y algunas veces verdaderas cicatrices, si la enfermedad ha durado mucho tiempo.

Battman distingue cuatro variedades de ecthima.

(1) *El ecthima comun*, que consiste en la erupcion de pequeñas pústulas.

(2) *El ecthima infantil*, que en los niños mal alimentados aparece frecuentemente sobre las diferentes partes del cuerpo, y aun sobre la cabeza. Las pústulas de esta variedad son mayores que las de la precedente.

(3) *El ecthima luridum*, en el cual las pústulas son anchas, y tienen una base rogiza y prominente.

(4) *El ecthima caquético*, cuyo curso es crónico, pero que en lo demás se parece mucho á la variedad precedente.

(d) *El Acné*, que algunos llaman berrugas, es una afeccion igualmente pustulosa, caracterizada por la erupcion de pequeñas pústulas mas ó menos inflamadas que ocupan las diferentes partes del cuerpo, y especialmente la cara y el tronco, y no llegan á supurar sino lentamente; algunas veces es tan poco manifiesta la supuracion, que durante todo el curso de la afeccion conservan las pústulas el aspecto de tubérculos sólidos.

Distínguense cuatro variedades del Acné.

(1) *Acné disseminata*, afeccion que consiste en la erupcion de innumerables pústulas, que algunas veces cubren todas las partes del cuerpo, y que se presentan en mayor número en la frente, mejillas y hombros; unas veces estos botones son pequeños, y terminan formando pequeñas escamas casi furfuráceas, y esto es lo que se llama *berrugas simples*; otras veces los botones son mas voluminosos y duros, y no presentan una tan manifiesta supuracion, pero destilan muchas veces una materia sebácea en forma de un pequeño kiste, y esto es lo que se llama *berrugas endurecidas*.

Por último, algunas veces la materia sebácea contenida en el folículo inflamado forma una pequeña costra negra en el centro del tumor, que constituye el *acné punctatæ*.

Cuando las pústulas de esta última variedad son muchas, el semblante tiene una perfecta semejanza, como ha observado M. Alibert, con el de los individuos que tienen incrustados pequeños granos de pólvora lanzados por una arma de fuego. Los botones de esta variedad son conocidos vulgarmente con el nombre de *pecas*.

(2) M. Bielt refiere á esta variedad otra afeccion de los folículos que, aunque no los dá el aspecto de pústulas, modifica su secrecion de un modo que les hace segregar un licor espeso que se coagula sobre la superficie de la piel, en la frente ó en el rostro, y forma una especie de careta análoga á la que suele producir la mentagra ó el impetigo. M. Bielt da á esta variedad el nombre de *berrugas sebáceas*.

(3) *Barros ó berrugas rosáceas*. Esta afeccion no se presenta siempre bajo la misma forma; unas veces produce solamente un color sonrosado estendido por la piel y acompañado de una ligera descamacion furfurácea, y otras la piel está cubierta al mismo tiempo de muchas eminencias pustulosas. Las pústulas que consisten en la engurgitacion de los folículos mu-

cosos pueden presentar cualquiera de las tres formas principales de las berrugas que hemos descrito arriba.

Los barros pueden ocupar solamente una parte de la cara, ó presentarse en toda ella y propagarse á la frente y á las orejas: algunas veces también, como observa M. Biett (á quien nunca podemos dejar de citar siempre que se trate de los resultados de una luminosa observacion) las membranas mucosas participan de esta irritacion. (*Nuevo Diccionario de Medicina, primera edicion*).

(4) *Mentagra*. La mentagra es una variedad del acné, en la cual las pústulas ocupan especialmente la barba. La inflamacion puede algunas veces, segun observa M. Biett, penetrar todo el dermis, hincharle y darle la apariencia de vegetaciones húmedas. Otras veces tambien suele propagarse á los bulbos de los pelos, que se caen y no vuelven á salir hasta pasado mucho tiempo, y entonces tienen un color mas claro que el de los primeros. La forma endurecida del acné se observa muchas mas veces en esta variedad que en la anterior.

Todas las variedades que acabamos de describir pueden ser agudas en su curso, y terminar rápidamente, ó bien pasar al estado crónico. Podrian hasta cierto punto confundirse el acné con *erupciones sifiliticas* con el *impetigo de la barba*, con el *lichen agrius*, y con el *empeine corrosivo escrofuloso* de la cara. Pero de estas afecciones no dejaremos de señalar los caracteres por los cuales se las reconoce fácilmente. El impetigo de la cara, que es el que mas se parece al acné, se distingue por la erupcion de pústulas que siguen un curso muy rápido, y que se cubren prontamente de costras amarillas (herpes crustáceo flavesciente), y ademas por la acumulacion de las pústulas en grupos, y porque no existen las induraciones que con tanta frecuencia se observan en el acné.

(e) *Impetigo*. El impetigo constituye un género del órden de las pústulas. Esta afeccion comienza desde luego por la erupcion de manchas rojas, mas ó menos estensas, que tienen ordinariamente una forma oval ó circular, y que pueden existir en cualquiera parte del cuerpo, sin esceptuar el cuero cabelludo. La superficie de estas manchas es rugosa, y examinándola de cerca se reconoce que la rugosidad consiste en la aglomeracion de pequeñas pústulas amarillentas, de una rubicundez mas ó menos viva. El curso de estas pústulas es muy rápido; se rompen al cabo de poco tiempo despues de haber adquirido el máximun de su volumen, que ordinariamente no escede del de un grano de mijo. El líquido que contienen se transforma con mucha rapidez en costras amarillentas ó verdosas algo húme-

das, las cuales, si han persistido por largo tiempo, dejan ordinariamente al caer una mancha roja, escamosa al principio y despues furfurácea, que no tarda en desaparecer reemplazada por la coloracion normal. Cuando, por el contrario, las costras se desprenden muy pronto, se observa, en el lugar que ocupaban, una superficie roja y porosa que destila un humor icoroso particular, signo muy importante para el diagnóstico diferencial. Efectivamente, en algunos casos se podrian confundir las costras del *pompholix diutinus* con las del impetigo; pero la superficie sobre la cual se hallan las costras del pompholix no tiene las porosidades de que acabamos de hablar.

Distínguense muchas variedades de impetigo.

(1) *Impetigo figurata*. Es el que se presenta ordinariamente en la cara con un corto número de manchas y costras.

(2) *Impetigo sparsa*. Consiste en un gran número de costras esparcidas sin orden por las superficies estensas del cuerpo, como por ejemplo el tronco, los miembros, el cuero cabelludo, etc.

(3) *Impetigo erisipilatodes*. Esta variedad ocupa la cara, donde se presenta una hinchazon considerable, absolutamente semejante á la de la erisipela de esta parte, de modo que la diferencia no está constituida, digámoslo asi, mas que por la erupcion seguida de costras.

(4) *Impetigo Scabida*. Esta forma es la que ocupa ordinariamente toda la longitud de un miembro, y por su cubierta costrosa le dá el aspecto de la corteza de ciertos árboles.

(5) *Impetigo rodens*. Generalmente se presenta en el lóbulo de la nariz, sus costras son iguales á las del impetigo; pero debajo de ellas la úlcera corroe profundamente las partes, y dá lugar á una cicatriz muy deprimida.

La afeccion que Willam ha llamado *porrigo larvalis* es la que ordinariamente se llama *costra de leche*, ó *crusta lactea*, que no es otra cosa que una variedad del impetigo particular de los niños, y á la que se puede dar el nombre de *Impetigo larvalis*. En esta variedad las pústulas, como generalmente sucede en el impetigo, se cubren de costras, que si muchas veces estan diseminadas por los diferentes puntos de la cara, llegan en otras ocasiones á hacerse confluentes, y cubren el rostro enteramente en forma de careta (Larva).

Lo mismo sucede con la afeccion que el vulgo conoce bajo el nombre de *galones*. Esta es una erupcion pustulosa que pertenece al género del impetigo, y no tiene otro carácter particular mas que el sitio que ocupa. Efectivamente se presenta

en el cráneo. M. Alibert la llama *tiña granulada* (1); pero este nombre no indica la forma elemental de la erupción: por esto nosotros le conservaremos el de *impetigo granulado*. Esta erupción es particular á los niños de dos á ocho años; y produce costras parduzcas, elevadas, secas, esparcidas entre los cabellos, y que se parecen al yeso de una pared reblandecido por la humedad y ensuciado por el polvo.

## §. V.

*Erupciones papulosas.*

(a) *Prurigo*. Esta afección papulosa consiste en la erupción de pequeños granos aplanados, duros, sensibles á la vista y al tacto, que conservan la coloración del resto de la piel, ó un débil color rojo, y que se extienden por todas las regiones del cuerpo, limitándose algunas veces á una sola, ocupando otras una extensión mas considerable de una de ellas, é invadiendo otras toda la superficie del cuerpo. Las papulas se presentan particularmente en la cara dorsal y esterna de los miembros superiores. El prurito que ocasionan obliga á los enfermos á rascarse; las rompen con las uñas, y entonces los granos del impetigo presentan muchas veces en su vértice un pequeño coágulo de sangre, que es necesario tener cuidado de no confundirle con la erupción pustulosa. Cuando la afección dura mucho tiempo, la piel cubierta por la erupción está muy endurecida y gruesa.

Las principales variedades del prurigo son:

(1) *Prurigo benigno*. Prurigo discreto, no muy manifiesto, y acompañado de un prurito poco marcado. Esta variedad se manifiesta principalmente en los jóvenes.

(2) *Prurigo formicante*. Ataca con preferencia á los adultos. Las papulas son mas anchas y mas salientes, y van acompañadas de un prurito intenso.

(3) *Prurigo senil*. Prurigo de los ancianos, acompañado muchas veces de un gran picor y ardor.

(4) *Prurigo parcial*, que se le subdivide en *prurigo del ano, de la bulva, femoral, del escroto y del prepucio*. Las mas veces en todas estas variedades no se observa nada de particular, ó se percibe solamente una ligera rugosidad en las partes. En el prurigo del *escroto* la piel de esta parte se pone mas gruesa.

(1) Véase la Monografía de los Dermatoses, ó *Resumen de las enfermedades de la piel*, por el baron Alibert, segunda edición, 1835.

sa y rugosa, y toma un color parduzco. El carácter común á todas estas variedades, que es el que ha hecho colocar esta afeccion entre las del género de prurigo, es un prurito ordinariamente muy intenso.

Al hablar de la sarna hemos señalado ya algunos caracteres por los cuales se distingue del prurigo: la diferencia se manifiesta bien por la descripción comparativa de estas dos enfermedades. Pasemos, pues, ahora á la descripción del lichen, que en ciertos casos puede igualmente asemejarse en algo al prurigo.

(b) *Lichen*. Consiste esta afeccion en la erupcion de papulas muy pequeñas, que unas veces tienen el mismo color que el resto de la piel, y otras estan enrojecidas é inflamadas; ordinariamente se presentan en grupos mas ó menos numerosos, circunscritos ó diseminados por las diversas partes del cuerpo.

En el estado agudo la erupcion invade por lo general una gran estension de la superficie del cuerpo; pero en la forma crónica se limita las mas de las veces á las palmas de las manos, á los miembros superiores, á la cara, al cuello, á la garganta del pié, etc. Los granos del lichen son sólidos, como generalmente lo son todas las papulas, y no contienen líquido alguno; porque si en algunos casos se observa que estos granos se escorían, y segregan un líquido viscoso que se condensa y forma pequeñas escamas costrosas muy adherentes, esto depende de la inflamacion de las papulas, inflamacion que las mas veces ocasionan los enfermos cuando se rascan.

Distínguense muchas variedades de lichen; la mas grave de todas es el *lichen agrius*.

(1) *Lichen agrius*. Está constituido por papulas acumuladas en muchos grupos inflamados, y escoriadas por lo regular en su vértice. En la forma crónica la piel cubierta de ellas está mas ó menos encallecida. Esta variedad ocupa los diferentes puntos de la superficie del cuerpo, las palmas de las manos, la cara y las muñecas. En estas es donde el lichen ha sido confundido muchas veces con la sarna, y esta es la forma á la que se ha llamado *sarna de los especieros*.

En los individuos linfáticos el lichen agrius ocupa con frecuencia los miembros inferiores. Esta erupcion suele ser general, aunque esto acontece raras veces.

(2) El *lichen simple* constituye la variedad mas benigna; sus papulas están muy poco ó nada inflamadas.

(3) La tercera variedad está constituida por el *strophulus*, del que Bateman en Inglaterra y Mr. Rayer en Francia han querido formar un género aparte. El lichen *strophulus* es pe-

culiar de los niños, en los cuales se manifiesta especialmente en el periodo de la dentición. Las papulas ocupan las mas veces la cara, en la cual forman grupos, y están mas ó menos inflamadas. Segun las diversas modificaciones que entonces presentan se han establecido muchas especies de *strophulus*.

(4) Algunos médicos han distinguido tambien una forma de lichen que han llamado *piloso*, porque en ella pasa un pelo por el centro de las papulas. Con un poco de atencion, y teniendo siempre presente lo que constituye el carácter fundamental del lichen, no será difícil evitar los errores del diagnóstico, y asignar á la mayor parte de los casos de lichen el lugar que les corresponda.

El prurigo, que es la afeccion que con mayor facilidad podria confundirse con el lichen, se distingue de este en que, como hemos dicho, sus papulas no están agrupadas, sino separadas unas de otras, son mas planas, y están cubiertas en su vértice de un pequeño coágulo negro de sangre que proviene de las escoriaciones que ocasionan los enfermos cuando se rascan.

El eczema podria tambien confundirse con el lichen agrius inflamado en que los vértices escoriados destilan cierto humor; pero en estos casos la piel cubierta por el lichen presenta cierta densidad, mientras que por el contrario la que está cubierta por el eczema es delgada.

## §. VI.

### *Escamas.*

(a) *Ichtyosis*.—Dase este nombre á una afeccion en la cual la piel de las diferentes partes del cuerpo, y especialmente la de los miembros, está cubierta de escamas espesas, agrisadas, secas y puestas las unas sobre las otras á modo de escamas de pescados. Esta afeccion es las mas veces congénita ó hereditaria; sin embargo, algunos autores citan ejemplos de ichtyosis accidental: basta notar bien los caractéres que hemos descrito para distinguir esta enfermedad de todas las demas en que se presentan escamas.

La *pelagra de Lombardía* es tambien una variedad de ichtyosis sintomática de una afeccion crónica de las vias digestivas.

(b) *Pityriasis*.—Está constituida por manchas de diversos colores, nada elevadas sobre la piel, que tienen por único signo distintivo la descamacion furfurácea en toda su estension, y

que no resultan de ninguna de las formas elementales de que hemos hablado hasta aquí. La piel, en toda la estension de las manchas, es seca y áspera al tacto. Se distinguen muchas variedades de pityriasis: 1.<sup>a</sup> *pityriasis simple*, en la cual la descamacion furfurácea que puede tener lugar sobre cualquiera de las partes del cuerpo, se verifica sobre las superficies que conservan la coloracion normal: 2.<sup>a</sup> *pityriasis roja*, en esta variedad las partes que presentan la descamacion tienen un color rojo mas ó menos vivo. Hay una forma de esta variedad en la cual la descamacion no se efectua por escamas furfuráceas que es como generalmente suele efectuarse en la pityriasis, sino que se verifica en forma de escamas foliacéas mas ó menos anchas: 3.<sup>a</sup> *pityriasis versicolor*, variedad en la cual las manchas en que se verifica la descamacion furfurácea tienen un color amarillento mas ó menos vivo que, segun M. Alibert, puede compararse al del ruibarbo ó al del azafran. Las manchas de esta variedad de pityriasis ocupan algunas veces la estension mayor de la superficie del cuerpo. Se las distingue del ephelides y de las manchas sifiliticas que parece tienen alguna semejanza con ellas, por la descamacion que no se halla en ninguna de estas dos afecciones: 4.<sup>a</sup> *pityriasis negra*, esta variedad es mas rara que las precedentes; se ha observado en la enfermedad epidémica que reinó en París en 1827 y 1828, y que se llama *acrodinia*. Se distinguirá la pityriasis de la psoriasis en que la erupcion de la pityriasis propiamente dicha no está nunca elevada sobre la superficie de la piel, lo que no sucede jamás en la psoriasis: 5.<sup>a</sup> Puede distinguirse tambien una variedad de pityriasis segun el sitio que ocupa, puesto que nunca es mas de uno. Hablamos de la *pityriasis de la cabeza*. Esta afeccion consiste en la descamacion de la epidermis del cráneo, que ensucia los cabellos de manera que parece que la cabeza está llena de polvos blancos; obsérvase algunas veces aun en los calvos, y es muy frecuente en los niños. Las escamas forman una capa continua que cubre una porcion mayor ó menor de la epidermis, y que ocupa sobre todo la region frontal. Se distingue esta afeccion de la tiña en que no hay exsudacion de ninguna especie, y por la sequedad de la piel correspondiente á la descamacion, signo comun á todas las variedades de pityriasis.

(c) *Lepra*.—Con este nombre designaremos una afeccion cutánea que se presenta bajo la forma de chapas sonrosadas algo prominentes, y cubiertas de escamas delgadas, sedosas y argentinas. Dos subdivisiones podemos hacer de esta especie de lepra: *lepra vulgar* propiamente dicha, en la cual estas chapas

están dispuestas en forma de círculos, y *psoriasis*, en la que aquellas son de forma irregular y variable.

En la lepra las chapas forman anillos cuya circunferencia está constituida por otras mas pequeñas, sonrosadas, cubiertas de escamas sedosas, delgadas y muy adherentes, al paso que el centro está deprimido, y presenta la coloracion normal. Estas chapas aparecen las mas veces primero en los codos y rodillas; y de allí se extienden á la superficie esterna y posterior de los miembros, al tronco, cuero cabelludo, y aun algunas veces, aunque pocas, á la cara; pero en esta nunca es muy intensa la afeccion.

(d) *Psoriasis*.—(1). Las chapas de este exantema aparecen bajo la forma de pequeños puntos rojos ó sonrosados, que tienen en su centro una ligera escama. Estos puntos se van extendiendo mas y mas, y se transforman en chapas lenticulares, que pueden estar esparcidas por toda la superficie del cuerpo, y constituyen la variedad que se ha llamado *guttata*. Las manchas rojas que quedan despues de la caída de las escamas son algo prominentes y siempre secas al tacto; las chapas principian á aparecer con frecuencia, como en la lepra, alrededor de las articulaciones.

(2) La *psoriasis difusa* es otra de las variedades de esta afeccion. En ella las chapas son mucho mas estensas, se confunden unas con otras, y algunas veces envuelven, por decirlo así, un miembro entero. Están tambien cubiertas de escamas blancas mas ó menos ásperas y adherentes, y cuando la afeccion pasa al estado crónico, la piel se endurece y se llena de arrugas. Las escamas, que forman una capa muy gruesa, se desprenden en costras de la misma forma que tienen los surcos de la piel.

En otros casos forman las escamas una especie de vaina donde están metidas las membranas; entonces las uñas participan con frecuencia de esta alteracion. MM. Cazenave y Schedel han descrito tambien una variedad de *psoriasis* en la cual la erupcion forma chapas anchas, redondas y aplanadas, que se manifiestan ordinariamente en pequeño número sobre el tronco, miembros, etc.

(3) Los autores ingleses han descrito la *psoriasis gyrata*, en la cual las manchas están dispuestas en espiral.

(4) Segun las regiones que puede ocupar la *psoriasis*, cuando es parcial, se han hecho las subdivisiones siguientes: *psoriasis palmaris, plantaris, præputii, scrotalis, labialis, ophthalmica, capitis, etc.*

En todas estas variedades la erupcion conserva sus carac-

téres genéricos, y si hay alguna diferencia, no depende mas que del sitio que ocupa la afeccion.

### §. VII.

#### *Tubérculos.*

(a) *Elephantiasis de los griegos.*—Esta afeccion es poco comun en Europa; sin embargo, se han visto algunos ejemplos de ella, principalmente entre los habitantes de los países cálidos. Cuando la afeccion está en su principio, se observan ligeras manchas de un color leonado ó bronceado, relucientes algunas veces, y que desde luego se manifiestan ordinariamente en el rostro. En ciertos casos los puntos cubiertos por estas manchas carecen de sensibilidad; pero otras veces esta sensibilidad se aumenta mas ó menos; al cabo de algun tiempo se desarrollan tubérculos en las mejillas, en la frente, en los labios, en los párpados, en las alas de la nariz, y el semblante toma entonces un aspecto horroroso, que ha hecho que los antiguos den á esta afeccion los nombres de *leontiasis* y *satiriasis*.

Dos especies hay de tubérculos: los unos se desarrollan en el dermis, son redondeados, y presentan en su centro un color jaspeado que atraviesa todo el grueso del tubérculo; los otros son subcutáneos, y están formados á espensas del tegido celular.

Despues se propagan los tubérculos á las membranas mucosas de la boca y de la nariz, donde pueden producir consecutivamente ulceraciones mas ó menos profundas.

Algunos autores, como por ejemplo M. Gibert, han confundido en sus descripciones el lupus y la elephantiasis de los árabes con la elephantiasis de los griegos; pero es demasiado evidente la diferencia que hay entre estas afecciones, para que dejemos de seguir el método de MM. Cazenave y Schedel que las describen separadamente.

(b) El *molluscum* constituye tambien una forma de la afeccion tuberculosa: es una erupcion poco comun, y está caracterizada por tubérculos del volúmen de un grueso garbanzo, esparcidos por los diferentes puntos del cuerpo.

### §. VIII.

#### *Máculas.*

(a) *Ephelides.*—Esta especie de afeccion está constituida

por manchas del volúmen de una cabeza de alfiler hasta el de una lenteja, conocidas ordinariamente por el nombre de *manchas de color rojo*, manchas producidas por la accion del sol. Se las distingue facilmente de la  *pityriasis versicolor* por la falta de descamacion y prominencia.

(b) *Nævus*.—El *nævus*, propiamente hablando, no constituye una enfermedad; por lo mismo trataremos de él muy de paso. Se dá este nombre a las alteraciones de color y de textura congénitas, que vulgarmente se llaman *antojos*, *signos*, *manchas de vino*, etc. También toman el nombre de *nævus* la *tez bronceada*, el *albinismo*, y lo que se llama *vítiligo*.

La *tez bronceada* es el resultado de la accion prolongada del nitrato de plata tomado interiormente.

El *albinismo* y el *vítiligo* constituyen dos formas de decoloracion de la piel que es necesario clasificar entre los vicios de conformacion mas bien que entre las máculas ó manchas.

### §. IX.

#### *Lupus. Pelagra. Pian. Yavvs.*

1.º El *lupus* es una afeccion crónica que ocupa con la mayor frecuencia una parte del rostro. Principia por la formacion de tubérculos anchos y aplanados que no tardan en transformarse rápidamente en úlceras que corroen cada vez con mas fuerza las partes que invaden; de esta corrosion participan algunas veces los cartílagos de la nariz, y aun llegan á quedar destruidos enteramente.

Estas ulceraciones se cubren de una capa costrosa muy gruesa: ocultas debajo de ella invaden sucesivamente las diferentes partes, y á medida que se cicatriza una porcion de la piel, vá ulcerándose la otra.

Esta afeccion raras veces ataca á los miembros y el tronco. La *tez cobriza*, la estension mayor en profundidad que en latitud, el fondo agrisado, y los bordes dispuestos las mas veces en forma de picos, son caractéres que podrán servir para distinguir fácilmente el *herpes corrosivo sífilítico* del *herpes corrosivo escrofuloso*. La afeccion de que tratamos ataca principalmente á los jóvenes, y esta circunstancia puede servirnos para distinguirla de las ulceraciones del *cáncer cutáneo*.

2.º La *pelagra* forma, segun M. Bielt, un órden á parte. Sin embargo, algunos autores creen que no es mas que una variedad de la *ichtyosis* sintomática de una afeccion crónica del tubo digestivo.

Esta afeccion es endémica en Lombardia.

El *pian* y el *yaws* parece que constituyen una sola y misma afeccion, pero que sin embargo se presenta bajo diferente aspecto, segun que se la examina en su curso ó en su principio.

La mayor parte de los médicos que han tenido ocasion de observar esta enfermedad en Guinea, en la Jamaica, en Santo Domingo, en la Guadalupe, en el Brasil, etc., creen unánimemente que la forma elemental de esta afeccion es pustulosa. Desarróllase al principio un cierto número de pústulas, particularmente en la cara, ingles, sobacos y en la márgen del ano: estas pústulas se cubren despues de costras mas ó menos gruesas. Por lo general en medio de un número mas ó menos considerable de aquellas, se observa una mayor que sobresale entre todas las demas, y que tiene el nombre de *pian-madre* ó *pian-mamá*. Las costras se desprenden con el tiempo, y dejan al descubierto úlceras llenas de fungosidades mas ó menos rojas, y que tienen el aspecto de frambuesas (*frambæsia*) ó de coliflores. El fungus desaparece despues de haber permanecido por algun tiempo en este estado, y no deja por lo regular sino muy superficiales cicatrices, escepto en los puntos inflamados, en las cuales aquellas se parecen á las de la vacuna.

Algunos autores han considerado esta afeccion como una forma particular de la sífilis, porque vá acompañada frecuentemente de dolores osteocopos y de caries de los huesos. Sin embargo, otros muchos hechos debilitan esta consideracion.

El *pian* parece que puede comunicarse por el contacto.

## §. X.

### *Púrpura.*

Dáse este nombre á una afeccion de la piel que está caracterizada por manchas mas ó menos estensas, y de un color rojo mas ó menos vivo. Los miembros son el sitio que ocupa con mas frecuencia.

Se distinguen dos variedades de púrpura: *púrpura simple*, en la cual las manchas son en corto número, y *púrpura hemorrágica* que es la variedad que se conoce todavía por el nombre de *enfermedad manchada de Werthooff*.

Se observan en ella equimosis mas ó menos anchos, que provienen, como en el caso precedente, del derrame de sangre en el tegido celular. La *púrpura hemorrágica* vá muchas veces acompañada de hemorragias internas por las diferentes vías; acompaña en algunos casos á las fiebres eruptivas; y nosotros

hemos visto á las viruelas complicarse dos veces con ella. Manchas semejantes acompañan con mucha frecuencia al escorbuto y aun algunas veces á las fiebres graves. Se distinguen estas manchas de las producidas por las picaduras de pulga en que no tienen en el centro un punto blanco que se halla siempre en estas últimas, y que es efecto de la picadura. Diferenciándose de todas las manchas exantemáticas, que podrian, *á priori*, tener con ellas alguna semejanza, en que no siendo estas últimas mas que el resultado de una congestion, desaparecen á la presion, al paso que con esta sobresalen mas los equimosis de la púrpura.

### §. XI.

#### *Keloides, Elephantiasis de los árabes.*

(a) *Elephantiasis de los árabes, enfermedad de las piernas, en los habitantes de la Bârbada* (1). Esta afeccion, muy comun en los países cálidos, en América y en Africa, y mas todavía en la isla de la Bârbada, se encuentra algunas veces en Europa. La enfermedad comienza al parecer por una inflamacion de los vasos linfáticos, cuyo trayecto está indicado por estrias rojas marcadas sobre la piel. Al cabo de cierto tiempo los gânglios linfáticos se hinchan; la piel se encallece; la hinchazon se propaga de la pierna al muslo, y bien pronto el miembro se parece al tronco de un árbol, ó á la pierna de un elefante. La piel toma un color parduzco, se pone áspera, y se llena de arrugas mas ó menos profundas: algunas veces se cubre tambien de ulceraciones. Segun los caracteres que acabamos de notar es imposible que se confunda esta especie de elephantiasis con la de los griegos.

La elephantiasis de los árabes puede ocupar otras partes ademas de los miembros inferiores; pero á estos es á los que ataca con preferencia. Nosotros la hemos visto una vez ocupar el pene de un jóven, á quien dirigimos hace dos años á M. Velpeau.

(b) *Keloides ó cheloides*. Llámase así un tumor formado en el grueso de la piel, de una forma cilindrica, oval ó cuadrangular, del color del resto de la piel, ó ligeramente rosáceo, y que presenta prolongaciones laterales en forma de patas de *cangrejos* (de donde la ha venido el nombre), que parece que se introducen profundamente en la piel. Esta afeccion es muy poco comun.

(1) Isla de América.

## §. XII.

*Sifilides.*

*Sifilides.* Este es el nombre genérico con que se designan todas las afecciones sifilíticas de la piel. La sífilis puede revestirse de todas las formas elementales de que hemos hablado al tratar de los ocho primeros órdenes de ellas. Entre los exantemas hay uno que es la forma que mas especialmente toma la sífilis; esta forma es la *roseola*. La roseola sifilítica se presenta algunas veces acompañada de fenómenos primitivos como la blenorragia y las llagas, aunque estos son menos comunes; pero constituye algunas veces uno de los caracteres de la sífilis constitucional.

La forma vesicular se observa muy raras veces en las erupciones sifilíticas. Sin embargo, se suele presentar, segun M. Gibert, bajo dos aspectos distintos: unas veces afecta la forma de pequeñas vesículas parecidas á las del eczema, y otras la de vesículas mas gruesas semejantes á la de la varicela. Las dos formas han sido observadas en las diferentes regiones de los miembros ó del tronco, pero nunca en las partes genitales. Entre las erupciones ampollosas, la forma que con mas frecuencia toma la sífilis es la de la *rupia*. Sin embargo, no sobreviene ordinariamente mas que cuando el mal es inveterado.

Dos aspectos puede presentar la forma pustulosa de la sifilides; unas veces las pústulas parecen *phlyzáceas* como las del *ectima* ó de las viruelas, y otras se asemejan á las *psydráceas*, como por ejemplo las del acné. Las primeras están caracterizadas por su desarrollo ordinario que generalmente es mas rápido que el del *ectima* vulgar; ocupan el rostro y el tronco, maduran incompletamente, y se cubren de costras parduzcas, gruesas, debajo de las cuales se forman úlceras, de que resultan despues cicatrices redondas, blancas y deprimidas.

Las pústulas de la segunda variedad, que como hemos dicho son *psydráceas*, pueden manifestarse en cualquiera parte del cuerpo, menos en la cara y en la frente. No se cubren de costras sensibles, pero dejan manchas lívidas, y algunas veces pequeñas cicatrices redondas, superficiales y blanquizcas.

Las erupciones papulosas y particularmente el lichen, se presentan tambien algunas veces en las afecciones sifilíticas. En estos casos, ademas de los caracteres propios de la sífilis, tiene de particular el lichen que no está circunscripto ordinaria-

mente, sino por el contrario, diseminado; y ocupa los hombros, la espalda, los miembros superiores, etc.

Raras veces conserva la piel su color ordinario en los puntos que median entre unos y otros granos papulosos; regularmente estos puntos tienen un color cobrizo mas ó menos uniformemente repartido.

Las escamas sifilíticas son por lo general menos relucientes que las escamas ordinarias.

M. Bielt coloca tambien en la clase de las sifilides escamosas una erupcion particular de las manos, que se presenta especialmente en las dos eminencias laterales y algunas veces en el centro de las palmas, bajo la forma de prominencias mayores ó menores, cuyo centro, duro, se parece al de los endurecimientos de la epidermis que se observan en los callos de los pies y particularmente en el talon.

Nosotros hemos tenido ocasion de ver esta variedad de sifilides en un sugeto que en otro tiempo habia tenido úlceras, y no se las habian curado bien. La sífilis afecta muchas veces la forma tuberculosa; pero los tubérculos no siempre se presentan bajo el mismo aspecto. En ciertos casos son aplanados, lenticulares; están ulcerados en su superficie, y se muestran con frecuencia, como sintoma primitivo, en las partes genitales y en el ano; estos se conocen vulgarmente por el nombre de *pústulas planas ó húmedas*, ó por el de *crystalina*: algunas veces tambien constituyen uno de los síntomas de la sífilis constitucional. Algunos de estos tubérculos son mas voluminosos, redondos, y se muestran especialmente en la frente, en el cuello y en el rostro.

La tercera variedad presenta la forma de granos y de arugas; estos son tubérculos que ocupan especialmente la comisura de los labios, y que podrian llamarse *tubérculos granulados*.

La cuarta forma es conocida por el nombre de *sifilide pustulosa serpiginosa*. Se manifiesta principalmente en el tronco, al cual estos tubérculos llenan de ulceraciones costrosas que forman anillos irregulares. En algunos casos se observan otros anillos mas chicos formados por pequeños tubérculos aplanados y próximos unos á otros, que se ulceran y se cubren de costras de poca extension pero muy adherentes. Esta forma se observa con especialidad en la frente y en el cuero cabellado, y presenta una leve semejanza con el *herpes circinnatus*.

Por último, en ciertos casos, como dice M. Gibert, tienen los tubérculos una forma irregular, y ocupan algunas veces casi toda la superficie del cuerpo; permanecen en el estado de incuracion, se cubren de costras ó supuran de un modo imperfec-

to. La afeccion sifilitica se presenta con frecuencia bajo la forma de manchas cobrizas de una estension mas ó menos considerable; pero no se sabe todavía precisamente si estas manchas constituyen por sí solas una de las formas elementales de la sífilis, ó si no son mas que vestigios de las demas formas de que acabamos de hablar. M. Bielt es de esta última opinion; y M. Gibert dice que ha visto en dos ocasiones manchas primitivas que le parecieron de naturaleza sifilitica. Estas manchas son ordinariamente redondas; no van acompañadas de prurito, y apenas ofrecen una ligera descamacion. Se presentan principalmente en el rostro, sobre todo en la frente y en las cejas.

A todas estas formas de afecciones sifiliticas de la piel conviene añadir la forma *ulcerosa* que sobreviene en muchos casos á continuacion de las demas formas de que acabamos de hablar, pero que en otros puede presentarse primitivamente. No obstante la semejanza que existe entre las diferentes afecciones sifiliticas de la piel y las elementales de las erupciones cutáneas ordinarias, es muy cierto que con un poco de atencion pueden llegarse á distinguir las afecciones de naturaleza sifilitica de las que no lo son; porque las primeras presentan, en cada periodo de su curso, caracteres patognomónicos; y sea la que fuere su forma primitiva tienen constantemente un color cobrizo que las distingue. La ulceracion que sucede á estas diversas formas está marcada igualmente con un sello indestructible: en efecto, las úlceras son siempre redondas y profundas: sus bordes son duros, callosos, llenos de picos serpiginosos, forman segmentos de círculos, etc.

Las costras de estas úlceras son gruesas, verdosas, parduzcas, y están profundamente puestas sobre el dermis.

Las cicatrices, cuando las hay, presentan tambien caracteres patognomónicos; son desiguales, de forma espiral ó redonda, blancas y deprimidas.

### §. XIII.

#### *Tiñas.*

Se dá ordinariamente el nombre de *tiña* á las afecciones costrosas del cuero cabelludo, que le ocupan en una extension mas ó menos considerable, y que van acompañadas algunas veces de corrosiones ó de úlceras superficiales, y de la exsudacion de un humor mas ó menos viscoso y abundante.

Hablando de las afecciones de la piel no nos hemos olvidado de señalar algunas, que por tener la propiedad de extender-

se al cuero cabelludo, dan lugar á fenómenos que generalmente son atribuidos á la *tiña*; así es que, hablando del eczema del cuero cabelludo, hemos descrito la *tiña amiantácea*; tratando del impetigo notamos los caracteres de la *tiña granulada* ó *galones*; en este mismo orden hicimos la descripción de otra con el nombre de *porrigo larvalis* de Willam; y por último, bajo el de *pityriasis de la cabeza* hemos dado á conocer otra especie de *tiña*, que ordinariamente se llama *achor lactuminosus* ó *costra de leche*. Réstanos ahora para completar la descripción de la *tiña* hacer la de una afección particular que se presenta bajo la forma de costras secas de un color amarillo parduzco, mas ó menos deprimidas en su centro, y cuya depresión dá al todo el aspecto de los alveolos de una colmena. Estas costras están encajadas en el dermis y muy adheridas á él, y su centro está atravesado muchas veces por un pelo. Esta afección es conocida por el nombre de *favus* ó de *tiña lupinosa* (*tinea lupinosa*), á causa de la semejanza que, segun hemos dicho, tiene con los alveolos de una colmena ó con la semilla del altramuz. Parece que ocupa especialmente los bulbos de los pelos.

Todavía no está bien demostrado si en esta afección están precedidas las costras de una erupción pustulosa, ó si son el inmediato producto de una secreción anormal de los folículos pilosos.

En muchos casos el *favus* dá lugar á la alopecia.

El *favus* se transmite por el contagio: algunas veces se desarrolla tambien en otras partes del cuerpo, además de las que generalmente invade, ya sea extendiéndose á ellas desde el cuero cabelludo, ó ya primitivamente.

Generalmente afecta las partes en que la piel es densa y apretada, ó en que el tegido celular es poco abundante, como las sienes, los lomos, los codos, las rodillas, y la parte inferior y externa de las piernas.

#### §. XIV.

##### *Trichoma* ó *plica polaca*.

Dase este nombre á una enfermedad, en la cual los cabellos se retuercen y enredan de resultas de una afección de sus bulbos. Esta afección es peculiar de Polonia. En muchos casos es precedida por síntomas generales, como dolores en los miembros, cefalalgia-oftalmias, y algunas veces amaurosis.

La sensibilidad de la cabeza se aumenta considerablemente, y el menor contacto ocasiona dolor.

Los bulbos de los cabellos segregan un humor muy fétido cuyo olor es semejante al de los ratones. Este humor es viscoso, y pega los cabellos unos á otros por su raiz formando masas enmarañadas de diversas formas. Segun la diferencia de estas formas, han dividido algunos autores la plica en *plica de cola* y en *plica globulosa*, etc.; pero todas estas divisiones no tienen importancia alguna en la práctica, como observa muy juiciosamente nuestro sábio colega y amigo el doctor M. Matuszynski, que ha publicado una obra muy buena sobre la plica (1). Dependen únicamente de la longitud de los cabellos y del modo de llevarlos en el estado de salud. Los cabellos, examinados de cerca en esta enfermedad, parece que están hinchados por un humor de color parduzco que dilata los bulbos, rompe algunas veces los pelos, y se derrama al exterior, pudiendo esprimirse por la presión. Algunos autores han hablado tambien de hemorragias de los cabellos; pero esta es una asercion que nos parece por lo menos muy dudosa. Meckel ha practicado una inyeccion muy sutil en el cuero cabelludo, y nunca ha visto que pasen á los cabellos las sustancias de que estaba compuesta.

El sistema piloso general participa de la afeccion de los cabellos. Se ha visto presentarse á la plica en los pelos de los sobacos y del pubis. Las mismas uñas no se libran por lo regular de la afeccion de que hablamos; segregan tambien un humor viscoso, se ponen deformes, estriadas, parduzcas, y se hienden en su superficie. La plica no impide que crezcan los cabellos afectados. M. Matuszynski dice que ha visto en el museo de Dresde una plica de nueve á diez pies de longitud, de diez á doce de latitud y tres de grueso. Meckel tiene en su gabinete en Halle, una plica de ocho pies de largo. En otros casos la plica forma una bola enorme que dá á la cabeza un volumen verdaderamente monstruoso.

Es muy importante saber diagnosticar esta afeccion. Uno de sus caractéres consiste en engorgitarse los bulbos de los cabellos pegándose por sus raices. Algunos prácticos, por no haber estudiado estos caracteres, han confundido la verdadera plica, con un enroscamiento mecánico de los cabellos que se observa muchas veces en los enfermos que transpiran abundantemente por el cuero cabelludo, y principalmente en las personas que no tienen cuidado de peinarse; y esto es tambien una razon por la cual ha podido atribuirse generalmente la for-

(1) Ueber die natur und Behandlung. Weichselzopfes por J. Matuszynski en Tubingue, 1834.

macion de la plica al desaseo. En una falsa plica los cabellos se reúnen solo por la punta, y no es imposible desenredarlos; ni ellos ni los bulbos presentan la ingurgitacion que notamos en la plica verdadera.

Al cabo de cierto tiempo, que regularmente suele ser de dos, tres ó cuatro meses, los bulbos de los cabellos cesan de segregar el humor viscoso que forma la plica; crecen como en el estado normal, y tienen de este modo suspendida la plica en el cuero cabelludo, la cual se desprende algunas veces espontáneamente, al menos en parte.

La plica no es una afeccion particular del género humano. Los animales, y sobre todo los caballos, presentan de ella frecuentes ejemplos.

## CAPITULO IV.

### AFECCIONES DE LOS ÓRGANOS GENITALES.

#### §. I.

#### *Balanitis.*

La vista no puede aplicarse directamente al diagnóstico de los órganos genitales mas que en un pequeño número de casos. En cuanto á las afecciones de los órganos del hombre, exceptuando todas aquellas que son objeto de la cirugía, y que pueden exigir muchas veces algunas operaciones, no podemos diagnosticar á la simple vista mas que la balanitis, las úlceras y algunas erupciones cutáneas que pueden en ciertos casos ocupar las partes genitales.

La balanitis es la inflamacion de la membrana mucosa del glande y del prepucio: una simple irritacion puede darla origen: está caracterizada por la rubicundez de esta membrana, á la cual cubre las mas veces un moco espeso, caseoso y de un olor fétido. Debajo del cual, y en la membrana mucosa, se observan con frecuencia escoriaciones ligeras que son un simple resultado de la elevacion del epitellium, y que es necesario no confundir con las úlceras.

La secrecion mucosa que cubre las partes inflamadas es en ocasiones tan abundante, que da lugar á una purgacion por el orificio del prepucio, que al principio podria tomarse por una blenorragia. Esta secrecion proviene de la irritacion de los folículos mucosos, que es algunas veces fácil de observar en la superficie, y sobre todo en el cuello del glande.

## §. II.

*Cáncer. Su desarrollo, y diagnóstico de todas sus variedades.*

Los cánceres pueden presentarse bajo muchas formas diversas. La mas comun es la que tiene el nombre de *cáncer hunteriano*, ó *cáncer simple*.

Ademas de las muchas formas que pueden tomar los cánceres, á consecuencia de disposiciones individuales, de la especie de método curativo, y del influjo de otras causas exteriores, el *cáncer hunteriano* se presenta bajo diversos aspectos. En el día está demostrado por las luminosas investigaciones de nuestro ilustrado y laborioso colega M. Ricord, que el virus venéreo produce primero una pústula que sigue un curso análogo al de las pústulas de la vacuna. Asi, veinte y cuatro horas despues de hecha la inoculacion, se enrojece el punto picado; del segundo al tercer día se hincha un poco, y presenta el aspecto de una pequeña papula rodeada de una aureola roja; del tercero al cuarto la epidermis es levantada por un líquido sero-purulento, y toma la forma vesiculosa, ofreciendo en su vértice un punto negro, que es un pequeño coágulo de sangre derramada cuando se hizo la picadura. Al quinto día la pústula toma la forma umbilicada, y la aureola roja comienza á disiparse; principia la supuracion, y la pústula se asemeja enteramente á la del ectima. La base se infiltra y endurece hácia el sexto día. Despues se seca, y forma, como las pústulas de la vacuna ó de las viruelas, costras que pueden permanecer adheridas por largo tiempo; pero si caen ó se las desprende, se observa en el lugar que ocupaban una ulceracion que es el tipo del *cáncer*: este es el *cáncer hunteriano*. Su base es dura, casi cartilaginosa; su fondo es agrisado y lardáceo, sus bordes regulares parece que estan cortados en picos, y estan un poco desprendidos, de modo que la úlcera es mas ancha por su fondo que por su circunferencia. Los bordes de esta especie de *cáncer* estan rodeados de una aureola de color rojo, parduzco, livido, y tanto mas oscuro, cuanto mas considerable es su desprendimiento (1).

Lo que hemos visto que sobreviene despues de la inoculacion, sobreviene tambien despues de un coito impuro. La única diferencia en el desarrollo de las pústulas consiste en que no tienen el punto negro ni depresion en el centro, efectos de la picadura de la lanceta; pero en lo demas, tanto en el uno como

(1) *Lanceta francesa*, núm. del 3 de enero de 1837.

el otro caso, vemos que se presentan sucesivamente la papula, la vesícula, la pústula y la úlcera.

Hemos descrito detalladamente este desarrollo sucesivo, porque no importa tanto reconocer un cáncer cuando toca ya al término de su desarrollo, como cuando está en su principio. En esta época es en la que pueden prevenirse mas eficazmente los progresos de la enfermedad.

La constitucion de los enfermos, la especie de método curativo, la frotacion consiguiente al acto del coito, las costumbres viciosas como la embriaguez, una afeccion sifilitica anterior, etc., pueden cambiar el aspecto de los cánceres, y dar lugar á una variedad que M. Ricord llama *cáncer fagedénico*, y que divide en tres formas.

1.<sup>a</sup> Cáncer fagedénico endurecido.

2.<sup>a</sup> Cáncer fagedénico diftiritico pultáceo.

3.<sup>a</sup> Cáncer fagedénico gangrenoso. En esta variedad se observa un carácter comun á todas las formas, y es el de aumentarse continuamente, sobre todo en superficie.

La superficie del cáncer endurecido se aumenta por el exceso de induracion de su base, que no tarda en gangrenarse.

La segunda forma presenta en su curso caracteres análogos á la gangrena de hospital: el fondo y los bordes de la úlcera estan cubiertos de un licor espeso que desaparece limpiándolos. Por consecuencia de esta blandura de la circunferencia de las úlceras, la materia sifilitica es reabsorvida por las partes mas blandas, y de aquí resulta la forma irregular y serpiginosa de las ulceraciones.

La tercera forma toma estension por el exceso de inflamacion de circunferencia de la úlcera, la cual fácilmente termina por gangrena.

La cuarta forma es lo que se llama *úlceras venéreas*. Esta variedad es debida al pequeño grado de intensidad de la accion del virus sifilitico.

Por lo que acabamos de decir se ve, que las úlceras venéreas primitivas pueden presentar muchos aspectos distintos, y tener, sin embargo, todas ellas una sola y misma naturaleza. Sin ningun fundamento se ha buscado el sello de la sifilis en los bordes, fondo ó figura de la circunferencia de las úlceras: todos estos atributos pueden sufrir diversas modificaciones sin que haya diferencia en la naturaleza de las úlceras que les presentan. No hay mas que un solo signo patognomónico, en el cual deba buscarse el sello de la naturaleza de todas estas úlceras, signo que es comun á todos los cánceres primitivos propiamente dichos, sea cual fuere su forma; y es la facultad contagiosa,

por la cual el pus del cáncer inoculado en una persona reproduce otro cáncer (1).

Ademas de las diferentes formas que acabamos de indicar pueden tambien los cánceres tomar otras ; pero no constituyen de ningun modo variedades aparte , sino que son las mismas úlceras en diversos grados de cicatrizacion.

La observacion que acabamos de hacer se aplica á lo que se llama *ulcus elevatum*, úlcera en la cual el fondo está mas elevado que los bordes. Esta no es otra cosa que un cáncer en el periodo de reparacion , pero con escesivos elementos reparadores. Si se averiguare su estado anterior se sabria que esta úlcera ha pasado por todas las formas primitivas de que hemos hablado. Esto puede aplicarse tambien á los cánceres mal curados , y que despues de haberse cicatrizado presentan el fondo ó la circunferencia endurecidas. Estas formas , de las cuales se ha querido hacer dos variedades distintas de sífilis (*sífilis endurecida y anular*) no son mas que vestigios de la primera especie de cáncer fagedénico.

En los hombres el cuello del glande es el sitio que con mas frecuencia ocupan las úlceras sífilíticas ; en las mujeres se las ve muchas veces en la cara interna de los grandes y de los pequeños labios , en la horquilla y en el clitoris , etc.

Por último, debemos añadir que las diferentes afecciones de la piel pueden tambien ocupar con preferencia las partes genitales ; pero como las mas veces estas erupciones atacan al mismo tiempo otros puntos de la superficie del cuerpo, no será difícil entonces reconocer su verdadera naturaleza. No hay mas que una variedad de ellas que pueda algunas veces equivocarse con las úlceras sífilíticas , y es el *herpes prepuccial interno* ; ó el que se desarrolla en la membrana mucosa del prepucio. Esta afeccion comienza desde luego por la aparicion de un pequeño grupo de vesículas que no tardan en romperse, dejando en su lugar escoriaciones que con el tiempo pueden llegar á ser muy profundas , y asemejarse mas ó menos ó los cánceres. No obstante, en este caso no será todavía difícil diagnosticar estas diferencias , preguntando á los enfermos acerca de la forma primitiva, y del principio que tuvo la enfermedad.

(1) Decimos que esta facultad es comun á todos los cánceres primitivos propiamente dichos, porque hay úlceras que pueden asemejarse á ellos; pero que no se reproducen por medio de la inoculacion. Está tambien demostrado por los experimentos de Mr. Ricord, que el pus del cáncer puede, en ciertos casos muy raros, no obrar mas que como irritante, y dar lugar únicamente á simples escoriaciones superficiales, que aunque provienen de los cánceres, no se reproducen por la inoculacion.

## §. III.

*Afecciones de la vagina y del útero. Speculum. Su introduccion.*

La existencia de las afecciones de la uretra no puede averiguarse por medio de la inspeccion (1).

Todo lo que hemos dicho acerca de las afecciones de las partes genitales del hombre se aplica á afecciones análogas situadas sobre las partes genitales esternas de la mujer : estas dolencias pueden diagnosticarse muy bien por medio de la inspeccion. Pero el aparato genital de la mujer tiene dos órganos que, con mucha frecuencia, son el asiento de diversas enfermedades graves : estos son la vagina y el cuello del útero ; y aunque la vista puede penetrar hasta el fondo de estos órganos, pueden, sin embargo, manifestarse sus afecciones cuando se les pone al descubierto por medio de instrumentos destinados á este objeto, á los cuales se ha dado el nombre de *speculum*, espejo. Los *speculum* no son de modo alguno instrumentos de nueva invencion : Pablo de Egina los describió ya ; pero su uso ha estado abandonado por mucho tiempo, y Mr. Recamier ha sido el primero que ha hecho ver las grandes ventajas que de él se pueden sacar. El *speculum* de Mr. Recamier se compone de un tubo de estaño bruñido, provisto en su estremidad uterina de un ligero rodete para que no lastime las partes con que se pone en contacto : la otra estremidad es bastante ancha, y dispuesta en forma de pico de flauta prolongado.

Dupuytren ha disminuido un poco las dimensiones de este instrumento, y le ha añadido un mango que permite fijarle en las partes. Desde entonces ha sufrido una infinidad de modificaciones, de las cuales la mas importante es aquella por la que se ha dividido el cilindro, formando dos mitades que se reunen por medio de una charnela. Mad. Boivin es la primera que hizo construir un *speculum* de esta manera ; pero despues todo el que ha querido hacerse célebre, dedicándose á observar las enfermedades de las mujeres, ha comenzado por proclamar su especialidad, modificando la forma del instrumento ; de modo que se puede muy bien decir con Mr. Blandin, aunque sea des-

(1) Mr. Ségalas ha querido hacer aplicacion de la inspeccion mediata al diagnóstico de las enfermedades de la uretra y de la vegiga ; y ha presentado hace algunos años al Instituto un *speculum uretro-cístico*, formado de dos bujías, dos espejos y dos tubos cilindricos ; pero parece que la esperiencia no ha realizado sus esperanzas *à priori*, porque no se ha vuelto á oír hablar de tal instrumento.

agradable la consonancia de las palabras , que *se ha especulado sobre el speculum.*

El mas cómodo de todos estos instrumentos divididos es el que propone Mr. Jobert , y que , salvas algunas modificaciones poco importantes , ha sido adoptado por Mr. Ricord. Este es por lo tanto el que nos va á servir de modelo para la descripcion. Se compone de dos mitades de cilindro , ó de dos piezas llamadas ramas , encorvadas (1) de dentro á fuera , y reunidas entre sí por una charnela que permite su separacion por medio de un movimiento de báscula. En el speculum de Mr. Ricord esta charnela está colocada en el punto que corresponde á la corvadura y al anillo vulvar , cuando el instrumento se halla introducido en la vagina ; y de este modo las dos mitades del cilindro pueden separarse ó aproximarse hácia atras ó hácia adelante de la charnela , sin que el anillo vulvar , en que las ramas estan fijas , sufra la menor compresion. Una varilla de acero , dispuesta en forma de segmento de círculo , pasa de una mitad á otra en la estremidad exterior del cilindro , y por medio de un tornillo de presion queda fijo el grado de separacion de un modo invariable. Cada rama del instrumento tiene en su parte exterior un mango doblado en forma de ángulo recto ; y á medida que se introduce aquel en la vagina , se hace aproximar las ramas exteriores entre sí , comprimiéndolas , y obligando por este medio á la estremidad uterina á apartarse , y á la vagina á que se dilate (2).

El speculum de Mr. Recamier , modificado por Dupuytren , ademas de ser de una forma mas sencilla que todos los demas , tiene la ventaja de reflejar la luz mejor que los partidos ; su único inconveniente es el de no poder aplicarse á todas las mujeres á causa de su volúmen que no es posible hacer que disminuya en el acto de la aplicacion ; y para evitarle seria necesario procurarse muchos instrumentos de diferentes calibres ; pero este medio , como es fácil de comprender , presentaria otras desventajas. El speculum partido , pudiendo reducirse al volúmen que se quiera , es , bajo este concepto , preferible al que se compone de una sola pieza ; pero tiene el inconveniente de poder pellizcar la mucosa con las ramas del cilindro cada vez que se

(1) En el dia se hacen de tres y cuatro ramas ó piezas.

(2) El que desee mas pormenores acerca de las diferentes especies de speculum puede ver el artículo de Mr. Blandin sobre este punto. *Diccionario de medicina y cirujia prácticas*, t. XIV, pág. 662, y la obra que segun las lecciones de Mr. Lisfranc en el hospital de la Piedad se ha publicado últimamente con el titulo de *Enfermedades del útero* por H. Pauly. Paris, 1836, página 48 y siguientes.

las aproxima, ya sea por su parte anterior, ó ya por la posterior.

Para la introduccion del speculum algunos prácticos hacen echar de lado á las enfermas, como para practicar la operacion de la fistula del ano; otros quieren que se echen sobre un sillón de respaldo; otros, y creemos que estos son los que proceden con mas tino, las hacen colocarse sobre el borde de una cama, de un sofá, etc.: este es el procedimiento que han adoptado la mayor parte de los médicos y cirujanos mas distinguidos que se dedican á la curacion de las enfermedades de las mujeres: nosotros se le hemos visto emplear de esta manera á Dupuytren: MM. Blandin, Emery, Ricord, etc. le usan del modo siguiente (1). «Se coloca á la enferma sobre el borde de una cama con una almohada debajo de las espaldas y de la cabeza; los muslos medio doblados sobre la pelvis, las piernas inclinadas sobre los muslos, y los pies apoyados en sillas colocadas á cada lado. El cirujano se coloca entre los miembros pelvianos, y no tiene necesidad de ayudante, cosa muy importante en ciertos casos de práctica particular. El speculum, que si el tiempo es frio, puede calentarse un poco, debe estar untado con un cuerpo graso. En caso de estrechez de los órganos Mr. Ricord prefiere para este efecto el cerato blanco por ser mas viscoso que el aceite, no secarse tan pronto, ó introducirse por su medio el instrumento con menos dolores: en los demas casos emplea el aceite, porque no altera en nada el aspecto de las secreciones que se quieren examinar, ni la superficie de los tegidos cuyo estado se desea ver. Las ramas del speculum, que se tienen con la mano derecha, se aproximan con fuerza: Mr. Ricord aconseja que esta aproximacion se lleve hasta el punto de poner una de ellas encima de la otra, de modo que la estremidad del instrumento quede casi plana. Separando en seguida los grandes y pequeños labios con los dedos, índice y anular de la mano izquierda, se comprime al mismo tiempo con el de en medio de la misma mano la parte posterior de la horquilla y del anillo vulvar: esta maniobra, muy importante para facilitar la introduccion del speculum sin dolor, debe hacerse de una manera graduada, pero con fuerza. Se dirige á la vulva la estremidad del speculum con las ramas vueltas hácia el muslo izquierdo, y mientras que el borde de la estremidad de una de estas ramas se apoya fuertemente sobre el dedo de en medio de la mano izquierda como acabamos de decir, la parte plana de la otra se

(1) Tomamos esta descripcion de la memoria de Mr. Ricord, publicada en el *Diario de los conocimientos médico-quirúrgicos*, segunda entrega, 1.º de octubre de 1833.

tendrá aplicada sobre la cara posterior de la eminencia del meato urinario por debajo del cual se la hace pasar bien pronto por medio de un movimiento de báscula, sin desarrollarle ni herirle como sucede muchas veces, empleando los otros métodos. Inmediatamente que ha pasado la parte mas difícil y dolorosa, que es el anillo vulvar, se dirige el speculum al ege conocido de la vagina, separando mas ó menos sus ramas, segun sea menester, y procurando de este modo que se puedan explorar sucesivamente la vagina y el útero, cuyo cuello debe abrazar por último el instrumento. Para esto no es necesario tener, como ridiculamente aconsejan algunos cirujanos, instrumentos de una longitud desmesurada, ni introducirlos con fuerza en la vagina hasta que se consiga asir el cuello: con esta maniobra se espone el cirujano á lastimar las partes, y á hacer sufrir mucho á las enfermas, teniendo que detener el instrumento en la estremidad ciega peri-uterina: lo que se debe hacer es asegurarse primero, por medio del tacto, de la posicion del cuello, y de la altura á que se halla; despues dirigir á su encuentro la estremidad del instrumento, aconsejando á la enferma á medida que se introduce que no haga ningun esfuerzo de espulsion, porque esto entorpeceria por el momento la maniobra; y en seguida, presentando siempre la estremidad del speculum entre los dos labios, se llega bien pronto al cuello que se reconoce en su mucosa mas lisa, sin arrugas, y que presenta un color distinto muchas veces del de la vagina. En algunos casos las mucosidades filantes que, por decirlo así, se filtran de su orificio, y se prolongan hasta la vagina, indican al operador la ruta que debe seguir. Por último, si á pesar de estas indicaciones y de estos preceptos el instrumento se hallase detenido en la estremidad ciega de la vagina, en lugar de continuar empujando el speculum, seria necesario retirarle con suavidad, separando ligeramente sus ramas, como para agarrar el cuello uterino.

Las afecciones que, por medio de la simple inspeccion, pueden diagnosticarse, poniendo con el speculum al descubierto las partes situadas profundamente, son:

1.º *Vaginitis*. En esta afeccion la mucosa vaginal presenta con frecuencia chapas rojas, mas ó menos estensas, secas ó acompañadas de una secrecion mucosa ó mucopurulenta, y que se halla en cantidad mas ó menos considerable. En algunos casos se advierten tambien escoriaciones superficiales causadas por la elevacion del epiteliun; y en otros tambien la membrana mucosa presenta la forma de pezon, y está cubierta de pequeños granos papulosos que no son otra cosa que los folículos mucosos desarrollados, cuya presencia representa por su aspect-

to la imagen de una superficie de la piel cubierta de papulas de prurigo, y de aquí ha sacado Mr. Ricord el nombre de *psorelytria* que ha dado á esta especie de erupcion. Unas veces estos folículos apenas tienen el volumen de una cabeza pequeña de alfiler, y son mas ó menos confluentes; otras pasan á ser unas verdaderas granulaciones desprovistas del epitelium, y en no pocos casos toman la forma de unas verdaderas vegetaciones.

Las paredes de la vagina pueden ser tambien algunas veces el sitio de ulceraciones sifiliticas, cancerosas, etc., que no son dificiles de reconocer por sus caractéres propios.

2.º *Metritis*. Si la inflamacion aguda del útero ocupa el cuello de este órgano, es accesible á la vista, y puede diagnosticarse por la simple inspeccion. En este caso se advertirá una hinchazon mas ó menos considerable en el hocico de tenca, cuya mucosa presentará un color rojo mas ó menos vivo.

Es muy difícil distinguir la engurgitacion crónica simple de la engurgitacion de naturaleza escirrosa. Segun algunos autores, en esta última afeccion es ordinariamente la engurgitacion parcial, circunscrita, algunas veces abollada, y aun lobulada cuando es considerable. Además, la engurgitacion escirrosa no tiene siempre un color rojo tan vivo, como el que presenta la que se observa en la metritis: las partes afectadas estan mas estiradas, relucientes, y algunas veces esponjosas; el labio posterior del hocico de tenca es tambien mas voluminoso, y mas saliente que el anterior: y el escirro va frecuentemente acompañado de hemorragias uterinas, lo que puede tambien servir como uno de los caractéres distintivos.

Con todo, de las investigaciones mas modernas, entre las cuales señalamos las del doctor Mr. Duparcque, resulta que no siempre es fácil distinguir una simple engurgitacion crónica del cuello del útero, de su induracion y de su escirro (1). Todos estos tres estados reconocen las mismas causas, segun el autor que acabamos de citar. « Los tres tienen síntomas comunes, y muy pocos que sean propios de cada uno de ellos en particular, ó si los tienen son tan inconstantes que llegan á ser mas bien negativos que positivos; por último, estos tres estados pueden proceder los unos de los otros, y sin embargo, en sus transformaciones llevan un cierto orden: así, á la metritis sucede la induracion, á esta el escirro, etc..... A veces el cuello uterino se presenta escirroso, de forma globular, sin desigualdad alguna en su superficie; y ha habido otros casos en que engurgitaciones

(1) *Tratado teórico y práctico de las alteraciones orgánicas, simples y cancerosas de la matriz*, por F. Duparcque. Paris, 1835 en 8.º

que por ser de poco tiempo, por la naturaleza de las causas que inmediatamente las han producido, y por la prontitud con que se ha podido conseguir su resolucíon, tenían evidentemente, de una manera inequívoca, un carácter esencialmente inflamatorio, crónico ó de induración, han presentado, sin embargo, abolladuras.»

« Sin embargo, digámoslo de una vez, continua Mr. Duparque, las arrugas en los casos de metritis crónica y de inflamación del cuello uterino tienen por lo común una disposición particular: están separadas por surcos más ó menos profundos, perpendiculares al orificio uterino, hácia el cual son convergentes; y como yo no he observado jamás esta disposición de las engurgitaciones del cuello uterino, sino en las mujeres que han parido, y más particularmente en las que han tenido muchos hijos, he comprendido la razón de esto de la manera siguiente: la circunferencia del orificio esterno del útero ha podido romperse al tiempo de pasar la criatura, y habiéndose cicatrizado las fisuras no han podido prestarse, como las demás partes inmediatas, á la distension que la engurgitación morbífica ha producido en el cuello uterino. Estos surcos corresponden ordinariamente á las comisuras del hocico de tenca, y algunas veces existen también en las partes anterior y posterior, lo que hace que la engurgitación parezca como formada por muchos tumores globulosos, inmediatos los unos á los otros. A veces se escoria el fondo de estas fisuras, y produce una transpiración que podría tomarse por un síntoma de úlceras escirrosas.»

El color rojo parduzco, que algunos autores han señalado como síntoma del escirro, no puede, según Mr. Duparque, servir de carácter distintivo, porque, siendo el resultado de una inflamación secundaria de la membrana mucosa, ó del tegido propio del útero, puede ser producido lo mismo por la simple induración, que por la engurgitación escirrosa. En el mayor número de casos la superficie del hocico de tenca engurgitado no presenta más que un ligero y superficial tinte de rosa, ó una simple arborización roja sobre un fondo blanquizco.

Según lo que acabamos de decir, es probable que, si no se tuviese esto presente, se confundiera, en muchos casos, el escirro con la engurgitación sanguínea del cuello, de que hablaremos cuando tratemos del tacto, y en la cual el hocico de tenca presenta un color rojo parduzco muy pronunciado, y llega á ser el sitio de hemorragias frecuentes que raras veces se observan en el escirro propiamente dicho (1).

(1) No nos detenemos en describir aquí todas las afecciones del hocico de

3.º *Úlceras del cuello del útero.* Las úlceras del cuello del útero pueden ser de diversa naturaleza: en algunos casos no constituyen sino una de las diferentes maneras de que termina la metritis; pero muchas veces son de naturaleza *sifilítica* ó *cancerosa*. Por su fondo agrisado, por sus bordes que forman picos, y conociendo las enfermedades anteriores se podrán distinguir fácilmente las úlceras simples de las sifilíticas. Los cánceres ocupan con frecuencia las inmediaciones del orificio uterino y del hocico de tenca, que se hallan en este caso mas ó menos profundamente cancerados. Sus bordes son rojos, tensos, duros y ranversados; su fondo es las mas veces pultáceo ó fungoso, y lleno de vegetaciones, de que sale sangre con facilidad. Mas adelante la ulceracion se estiende á todo el cuello, le destruye en gran parte, se propaga á la vagina, y asi sucesivamente. El flujo á que dan lugar estas úlceras es sanioso, muy abundante, mezclado con coágulos sanguíneos putrefactos, ó con restos de las partes destruidas. Segun que las úlceras suceden á tal ó tal forma de afeccion primitiva, tienen estos cánceres diferentes nombres: asi es que se les distingue con los de *cáncer primitivo* del útero, *escirro ulcerado*, *úlcera cancerosa sangutnea*, y *cáncer corrosivo*. Esta última variedad puede pertenecer á todas las formas primitivas; pero siempre indica que el mal se hará muy agudo.

Las úlceras simples no van acompañadas mas que de una ligera inflamacion del hocico de tenca: cubre su fondo una capa amarillenta, que se renueva de tiempo en tiempo, ó de finas granulaciones, y es de un rojo mas ó menos vivo; sus bordes son poco salientes. Estas ulceraciones no pasan ordinariamente mas allá de la capa mucosa.

Finalmente, el cuello del útero puede tambien estar cubierto de úlceras de otra especie; por ejemplo, no es muy raro ver en las mujeres de una constitucion escrofulosa formarse, en esta parte, ulceraciones que ocupan una grande estension, tanto en anchura como en profundidad, y cuyos bordes son de un color rojo muy vivo. El exámen de la constitucion, de la edad y de los antecedentes, influirá mucho en el diagnóstico diferencial.

Mad. Boivin refiere casos de metritis crónica, acompañada de una engurgitacion en el cuello mas ó menos marcada, y de una erupcion papulosa en forma de granulaciones. Mr. Duparcque ha descrito igualmente estas granulaciones que algunas veces van acompañadas de un flujo mucoso-sanginolento, y que

ténea, porque lo haremos cuando tratemos del tacto. Para poder diagnosticarlas es casi indispensable unir este método á la inspeccion.

pueden equivocarse con las úlceras carcinomatosas. En otras ocasiones el hocico de tenca presenta una engurgitación no muy grande, cubierta de una superficie granulosa. Se suele confundir muchas veces esta especie de metritis con el cáncer uterino.

## CAPITULO V.

### *Alteraciones de la sangre.*

Al esponer nuestras consideraciones generales sobre el diagnóstico demostramos ya la existencia de un grandísimo número de alteraciones de la sangre. La conexión y la influencia reciproca que los órganos y este líquido tienen entre sí son tan grandes, que tan exacto como es decir con Moisés, que *el alma de la carne está en la sangre*, ó con Bordeu, que *la sangre es carne líquida*, otro tanto es difícil concebir la existencia de una enfermedad cualquiera de los órganos sin una modificación particular de este líquido. Por desgracia el estado actual de la ciencia no nos permite reconocer mas que un pequeño número de estas lesiones; la antorcha de la química apenas ha llegado á arrojar algunos rayos de luz sobre sus modificaciones en las diferentes enfermedades.

Estas modificaciones las señalaremos en su lugar: por ahora indicaremos las diferentes alteraciones de la sangre que, en la mayor parte de los casos, pueden observarse con la simple vista. Fácil es prever que no siempre nos será posible reducir á signos los diversos síntomas que presenta, y diagnosticar una enfermedad, puesto que su estado físico, mas ó menos análogo á su naturaleza, puede ser el resultado de muy diversas modificaciones químicas ó vitales, y pertenecer, por consiguiente, á enfermedades, cuya naturaleza no será siempre la misma. Sin embargo, por medio de la observación continuada hemos podido apoderarnos de un pequeño número de caracteres que parece están ligados, casi constantemente, á ciertas formas, y que pueden, por lo mismo, servirnos de guías, ó al menos como auxiliares para reconocerlas.

Las alteraciones de la sangre accesibles á la vista se refieren unas veces á su color, otras á su consistencia, y otras en fin á la manera que tienen de separarse sus dos principios constitutivos.

Los dos primeros caracteres pueden estudiarse en la sangre por cualquier vía que salga, bien por la venesección, bien por una sangría capilar, ó por hemorragias naturales; el último puede encontrarse algunas veces en todas estas circunstan-

cias; pero se observa mas particularmente en la sangre sacada por la flebotamia.

*Color de la sangre.*—La respiracion de gas de diferente naturaleza puede producir muchas modificaciones en el color de la sangre; y es de notar que en estos casos todas ellas son, con corta diferencia, las mismas que las que observamos en los laboratorios cuando esponemos la sangre al contacto de los gases. Asi es que el oxígeno ó el gas ammoniacal la dan un hermoso color rojo; ese color se vuelve rojo parduzco con la accion del gas azoe, del ácido carbónico y del protóxido de azoe; es violado, oscuro ó verdoso cuando la sangre está espuesta á la accion del hidrógeno arsenicado ó sulfurado; pardo castaño, con el gas hidroclórico; pardo negruzco, con el gas sulfuroso; blanco amarillento, con el cloro, etc.

La sangre tiene un color pálido en las personas anémicas y cloróticas; es negra en las afecciones orgánicas del corazon, en las enfermedades crónicas de los pulmones, en el cólera, etc. En todos estos casos si examinamos la accion química de los diferentes gases, podemos hallar la razon de la coloracion de la sangre, ó admitiendo la insuficiencia de la hematosis como en los obstáculos que las enfermedades del corazon y del pulmon oponen á la circulacion, ó admitiendo el exceso de serosidad como en la anemia y la clorosis.

No sucede lo mismo cuando la sangre, como han visto algunos observadores dignos de fé, se presenta como lechosa. Christison, que cita muchos ejemplos de esta especie, atribuye este singular fenómeno á la formacion anormal de un cuerpo graso: Mr. Gendrin ha publicado un hecho semejante en 1829; y nosotros hemos leído otro, en un número de la *Lanceta francesa* de 1835, relativo á un enfermo atacado de una pneumonia muy aguda. Mr. Raspail cree que, en todos los casos de esta especie, se forma una cierta cantidad de ácido que coagula la albúmina de la sangre, y hace que esta parezca lechosa. Aunque admitimos la opinion del ilustre químico que acabamos de citar, nos es imposible, en el estado actual de la ciencia, determinar cuales son los estados morbíficos con los que coincide la formacion de este ácido; y por lo mismo no podemos por el color lechoso de la sangre diagnosticar el sitio y naturaleza de la afeccion.

Por último, la sangre es á veces de un color amarillo azafrañado mas ó menos vivo; y esta coloracion va unida á la existencia de la bilis, y coincide casi siempre con la ictericia.

*La consistencia* de la sangre se aumenta, generalmente hablando, en las enfermedades inflamatorias, en el cólera, en al-

gunas hidropesías, y en otras afecciones que van acompañadas de una abundante evacuacion serosa. En todos estos casos, menos en el primero, el aumento de consistencia va unido á la disminucion relativa del suero.

Otras veces, como sucede en el escorbuto, el tifus y las anemias, la sangre tiene muy poca consistencia; trasuda facilmente á través de los vasos, y cuando se la estrae por las venas forma un coágulo blando que se separa incompletamente del suero, y se liquida algunas veces cuando se agita el vaso.

Como es bien sabido la sangre despues que ha abandonado el torrente circulatorio, se separa en dos partes el *suero* y el *coágulo*. La mayor parte de los médicos han aplicado á la proporcion que existe entre uno y otro las mismas leyes que nosotros hemos dado á la consistencia de toda la masa de la sangre, á saber: que cuanto menos materia colorante, albúmina y fibrina tiene, mas serosa es, y *vice-versa*; y han deducido de aquí que siempre que la sangre tenga pocos de estos principios, el *suero* debe predominar sobre el *coágulo*.

El resultado de nuestras observaciones no ha sido este. Creemos con MM. Andral y Bouillaud que por la proporcion que exista entre el suero y el coágulo, no siempre se puede juzgar de la que existirá entre la materia colorante, la albúmina y la fibrina, y su vehiculo examinado en toda la masa de la sangre.

Tampoco hay razon alguna para creer que en la separacion de la sangre en dos partes no hay mas que un hecho físico que puede observarse en todos los líquidos, esto es, la disposicion de los cuerpos suspendidos: es indispensable tambien, en este fenómeno, contar con la contractilidad del coágulo, propiedad que explicaremos al tratar de la costra. Cuanto mas intensa es la inflamacion, mayor es la contractilidad; los glóbulos se atraen con mas fuerza y se adhieren mas intimamente los unos á los otros; el coágulo se hace mas pequeño, despide la serosidad que contenian sus areolas, se pone duro al tacto, se desprende por su circunferencia de las paredes del vaso. Ahora bien; suponiendo la existencia de una grande inflamacion en una persona en cuya sangre estén la serosidad y la globulina en las proporciones normales, hallaremos, segun lo que acabamos de decir, que la primera es mas abundante con relacion al coágulo; y en lugar de formar las cinco octavas partes de la masa total de la sangre sacada de la vena, como sucede en la sangría ordinaria, formará las dos terceras partes ó menos. Ademas puede ser la sangre acuosa y tener poca globulina, y el suero de la sangría parecer muy poco abun-

dante, y dejar dominar el coágulo. Lo mismo sucederá siempre que se sangre á una persona anémica ó cachéctica que se halle libre de toda afeccion capaz de dar al coágulo la contractilidad que hemos visto producida en él por las inflamaciones intensas de los órganos: en este caso, los glóbulos de sangre, no teniendo ya entre sí tanta atraccion como en el ejemplo precedente, dejan separar una cierta cantidad de serosidad que, en el enfermo que hemos citado antes, es despedida por el coágulo, y aumenta la cantidad del suero libre.

En estos dos ejemplos vemos lo contrario de lo que nos dicen las proposiciones establecidas anteriormente sobre las proporciones relativas que existen entre la serosidad y la globulina en la masa total de la sangre. Otro caso puede presentarse todavía, y es cuando se abre la vena á un enfermo cachéctico ó anémico atacado de una inflamacion intensa.

El suero de la sangría será muy abundante, tanto porque en la masa total de la sangre su cantidad es ya mas considerable que la de la globulina, como porque, habiendo la inflamacion aumentado la contractilidad del coágulo, este despidió de sí una parte muy considerable de serosidad, que sin esto quedaria encerrada entre sus poros. Esto es lo que principalmente se observa en las inflamaciones intensas, para cuya curacion se ha sangrado á los enfermos repetidas veces: en estos casos cuantas mas sangrias se hacen, mas abundante va siendo el suero y mas pequeño el coágulo.

Asi vemos, 1.º que para que el volúmen del coágulo indique que la globulina predomina en la masa total de la sangre es necesario que aquel sea al mismo tiempo duro, y que el suero sea abundante: 2.º que para que del predominio del suero en la sangre sacada de la vena se pueda deducir el estado seroso de la masa total de la sangre, es menester que el coágulo de la sangría sea blando, ó pequeño si es duro. Cuando el suero es muy abundante, y al mismo tiempo el coágulo es muy pequeño y blando, se puede tener una completa seguridad de que hay pocos glóbulos en la sangre.

La separacion de la sangre en dos elementos no se efectua con igual presteza en todas las enfermedades, generalmente se verifica en poco tiempo en las simples inflamaciones de los órganos; y por el contrario con lentitud en el tífus, escorbuto, etc.

Los caractéres que de la consistencia del coágulo se han deducido merecen tambien fijar nuestra atencion por lo que toca al diagnóstico. En todas las inflamaciones francas el coágulo es en general compacto y duro; estas dos cualidades, que

desde luego se manifiestan á la vista , se distinguen claramente con la aplicacion de la mano que experimenta una grande resistencia cuando se procura romperle. Al mismo tiempo las moléculas de la materia colorante se atraen de tal modo las unas á las otras que no queda ninguna en la serosidad , la cual está entonces muy clara y limpia. Muchas veces cuando la sangre tiene en alto grado la propiedad de coagularse , como sucede en las inflamaciones muy intensas, se observan, en lo interior del coágulo , globulillos que provienen del aire encerrado entre sus poros. En circunstancias semejantes dice Lobstein que se forman en su superficie pequeñas bolillas de esta especie que son persistentes , mientras que las que son producidas por circunstancias exteriores son mas gruesas, y desaparecen mas pronto.

Por el contrario, en las afecciones tifoideas la fuerza de agregacion que, en el último caso reunia las moléculas de sangre unas á otras, parece muy debilitada: el coágulo es ya blando, se rompe fácilmente entre los dedos, y deja una parte de materia colorante en la serosidad, la cual se vuelve turbia, y se posa algunas veces en el fondo del vaso formando pequeños grumos. No están de acuerdo los fisiólogos con respecto al mecanismo de la separacion de la sangre en *coágulo* y *suero*; unos creen que este fenómeno es enteramente vital y análogo á la contraccion de los músculos; otros opinan que es el resultado de no estar ya sujeta la sangre á las leyes de la vida; por último, Mr. Raspail no ve en este fenómeno mas que el producto de operaciones químicas, y le atribuye á la precipitacion de la albúmina que deja de ser disuelta por los álcalis neutralizados, por el ácido carbónico del aire inmediatamente despues de haber salido la sangre de la vena.

Al instante que se efectua la separacion de la sangre, el coágulo se cubre, en muchos casos, de una costra blanca amarillenta, ligeramente rosácea, mas ó menos espesa y estensa, que se conoce con el nombre de costra pleurítica. (*Crusta inflamatoria*).

La costra existe en la sangre cuando hay inflamacion en los órganos, es gruesa, y ocupa ordinariamente toda la superficie del coágulo en las inflamaciones intensas del pulmon, pleura y en el reumatismo articular agudo; su circunferencia es las mas veces abarquillada hácia arriba en figura de hongo.

En algunos casos la superficie de la costra está cubierta en su superficie por una capa albuminosa, delgada, que se levanta fácilmente, y que se enrosca en el dedo en forma de tela de araña.

La costra no se presenta solamente en la sangre sacada por la veneseccion ; nosotros la hemos observado muchas veces en los pequeños coágulos producidos por las ventosas , á los cuales cubria en parte, y algunas veces, aunque pocas, en su totalidad.

Generalmente hablando , la sangre que se saca cuando hay afecciones pútridas y fiebres tifoideas no contiene costra , y lo que se tiene por tal , no es muchas veces mas que una capa membranosa , floja y análoga á la que en algunos casos cubre la superficie de la costra que existe en la sangre sacada en las afecciones inflamatorias manifiestas.

Una cuestion de grande importancia se nos presenta ahora , y es la de saber que es lo que indica la costra con relacion á la misma sangre , y cuales son las relaciones que existen con esta membrana y el coágulo en su estado normal.

Para resolver la cuestion de qué es lo que indica la costra por sí misma , es necesario examinar de antemano los diversos estados de la sangre desde la salida de la vena hasta su coagulacion.

En primer lugar observaremos que la coagulacion de la sangre que debe cubrirse de costra , se termina mas pronto que la de la sangre ordinaria. Asi lo ha observado tambien Mr. André Robin de Ginebra , á quien debemos una escelente obra sobre este punto (1).

Continuando la série de modificaciones que se ven sufrir á la sangre desde su salida de la vena , Mr. Robin ha observado que al cabo de uno ó dos minutos el liquido ha perdido ya su fluidez , y se ha hecho mas espeso , mas cremoso ; á los diez minutos ó un cuarto de hora toda la masa parece cuajada , y presenta el aspecto de una gelatina poco espesa y adherente por todas partes á la circunferencia del vaso : la superficie de esta masa tiene un color blanquizco opalino que tira algo á amarillo ; y mirándola á la luz se percibe en ella una pellicuda muy delgada que toca inmediatamente á la masa subyacente , y por encima de la cual no hay serosidad. Este es el primer periodo de la coagulacion de la sangre ; hasta ahora no se puede ni aun sospechar de dónde saldrán los elementos de la costra ; pero la duda desaparecerá despues de un atento exámen del coágulo. Se verá que esta sufre una especie de encogimiento progresivo ; que por consecuencia de la retraccion gradual de sus moléculas , disminuye mas y mas en volúmen ; que se desprende poco á poco de la circunferencia del vaso , y que la serosidad que

(1) *Ensayo sobre la alteracion de la sangre , designada con el nombre de costra inflamatoria.* Tesis sostenida en París en 1834 , núm. 367.

antes contenian sus arcolas, habiendo salido de ellas por consecuencia de esta retraccion, se ofrece á nuestra vista encima del coágulo. Inmediatamente despues, esta serosidad, que todavia está muy lejos de ser clara, como lo será mas adelante, se va haciendo muy abundante sobre la superficie del cuajaron, y se divide en dos capas, de las cuales la inferior, que es la que contiene la mayor parte de la serosidad, es mucho mas densa, y constituye la costra. Esta, sin embargo, es todavía blanda, porque solo por medio de la retraccion progresiva del coágulo continuada por muchas horas, es como la serosidad espelida en cantidad cada vez mas considerable, suministra á la costra moléculas mas y mas numerosas, y dá á esta y al coágulo su densidad conveniente.

Segun lo que acabamos de decir facil es conocer que la causa principal de la formacion de la costra es la rápida retraccion del coágulo, que sin esto se formaria lentamente, como sucede en los casos ordinarios, y encerraria en sus poros todos los elementos de aquella.

Vemos, pues, que en este fenómeno se verifican dos cosas observadas y reconocidas hace mucho tiempo, á saber: que la inflamacion dá lugar al aspecto costroso de la sangre, y que aumenta la plasticidad de esta. A la verdad estos fenómenos no son sino la consecuencia el uno del otro, y si la costra fuese efecto del aumento de plasticidad de la sangre, siendo esta por lo general el resultado de la inflamacion, podríamos diagnosticar esta afeccion por la presencia de la costra.

Este es todo el diagnóstico que de la costra inflamatoria podemos sacar en el estado actual de la ciencia: nada nos indica aquella, como tal vez se podria creer á primera vista, acerca de la cantidad proporcional de albúmina y de fibrina; y mas adelante veremos, al tratar de los métodos quimicos, que está casi demostrado que la cantidad de estos dos elementos no se aumenta en las inflamaciones, en general, ni en la sangre pleurítica en particular.

Aunque atribuimos, en gran parte, la formacion de la costra al aumento de plasticidad de la sangre y al de retraccion del coágulo, no podemos mirar esta condicion como la única causa de la costra, puesto que está demostrado por diversos experimentos, y sobre todo por las observaciones de MM. Piorry y Mondecert que la costra inflamatoria puede formarse igualmente en el suero solo y separado de la otra parte que constituye la sangre. ¿Se deberá esta produccion al desarrollo anormal de un ácido que coagule la albúmina? Esta hipótesis nos parece, por lo menos, probable. En efecto, Mr. Donné ha ob-

servado que la serosidad se vuelve ácida en las inflamaciones.

Lo que hemos visto efectuarse en el suero de la sangre ¿no podría igualmente verificarse en la superficie de las membranas serosas inflamadas? ¿No pueden considerarse las falsas membranas como verdaderas costras sanguíneas? Sometemos al juicio de nuestros lectores estas reflexiones que para nosotros tienen un alto grado de probabilidad.

Aunque, según lo que precede, nos creamos autorizados para diagnosticar una inflamación siempre que encontremos una costra bien manifiesta en el coágulo de la sangre, no hasta sin embargo que la ausencia de esta rechace toda idea de inflamación; porque está demostrado por las observaciones y por los experimentos de muchos médicos distinguidos que hay una multitud de causas que pueden impedir la formación de la costra, á pesar de que la sangre tenga todas las disposiciones necesarias para que se verifique esta producción patológica. Así es que Mr. Gendrin ha observado cuatro veces que la sangre pleurítica, antes y después de un síncope, no se cubría de costra cuando se la sacaba en el momento del accidente. Cullen dice, igualmente, que ha visto un epiléptico cuya sangre, totalmente líquida si se le sacaba durante el paroxismo, se cubría de una costra inflamatoria muy espesa cuando se le sacaba antes ó después del acceso. Hechos de esta especie, que para nosotros tienen mucha mayor importancia que la que les conceden la mayor parte de los médicos que han hablado de ellos, parece que confirman completamente la teoría de la formación de la costra que nosotros acabamos de esponer. En efecto, cuando toda la contractilidad muscular desaparece, como en el síncope, ó cuando se concentra sobre un cierto orden de músculos, como en la epilepsia, fácil es concebir la desaparición de la contractilidad en la *carne líquida*, y la imposibilidad en que entonces se halla el coágulo de retraerse lo suficiente para formar los elementos de la costra.

Lo que acabamos de decir no es de ningún modo una hipótesis gratuita, sino una consecuencia que se funda en la observación: Hunter creía que la coagulación de la sangre era un fenómeno vital, una verdadera contracción análoga á la de los músculos, á los cuales la voluntad pone en acción, y Tourdes ha probado que la fibrina de la sangre se contrae por medio del galvanismo.

Algunas causas físicas pueden influir también de algún modo en la producción de la costra, y aun á veces impedir totalmente su formación. Cuando se recibe la sangre en un vaso muy ancho, nunca es tan manifiesta como cuando el vaso es

estrecho. El modo con que la sangre sale de la vena influye tambien en su formacion, asi que, por lo general, aunque aquella tenga todas las disposiciones necesarias, no se formará la costra cuando corre gota á gota, ni tampoco cuando caiga de una grande altura, de tres ó cuatro pies, por ejemplo. Parece igualmente que siempre que el calor ó el frio llegan al punto de producir ó impedir la coagulacion de la sangre, no se forma en ella la costra, como sucede, por ejemplo, cuando se la recibe en un vaso caldeado hasta los 50 ó 60. Segun Mr. Gendrin, si la sangre sacada á un enfermo atacado de una afeccion inflamatoria se recibe en dos vasos, de los cuales el uno tenga la temperatura ordinaria, y el otro esté puesto en un baño de hielo, no se formará la costra mas que en el primero. Todos estos hechos son importantes y muy dignos de notarse, y será bueno contar las mas de las veces con ellos para el diagnóstico. Por otra parte estos mismos ejemplos apoyan poderosamente la teoría de la formacion de la costra que acabamos de desenvolver.

Despues de haber aplicado la inspeccion á las afecciones, á cuyo diagnóstico nos conduce su aplicacion directa sobre los órganos enfermos, pasaremos á hacer la descripcion de los síntomas que pueden observarse á cada paso con la simple vista, y que no obstante no pertenecen á los órganos en que se les examina, explican sin embargo el modo de existir de los que estan mas ó menos distantes.

Principiaremos esta descripcion por las funciones de relacion; despues pasaremos á tratar de los síntomas que se observan en los órganos de la asimilacion; y por último examinaremos los de la reproduccion.

## CAPITULO I.

### *Signos deducidos del hábito exterior.*

El hábito exterior comprende:

1. *La actitud.*—Los enfermos toman diferentes actitudes. No obstante, como su número no está en relacion con el de las enfermedades, resulta de aquí que una forma de actitud puede corresponder á muchas afecciones diferentes, y que por consiguiente es imposible formar el diagnóstico por solo la actitud. Generalmente hablando las formas de esta son segun el estado de las fuerzas y de la sensibilidad de los enfermos.

Cuanto mas debilitadas se hallan las fuerzas generales, mayor es el cuidado que se pone en buscar la actitud menos fatigosa. Esta es la razon porque en las afecciones tifoideas que

van acompañadas de una grande postracion de las fuerzas, los enfermos se mantienen en posicion dorsal; porque es una de las que exigen menos esfuerzos musculares. Lo mismo sucederá tambien en todos los casos en que los miembros esten acometidos de dolores vivos, como se observa en el reumatismo articular cuando es muy agudo. Si á la postracion de las fuerzas se une el embotamiento de la sensibilidad general, las actitudes que dependen de la voluntad llegan á ser casi imposibles de tomar, y los enfermos permanecen del mismo modo en posicion dorsal; pero entonces sus fuerzas no bastan ni aun á impedir la accion de gravitacion del cuerpo, y se les suelen salir los pies fuera de la cama. Muchas veces se han visto enfermos que á consecuencia de un embotamiento de sensibilidad tenian las piernas pendientes fuera de su lecho, y permanecian impasibles á la diferencia de temperatura. Esta actitud se observa siempre que el centro cerebro-espinal se halla atacado de otras afecciones, ya primitiva ó ya consecutivamente.

La actitud lateral, ó sobre el lado, es la que ordinariamente se prefiere en el estado normal; pero en este caso nunca es permanente, y las personas que gozan de buena salud pueden muy bien cambiar de posicion sin incomodarse. La imposibilidad de mudar de lado sin experimentar una incomodidad en el ejercicio de las funciones, y sobre todo en el de la respiracion, indica ya el estado patológico.

En las afecciones de los órganos respiratorios que imposibilitan uno de los lados para egercer libremente sus funciones, los enfermos se echan siempre sobre el lado afecto. No es difícil dar la explicacion de este fenómeno: en el estado normal, cuando uno se echa de un lado, las costillas correspondientes comprimidas por el peso del cuerpo y por la resistencia de los colchones no pueden dilatarse mucho, y por consiguiente la respiracion no se egerce tan libremente por este lado como por el otro: si, pues, los enfermos que tienen una gran parte del pulmon izquierdo hepatizado ó comprimido por un derrame, se echan sobre el lado derecho, la respiracion experimentará entonces una doble incomodidad por la compresion de las costillas derechas, y porque el aire no puede penetrar en el pulmon izquierdo. Por esto los enfermos, por un sentimiento instintivo, se echan sobre el lado afecto para dejar al sano en libertad de egercer sus funciones.

Lo mismo debe suceder en las afecciones orgánicas del corazon. Aunque en estos casos los enfermos se mantienen las mas de las veces en una actitud particular, de que hablaremos mas adelante, sin embargo, siempre que tratan de tomar una

posicion lateral les es imposible permanecer largo tiempo echados sobre el costado derecho; porque el pulmon izquierdo, que seria entonces el único que ejerceria la funcion de la respiracion, se halla ya comprimido por el corazon hipertrofiado, y sus vesículas obliteradas en gran parte por la congestion pulmonar consecutiva.

Lo que acabamos de decir de las afecciones del torax puede aplicarse tambien á las de las grandes vísceras del abdomen, tales como el hígado y el bazo, siempre que vayan acompañadas de hinchazon manifiesta. Los enfermos entonces permanecen echados sobre el lado afecto, porque de lo contrario experimentarían dificultad en la respiracion originada por la compresion de los pulmones; además el peso de estos órganos impediría que pudiesen circular libremente las materias contenidas en el tubo digestivo.

Estas son las reglas generales del decúbito en las afecciones torácicas y abdominales. No obstante estas reglas pueden tener algunas escepciones: así cuando la afeccion de un lado está acompañada de dolores vivos parece que vence esta última sensacion, y los enfermos no se echan sobre el costado afecto, sino sobre el sano, si el pulmon enfermo tiene todavia una cierta estension libre, y si no la tiene se echan de espaldas. Esta última posicion, ó sea el *decúbito dorsal*, será tambien preferida cuando la compresion de un pulmon ocupe una grande estension de este órgano, como en el caso en que un lado del torax esté ocupado casi enteramente por un derrame pleurético, ó cuando el hígado y el bazo tengan un volumen considerable. Entonces la posicion, si no es enteramente dorsal, guarda las mas veces un medio entre esta y el decúbito sobre el lado afecto, ó de otro modo, se hace *diagonal*, como dice Mr. Andral. En los casos en que la afeccion ocupa los dos lados del torax, como cuando los dos pulmones se hallan atacados de una pneumonia, de afeccion tuberculosa, de enfisema, etc.; ó cuando estan comprimidos por una expansion, ó congestionados á consecuencia de afecciones del corazon, la posicion lateral es imposible; tiene que ser necesariamente dorsal, y aun en los casos de una grande incomodidad en la respiracion los enfermos levantan poco á poco la cabeza, y se colocan medio sentados; despues mudan esta posicion y se ponen sentados; y por último, cuando la dificultad de respirar llega al extremo, como sucede en las afecciones orgánicas del corazon y de los grandes vasos, los enfermos sentados en su lecho inclinan la cabeza á la tierra, que bien pronto debe abrirse para cubrir con un eterno velo lo que era objeto de sus continuas

inquietudes. Otras veces se vé á estos infelices, perseguidos por el temor de sofocarse, apoyar los codos en alguna cosa sólida, y levantar los hombros, como se observa en los accesos de asma, ó comprimir las paredes torácicas con un cuerpo cualquiera que ofrezca resistencia para disminuir el dolor, como en la *angina del pecho*.

*El decúbito sobre el vientre* constituye una de las variedades menos comunes de la actitud morbífica.

Por lo general los enfermos no se echan espontáneamente sobre el vientre sino en el caso de vivos dolores abdominales, y especialmente cuando este acrecentamiento de sensibilidad va unido á una modificación directa de la inervación independiente de las inflamaciones de los órganos, como sucede, por ejemplo, en ciertos cólicos saturninos, en el cólico vegetal, el de Madrid, etc.

Inútil será añadir que aun considerando al decúbito sobre el vientre como el mas comun en las afecciones dolososas del abdomen, no queremos decir por eso que siempre que los enfermos tengan esta posición estan atacados de cólicos abdominales, puesto que esta actitud puede tomarse tambien en estado de perfecta salud.

El continuo cambio de decúbito indica una escitacion del sistema cerebro-espinal; y se observa al principio de las fiebres eruptivas, y sobre todo de la meningitis.

2.º *El volumen del cuerpo*.—En las enfermedades puede el volumen del cuerpo aumentarse ó disminuirse, y entonces sobrevienen la *tumefaccion* ó el *enmagrecimiento*, ó mas bien la estenuacion de las partes.

La tumefaccion puede ser general (ó tener al menos una grande estension) y parcial. La tumefaccion general es producida casi siempre por la hinchazon del tegido celular á causa de la aglomeracion de serosidad; lo que constituye la *anasarca*. Esta forma de tumefaccion puede ser general desde el principio de la enfermedad, como sucede en las anasarcas, que son consecuencia de fiebres eruptivas; en las hidropesías que provienen del uso de malos alimentos; en las hidropesías escorbúticas; en las que coinciden con la afeccion granulosa de los riñones; en una clorosis de mucho tiempo, etc.; ó puede no ocupar enteramente la superficie del cuerpo hasta despues de haber invadido sucesivamente todas sus partes. En este último caso, no es una cosa indiferente saber por dónde ha principiado á manifestarse la tumefaccion, porque el conocimiento de esto puede facilitar mucho el diagnóstico. Asi es que cuando la anasarca ha comenzado por la parte inferior de las piernas para

estenderse en seguida á los muslos y despues á la cavidad del perit6neo 6 á las paredes abdominales, podremos atribuirla á un obstáculo de la circulacion general existente en el corazon. Por el contrario, cuando la tumefaccion se ha presentado al principio en el vientre y no ha pasado á los miembros sino consecutivamente, podremos considerarla como producto de una afeccion de los 6rganos abdominales, y con especialidad de un obstáculo á la circulacion de la vena porta. Estos son hechos que podemos admitir como ciertos, porque no solamente tienen la sancion de la esperiencia, sino que, aunque no la tuvieran, una induccion l6gica permitiría establecerlos *á priori*.

Efectivamente, sabemos por los experimentos de MM. Magendie y Bouillaud que todo obstáculo que se opone á la circulacion venosa hace hinchar las venas de sangre, y disminuye, por esta distension, la facultad que tienen en su estado normal, de reabsolver la serosidad que se deposita sin cesar en las mallas de nuestros tegidos y en nuestras cavidades. No pudiendo la serosidad ser absorbida de este modo, produce la tumefaccion de las partes 6 el edema.

Segun el punto en que se halle el obstáculo, asi se mostrará primero el edema en partes diferentes. Si aquel existe en el corazon, centro de la circulacion general, sus efectos deberán manifestarse primero en las partes mas apartadas del centro, en la parte inferior de los miembros pelvianos, en que la circulacion venosa, aun en el estado normal, es mas lenta á causa de lo distante que está el corazon, de la estacion vertical y movimientos de los miembros, cuyos esfuerzos se dirigen hácia la tierra.

Si el obstáculo existe en el centro de la circulacion de la vena porta, sus efectos se manifestarán primero en la cavidad abdominal, en la cual el perit6neo es, por decirlo asi, una barrera que separa las ramificaciones de este vaso. De aqui resulta que la tumefaccion se limitará en su principio al vientre, y solo consecutivamente se manifestará la hinchazon en los miembros inferiores, á consecuencia de la compresion de la vena cava abdominal producida por la expansion del perit6neo. Este es el curso constante de las tumefacciones en las afecciones del corazon y de la vena porta; y si algunas veces, segun la relacion que hacen los enfermos, parece que hay excepciones, es preciso atribuirlo á la inexactitud de las observaciones de estos. Sucede en efecto, con bastante frecuencia, que el abdomen, conteniendo ya liquido, no parece tumefacto, al paso que la vena cava, comprimida por el mismo liquido, produce el edema de los miembros inferiores; y en

este caso los enfermos fijan su atencion principal en este fenómeno, refieren á él el principio de la série de las hinchazones.

En los casos en que la tumefaccion es general, si ocupa una grande estension de la superficie del cuerpo, no tiene la misma intensidad en todas las partes invadidas. En las anasarcas escorbúticas, ó en las que se observan muchas veces en tiempos de hambre y miseria, asi como tambien en los que coinciden con la afeccion granulosa de los riñones, la tumefaccion ocupa una estension mas considerable, pero no es, ordinariamente, muy desarrollada. En las afecciones del corazon y de la vena porta los miembros pelvianos, las partes genitales y el abdomen, son los que ofrecen mayor hinchazon.

Es raro que en estas afecciones se estienda aquella á las paredes torácicas y á los miembros superiores. El semblante participa muchas veces de la tumefaccion que es consecutiva á las afecciones del corazon; pero muy pocas veces sucede asi en las afecciones del hígado; de suerte que á la vista de una grande hinchazon en el vientre y en los miembros abdominales que coincide con una figura pequeña, delgada y caquética que se oculte, por decirlo asi, detras del vientre hinchado, no es difícil diagnosticar una afeccion del hígado.

En las lesiones orgánicas del corazon, al contrario, el semblante participa de la tumefaccion del vientre y de los miembros pelvianos; los ojos parece que se salen de sus órbitas; los labios hinchados no pueden cerrarse, y dejan correr la saliva.

La tumefaccion puede ocupar solamente una porcion muy circunscripta, y entonces reconoce causas diferentes. Asi es que se observa la hinchazon edematosa de la parte inferior de las piernas al principio de las afecciones orgánicas del corazon y en algunas mujeres cloróticas. Es tambien parcial y limitada á un miembro cuando el principal tronco venoso de este se halla comprimido, como se observa en el edema que se nota algunas veces sobre el miembro torácico correspondiente al lado en que se ha verificado un derrame pleurético muy abundante; en el edema de los miembros inferiores; en las mujeres embarazadas, y en la edemacia que constituye lo que se llama *phlegmasia alba dolens*, etc.

Otras veces la tumefaccion tiene por causa un flujo activo de la serosidad hácia ciertas partes, como se observa en el semblante y en las manos de las personas atacadas de viruelas confluentes; en los edemas idiopáticos, y en algunos casos de erisipela de la cara, y particularmente del cuero cabelludo.

Todos los casos de que acabamos de hablar se distinguirán

de los demas que se les parece, en las depresiones que es fácil practicar con los dedos sobre todas las partes tumefactas; depresiones cuyas señales subsisten por algun tiempo despues que se han levantado los dedos.

Otras edemacias parciales reconocen por causa la acumulacion del líquido en grandes cavidades normales, las cuales, ensanchadas por él á consecuencia de aquella acumulacion, producen la tumefaccion de la region correspondiente. Esto es lo que se observa en el vientre, en las espansiones del peritóneo ó en las que son consecutivas á las afecciones del hígado; lo mismo se nota, aunque mas raras veces, á causa de la menor movilidad de las costillas, en las paredes torácicas sobre el lado correspondiente á la espansion. Por último, en ciertos casos la serosidad se acumula en las articulaciones de los miembros, y produce su hinchazon, ó al menos contribuye en gran parte á producirla. La fluctuacion y la percusion podrán servirnos para distinguir estas variedades de la tumefaccion de las demas. (Véase *percusion*, *fluctuacion*.)

La tumefaccion es producida en ciertos casos por un desarrollo considerable de los órganos situados en la region correspondiente á la parte tumefacta, y es de notar que puede observársela, no solamente en las regiones en que se hallan las paredes blandas, sino tambien en la periferia de las cavidades que están rodeadas de huesos.

Aquí debemos hacer mencion de la corvadura de la region precordial en la hipertrofia del corazon; de la pericarditis con derrame; de los diferentes tumores que se notan en los hipocondrios, en las afecciones del hígado y del bazo; de los que se observan en las regiones iliacas, en las afecciones de los ovarios; de los del centro de las paredes abdominales en las enfermedades del epiplon y de los intestinos; de los de la region hipogástrica en el caso de tumores pertenecientes al útero; de los que se observan en la vegiga distendida por la orina, etc. etc.

En otros casos las partes tumefactas presentan al mismo tiempo un color rojo mas ó menos vivo. Esta especie de tumefaccion pertenece en general á las inflamaciones; se la observa en el semblante, en la erisipela de la cara, y en las demas partes invadidas por esta enfermedad; en las articulaciones, en el reumatismo articular agudo, etc. Todas estas especies de edemacias, de que ya hemos hablado al principio de este capítulo, permiten, por lo general, diagnosticar directamente las enfermedades por medio del sentido de la vista. La hinchazon de las partes depende en todos estos casos del aflujo mas consi-

derable de sangre hácia las partes afectas, y de la turgescencia de los vasos.

En fin, el aire contenido en las diferentes cavidades puede, en el estado normal, distendiéndolas ó traspasando sus límites, producir tumores fáciles de descubrir por la simple vista. Asi es que una exhalacion abundante de gas en los intestinos es causa del endurecimiento é hinchazon del vientre y del meteorismo; y la distension de las vesículas pulmonares causada por el aire, produce, en el enfisema muy manifiesto, la tumefaccion de la porcion correspondiente del torax. En ambos casos la percusion egercida en los puntos tumefactos dá un sonido claro que no permite se confundan estas hinchazones con las que son efecto de la acumulacion de los líquidos.

En algunas circunstancias, aunque mas raras, el aire, rompiendo las vesículas pulmonares, pasa por diferentes conductos entre la pleura, llega al tegido celular sub-cutáneo, y dá lugar á una tumefaccion análoga á la del edema; esta tumefaccion es local al principio y circunscripta á un punto del torax, y especialmente á la parte inferior del cuello; pero puede en seguida ocupar una estension mas ó menos considerable. Se la distingue de la tumefaccion del edema en la elasticidad, que se hace sensible al tacto cuando se la comprime, y en que la impresion de los dedos desaparece apenas se levanta la mano.

Hablando de las diferentes causas de la edemacia, hemos aplicado dos principales á las tumefacciones de las paredes torácicas, atribuyendo estas en unos casos á el derrame pleurético, y en otros al enfisema pulmonar; pero no sería completa nuestra descripcion si á estas causas no añadiésemos la desviacion de la espina dorsal. En efecto, siempre que tiene lugar esta desviacion (á no ser que resulte de la destruccion de una porcion lateral de vértebras, ó que haya sido producida artificialmente), cualquiera que sea el lado hácia el cual se ha desviado el espinazo, las costillas correspondientes á la convexidad de la corbadura forman una tumefaccion que puede servir de signo patognomónico para diagnosticar aquella desviacion, aun en los casos en que todavia no pueda observarse en el trayecto de las apófisis espinosas: la torcedura de las vértebras es la que produce esta tumefaccion. En efecto, como lo ha demostrado M. Julio Guerin, que es el primero que ha hecho reconocer la influencia de este fenómeno primitivo en la produccion de los caracteres anatómicos de las desviaciones del espinazo, la columna vertebral, á la que por detrás y por los dos lados sostienen vigorosos músculos y fuertes ligamentos, no puede desviarse directamente en ninguno de estos tres sentidos, porque

esperimentaría una insuperable resistencia de parte de estos agentes y de las apófisis espinosas transversales. Si, pues, por consecuencia de disposiciones particulares del organismo, adquiridas bajo la influencia de causas mas ó menos dignas de notarse, el raquis se debilita y tiende á inclinarse hácia uno ú otro lado, esta inclinacion no puede efectuarse sino despues de haberse torcido el cuerpo de las vértebras, y de haberse dirigido la cara anterior de estas hácia el lado, en cuyo sentido debe verificarse la desviacion. El vértice de las apófisis espinosas es el centro de este movimiento; y de aquí resulta la desproporcion de movimientos entre los cuerpos vertebrales y los de aquellas apófisis. Al principio estas últimas permanecen en su lugar hasta que los cuerpos se han torcido y desviado mucho hácia uno de los lados, hácia el derecho, por ejemplo (1), porque solo en aquel caso, y cuando la cara anterior de las vértebras mira enteramente á la derecha ó hácia atrás, es cuando las apófisis espinosas, no pudiendo ya mantenerse en su lugar, se desvian igualmente; pero su inclinacion no es tan grande como la de los cuerpos de las vértebras.

Una vez verificada la torcedura de las vértebras, se puede ya reconocer la desviacion por la corvadura de las costillas, aunque las apófisis no se hayan desviado todavia. Este fenómeno se verifica del modo siguiente: los cuerpos de las vértebras, torciéndose hácia la derecha, arrastran consigo hácia adelante las apófisis transversas izquierdas al mismo tiempo que las apófisis transversales derechas, empujadas hácia atrás, llevan en pos de sí los ángulos posteriores de las costillas que se hacen

(1) Las desviaciones del raquis se verifican las mas veces hácia el lado derecho, lo que hasta cierto punto puede esplicarse por la organizacion primitiva de la columna vertebral.

En efecto, Mr. Guerin ha demostrado que, por regla general, la mitad derecha del cuerpo, y de la columna en particular, es siempre mas fuerte que la mitad izquierda, y por lo mismo se halla en disposicion de poder vencer la resistencia que esta le oponga para inclinarse en aquella direccion.

Nos aprovechamos con gusto de esta ocasion para dar publicamente gracias á nuestro sábio colega y amigo por haber tenido la bondad de comunicarnos una pequeña parte de sus vastos conocimientos ortopédicos. Estamos convencidos de que los esfuerzos laudables de este médico distinguido harán ver bien pronto que la ortopedia no puede mirarse como una parte de la mecánica, sino que debe ser considerada como un importante ramo de nuestro arte, susceptible de una estensa aplicacion á toda la medicina, y abundante de indicaciones que nunca podrian llenarse sin ser un médico instruido, anatómico y fisiólogo. Estas cualidades, reunidas á la particular actividad de Mr. Guerin, son las que han elevado su instituto al puesto que ocupa entre los primeros establecimientos ortopédicos.

salientes, y contribuyen á formar la corvadura de que hemos hablado.

Si la torcedura se aumenta, las apófisis transversales derechas se encorbarán hácia la izquierda con las extremidades posteriores de las costillas; y los cuerpos de las vértebras, doblados enteramente hácia atrás, levantarán las costillas, y formarán una joroba.

Se conocerá bien que una corvadura de las costillas es el resultado de la torcedura de las vértebras, por la via de exclusion, por la ausencia de los signos de derrame y de enfisema, por el exámen de la edad, de la constitucion de los enfermos, y de los antecedentes.

El *enmagrecimiento* ó mas bien la *estenuacion* de diferentes partes, es el estado opuesto al de tumefaccion.

La estenuacion puede igualmente ser general ó parcial. La primera, cuando es general á todas las partes, constituye lo que vulgarmente se llama enmagrecimiento. Este se hace sensible, especialmente en las afecciones crónicas, y en algunas enfermedades agudas de larga duracion, y acompañadas de vivos dolores y de abundantes evacuaciones. Cuando todas las funciones de la asimilacion vuelven, al parecer, á su estado normal, sin dejar por eso de continuar el enmagrecimiento haciendo progresos, es necesario desconfiar de semejante convalecencia; porque las mas veces se ocultan bajo esta apariencia profundas supuraciones que traen consigo un término fatal.

Son muy poco comunes los casos de estenuacion manifiesta sin lesion grave de los principales órganos de la economía; sin embargo, se ven algunos ejemplos de estos, despues de escesos venéreos, en las pérdidas seminales, etc. (Véase, en cuanto á las pérdidas seminales, la interesantísima obra de Mr. Lalleman, de Montpellier.)

Tambien es raro que el semblante se presente estenuado sin que el resto del cuerpo lo esté; por el contrario sucede muchas mas veces que la estenuacion hace grandes progresos en el cuerpo, mientras que el semblante conserva su robustez ordinaria.

Las paredes torácicas presentan algunas veces una estenuacion general: las partes blandas se reducen á una cubierta muy delgada que se pega, por decirlo asi, á las costillas, y deja entre ellas espacios muy profundos. Este estado se encuentra en las supuraciones crónicas de las vísceras, y sobre todo en las de los pulmones. Otras veces la estenuacion es parcial, y no ocupa mas que un lado ó un punto del torax: sus causas pueden variar mas ó menos: puede ocupar una estension mayor ó menor del torax en los casos de desviacion lateral de la espina dor-

sal, y entonces el lado de la concavidad de esta desviacion es el que está estenuado. Basta indicar esta causa para que sea fácil distinguir esta depresion del torax de cualquiera otra.

En otros casos la estenuacion de uno de los lados del torax es debida á la reabsorcion de un antiguo derrame pleurético, y entonces su estension corresponde á la cantidad de líquido reabsorvido, y su intensidad á la distancia que separa los pulmones de las paredes torácicas.

Debemos observar que sin las suficientes nociones sobre los antecedentes de los enfermos no será siempre fácil distinguir esta estenuacion de la depresion de las costillas, que primitivamente tiene lugar algunas veces á consecuencia de la afeccion raquítica de estos huesos; pero no es raro en este caso que las demas partes del sistema huesoso presenten, por lo general, algunos caracteres de raquitis. (Véase *Medicion*.)

Finalmente, algunos autores han observado, y nosotros tambien por nuestra parte, casos de estenuacion de las tres ó cuatro primeras costillas correspondientes á vastas cavernas del pulmon, ó á la induracion crónica de este órgano. Tanto en el uno como en el otro caso se esplica esta estenuacion por la impenetrabilidad del aire en las vesículas, y por la poca movilidad de las costillas.

Las paredes abdominales no presentan estenuacion alguna en las enfermedades agudas, si esceptuamos un pequeño número de cólicos saturninos. Entre las afecciones crónicas no hay tampoco ninguna á quien acompañe la estenuacion sensible de las paredes abdominales mas que la enteritis crónica.

Los miembros participan casi siempre del enmagrecimiento general del cuerpo; pero ademas pueden presentar una estenuacion limitada á uno solo ó estensiva á ambos.

En las paraplegias los dos miembros abdominales estan sensiblemente estenuados, mientras que el resto del cuerpo conserva su robustez; por el contrario, la estenuacion se limita á un solo miembro en los casos de compresion de un tronco nervioso, ó de obliteracion de un tronco arterial de los principales.

Entre los enfermos asistidos por Dupuytren vimos nosotros un jóven de 25 años poco mas ó menos, en vista del cual este ilustre cirujano diagnosticó *tabes dorsal*, á consecuencia de la masturbacion. Este jóven fué atacado, algunos años despues, de una parálisis de todos los miembros: estos y el tronco estaban de tal modo atrofiados, que se hubiera creido que eran de un niño: el semblante, por el contrario, manifestaba claramente su verdadera edad, y al verle se habria creido encontrar en aquel jóven una salud floreciente.

3.º *Color. Ictericia de las enfermedades.* — La piel presenta algunas veces en su color modificaciones, que mas ó menos directamente pueden conducir á un acertado diagnóstico. La coloracion anormal que mas comunmente tenemos ocasion de observar es la amarilla ó icterica: esta puede ocupar un espacio mas ó menos estenso, y al mismo tiempo ser mas ó menos oscura. En todos los casos se presenta ordinariamente primero en las escleróticas; y se estiende en seguida á la cara, invadiendo sucesivamente las alas de la nariz, megillas, sienes y demas partes del cuerpo. No se da el nombre de ictericia á esta coloracion hasta que no ocupa una muy grande estension, y lo mas comun es que sea general en todo el cuerpo, aunque mas fuerte en las partes superiores. Los casos escepcionales son muy raros: algunos autores, sin embargo, citan ejemplos de ictericias que no ocupaban mas que una mitad del cuerpo. Sucede con mas frecuencia que el color icterico se limite á las escleróticas y á las inmediaciones de la boca; pero entonces la coloracion amarilla no merece el nombre de verdadera ictericia, porque no es tan fuerte como esta.

Veamos ahora en qué consiste la ictericia, y cuáles son las enfermedades que la dan origen.

Entre todas las afecciones, la obstruccion de los canales biliares es la única que constantemente la produce. Puede traer su origen de otras muchas enfermedades, por ejemplo, del cáncer del hígado, de la hipertrofia de este órgano, de los abscesos, etc.; pero está muy lejos de ser el resultado constante de estos estados morbíficos, porque mas de una vez se les ha visto causar la muerte sin que los enfermos hayan presentado nunca esta coloracion. En algunos casos la autopsia de los ictericos no ha descubierto lesion ninguna del hígado, sino solamente de otros órganos que podian escitar simpáticamente la ictericia. Otras veces, en fin, no se ha hallado lesion ninguna sensible que pueda explicar la produccion mas ó menos directa de esta coloracion; y en este orden es en el que se debe clasificar la ictericia que sobreviene rápidamente cuando hay afecciones morales tristes.

Segun lo que acabamos de decir, fácil es conocer que la coloracion icterica no puede todavía servirnos de guia para el exacto diagnóstico del órgano enfermo.

No obstante, como las enfermedades del hígado son una de las causas mas frecuentes de la ictericia, será muy natural que, al aspecto de esta coloracion, se proceda desde luego á la exploracion del hígado; y si este órgano no presenta nada de anormal, se prosigue examinando los órganos inmediatos como el

duodeno, la pleura, el pulmon derecho, etc. Unicamente despues de haber buscado en vano en todos estos órganos la causa de la ictericia, es cuando se podrá recurrir á la hipótesis de una alteracion nerviosa, hipótesis que se apoya en la analogia, y que aun podrá hacerse mas probable el conocimiento de los antecedentes.

Ahora, si tratamos de investigar en qué consiste la ictericia, parece evidente que se origina de la existencia de muchas moléculas de bilis en la sangre, con la cual circulan por todos los órganos, y estos las eliminan al mismo tiempo que á sus secreciones. Esta es una opinion generalmente admitida, sin embargo de que se ha querido hacer su aplicacion menos general, buscando en otra parte que en la bilis las causas de la ictericia de los recién nacidos. Muchos médicos han intentado explicar el origen de la coloracion amarilla que cubre el cuerpo de los niños al segundo ó tercer dia de su nacimiento, admitiendo un fenómeno análogo á el echimosis. Los capilares, dicen, recibiendo la impresion del frio á su salida al mundo, se comprimen, y la sangre se retira en gran parte á lo interior de los órganos; pero la pequeña cantidad que queda produce en el ojo el color amarillo como le producen los echimosis que estan ya en via de reabsorcion. Nosotros nos inclinamos mas bien á creer que la ictericia de los recién nacidos es producida particularmente por la reabsorcion de la bilis que entra en la composicion del meconio, porque en los niños que no le han espelido es en los que se observa especialmente, y desaparece despues del uso de los laxantes.

Otra cuestion puede suscitarse todavia, aunque mas bien es cuestion de patologia general que de diagnóstico, y es la de saber por qué mecanismo se halla en el torrente circulatorio tan grande cantidad de bilis. Unos dicen que los principios biliosos entran en la masa de la sangre por medio de la reabsorcion ayudada de las diferentes afecciones que impiden la libre circulacion de la bilis: y otros creen que la ictericia resulta de la acumulacion de principios biliosos en la sangre, de la cual no les puede segregar el hígado en ciertas enfermedades, porque en ellas carece de esta facultad. Nosotros nos contentaremos con decir que ninguna de estas dos opiniones puede adoptarse exclusivamente, ni ser aplicada á todos los casos de ictericia; pero que en las diferentes ocasiones en que se observa esta coloracion se verá uno obligado á recurrir unas veces á la primera de estas hipótesis, y otras á la segunda.

¿Por qué no ha de suceder con la bilis lo mismo que sucede con la orina? Si se cortan los riñones á un animal, la urea se acumula en la sangre, y su existencia en ella puede demostrar-

se por medio de los reactivos químicos ; pero esto mismo se podrá probar tambien, impidiendo por cualquier medio que la orina pase á la vejiga, y obligándola, por decirlo ási, á entrar de nuevo en el torrente de la circulacion.

*Coloracion azul ó cianosis.*— Todas las afecciones capaces de impedir que la sangre venosa vuelva al corazón, obligándola de este modo á detenerse en los capilares, pueden producir la cianosis ó la coloracion azul de las partes. Algunos médicos suponen que la cianosis es una señal de comunicacion anormal entre las dos mitades del corazón, y han explicado su causa por la mezcla de las dos especies de sangre ; pero en el dia está demostrado que la comunicacion de las dos mitades del corazón entre sí tiene necesariamente que coincidir con la existencia de un obstáculo en el orificio de la arteria pulmonar, que es la verdadera causa de la cianosis. Las observaciones de MM. Ferrus y Louis han demostrado completamente que siempre que se ha hallado en las personas afectas de cianosis una comunicacion entre las dos mitades del corazón, existia ademas otra lesion de mayor importancia todavía, que era la estrechez de la arteria pulmonar.

Por otra parte se citan casos en que habiéndose verificado la mezcla de la sangre arterial con la venosa, no se ha presentado síntoma alguno de cianosis. Asi es, que en una observacion publicada en 1828 por Mr. Miquel en los *Archivos generales de medicina*, tomo XVII, pág 43, se lee que un enfermo murió sin haberse nunca presentado coloracion azul en la piel ; y en la autopsia se hallaron una estrechez del orificio aórtico, dilatacion é hipertrofia de la mitad izquierda del corazón, y á mas una ancha comunicacion entre las dos aurículas de este.

Se nos dirá tal vez que este hecho no destruye la opinion que combatimos, porque para producir la coloracion azul seria necesario que la sangre venosa pasase á la mitad izquierda del corazón, y sucede lo contrario en la observacion que hemos alegado ; convendremos de buena gana en que esta última modificacion hace mas probable la opinion que favorece ; pero sabemos, segun lo que dice Mr. Ferrus, que la sangre venosa pura puede penetrar exclusivamente en una parte aislada sin que se cambie manifiestamente la coloracion de los tegidos. Por consecuencia es imposible explicar la causa de la cianosis por el paso de la sangre venosa á la mitad del corazón que contiene sangre roja.

Tenemos en la ciencia ejemplos que poder citar de cianosis bien demostrada, y sin que se haya observado el menor vestigio de comunicacion entre las dos mitades del corazón ; pero en un

gran número de estos casos habia obstáculos materiales que se oponian á la vuelta de la sangre venosa. Corvisart, refiriéndose á Rieussens, cita la observacion de un niño bien conformado esteriormente; pero que desde su nacimiento tenia una respiracion débil, voz ronca, y el color de la superficie de la piel aplomado. Vivió 36 horas, y era imposible atribuir á priori la coloracion azul congénita de este niño á una mezcla de las dos sangres, porque en el feto no hay mas que una sola especie de ella. La autopsia confirmó esta induccion: no se halló ningun vestigio de agugero oval; y la mitad derecha del corazon y la arteria pulmonar estaban considerablemente dilatadas. Esta disposicion anatómica era, como es fácil conocer, la de un adulto; la sangre, por consiguiente, debia pasar por los pulmones; pero estos eran impermeables, y hallándose llenos de sangre é hinchados, esta encontraba un grande obstáculo para su circulacion; de aquí el estancarse en los capilares, y la produccion de la coloracion azul.

Siendo el enfisema pulmonar una de las causas que con frecuencia hace difícil el paso de la sangre por los pulmones, puede tambien, segun lo ha observado ya Laënnec, producir la cianosis.

En fin, en muchas afecciones orgánicas del corazon, y particularmente las que coinciden con una estrechez manifiesta de los orificios, se puede observar el color azulado de la piel, sin que haya comunicacion entre las dos mitades del corazon, ni mezcla de las dos especies de sangre.

Segun lo que acabamos de decir, está demostrado hasta la evidencia: 1.º que la coloracion azul de la piel no es, de modo alguno, signo patognomónico ni de la comunicacion de las dos mitades del corazon, ni de la mezcla de las dos especies de sangre: 2.º que esta coloracion indica sola y simplemente la existencia de un obstáculo que impide el reflujo hácia el corazon de la sangre negra, la cual se estanca en los capilares: 3.º que este obstáculo puede hallarse en el corazon, como sucede mas comunmente, ó en los pulmones: 4.º que si muchas veces se ha visto que la cianosis coincidia con la comunicacion de las dos mitades del corazon, es porque la compresion del orificio de la arteria pulmonar, que es su causa mas frecuente, necesita, por decirlo asi, el desprendimiento de la válvula de Botal para abrir una salida libre á la sangre: 5.º que si existe el obstáculo en la mitad derecha del corazon, como se halla mas inmediatamente en relacion con la circulacion venosa, nos explica suficientemente por qué esta coloracion es mas fuerte cuando hay comunicacion entre los dos corazones.

En todos estos casos en que la cianosis es efecto de un obstáculo que impide la circulación venosa, la coloración azul que la caracteriza es siempre parcial; y entonces ocupa particularmente la cara, las manos y las partes genitales.

Algunas veces ha sobrevenido la cianosis de repente, á consecuencia de influencias morales. Y hay otra cosa mas notable: todos los casos de esta especie que son conocidos en la ciencia se han observado en mujeres; y la coloración azul seguía, mas ó menos inmediatamente, á la supresión de la regla.

El exámen mas escrupuloso no ha hecho hallar ninguna lesión orgánica en los dos casos de esta especie que han tenido ocasion de observar MM. Chomel y Rostan. Mr. Marc observó esta especie de cianosis en dos jóvenes, una de las cuales murió sin que se la hallase lesion alguna por la que se pudiese venir en conocimiento de la causa de este fenómeno singular. Billard le ha visto tambien en otra jóven; pero se curó la cianosis con el uso del bicarbonato de sosa, y no volvía á aparecer sino bajo la influencia de impresiones morales vivas. De todo esto es menester deducir por consecuencia que una fuerte perturbacion del sistema nervioso puede tambien producir la cianosis, aunque por un mecanismo cuya naturaleza nos es desconocida; por último, para terminar lo que teníamos que decir con respecto á la coloración azul de la piel, añadiremos dos palabras acerca de la cianosis del cólera asiático. Esta se distinguirá fácilmente de todas las demas variedades de que hemos hablado hasta aqui, por el conjunto de caractéres que constituyen aquella terrible enfermedad. Se manifiesta al principio en las estremidades y en el pene, en el cual es siempre mas fuerte mientras dura la dolencia, despues la cara se vuelve igualmente lívida, y rodea á los ojos un círculo azul y lívido tambien.

*Coloración bronceada de la piel.*—Esta coloración se observa en las personas, á quienes se ha administrado el nitrato de plata, sustancia cuyos efectos en la epilepsia se han preconizado mucho hace algun tiempo. Este color, que solo indica una alteración particular en el pigmentum de la piel, no es hereditario; se han visto hijos muy blancos engendrados por padres que le tenían. Todas las cicatrices de la piel participan tambien de esta coloración; pero las que resultan de las heridas producidas durante la cianosis se quedan blancas.

*Coloración aptomada, arcillosa.*—En las personas que trabajan por mucho tiempo en manufacturas de plomo, la piel adquiere un color particular que se asemeja al del litargirio. Esta coloración se observa muchas veces en los enfermos atacados de afecciones saturninas; pero está lejos de ser un signo patog-

nomónico de ellas, porque no es constante, y ademas se le observa tambien en algunas otras afecciones, en especial en las fiebres intermitentes, y mas particularmente en las que llevan algun tiempo de duracion.

*Coloracion de amarillo pálido.*—Algunos autores la consideran como signo característico del cáncer en general; pero la verdad es que no acompaña las mas veces sino á los cánceres situados en órganos principales: se la observa especialmente cuando se declara una caquexia á consecuencia de la reabsorcion de la materia cancerosa, cuando el estado general de la economía es de tal naturaleza que ninguna funcion puede ejercerse libremente, y cuando toda la nutricion se halla pervertida. Esta coloracion no es particular de los cánceres: todas las afecciones situadas en los órganos destinados á ejercer las funciones principales de la economía, las enfermedades crónicas de los órganos de la digestion, y entre otras la gastritis y enteritis crónicas pueden tambien producirla.

La clorosis, en la cual, como es sabido, la lesion principal consiste en la disminucion de la materia colorante de la sangre, está tambien caracterizada por un color análogo: algunas veces, cuando esta afeccion es muy intensa, la piel se vuelve casi transparente, y toma un color amarillo verdoso semejante al del cloro.

4.º *Fisonomía ó espresion de la cara.*—Hemos creído necesario hablar de los signos deducidos de la espresion de la cara, con separacion de los que se sacan del color y del volúmen, y de los que mas adelante deduciremos de los músculos, porque, aunque es verdad que todos estos elementos pueden influir mas ó menos en la espresion del rostro, que es el que particularmente se halla bajo el dominio del sistema muscular, no es menos cierto que aquella tiene ademas otros caractéres propios producidos por causas diferentes de las que acabamos de hablar, y que está subordinada á la influencia del sistema nervioso y al estado de las fuerzas vitales.

En el estado de salud, como dice Chaussier, el rostro presenta un caracter de vigor y de hilaridad ó alegria, y su espresion está siempre en armonía con los objetos que rodean á la persona; pero en las enfermedades le distinguen muchos caractéres que algunas veces pueden conducir á un acertado diagnóstico. Si se advirtiere en el semblante de un enfermo estupor, taciturnidad, indiferencia á todo lo que le rodea, falta de armonía entre la espresion del rostro y los movimientos y la conversacion de los asistentes, inmovilidad en los ojos, los cuales, sin estar fijados sobre ningun objeto, no cambian sin embargo

de direccion, ó no siguen sino con lentitud la de los diferentes escitantes como la luz, ó el serle dirigida la palabra, etc. : á la vista de todos estos caractéres se podrá diagnosticar una opresion considerable de las fuerzas vitales, opresion que se observa en la mayor parte de las fiebres tifoideas (entero-mesenteritis), y que acompaña, en mayor ó menor grado, á todos los estados tifoideos en general, ora sea el sistema nervioso el vehículo de la afeccion de las fuerzas vitales, ora lo sea el sistema circulatorio á consecuencia de la reabsorcion de las materias pútridas. En todos estos casos, si el exámen de la espresion de la fisonomía no indica directamente cual es el órgano enfermo, por lo menos hará descubrir una série de síntomas con la cual será despues fácil hallar por otros medios el sitio de la enfermedad, ó mas bien su punto de partida.

Si, por el contrario, el rostro estuviere animado, las cejas muy arqueadas y los ojos brillantes, y cambiando continuamente de direccion para buscar sin cesar nuevas fantasmas que la imaginacion crea á cada momento, no será difícil reconocer entonces una escitacion cerebral; pero no es esto solo lo que hay que hacer, sino que es menester investigar el origen de esta escitacion, porque el cerebro, asi como puede ser escitado directamente, puede serlo tambien por las afecciones de los demas órganos.

Cada una de las pasiones monomaniacas dá á la fisonomía su espresion particular, como la de la soberbia, la ambicion, la modestia, etc.; de suerte que no será difícil muchas veces diagnosticar la especie de monomania por la espresion de la cara.

El idiotismo está con frecuencia pintado en la fisonomía por la taciturnidad y por una conservacion que tiene el mismo caracter, y que se cambia algunas veces en una sonrisa de imbecilidad.

La indiferencia completa, la falta de viveza en los ojos, y la inmovilidad del rostro acompañada de temblores de miembros, sobre todo cuando los enfermos están de pie, indican ordinariamente la demencia.

Por último, la absoluta inmovilidad del rostro, la insensibilidad á todas las escitaciones, y la dilatacion de las pupilas, las cuales están inmóviles ó se contraen muy poco, necesitando para ello escitaciones fuertes, son síntomas que indican una debilidad considerable de la inervacion; este es el estado á que se ha dado el nombre de *coma*, y cuyo grado mas alto ha sido llamado *caro*.

En algunas afecciones, por ejemplo, en la pneumonia aguda y muy estendida, en la pleuresia diafragmática, ó en la pe-

ritonitis intensa y general, la fisonomía presenta algunas veces una sonrisa particular á que se ha dado el nombre de *risa sardónica*. Esta espresion es el resultado de la contraccion muscular de los dos ángulos de los labios escitada instintivamente para suplir la inaccion de los demas músculos de la inspiracion sobre todo la del diafragma.

Algunas veces los labios, inclinándose con rapidez hácia adelante, se separan de repente en el momento de la espiracion; de modo que dan contra los dientes durante los movimientos alternativos de inspiracion y espiracion como una celosía agitada por el viento que da contra la ventana. Cuando esta espresion se presenta se dice que el enfermo *fuma la pipa*. Este signo se observa en las hemorragias cerebrales fulminantes; puede no presentarse mas que en un solo lado de la cara, y entonces es en la megilla donde aparece. Esta se hincha pasivamente á cada espiracion, desinchándose en las inspiraciones hasta pegar con la mandíbula, como se observa en las hemorragias cerebrales que son causa de alguna hemiplegia, y en la parálisis del séptimo par de los nervios.

Un rostro pálido, flaco ó abotagado, y el color *azul celeste* de las escleróticas acompañan muchísimas veces á los tubérculos pulmonares.

El rostro pálido y abotagado y las ojeras indican una disolucion de sangre, y se observa comunmente en el escorbuto y en la clorosis.

Rostro abotagado, lívido, ojos hinchados y prominentes, labios tumefactos, lívidos y que algunas veces dejan salir la saliva de la boca, son síntomas que acompañan á las afecciones de corazon coexistentes con un grande obstáculo en la circulacion.

El rostro encendido de un rojo escarlata, ó de un color encarnado oscuro, y los ojos prominentes indican que hay un grande obstáculo en la respiracion, y se observan con bastante frecuencia en la angina intensa acompañada de hinchazon de las amígdalas.

Por último, para completar el cuadro abreviado de los diferentes caractéres que toma la fisonomía en las enfermedades, describiremos la espresión que el rostro adquiere ordinariamente el dia antes de la muerte. Hipócrates la ha descrito tan perfectamente que se la ha conservado el nombre de *cara hipocrática*. Sus caractéres son los siguientes: frente rugosa, fría y árida; borde de la órbita prominente; ojos hundidos, vidriosos, lánguidos, lagrimosos y medio cerrados; párpados deprimidos, pálidos, negruzcos, como sin movimiento; con-

juntiva cubierta de un velo opaco: pestañas y pelos de las ventanas de la nariz llenos de un polvo de color blanquizco; nariz prolongada y afilada; sienes hundidas y rugosas; orejas frías retraídas hacia arriba y con los lóbulos vueltos; piel terrosa, seca ó cubierta de un sudor frío, y tez verdosa, lívida y aplomada.

## CAPITULO VII.

### *De los signos deducidos del aparato muscular.*

La principal función del aparato muscular es la locomoción. Esta, como es sabido, depende en gran parte de la inervación; de modo que todas las lesiones de la locomoción indican las de la inervación, excepto las alteraciones producidas por las lesiones traumáticas de los músculos y de los huesos.

Las alteraciones de la locomoción se presentan bajo dos formas principales: 1.<sup>a</sup> bajo la forma de parálisis: 2.<sup>a</sup> bajo la de convulsiones.

La parálisis es una desaparición más ó menos completa de la contractilidad muscular; las convulsiones consisten en un desorden de esta facultad; desorden que sustrae á la locomoción del imperio de la voluntad.

### §. I.

#### *Parálisis.*

La parálisis puede ser completa ó incompleta, general, ocupar la mitad del cuerpo, ú ocupar sola una parte.

Toda parálisis de la locomoción prueba la debilidad ó abolición de la inervación locomotriz en las partes afectas. Esta es la única definición que creemos aplicable á todas las formas de parálisis. En efecto, cuando hay parálisis nunca hay lesión de la sustancia nerviosa; cuando esta lesión existe es ordinariamente en los casos de una rasgadura, de una rotura, de una compresión, en una palabra, de cualquiera lesión que pueda de algun modo impedir que el fluido nervioso circule libremente desde el centro hasta las partes adonde la voluntad les dirija. Pero hay también otras causas que obran directamente sobre la inervación, que la hacen, por decirlo así, un mal conductor de aquella parte de la voluntad, y que la impiden, por consiguiente, influir sobre las partes afectas.

Conviene, para el diagnóstico, saber si la parálisis ha so-

brevenido de repente ó de un modo lento, y si ha sido precedida ó no por alteraciones en las demas funciones de la inervacion, como la sensibilidad ó la inteligencia.

(a) *Paralisis general.* ¿Es general la paralisis que sobreviene de repente? Esta afeccion reconoce por causas una hemorragia cerebral muy considerable en uno de los hemisferios, ó en los dos á la vez, un golpe de sangre ó una congestion violenta hácia el cerebro, un derrame ó una apoplejía serosa; ó, finalmente, una alteracion puramente nerviosa, ó una apoplejía nerviosa. Estas dos últimas causas son tan poco comunes en comparacion de las dos primeras, que cuando la paralisis general sobreviene de repente, puede atribuirsele bien á una hemorragia cerebral, ó bien á una congestion violenta.

(1) *Hemorragia cerebral.* — Para que la hemorragia del cerebro pueda producir una paralisis general, es necesario, como hemos dicho ya, que cada uno de los dos hemisferios esté afectado de tal manera que interrumpa el paso de la inervacion del centro á la circunferencia. Esta interrupcion puede verificarse de dos maneras: ó desgarrándose los dos hemisferios, ó no desgarrándose mas que uno; en el primer caso la hemorragia es doble; en el segundo la sangre, estravasada en gran cantidad, comprime al hemisferio opuesto, y otras veces entra en él, bien por comunicaciones ventriculares, ó bien rompiendo el *septum lucidum*. Por último, lo que puede servir para el diagnóstico de esta especie de hemorragia cerebral es la terminacion fatal que ordinariamente sigue de cerca a este género de paralisis, ó la reduccion de la paralisis general á hemiplejía persistente.

(2) *Golpe de sangre.* Una fuerte congestion hácia el cerebro, ó lo que se llama *golpe de sangre*, puede producir, con mucha frecuencia, una paralisis general. Esta es tambien la forma que el golpe de sangre afecta casi constantemente, porque por lo regular las causas de las congestiones cerebrales obran del mismo modo sobre los dos hemisferios; pero entonces la enfermedad casi nunca termina por la muerte, y como observa con mucha razon Mr. Rostan, la paralisis dura poco tiempo, algunos minutos ó á lo mas algunas horas, escepto en los casos poco comunes en que existan disposiciones individuales para ella. Cuando desaparece no se reduce á hemiplejía, sino que queda el enfermo en su estado normal.

(3) *Apoplejía nerviosa.* Es imposible, durante la vida, diagnosticar la paralisis como producida por la apoplejía nerviosa.

(4) *Apoplejía serosa.* Igualmente es difícil diagnosticar si la paralisis es causada por un derrame de serosidad en los ventri-

culos. Solo puede presumirse que es esta la causa cuando en el enfermo paralítico se han verificado algunos derrames en las demás cavidades, y cuando no presenta signos exteriores de congestión sanguínea hácia la cabeza.

(5) *Parálisis de los dementes.* — En otros casos la parálisis general sobreviene lentamente, precedida de un síndrome de síntomas que importa mucho conocer para poder diagnosticar su naturaleza. Así es, que hay un período de enagenación mental, conocido por el nombre de *demenia*, en el cual á las alteraciones de la inteligencia se reúne una parálisis. No será difícil diagnosticar esta forma cuando se presente; se manifiesta en los dementes; su curso es muy lento y progresivo, y al mismo tiempo que se desarrolla, se ve que la excitación de inteligencia se cambia en imbecilidad. Este estado indica que hay un desórden grave en el cerebro; desórden que generalmente termina con la muerte que sigue de muy cerca á esta penosa complicación.

(6) *Parálisis del estado comatoso de la meningitis.* — La parálisis general se observa también en el coma de la meningitis. Su diagnóstico no es difícil, informándose de los antecedentes. Según algunos autores, lo que indica esta afección, lo mismo que la parálisis de la sensibilidad y de la inteligencia que la acompañan, es la compresión del cerebro por un derrame. Sin embargo, aunque concedamos á esta causa la facultad de producir un efecto semejante, nos vemos obligados á reconocer que está muy lejos de ser la única, y que no es ella sola por la que podamos demostrar la existencia de la enfermedad. Hay ejemplos en la ciencia de haberse observado el estado comatoso en una meningitis, sin que en la autopsia se viese líquido alguno por el que pudiera explicarse la causa de los fenómenos observados durante la vida (1). Por otra parte, hay sustancias bajo cuya influencia el sistema nervioso da lugar también al estado comatoso: tales son, por ejemplo, el opio y sus alcalis, el alcohol, el plomo, etc.; y sin embargo, cuando estas especies de coma van seguidas de una terminación funesta, no se halla ordinariamente ningún líquido en el cerebro. Por dicha esta dificultad aparente desaparece tan luego como reflexionamos con detención sobre la naturaleza de los síntomas que se observan en una meningitis desde su principio.

(1) Andral, *Clinica médica*, tom. V. Avercrombie, *De las enfermedades del encéfalo y de la médula espinal*, obra traducida por A. N. Gendrin, médico de la Piedad: segunda edición en 8.º, Paris, 1835.

En esta enfermedad el foco principal de la enfermedad existe en las meninges. No obstante, estas membranas, mas ó menos vasculares, no teniendo nervios, podrian muy bien inflamarse sin que el enfermo ni el médico observasen ningun sintoma de inflamacion. Pero el cerebro, órgano central de las percepciones, queda despues sujeto á su influencia; el fuego de la meningitis, si nos es permitido esplicarnos asi, se comunica á toda la periferia cerebral, y produce en primer lugar la escitacion de todas las funciones de este órgano. Pero bien pronto despues, no obstante la persistencia de la meningitis, sucumbe el cerebro á las pérdidas de inervacion que ha hecho al principio por todas las vias posibles, por el delirio, por las convulsiones, por el aumento de sensibilidad, etc., y cae en una debilidad, en un collapsus que nos permite diagnosticar perfectamente el segundo periodo de la meningitis, y en particular la parálisis de este periodo. Cuanto mas sensible era el cerebro en el primer periodo, y cuanto mas se agitaba á la menor escitacion, tanto mas debilitado se halla en el segundo, y tanto mas insensible á todos los estímulos.

Algunas sustancias, como el alcohol, el opio y el plomo, influyen tambien en parte en la produccion del coma, y en parte atacan directamente al sistema nervioso, haciéndole caer en el estado de estupefaccion.

(7) La parálisis general se une tambien á ciertas neurosis, como la catalepsia, el letargo, el sueño magnético, etc; y entonces es producida simplemente por una alteracion de la inervacion cuya naturaleza no conocemos. Vuelve á presentarse por acceso, como la alteracion de que acabamos de hablar, y en algunos casos periódicamente. En todas estas variedades de parálisis general no puede ejecutarse ningun movimiento voluntario; pueden, sí, levantarse fácilmente los miembros; pero cuando se les abandona á si mismos, se les ve al momento caer como cuerpos inertes. La catalepsia es la única escepcion de esta regla; en esta afeccion todas las partes del cuerpo pueden conservar la posición que se les diere, aun cuando sea una insopportable en el estado sano.

La parálisis puede tambien, en lugar de ser general, ocupar la mitad del cuerpo ó ser parcial.

(b) *Hemiplejia*. — La forma mas frecuente de parálisis es la *hemiplejia*, en la cual toda una mitad del cuerpo desde la cabeza hasta los pies se halla paralizada.

Esta forma puede invadir lenta ó repentinamente, distincion que importa tener presente en la práctica.

1.º *Hemorragia cerebral*. — Si la hemiplejia es repentina,

reconoce casi siempre por causa una hemorragia con desgarramiento de la sustancia cerebral.

En todos los casos en que la hemiplegia es ocasionada por la hemorragia cerebral, la parálisis ocupa el lado opuesto al de la lesión del cerebro, sin que pueda saberse exactamente la causa de este fenómeno. El entrecruzamiento de las columnas anteriores de la médula no la explica, porque aunque los músculos de la cara reciben los nervios de las partes de la médula que no se cruzan, se paralizan también los del lado opuesto al de la lesión. Lo mismo veremos que sucede en las hemorragias del cerebro.

Este es el estado de los músculos en la hemiplegia repentina, ó, si se quiere, en la hemorragia media de un hemisferio del cerebro. Los músculos de los miembros, lo mismo que los de la cara, no pueden ejecutar movimientos voluntarios por el lado paralizado; los miembros levantados caen en masa como cuerpos inertes si se les abandona á sí mismos.

La parálisis es generalmente mas completa en los miembros superiores que en los inferiores; muchas veces los enfermos pueden ejecutar algunos ligeros movimientos con los pies, al paso que los miembros superiores permanecen en una completa inmovilidad.

Estando también los músculos de la cara paralizados por un lado, resulta de aquí que no guardan simetría las dos mitades de aquella. Los músculos no paralizados inclinan el ángulo de los labios hácia el lado opuesto al que ocupa la parálisis; y la boca tiene, por consiguiente, una dirección mas ó menos oblicua. Las contracciones de los músculos de los labios, necesarias para el acto de silbar, de soplar, y para pronunciar letras labiales, no podrán ejecutarse bien mientras duren todos estos fenómenos; la boca estará inclinada del lado no paralizado; la mitad parálitica de la boca parecerá un poco mas ancha, puesto que sus músculos están relajados, y la mejilla de cada lado se hinchará á cada espiración. Los párpados no pueden, en muchos casos, cerrar exactamente el ojo, á causa de la parálisis de los músculos orbiculares.

La lengua participa algunas veces de la parálisis, al menos en la mitad correspondiente al lado que ocupa la hemiplegia. El enfermo entonces no puede ejecutar movimiento alguno hácia el lado de la parálisis; pero ¡cosa notable! cuando el enfermo saca la lengua, la punta de esta, no obstante la imposibilidad de que hablamos, suele volverse muchas veces hácia el lado paralítico. Esta particularidad ha sido explicada de muchas maneras; unos han creído que la desviación era producida por la

contraccion del estiloso del lado no paralizado, que atrayendo hácia sí la base de la lengua hace, por consecuencia, que la punta se incline al lado opuesto. Mr. Lallemand atribuye la funcion de sacar la lengua hácia afuera á la parte posterior de los genioyuglosos, y como estos músculos tienen una direccion obliqua de atras á adelante, le ha parecido muy natural á aquel médico ingenioso, que este modo de contraccion produzca la desviacion de la punta de la lengua hácia el lado paralizado.

Nosotros creemos que este fenómeno puede muy bien esplicarse, atribuyéndole simplemente á la falta de resistencia de un lado de la lengua, en el momento de su proyeccion hácia adelante. Es evidente que en este caso la lengua tiene que desviarse hácia el lado en que falta la resistencia, esto es, hácia el lado paralítico.

2.º *Hemorragia cerebelosa.* — En vista de todos estos fenómenos sobrevenidos repentinamente y todos á la vez, puede diagnosticarse la hemorragia del centro cerebral. ¿Pero puede señalarse exactamente el sitio que ocupa? ¿Puede reconocerse si existe en el cerebro ó en el cerebello? Nosotros no podemos dar una respuesta afirmativa, á pesar de lo que acerca de esto han dicho diversos autores. Los innumerables hechos de este género que se han observado hasta el dia demuestran que no hay diferencia ni en la forma, ni en el asiento, ni en la extension, entre la parálisis que sucede á hemorragias cerebrales, y la que es consecuencia de hemorragias cerebelosas. ¡Cosa notable!, aunque no esten entrecruzadas las fibras posteriores de la médula, cuya prolongacion hácia arriba es lo que constituye el cerebello; las hemorragias medias del hemisferio del cerebello dan lugar tambien á la hemiplegia del lado opuesto al de la hemorragia, y las hemorragias estensas de un hemisferio ocasionan una parálisis general, como si fuesen de los hemisferios del cerebro. Es igualmente difícil reconocer por la forma de la parálisis si la hemorragia ocupa el lóbulo medio del cerebello. En efecto, los síntomas de esta lesion, ó son comunes á los de la hemorragia cerebral, ó no son constantes. Asi, de nueve casos analizados por M. Andral en su excelente obra (*Clinica médica*), en el uno no hubo parálisis, en el otro hubo una hemiplegia, y en el tercero una parálisis general. Sin embargo, hay un fenómeno que se presenta con mucha frecuencia en este género de hemorragia, y que por lo tanto, unido á las alteraciones de la locomocion, puede ilustrar el diagnóstico: hablamos de la ereccion del pene en el hombre, y de la turgescencia del útero en la mujer. Este fenómeno se ha observado en siete casos de los nueve que acabamos de citar. M. Serres le ha advertido cin-

co veces en el hombre, y una vez en la mujer (1); M. Guiot le ha encontrado una vez en el hombre (2).

3.º *Hemorragia de la protuberancia cerebral.*—Tambien será difícil diagnosticar, durante la vida, la hemorragia de la *protuberancia cerebral*, porque las alteraciones de la locomoción que produce no son de modo alguno constantes. M. Rochoux atribuye á esta lesion convulsiones tetánicas generales, á las cuales sigue de cerca la muerte. M. Ollivier cree tambien en la existencia de convulsiones generales, que alternan con el colapsus. M. Serres atribuye en algunos casos la parálisis general á la hemorragia de la protuberancia cerebral; M. Cruveilhier cita por su parte un caso de hemiplegia que se siguió á la hemorragia de solo la mitad de la protuberancia, y en este caso la parálisis ocupaba el lado opuesto al de la lesion. Ademas cita este médico otros hechos que prueban la posibilidad de la curación de esta hemorragia (3).

4.º Ya hemos dicho anteriormente que la hemiplegia repentina es causada casi siempre por la hemorragia de un hemisferio del cerebro con rotura de la sustancia cerebral. Pocas son las escepciones de esta regla; sin embargo, por nuestra parte hemos visto á un enfermo afectado de hemiplegia sucumbir á consecuencia de una flebitis del brazo, y no presentarse en el cerebro mas que una congestion general, un poco mas intensa en el lado opuesto al de la parálisis.

A los casos de este género podremos añadir otros, en los cuales la hemiplegia sobreviene tambien súbitamente, producida por una causa enteramente distinta de la hemorragia cerebral. Asi es, que se han visto algunas veces desarrollarse en el cerebro tumores de diversa naturaleza, el cáncer, los tuvérculos, tumores huesosos, etc., sin que se hayan manifestado por algun síntoma que pudiese hacer sospechar su existencia, pues produjeron de un golpe la hemiplegia: diríase que el cerebro, habituado á la compresion lenta y progresiva, no se habia alterado en sus funciones sino cuando esta compresion habia traspasado sus límites. Felizmente son muy poco comunes los ejemplos de este género; las mas veces se presentan en estos casos, ademas de la hemiplegia, otras alteraciones, como las convulsiones que resultan de la irritacion cerebral, y que no se observan en una hemorragia simple.

(1) Serres, *Anatomía del cerebro*, tom. II.

(2) Guiot, *Clinica de los hospitales*, tom. I, núm. 70.

(3) *Diccionario de medicina y cirugía prácticas*, tom III, pág. 240.

3.º En ciertos casos sobreviene con lentitud la hemiplegia, y entonces va, con la mayor frecuencia, precedida de un orden mas ó menos particular de síntomas que indican ya alguna lesión por parte del cerebro. Asi es, que en la encefalitis la hemiplegia sucede ordinariamente á las convulsiones, é indica entonces la destruccion de una parte mayor ó menor de la sustancia cerebral.

(c) *Paraplegia*. — La parálisis, en lugar de ser general, ó de presentarse bajo la forma de hemiplegia, puede ser algunas veces parcial, no ocupar mas que un miembro de cada lado, afectar solamente á uno solo, á muchos músculos de un miembro, ó á solo un músculo.

Una de las formas frecuentes de la parálisis parcial es la *paraplegia* ó parálisis de los miembros inferiores; puede sobrevenir instantáneamente, ó desarrollarse de un modo progresivo; en el primer caso indica, las mas veces, una hemorragia de la region lumbar de la médula espinal. Decimos *las mas veces*, y *no siempre*, porque este diagnóstico está rodeado de muchas dificultades. En efecto, se ha visto con frecuencia desarrollarse gradualmente en el conducto raquidiano tumores de diversa naturaleza, y habituarse la médula á su compresion lenta y progresiva; pero cuando esta compresion ha llegado al último extremo, la paraplegia se manifiesta instantáneamente. Por otra parte, esta enfermedad, que tiene por causa la hemorragia de la médula, principia muchas veces por vivos dolores en la espalda, que podrian tomarse por los de una meningitis, y confundirse la paraplegia con el efecto producido por aquella afeccion, si no existiese la diferencia de que los dolores de la meningitis raquidiana se aumentan con poco que se les toque, al paso que los de la hemorragia, por muy intensos que sean, son independientes del contacto, y no tardan en desaparecer.

No está todavía suficientemente demostrado, si una enfermedad del cerebro en general, y su hemorragia en particular, pueden producir la paraplégia. Si esto sucede así será probablemente, como observa M. Abercrombie, en los casos en que la enfermedad ocupe un sitio cercano al puente de varolio ó á la médula oblongada. En la mayor parte de los casos en que se ha diagnosticado una paraplégia consecutiva á las afecciones del cerebro, háse descuidado el examen de la médula espinal: ahora bien, en el dia está demostrado que en el cerebro y en el cordón raquidiano existen muchas veces simultáneamente las mismas enfermedades.

La paraplégia lenta sobreviene á consecuencia de la destruccion de la parte inferior de la médula, causada por los progre-

sos de la inflamacion crónica de este órgano , á consecuencia de su compresion , etc.

Si la hemorragia ocupa la parte media ó superior de la médula irá tambien seguida de parálisis ; pero entonces esta no ocupará solamente los miembros inferiores, sino todos los músculos que reciben los nervios de la porcion de la médula que está debajo del foco apoplético.

*Parálisis parcial de un solo miembro ó de algunos músculos.*

—La parálisis puede ocupar únicamente , como acabamos de decir , muchos músculos de un miembro ó un solo músculo. Asi es, que bajo el influjo de las emanaciones del plomo , se desarrolla esta afeccion en los diversos músculos del tronco y de los miembros. En este último caso no afecta sino un cierto número de músculos , por cuya razon los miembros , aunque paralizados , pueden todavía ejecutar algunos movimientos. Pero si la parálisis es incompleta en un miembro entero , no sucede esto nunca en los músculos que afecta. Los estensores son los que con mas frecuencia se paralizan bajo el influjo de las emanaciones de la cerusa ; los miembros estan entonces medio encorvados. En la parálisis de los músculos de la mano , por ejemplo , queda esta doblada sobre el antebrazo , y no pueden los enfermos ponerla derecha sino con el auxilio de la otra mano , ó apoyándola en un cuerpo sólido. El signo de que acabamos de hablar puede servir en muchos casos para facilitar el diagnóstico de esta especie de parálisis , que por lo demas no es difícil , puesto que las mas veces se tienen noticias , ó se adquieren facilmente , acerca de la profesion de los enfermos , y que casi siempre la parálisis saturnina va precedida del cólico de plomo.

Tambien puede algunas veces la parálisis ocupar exclusivamente un tronco nervioso y sus ramificaciones. Asi es que en ciertos casos se la ve limitarse al séptimo par de nervios , y dar lugar á la parálisis de los músculos que reciben sus ramificaciones. Esta forma de parálisis tiene el mismo aspecto que la de la cara , que coincide con la hemiplegia. La del séptimo par sobreviene á veces súbitamente , y entonces puede ser producida , ó por una hemorragia cerebral en extremo ligera , ó por la compresion del nervio causada por el neurilema , al cual haya engurgitado una inflamacion rápidamente desarrollada. Otras veces sobreviene con lentitud , y entonces es mas comunmente el efecto de una compresion lenta del nervio , producida por los diferentes tumores , accesibles ó no á los sentidos , que pueden formarse sobre los diferentes puntos de su trayecto.

La parálisis puede tambien ocupar solo un miembro en su

totalidad, dejando libre la contractilidad de todos los demás músculos. La que sobreviene en un miembro instantáneamente es, por lo general, efecto de una hemorragia cerebral circunscrita, cuyo asiento han pretendido algunos autores que se puede conocer bien por el sitio que ocupe la parálisis. MM. Serres, Foville, y Pinel-Grandchamp han sostenido que la parálisis del miembro inferior correspondía á la hemorragia del cuerpo estriado, y la del miembro superior á la hemorragia del tálamo óptico. Sin embargo se ha observado despues un gran número de hechos que de ningun modo confirman esta opinion. M. Cruveilhier, entre otros, ha consignado en la quinta entrega de su *Anatomía patológica* casos en que la hemorragia de los tálamos ópticos habia producido una hemiplegia completa.

En resumen, podemos decir, á propósito de esta localización, lo que ya antes hemos manifestado, esto es, que no siempre es posible diagnosticar con exactitud el sitio de la hemorragia cerebral por el que ocupa la parálisis, y que todo lo mas que podemos aventurarnos es á indicar sobre poco mas ó menos el hemisferio del cerebro en que se ha presentado el derrame.

## §. II.

### *Convulsiones.*

Las convulsiones, asi como la parálisis, pueden ser generales ó locales, ocupar la mayor parte de los músculos, ó no afectar mas que uno solo, y en ciertos casos algunas fibras de un músculo solamente. Las convulsiones pueden afectar todos los músculos del cuerpo; pero aquí solo trataremos de las de los músculos exteriores accesibles á la vista. Dos especies hay de convulsiones: 1.º *convulsiones tónicas ó espasmos tónicos*, en los cuales los músculos conservan su estado por cierto tiempo: 2.º *espasmos clónicos*, en los cuales se suceden alternativamente los movimientos de flexion y de estension.

A. *Espasmos tónicos*.—Los espasmos tónicos pueden, como hemos dicho, afectar algunas veces todos los músculos, ó por lo menos una gran parte de ellos.

(a) El *tetanos* es un ejemplo de esta forma de espasmos. En esta afeccion todos los músculos de un lado del cuerpo se hallan en una violenta contraccion, y encorvan el tronco en forma de arco, cuya concavidad corresponde á los músculos contraídos espasmódicamente. El aspecto de la afeccion es diverso, segun

que aquella ocupa uno ú otro lado del tronco ; por esta razon se distinguen tres variedades de tetanos : 1.º *opisthotonos*, variedad la mas frecuente , y en la cual los músculos de la espalda se hallan contraidos convulsivamente , la cabeza echada hácia atras , y todo el tronco encorvado en forma de arco , cuya convexidad está por la parte anterior : 2.º *emprosthotonos* variedad menos frecuente , y en la cual los espasmos afectan los músculos flecsores del tronco y de los miembros , y el tronco se halla doblado en un arco cuya convexidad corresponde á la parte posterior : 3.º *pleurosthotonos*, variedad menos comun , y en la cual los espasmos ocupan los músculos laterales del tronco y de los miembros , y el cuerpo forma un arco cuya convexidad está por la parte lateral derecha ó por la izquierda. En todas estas variedades de tetanos presenta el cuerpo una rigidez tal que muchas veces puede tomársele por una estremidad , y levantarse en masa.

(b) En otros casos el espasmo no es mas que parcial , y ocupa solamente los dos miembros de un mismo lado del cuerpo , un solo miembro , ó los dos correspondientes de ambos lados. Esta forma de espasmo sobreviene con mucha frecuencia en la encefalitis , y entonces afecta casi siempre los miembros del lado opuesto al que ocupa la afeccion del cerebro : el antebrazo se dobla sobre el brazo , la pierna sobre el muslo , y este sobre la pelvis. En todos estos casos se experimenta una grande dificultad en enderezar los miembros doblados. Los miembros superiores y los inferiores pueden tambien presentar aisladamente la misma contraccion en las inflamaciones de la parte de la médula espinal que corresponde á cada uno de ellos.

(c) El espasmo invade algunas veces esclusivamente los músculos masetero y temporal , como en el *trismus* , en el cual la mandíbula inferior se halla en estrecho contacto con la superior. Esta forma se observa muy comunmente al principio del tetanos ; otras veces existe por si misma , y algunas es uno de los sintomas de la meningitis ; por último , en otros casos vuelve á aparecer periódicamente durante los accesos de epilepsia.

(d) El espasmo puede ocupar solamente los músculos superiores de la parte posterior del tronco , los cuales encorvan la cabeza hácia atras , como se observa muchas veces en la meningitis ; puede tambien afectar un solo músculo , por ejemplo , uno de los del globo del ojo , y dar lugar al *estrabismo* , fenómeno que se observa tambien algunas veces en la meningitis.

(e) En fin , sea cualquiera la opinion que se admita sobre el mecanismo de la contraccion del iris , creemos que siempre tie-

ne alguna analogía con la contracción muscular, y que es necesario que consideremos como espasmódica la contracción de aquel órgano que se manifiesta en muchos casos de escitacion cerebral, y principalmente al principio de la meningitis ó de la encefalitis.

B. Los *espasmos clónicos*, ó las convulsiones propiamente dichas, pueden ocupar muchos músculos, afectar tan solo un cierto número de ellos, ó invadir únicamente algunas fibras musculares.

(a) La variedad mas ligera de convulsiones es la que se llama *sobresaltos de tendones*. Consisten solamente en una ligera contracción de las fibras musculares que estiran los tendones, cuyos movimientos puede muchas veces observarse con la simple vista. Los sobresaltos de tendones se notan en todos los casos en que hay una ligera escitacion, mediata ó directa del sistema cerebro-espinal. Se les observa en el tífus, en la fiebre tifoidea, en la meningitis, en la encefalitis, etc.

(b) Otras veces las convulsiones ocupan un pequeño número de músculos, ó uno solo de una region cualquiera. Asi es que algunas veces se ven convulsiones que se limitan á los músculos laterales del cuello, á los de la cara, ó á los exteriores de la laringe; por último, las convulsiones pueden ser generales, y ocupar muchos de los músculos exteriores del cuerpo, ó todos ellos; pueden tambien tomar muy diversos aspectos, segun su estension, su intensidad, y su complicacion, ya con los espasmos tónicos, ya con las alteraciones de sensibilidad y de inteligencia. Sin embargo, no obstante la gran movilidad de los síntomas en las convulsiones, hay algunos de ellos que conservan una forma mas ó menos fija, que hace que se les distinga de todos los demas por un cierto número de caracteres que se repiten mas ó menos completamente, siempre que vuelve á aparecer la misma forma de convulsiones. Esta circunstancia de la reaparicion de los mismos síntomas ha permitido tambien constituir con ellos un cierto número de grupos á los cuales se han dado nombres particulares. Enumeraremos sucesivamente todas estas formas, y espondremos los caracteres propios de cada una de ellas.

(c) *Epilepsia επιλαμβάνω* apoderarse, coger. Esta es la enfermedad que el vulgo conoce ordinariamente por el nombre de *mal grande* y *mal pequeño*. La forma convulsiva es la que se encuentra en ella con mas frecuencia, si bien es verdad que en lugar de convulsion se observa algunas veces una relajacion de todos los músculos.

Cuando la epilepsia se presenta bajo la forma convulsiva,

como sucede con mas frecuencia, las personas que hasta entonces parece que han gozado de buena salud, arrojan ordinariamente un grito, y caen sin sentido; al mismo tiempo todos los músculos estan agitados por movimientos alternativos de flexion y de estension, y por sacudimientos convulsivos semejantes á los de *un muelle que se afloja*, los cuales sirven de signo distintivo de las convulsiones producidas por el histérico. Mientras que los músculos de los miembros y del tronco estan agitados de este modo, el masetero y el temporal reunen espasmódicamente la mandíbula inferior con la superior, dejándose ver, casi constantemente, en los labios durante los accesos, una cierta cantidad de espuma: esta es blanca, y en algunos casos está mezclada con un poco de sangre, cuando la lengua ha sido mordida por efecto de las convulsiones de las mandíbulas; otras veces la mandíbula es llevada con violencia de un lado á otro, y este movimiento ocasiona con frecuencia la fractura de los dientes; por último, ha habido casos en que el movimiento hácia abajo de la mandíbula inferior, producido por una convulsion, ha sido causa de una luxacion mas ó menos completa.

La respiracion se halla en estos casos fatigada considerablemente, y muchas veces hay estertor á consecuencia de las convulsiones de los músculos respiratorios; por esta causa el rostro toma un aspecto repugnante; está hinchado, vultuoso, lívido, y en algunos casos tiene convulsiones de tiempo en tiempo; los ojos estan abiertos y vueltos hácia arriba, y algunas veces presentan una chispa de convulsion.

Por estos caractéres será facil distinguir la epilepsia de todas las afecciones que pueden tener alguna semejanza con ella. A estos signos podríamos añadir la introduccion convulsiva del pulgar en la palma de la mano, síntoma que en la epilepsia se observa casi constantemente.

Esta es la forma mas frecuente de la epilepsia; en algunos casos las convulsiones se limitan á una mitad del cuerpo, ó á algunos músculos, y otras veces no existen. Las dos últimas variedades constituyen lo que vulgarmente se llama *mal pequeño*.

La epilepsia es casi siempre una enfermedad crónica. Los accesos se repiten con mayor ó menor frecuencia, y algunas veces vuelven á presentarse en periodos regulares. La duracion de cada acceso convulsivo es ordinariamente de cinco á diez minutos poco mas ó menos; pero en seguida de las convulsiones viene una debilidad general; diríase que el sistema nervioso, fatigado con tantas pérdidas de inervacion como ha

esperimentado en el momento de las convulsiones, no puede ya sufrir mas, y necesita reponerse por medio de un sueño de algunos cuartos de hora que sigue ordinariamente ó las convulsiones de esta dolencia.

(d) *Eclampsia*.—Llámase así una forma de convulsiones que no difiere de la epilepsia mas que en su curso agudo, y que no consiste ordinariamente mas que en un solo acceso á un pequeño número de ellos.

Esta forma ataca especialmente á los niños recién nacidos ó de tierna edad, y á las mujeres embarazadas. En los recién nacidos la eclampsia se manifiesta ordinariamente en los cuatro primeros dias del nacimiento, y es debida á la compresion de la cabeza al tiempo de atravesar la vulva y á la fractura de los huesos del cráneo; entonces constituye lo que se llama *eclampsia idiopática*. En los niños de mas edad es ordinariamente *simpática* con otra cualquiera afeccion; y coincide muy frecuentemente con la presencia de lombrices en los intestinos.

En las mujeres embarazadas la eclampsia sobreviene generalmente hácia el séptimo mes de embarazo, y raras veces antes de esta época. Se presenta tambien uno ó dos dias despues del parto, y pocas veces mas tarde; terminado el acceso los enfermos vuelven en sí, y se hallan bastante bien; otras veces, particularmente en los recién nacidos, las convulsiones van seguidas de un collapsus, de un estado comatoso, presagio de una terminacion fatal que le sigue ordinariamente de cerca.

(e) *Corea*.—La corea es una afeccion en la cual los músculos de diferentes partes del cuerpo se contraen involuntariamente, sin que al mismo tiempo padezcan alteracion alguna las facultades intelectuales ni las sensaciones.

La corea puede ocupar un gran número de músculos, una mitad del cuerpo, ó un músculo solamente.

En el primer caso todos los músculos de los miembros, del tronco y de la cara estan agitados sucesivamente por contracciones involuntarias, poco manifiestas al principio, y que no pueden atribuirse á una costumbre viciosa, pero que despues cada vez van siendo mas marcadas. Muchas veces en esta época presenta el semblante de tiempo en tiempo síntomas ligeros de convulsion; los miembros se mueven en diferentes sentidos contrariando los movimientos voluntarios, y el brazo afectado por la corea no puede asir el objeto á que se dirige sino despues de haber ejecutado alternativamente varios movimientos de estension y de retraccion. Si la enfermedad afecta al mismo tiem-

po los miembros inferiores, estos miembros se inclinan á derecha é izquierda cuando se anda, lo que hace enteramente imposible toda progresion.

La corea puede, en lugar de ser general, afectar solamente una mitad del cuerpo, y constituir una especie de *hemiplegia*, ó invadir un pequeño número de músculos como los de la cara, los de la lengua, etc. En este último caso, el habla es absolutamente ininteligible por efecto de las contracciones involuntarias de aquel órgano. En una de las salas, al servicio de M. Bouillaud, hemos visto una jóven en la cual alternaban con la corea la inmovilidad de la lengua y la pérdida del habla. Lo mas extraño era que durante todo el tiempo en que los músculos de los miembros estaban agitados por convulsiones, hablaba esta enferma con mucha facilidad; pero en el momento en que se advertia en ella una viva impresion, muchas veces sin causa manifiesta, se observaba tambien la desaparicion de las convulsiones de los miembros, y parecia que toda la alteracion de la inervacion venia á fijarse en la lengua, la cual quedaba sin movimiento pegada á la parte inferior de la cavidad bucal, en cuyo estado permanecia por espacio de diez á quince minutos.

En fin, la corea puede ocupar los músculos internos, y entre otros los de la laringe y el diafragma. Cuando ocupa el diafragma las contracciones pueden llegar á ser sensibles á la vista; se parecen al movimiento de una espiracion rápida, y van seguidas algunas veces de gritos semejantes á los de un perro. M. Blache cita dos ejemplos de este género en el *Diccionario de medicina*. Nosotros hemos visto uno, hace cuatro años, en una de las salas al cargo del célebre Dupuytren.

Las contracciones musculares de la corea no dejan entre sí intervalos iguales. Esta enfermedad dura por lo general mucho tiempo. Algunas veces cuando es muy antigua en los miembros vá seguida de la atrofia de estos.

(f) *Histérico, de ὑστέρου uterus*.—No nos interesa por ahora tratar de esta enfermedad, sino en cuanto que modifica las contracciones musculares. Debemos decir, sin embargo, que estas contracciones, que forman la segunda série de los fenómenos que se presentan en cada acceso de histérico, van precedidas ordinariamente de sensaciones esternas ó internas de diferente especie. Uno ó muchos dias antes de la invasion, como observa Georget, experimentan las enfermas por espacio de media hora, y algunas veces de una, escalofrios, entorpecimientos en los miembros, y algunas veces necesidad de pasear, de correr, de saltar, etc. para ejercitarlos. Al mismo tiempo é wteriormente se fija un dolor mas ó menos vivo en el hipo-

gastrio, acompañado de una sensacion semejante á la que resultaria de la accion de una bola que saliendo del lado del útero subiese hasta el cuello, produciendo en él una sensacion de estrangulacion. Los desórdenes en las contracciones de los músculos exteriores no sobrevienen ordinariamente hasta despues de haberse manifestado estos fenómenos. Los movimientos convulsivos del histérico no tienen siempre la misma intensidad ni la misma naturaleza. Esta intensidad puede dividirse en dos grados (Fred. Dubois).

En el primer grado el dolor hipogástrico es moderado, y las convulsiones poco intensas. Están subordinadas, como dice Georget, á los dolores, y son producidas por la voluntad. «Las enfermas, añade este autor, comparan lo que sucede en estos casos á una especie de tirantez general que maquinalmente se opone á toda sensacion dolorosa viva é instantánea.» En estos ataques, los músculos destinados á los grandes esfuerzos, como los de los miembros y los del tronco, son los que se hallan agitados por convulsiones, mientras que los músculos pequeños de la cara permanecen ordinariamente sin alteracion.

Las convulsiones consisten en este grado, en grandes movimientos de estension y de flexion, que, como dice muy bien Georget, es de notar una grande actividad muscular, mas bien que un verdadero estado morbífico. La contraccion muscular adquiere con frecuencia una energía prodigiosa: hay enfermas á quienes cuesta trabajo sujetar aun entre muchas personas: se golpean el pecho y la cabeza; se arrancan los cabellos; se desgarran los vestidos, y aun muchas veces se asen fuertemente de las personas que les rodean y las maltratan. Los músculos de la cara no participan ordinariamente de las convulsiones de los miembros; su aspecto contribuye tan solo á dar á todo el conjunto la expresion del dolor; la cabeza está echada hácia atras; el semblante toma un color rojo, está animado y pocas veces pálido; los ojos por lo comun están cerrados, y los párpados agitados por un estremecimiento continuo. Las enfermas llevan ordinariamente la mano á la region anterior del cuello, como para separar un obstáculo.

El segundo grado de histérico está caracterizado por dolores muy intensos en la region hipogástrica, por una pérdida completa del conocimiento, por movimientos convulsivos mas fuertes y análogos á las convulsiones de la epilepsia. Sin embargo, con un poco de atencion no será difícil distinguir estas dos afecciones, porque en la epilepsia, como ya hemos dicho, se observa casi constantemente espuma en la boca; el rostro está lívido, la mandibula inferior unida convulsivamente á la su-

perior; los ojos abiertos y vueltos hácia arriba, y los pulgares introducidos en las palmas de las manos.

Cada parosismo de histérico vá seguido de un colapso, durante el cual las enfermas permanecen ordinariamente en un estado de continuo estremecimiento, agitadas al menor ruido ó al menor contacto, inmóviles, insensibles á las escitaciones estereiores, y presentando un singular estado de estasis ó de somnambulismo (Foyille). Algunas veces las acometen tres ó cuatro parosismos que dejan entre sí el espacio de cinco ó diez minutos, y forman de este modo un acceso. La duracion total de cada acceso es por lo regular de una hora, algunas veces mas, y en pocos casos duran muchos dias (Georget). Los accesos terminan por una disminucion progresiva de los movimientos convulsivos, acompañada muchas veces de llanto ó de carcajadas violentas, automáticas, que no pueden las enfermas reprimir.

(g) *Temblores*.—Tambien debemos contar entre las lesiones de la contractilidad muscular á las diferentes especies de temblor de las diversas partes del cuerpo que se presentan, bien solas ó bien acompañadas de otras alteraciones del sistema nervioso. Una de las formas mas comunes de lesiones de este género es la que tiene el nombre de *delirio tembloroso* (*delirium tremens*).

En esta afeccion los enfermos presentan al principio un ligero y pacífico delirio, muy pocas veces furioso, y siempre sobre los objetos que les son mas familiares; el semblante está al mismo tiempo animado, los músculos están agitados por sacudidas, los ojos se ponen algunas veces centellantes, y los músculos de la cara están atacados de convulsiones.

Todos estos síntomas presentan ordinariamente tan solo un mediano desarrollo; algunas veces, sin embargo, son muy pronunciados; los enfermos arrojan gritos, y es forzoso sujetarles para hacerles permanecer en la cama.

Si á estos síntomas, sensibles á la vista, añadimos la constipacion, la retencion de orina, un insomnio las mas veces pertinaz, y sobre todo la invasion, rápida casi siempre, de la enfermedad, tendremos un cuadro sintomatológico muy completo, con cuyo auxilio no nos será difícil distinguir el delirio tembloroso de todas las afecciones con las cuales podria confundirsele.

El delirio tembloroso puede ser agudo ó crónico. Cuando es agudo es las mas veces continuo, y su duracion en muy pocos casos pasa de uno ó dos dias; en el estado crónico puede persistir por mucho tiempo, pero entonces se observan ordinariamente lucidos intervalos que alternan con las exacerbaciones.

La causa mas frecuente del delirio tembloroso es el abuso de las bebidas alcohólicas, los dolores ocasionados por algunas operaciones, las fracturas de los miembros, etc.

El mercurio y el plomo pueden tambien, introduciéndose en la economía, dar lugar con el tiempo al temblor de los miembros. No es difícil reconocer entonces la verdadera naturaleza de la afeccion: las mas veces las noticias que se tomen sobre la profesion de los enfermos pueden conducir á la verdad del diagnóstico.

(h) *Fiebre intermitente*.—Los sintomas de la fiebre intermitente presentan tres periodos principales, que se conocen ordinariamente por el nombre de *estados*.

El primero está caracterizado por una sensacion de *frio* que comienza desde luego en la espalda y en las estremidades; al mismo tiempo se observan bostezos, pandiculaciones y la sensacion de una opresion general. La piel está ordinariamente pálida, y toma el aspecto de carne de gallina ó de pato; los labios y las uñas se ponen lívidos. El temblor es mas ó menos pronunciado; algunas veces los enfermos dan diente con diente; por lo regular están encogidos en la cama; la respiracion es fatigosa y acelerada. La ordinaria duracion de este estado es de media á una hora, pero puede prolongarse por muchas horas; en seguida van desapareciendo gradualmente los escalofrios, y entonces sobreviene el segundo estado, al cual caracteriza una sensacion de *calor general*; toda la piel se pone cálida, el rostro está algunas veces inyectado, y los ojos brillan; se observa la pulsacion en las carótidas; en una palabra, se presentan todos los sintomas que caracterizan la fiebre *inflamatoria*.

La duracion de este estado es poco mas ó menos igual á la del primero.

El tercer estado se manifiesta por una *transpiracion* mas ó menos abundante, su duracion es variable, pero raras veces pasa de tres ó cuatro horas.

Quando el tercer estado ha llegado á su término, los enfermos vuelven á las condiciones normales; pero esto ordinariamente no es mas que por cierto tiempo, pasado el cual reaparecen los mismos sintomas.

El espacio de tiempo que hay entre los dos parosismos se llama *apyrexia*. Esta puede ser mas ó menos duradera, y segun el espacio de tiempo que dura, se distinguen las siguientes especies de fiebre:

1.º Fiebre intermitente *terciana*: en la cual la apyrexia dura cuarenta y ocho horas, y los paroxismos se repiten cada tercer dia.

2.º Fiebre intermitente *cuotidiana*: la apyrexia dura solamente veinte y cuatro horas, y los parosismos se repiten diariamente.

3.º Fiebre *cuartana*: la apyrexia dura mas que en las variedades precedentes, y los parosismos dejan entre sí dos dias de intervalo.

4.º Fiebre *terciana doble*: en la que los parosismos se repiten todos los dias, difieren entre sí por su intensidad, por su duracion ó por el tiempo de su aparicion, pero se corresponden todos los dos dias.

5.º Fiebre *terciana duplicada*: se presentan en el mismo dia dos parosismos, que se repiten del mismo modo que en el tipo de la terciana.

6.º Fiebre *triple*: cuando hay dos parosismos cada tercer dia, y uno en el dia intermedio.

Ademas de las variedades que acabamos de enumerar, se han distinguido tambien otras como la *cuádruple terciana*, la *cuartana doble*, la *cuartana duplicada*, las *fiebres quintanas*, *sextanas*, *hebdomadarias*, *octavas*, *nonanas*, *decimales*, *catordecimales*, *trimestriales*, *anuales*, etc., etc. De todas estas variedades la mas frecuente es la fiebre terciana; despues viene la fiebre cuotidiana y la cuartana. La terciana duplicada y la terciana doble son menos comunes, y las demas se presentan tan pocas veces, que su existencia es casi problemática para muchos médicos.

Cualquiera que sea la forma de fiebre, los parosismos están compuestos de los mismos sintomas que dejamos descritos.

Cullen ha observado que por lo general la duracion de la apyrexia está en razon directa de la del frio, y en razon inversa de la del total de los parosismos. Asi es que, segun este autor, la cuartana, en la cual la apyrexia es muy larga, tiene un estado de frio mas duradero y mas violento; pero en general el parosismo es en ella mas corto. La terciana con una apyrexia mas corta tiene el frio tambien mas corto, pero su parosismo es mas largo. Por último, en la fiebre cuotidiana, en que la apyrexia es la mas corta, el frio es tambien muy corto, pero el parosismo dura mucho. Cullen ha advertido igualmente que cuanto mas largo es el parosismo, con tanta mas facilidad puede repetirse (1), lo cual no es mas que una consecuencia de lo que acabamos de decir.

En ciertos casos uno de los estados de la fiebre intermitente deja de aparecer, ó, lo que sucede con mas frecuencia, se altera mas ó menos el órden de sucesion de los estados; esto es

(1) *Instituciones de medicina práctica*, tomo I, pág. 14.

lo que constituye las fiebres intermitentes anormales de los autores.

Estas son las formas mas frecuentes de los desórdenes musculares. Otras muchas puede presentar la facultad contractil de los músculos ; pero , como hemos dicho en otra parte , no bastaria un libro entero para consignarlas todas. Hemos , pues , señalado únicamente las variedades principales ; es necesario estar bien convencidos de esto , y no esperar que hemos de hallar siempre en la naturaleza un completo y fiel traslado de los cuadros que hemos descrito.

¿ En qué clase hemos de colocar la afeccion que nosotros hemos observado en una enferma que perdía instantáneamente el conocimiento , que presentaba algunas convulsiones en los músculos de la cara y en el brazo ; pero que sin embargo de todos estos síntomas se sostenía de pie , aunque andaba hácia atras , y no caía sino cuando tropezaba en algun obstáculo ? ¿ Cómo hemos de clasificar el ejemplo de aquel individuo en el cual Mr. Piorry nos ha dicho que observó la pérdida instantánea del conocimiento , pero sosteniéndose tambien de pie , con movimientos de los miembros superiores semejantes á los que se ejecutan para desnudarse , desórdenes que tanto en la una como en el otro no desaparecian sino al cabo de mas de un cuarto de hora ? Ciertamente que estos casos no presentan una perfecta semejanza en sus síntomas con los de ninguna de las formas que hemos descrito ; y sin embargo , si se les examina con defencion y separadamente , se deducirá por la via de exclusion que la enfermedad de que se trata no puede colocarse sino en la clase de las *epilepsias* ; y lo que decimos de la epilepsia , puede decirse de todas las demas formas de desórdenes musculares.

En otro caso que en el dia estamos observando , y que es muy interesante por muchos conceptos , la afeccion se presenta bajo la forma de accesos irregulares , que tienen el mismo principio que los accesos de histérico. Obsérvanse tambien en algunas personas , como en esta última afeccion , convulsiones expansivas que atacan una grande estension del cuerpo despues de una frotacion de la region anterior del cuello con la mano. Estos accesos terminan tambien por algunos sollozos ó por algunos suspiros profundos. Hasta aqui todos los síntomas se asemejan á los que hemos descrito en el histérico ; pero desde aqui principia nuestra perplejidad en el diagnóstico ; cuando vemos suceder á los síntomas que acabamos de describir un delirio muy alegre sobre las ocupaciones ordinarias de la enferma (una bailarina) y sobre sus conversaciones con diferentes per-

sonas, durante el cual canta muchos pasages de ópera, recita diálogos, ejecuta con las piernas diversos pasos de baile, y á pesar de esto, estraña á cuanto se presenta alrededor de ella, sorda aun al estruendo mas grande, é insensible hasta el punto de no sentir las profundas picaduras de un alfiler, no manifiesta señales de conocimiento ni de dolor sino cuando en medio de su delirio exagera la flexion de la rodilla que tiene mala. El delirio no desaparece hasta despues de un cuarto de hora ó de media hora; entonces abre los ojos, pero sus ideas permanecen por algun tiempo en desórden. Durante el primer periodo del acceso su semblante está animado, como sucede en el histérico, y en el segundo periodo vuelve á tomar su color natural.

Este ejemplo es extraordinariamente curioso: no hemos leído ninguna descripcion de un acceso semejante de histérico; pero esta enfermedad de que tratamos aun en su segundo periodo, no podemos colocarla sino al lado de aquella neurosis.

Despues de haber hecho conocer que hay todavía mas alteraciones de la locomocion que las que aparecen por las divisiones escolásticas, continuaremos su diagnóstico esponiendo algunas consideraciones sobre el sitio que ocupan y sobre su naturaleza.

### §. III.

#### *Consideraciones sobre el sitio y naturaleza de las afecciones nerviosas.*

En todos los ejemplos de convulsiones arriba citados, el sistema muscular está evidentemente puesto en accion; pero está tambien tan unido al desórden de la inervacion, como la locomocion normal á las condiciones normales del sistema nervioso. Para poder hallar la esplicacion de los diferentes fenómenos observados en las diversas formas de convulsiones que hemos citado como ejemplos, es necesario no perder jamás de vista el mecanismo de la locomocion normal, ni olvidar que se compone de muchos elementos.

Toda contraccion muscular, por circunscrita que sea, supone la influencia de un agente particular que recorre los nervios, y llega hasta á sus últimas ramificaciones, perdiéndose en las fibras musculares. Este agente, aunque ignoremos su naturaleza, debe tener alguna analogía con el fluido eléctrico que,

puesto en relacion con los músculos, escita igualmente sus contracciones.

Suponemos que el sistema cerebro-espinal es la fuente principal de la inervacion, y creemos que de él parten todas las influencias capaces de producir la contraccion muscular. Pero estas influencias pueden tener diversas causas, porque el cerebro obra unas veces como sitio de estímulo directo, y otras como instrumento de percepcion, de volicion, y de coordinacion de la facultad motora. Por consiguiente la escitacion puede traer su origen de cualquiera de las causas que acabamos de indicar; pero sea cualquiera la que la produzca, el resultado siempre será el mismo, á saber, la contraccion.

Asi, fácil es prever que las alteraciones de locomocion que hemos observado en las diversas neurosis, pueden ocupar un sitio, y tener una naturaleza diferentes, y presentar un síndrome de síntomas semejante.

Esta consecuencia que se deduce de las leyes de la inervacion, justifica la discordancia de opiniones entre los autores sobre la localizacion de las neurosis de la locomocion, y pone de manifiesto todo lo ridículo de la pretension de los que han querido asignar á todas estas formas un sitio único é invariable.

*Sitio y naturaleza de la epilepsia.* Pocas variedades de convulsiones habrá que tengan un curso continuado; la mayor parte seguirá el tipo intermitente mas ó menos regular. Esta sencilla consideracion nos hace ya presumir que la causa eficiente de las convulsiones, ó, en otros términos, que la disposicion de la economia, favorable á su desarrollo, es las mas veces mutable; que puede desaparecer para volver á presentarse al cabo de cierto tiempo. Este resultado de la induccion está corroborado por la analogía que creemos debe existir entre el mecanismo de las contracciones convulsivas y el de las contracciones normales de los músculos. En efecto, en estas, asi como en las convulsiones de un epilético, por ejemplo, no vemos mas que ráfagas de convulsion que recorren los nervios para reflejarse sobre los músculos; despues viene la calma, y el epilético ejerce sus funciones lo mismo que el sano.

La observacion demuestra tambien esto mismo. Si examinamos atentamente los caracteres anatómicos del cerebro en los epiléticos, nos convenceremos bien pronto de que en una epilepsia simple y sin ninguna complicacion, no hay ninguna lesion constante por la que pueda explicarse la causa de los fenómenos observados durante la vida, y veremos que la congestion cerebral que se nota en los epiléticos muertos durante el acceso, nunca es mas que la consecuencia de una especie de flu-

jo nervioso hácia el cerebro; flujo momentáneo, como lo es la congestión de la cara, que se observa durante los accesos, y que termina con ellos.

Verdad es que en ciertos autores se halla por estenso la descripción de lesiones anatómicas: que algunos, como MM. Bouchet y Casauviell, no solamente han pretendido localizar la lesión patológica de la epilepsia en la sustancia blanca del cerebro, sino que han tratado de determinar su naturaleza, diciendo que era siempre una inflamación crónica; pero M. Bouillaud, autor de la memoria sobre la obra de aquellos médicos, ha conocido la dificultad de explicar suficientemente la causa de los síntomas intermitentes de la epilepsia por las lesiones permanentes que describieron aquellos autores. La experiencia nos ha suministrado otros hechos que vienen en apoyo de los argumentos de este célebre médico, y en el día todos generalmente están convencidos de que las convulsiones de la epilepsia consisten en una alteración del agente motor, alteración que existe algunas veces por sí misma, cuando es inmediatamente producida por la acción directa de las causas, ó que es la consecuencia de algunas afecciones del cerebro, como el cáncer, el tubérculo, la induración, etc., que se encuentran con mucha frecuencia en la epilepsia, pero que no puede por ellas explicarse la causa de esta enfermedad, porque suele hallarse también sin que vayan acompañadas de síntomas de epilepsia. ¿Y quién sabe si estas lesiones no son más bien el resultado que la causa de la afección? Porque es difícil saber desde cuándo están desarrolladas, y por lo mismo es posible que sean el resultado de congestiones sanguíneas hácia el cerebro repetidas con mucha frecuencia.

Todo lo que acabamos de decir de la epilepsia es aplicable á los demás desórdenes intermitentes de la locomoción. Su causa eficiente es la alteración de la inervación. Todas las lesiones anatómicas permanentes no pueden ser consideradas, á lo más, sino como estimulantes de esta alteración, capaz de existir por sí sola, y de producir la misma forma de convulsiones.

Nos es imposible determinar su naturaleza, pero es indudable que no puede ser siempre la misma puesto que los síntomas de las diferentes neurosis no son tampoco enteramente idénticos. Sin embargo, á pesar de las grandes dificultades que esto presenta, podemos hasta cierto punto explicar la causa de la diversidad en el aspecto de las convulsiones, admitiendo una diferencia en su punto de partida. Así es que las convulsiones de la corea parecen que tienen singularmente el carácter de una lesión de la coordinación de los movimientos, y esta es la

razon porque podemos señalar el cerebelo como sitio de esta afeccion, porque es el que parece destinado á desempeñar aquella funcion, segun los experimentos de MM. Bouillaud, Flourens y Magendie.

*Sitio y naturaleza del histérico.* El síndrome de síntomas que se observan en el histérico nos autoriza para considerar el útero como punto de partida de esta neurosis, que ordinariamente principia por alteraciones de las vísceras inmediatas á aquel órgano. Las convulsiones con que terminan los accesos son, en el primer grado, voluntarias, y dependen de la reaccion del cerebro, conservando intacta la facultad de la percepcion. En el segundo grado son instintivas, independientes de la voluntad de los enfermos (los cuales pierden el conocimiento), y parece que resultan, como dice M. Fred Dubois, de la reaccion de la médula espinal. Las convulsiones adquieren una intensidad tan grande porque quedan fuera de la influencia del cerebro. Segun aquel médico distinguido sucede entonces lo que ordinariamente se observa en los fenómenos instintivos. «Si un peligro ordinario amenaza al hombre, su inteligencia es la que le inspira los medios de salvacion, la que apresura y arregla sus movimientos; en una palabra, la que se encarga de apartarle del riesgo que trata de evitar: asi, en este momento, el hombre inteligente tiene una gran ventaja sobre el de mediano talento; pero si un peligro mayor trastornase de repente su entendimiento, anonadando todas las fuerzas de su alma, seria perdido si por una admirable prevision de la naturaleza no existiese en él, y como en reserva, un principio de determinaciones, un principio enteramente orgánico y poderoso; que no razona, pero que obra; que no le grita al hombre que es preciso que se salve, pero que le protege, le aparta del peligro, y le arranca de los brazos de la muerte..... No hay cosas mas opuestas entre si que la voz de la inteligencia y la de la potencia vital: para formarse una idea de esto no hay necesidad de recurrir á los diversos estados morbificos. Escuchemos el grito instintivo y articulado del hombre que mide toda la estension de un peligro, y que llama á aquellos de quienes espera un pronto socorro; este grito es el de la razon; es acentuado, y está sostenido por la inteligencia; asi es que va á poner en cuidado á todos los que han vivido en sociedad con el hombre de quien sale. Escuchemos, por el contrario, el grito de este mismo hombre cuando un peligro espantoso ha hecho que su inteligencia caiga en el estado de estupor, ó desaparezca enteramente; este es el grito salvaje de la potencia vital, penetrante, doloroso, terrible grito que no sola-

mente va derecho al corazón de todos los humanos, sino que, como ha observado un profundo naturalista, los mismos animales no pueden oírle sin terror.»

Segun la esplicacion que acabamos de citar puede darse la razon de la causa de las convulsiones del histérico y de la diferencia que presentan en los dos grados, aunque se considere el sistema nervioso del útero como punto de partida y como asiento principal de aquellas.

No ignoramos que hay muchas objeciones contra esta última opinion, entre otras la de la poquisima frecuencia con que se presentan los accesos histéricos en las mujeres despues de la edad crítica, época en que las lesiones del útero llegan, por el contrario, á ser muy frecuentes. Esta objecion, si tal puede llamarse, se funda en una razon especiosa. En efecto, aun considerando al útero como el sitio que ocupa el histérico, los partidarios de esta opinion no pretenden de ningun modo que el asiento de la afeccion esté en el tegido mismo de este órgano, creen que está en el sistema nervioso que le rodea. Todas las lesiones que provienen del histérico consisten en la alteracion de este sistema: cuanto mayor es su sensibilidad, con tanta mas facilidad puede alterarse. Ahora bien, el mayor grado de sensibilidad uterina se halla ciertamente en las jóvenes, en las cuales todos los estímulos parece que obran mas ó menos sobre el centro nervioso uterino, al que pone en movimiento la menor escitacion: por el contrario en las viejas, cuyo sistema nervioso se halla generalmente endurecido, las lesiones del útero, aunque sean profundas, suelen no producir efecto sobre las partes por donde se estienden las ramificaciones nerviosas. Toda la diferencia consiste, en los dos casos, en las disposiciones del sistema nervioso uterino. Este en algunas circunstancias tiene tanta sensibilidad, que cualquiera influencia moral ó un poco fuerte, directa ó indirecta, le pone en seguida en *ereccion*, y escita á veces convulsiones; en otros casos, por el contrario, el sistema nervioso del útero es de tal modo insensible, que las afecciones que abren en él heridas profundas no bastan ni aun para *hacerle cosquillas*.

Examinado de este modo el verdadero aspecto que presenta el punto en cuestion, no nos parecerá imposible admitir, por lo menos *á priori*, con algunos autores como Hoffmann, MM. Louyer-Willermay, Broussais, Georget, etc., la posibilidad de los accesos histéricos en el hombre. Sobre poco mas ó menos en los dos sexos hallamos la misma expansion nerviosa, en la cual hemos dicho que tiene su asiento el histérico en la mujer, la diferencia podria, pues, consistir únicamente en la fre-

cuencia proporcionalmente mayor de estos accesos en las mujeres que en los hombres; desproporcion fácil de concebir si se atiende á que la impresionabilidad del sistema nervioso es generalmente menor en los hombres porque carecen de una vía de percepción, que es tal vez la que está mas en relación con el desarrollo del histérico.

*Sitio y naturaleza de las fiebres intermitentes y perniciosas.*

Muchas opiniones se han emitido sobre este punto; pero nosotros, lejos de emprender la fastidiosa tarea de enumerarlas todas, nos limitaremos á establecer una de ellas, á la cual vendremos á parar por medió del analisis de los síntomas de esta afeccion. Haremos, en una palabra, lo que hemos hecho con respecto á todas las demas afecciones de que hemos tratado hasta aquí. Cuando se estudian bien los síntomas de la fiebre intermitente en su desarrollo progresivo, es imposible no observar que las alteraciones que se presentan en primer lugar, pertenecen evidentemente á las funciones orgánicas que se hallan bajo la dependencia del sistema ganglionario; por consiguiente esta simple ojeada nos conduce en seguida á reconocer en este sistema el sitio de la fiebre intermitente. Sin embargo faltanos aun resolver si este sitio es uno de los centros del sistema, como pretende M. Braschet, ó lo son mas bien las ramificaciones que rodean los vasos, como cree M. Bouillaud. Nosotros opinamos que es difícil hacer semejante separacion, y por consecuencia que el sistema ganglionario está afectado en su totalidad. Los vasos al principio parece que están sometidos á una construccion espasmódica que se propaga de la circunferencia al centro; la sangre es impelida fuera de la periferia, y vuelve al centro de los órganos, especialmente á lo interior del hígado y del bazo, detrás de los cuales está situado el centro del sistema ganglionario. Por este mecanismo se explica fácilmente la palidez de la piel y su aspecto de carne de gallina; la frialdad y la hinchazon de las vísceras abdominales, y sobre todo del bazo; que es una de las mas vasculares.

La afeccion del sistema ganglionario ejecuta bien pronto su reaccion sobre la médula espinal, y sobreviene un temblor general.

Localizando de este modo la fiebre intermitente, hemos determinado ya su naturaleza; esta es una neuralgia ganglionaria del sistema vascular complicada con alteraciones de la locomocion.

Los hechos siguientes hablan en favor de su naturaleza nerviosa.

1.º Muchas neuralgias se complican con accesos de fiebre intermitente.

2.º Bajo las mismas influencias endémicas se desarrollan al mismo tiempo neuralgias en unos individuos y fiebres intermitentes en otros.

3.º Las neuralgias alternan algunas veces en los mismos individuos con las fiebres intermitentes.

4.º La terapéutica de estas afecciones es la misma.

5.º Las neuralgias, lo mismo que las fiebres, van acompañadas de un flujo hácia las corrientes nerviosas, y algunas también de movimientos convulsivos de las partes afectadas. Un considerable número de puntos de contacto que existen entre estas dos enfermedades, nos inclina á considerarlas á las dos como de una misma naturaleza. Toda la particularidad de la fiebre intermitente consiste en el sitio que ocupa, en su estension, y despues en sus complicaciones con los desórdenes de la locomocion.

Un autor moderno, cuyas innumerables obras contienen muchas observaciones interesantes, ha tratado de localizar la fiebre en el bazo, guiado por la hinchazon frecuente de este órgano y por algunos casos raros en que su lesion traumática producía accesos de fiebre. Sin embargo no es un proceder muy lógico este de establecer la naturaleza y el sitio de la afeccion por solo un incidente de la enfermedad. En primer lugar, ¿quién le ha dicho al autor de esta opinion que la hinchazon de aquel órgano no es producida por las corrientes nerviosas que se dirigen hácia el ganglio semilunar, delante del cual está el bazo en que ha querido localizar la fiebre? Esta opinion tiene por sí misma por lo menos un alto grado de probabilidad, puesto que en las neuralgias esternas se ve también que los órganos afectados son el sitio de la fluxion. ¿Y quién ha dicho á M. Piorry que los golpes del flujo sobre la region del bazo no han obrado al mismo tiempo sobre el ganglio nervioso situado detrás de él? Además, ¿no vemos también la hinchazon del bazo en afecciones diversas de la fiebre intermitente? ¿No la vemos, por decirlo así, constantemente, en una enfermedad que es el tipo de las fiebres continuas (la fiebre tifoidea), y cuya naturaleza es opuesta á la de las fiebres intermitentes?

Por último, nosotros consideramos la fiebre intermitente como el resultado de una alteracion nerviosa que está, como en el histérico, limitada primero al sistema ganglionario, y se complica despues con los desórdenes de la locomocion. Esta alteracion, así como la que constituye todas las demas neurosis, puede ser escitada, ya por la accion directa de los miasmas sobre el sistema nervioso, ya por las diferentes lesiones de los órganos que tienen relacion con este sistema. Así es que

hay fiebres intermitentes sin ninguna lesion notable como la epilepsia, la corea, el histérico *esencial*, y hay tambien otras en las cuales la alteracion nerviosa es escitada por una lesion del tubo digestivo, del hígado, del bazo, de la vegiga, del mismo modo que hemos visto á la epilepsia y á la corea ser escitadas por los tubérculos, los cánceres, las hidatides del cerebro, y los accesos de histérico por lesiones del útero.

Hase dado el nombre de *fiebres perniciosas* á las fiebres intermitentes acompañadas de síntomas graves, capaces algunas veces de comprometer en un instante la existencia de los enfermos. Se las ha distinguido tambien con diversos nombres, segun la especie de sintoma dominante; asi es que hay: 1.º fiebres perniciosas cardiálgicas, cefalálgicas, pleuríticas, etc., segun que los accesos van acompañados de un vivo dolor de estómago, de cabeza ó de costado; 2.º fiebres perniciosas disintéricas ó coléricas, acompañadas de vivos dolores y evacuaciones muy abundantes; 3.º fiebres perniciosas hepáticas, atrabiliarias, diaforéticas, en las cuales hay una abundante evacuacion de bilis, ó una transpiracion copiosa sin dolor, etc.; 4.º fiebres perniciosas soporosas, comatosas, epilépticas, catalepticas, tetánicas, convulsivas, paralíticas, hidrofóbicas, etc., acompañadas de convulsiones cuya especie da el nombre á cada una.

Todas estas variedades se desarrollan bajo la influencia de las mismas causas que producen las fiebres intermitentes ordinarias; ceden igualmente al mismo método curativo que estas últimas, y las preparaciones de quina son el específico de ambas enfermedades. Ahora, ¿cuales son la naturaleza y el sitio de las fiebres perniciosas? Muchos médicos consideran sus síntomas graves, como verdaderas complicaciones que acompañan á los síntomas de la fiebre intermitente simple.

Pero es necesario, ante todas cosas, que nos espliquemos sobre el valor de estas complicaciones. El que en una fiebre perniciosa disintérica no vea mas que una complicacion de la fiebre intermitente simple con la disenteria, se equivocará completamente; y la prueba es que tan pronto como la fiebre se cura, desaparece tambien la disenteria, mientras que por mucho que se empleasen los antillogísticos contra la disenteria, no se impediría la reaparicion de los accesos de fiebre perniciosa de la misma naturaleza.

Creemos que la naturaleza de las fiebres perniciosas es en el fondo la misma que la de las fiebres intermitentes simples: que la misma afeccion de la inervacion que dá lugar á estas puede producir aquellas si es mas estensa y mas profunda. En-

tonces la alteracion nerviosa no se limita solamente á las ramificaciones nerviosas que rodean al árbol circulatorio, como á nuestro parecer sucede en la fiebre intermitente simple, sino que irradia sobre las ramificaciones nerviosas de las vísceras y aun sobre el centro cerebro-espinal, y escita en ellos congestiones, cuya violencia toca casi en inflamacion, y puede cambiarlas algunas veces en una verdadera flegmasia.

Se ha dado el nombre de fiebres *larveas* ó *encubiertas* á las afecciones caracterizadas por un sintoma mas ó menos grave que se reproduce con determinados intervalos como los de la fiebre intermitente. Por esto se ha dicho que una fiebre *larvea* es la misma cosa que una fiebre intermitente, con la única diferencia de que aquella no va acompañada como esta de estados de frio, de calor y de sudor. Esta idea es ciertamente exacta en el fondo; pero creemos que no es la aplicacion de la palabra *fièvre larvea* la que conviene á los síntomas que se designan con este nombre.

En efecto, todos los fenómenos que han recibido este nombre, aunque tengan algunas veces los caractéres de la inflamacion, son periódicos, se manifiestan con frecuencia bajo el influjo de las mismas causas que las fiebres intermitentes, y ceden á las preparaciones de quina como estas últimas. Todo esto prueba que la esencia de esta afeccion debe consistir en una lesion movible, y la analogía nos hace creer que esta lesion no es otra cosa mas que una neuralgia, en la cual los accesos se repiten con mas regularidad que en las circunstancias ordinarias.

Se vé por lo que acabamos de decir que no ha faltado razon para asimilar esta especie de afeccion á las fiebres intermitentes, porque estas son evidentemente neuralgias. Sin embargo, no les conviene de ningun modo el nombre de fiebres intermitentes *larveas*. Si la neuralgia que constituye la fiebre intermitente vá acompañada de movimiento febril, ó de alteraciones en la circulacion general, debe este caracter á la especialidad del sitio que ocupa; nosotros la hemos colocado en las ramificaciones nerviosas que rodean el árbol circulatorio, y es muy natural que cuando ocupe otro órden de nervios, no presente los estados de la fiebre intermitente, á no ser que esté complicada con ella, como se observa en las fiebres perniciosas.

*Naturaleza de los síntomas de la meningitis cerebral.*— Las convulsiones, en lugar de seguir un curso crónico y las mas veces intermitente, pueden desarrollarse de un modo agudo mas ó menos continuo, terminar al cabo de algunos dias por la parálisis de los miembros ó por el estado comatoso, ó desapa-

recer para dar lugar al estado normal. Las que se observan en la meningitis pertenecen á este órden de alteraciones de la locomocion; y estudiando atentamente todo el curso de esta enfermedad, hallaremos dos séries de síntomas que se suceden inmediatamente: el primero consiste en movimientos convulsivos ó en espasmos tónicos, y el segundo está caracterizado por la resolucion general de todos los músculos, y por la parálisis mas ó menos completa de la sensibilidad y de la inteligencia.

Cuando tratamos de remontarnos al origen de todos estos síntomas, no tardamos en conocer que parten todos del centro cerebral. Esta especie de localizacion nos esplica al mismo tiempo la causa de la diferencia que se observa entre los síntomas de los dos periodos de la meningitis.

Al principio el cerebro se halla evidentemente escitado, porque todas sus funciones ofrecen entonces cierto grado de exaltacion. La sensibilidad general es en muchos casos escesiva; los enfermos están agitados, cambian continuamente de lugar, se quejan muchas veces al menor contacto, sus oidos perciben hasta los sonidos mas débiles, los cuales les causan una sensacion penosa; la retina, cuya sensibilidad se aumenta mucho, recibe impresiones dolorosas de los rayos luminosos, y escita la contraccion de las pupilas para disminuir el campo de la vision; la cefalalgia es intensa, y muchas veces los enfermos llevan la mano al punto dolorido, y arrojan gritos hidrencefálicos. La misma exaltacion se observa en la inteligencia y en la locomocion; en el primer periodo de la meningitis es donde se observan el delirio, los sobresaltos de tendones, los espasmos y las convulsiones; en una palabra, todo indica en este periodo un acrecentamiento de actividad en todas las funciones cerebrales.

Examinando tambien racionalmente estos síntomas de la meningitis, no es difícil conocer que no pueden ser de larga duracion; en efecto, no es inagotable la fuente que suministra hasta aqui la inervacion á los desórdenes de todas las funciones cerebrales. El cerebro se cansa en fin, despues de haber sufrido pérdidas tan grandes de inervacion, y entonces llega el segundo periodo de la enfermedad, periodo de debilidad, de resolucion, ó lo que se llama estado comatoso. La sensibilidad se embota mas ó menos; muchas veces ni las punciones ni los gritos sacan de su letargo á los enfermos; la retina sufre sin alterarse el contacto de innumerables rayos luminosos, las pupilas permanecen dilatadas, porque sus músculos constrictores, cuya esperiencia ha sido tambien demostrada por M. Giraldés

en su obra (1), participan de la parálisis de todos los demás músculos del cuerpo. En seguida del delirio sobreviene una debilidad de la inteligencia, el coma.

Este es el modo con que pueden diagnosticarse las condiciones fisiológicas del cerebro en los dos periodos de la meningitis. Este diagnóstico tiene á nuestro modo de ver tanta mas probabilidad, cuanto que está fundado sobre los fenómenos de la inervacion en el estado sano, y cuanto que tiene analogía con otros estados patológicos. En todos los casos vemos que la debilidad sucede á las pérdidas continuadas de inervacion; todas las circunstancias capaces de embotar considerablemente las impresiones, ó de debilitar la energia del centro nervioso comun, producen, como observa Cabanis, un sueño profundo mas ó menos súbito. Un epiléptico, cuyos miembros han sido agitados por violentas sacudidas convulsivas, no vuelve á tomar sus disposiciones normales hasta despues de haber restablecido sus fuerzas por medio de un sueño mas ó menos largo. Una mujer histérica, á la cual no pueden contener muchas personas durante el acceso, cae desvanecida cuando este desaparece, y permanece en este estado por espacio de una hora ó de muchas. Duérmese un viajero profundamente fatigado de una larga jornada, y está sordo al ruido que hay alrededor de él, é insensible á la intemperie.

Si despues de haber hecho el diagnóstico fisiológico de las alteraciones agudas de la inervacion que constituyen la afeccion llamada *meningitis*, tomamos el escalpelo para descubrir qué es lo que presentan los órganos, observaremos en las meninges, y sobre todo en la pia-mater y en la aracnoides inflamadas, los diferentes caractéres que generalmente se hallan en las inflamaciones de los tegidos sero-vasculares. Algunos autores han querido asignar lesiones particulares á cada uno de los periodos de la meningitis, y han atribuido el estado comatoso á la compresion del cerebro por la expansion. Pero los experimentos ulteriores, y sobre todo las investigaciones de M. Andral (2) han demostrado la poca solidez de esta opinion; en muchos individuos que murieron á consecuencia del coma, aquel médico distinguido ha hallado lesiones á las cuales otros médicos aplican ordinariamente el primer periodo de la meningitis. Muchísimos casos citados por Mr. Piet en su tesis llena

(1) *Estudios anatómicos del ojo considerado en el hombre y en algunos animales.* Paris, 1837.

(2) *Clinica médica*, 5. tomos.

de interés (1) hablan tambien en favor de esta opinion.

Ahora la gran cuestion que hay que examinar es la de saber si las alteraciones agudas de la locomocion y de las demas funciones cerebrales que caracterizan la meningitis, pueden ó no existir algunas veces aisladamente como hemos visto que se presentan las alteraciones intermitentes de las mismas funciones.

La esperiencia en esta circunstancia dá tambien una respuesta afirmativa.

Los diversos desórdenes de la locomocion que vemos sobrevienen en la meningitis, «pueden igualmente manifestarse, dice Mr. Andral, en las enfermedades conocidas con el nombre de fiebres graves, á las cuales por los síntomas que presentan nos inclinamos tantas veces ó colocar en el cerebro, mientras que la anatomía les señala otro sitio. En las fiebres, como en la meningitis aguda, hemos observado sobresaltos de tendones, movimientos convulsivos muchas veces parciales, y en muy pocos casos generales, trismus, sacudidas tetánicas del tronco ó de los miembros, contraccion, rigidez y parálisis de estos, parálisis de los párpados y de los labios, temblor de ciertos músculos y rechinar de dientes; pero en la inmensa mayoría de casos estos fenómenos son mas frecuentes, menos intensos, menos multiplicados, mas permanentes. Sia embargo, su existencia prueba por lo menos que la modificacion que la irritacion de las meninges crea en el cerebro puede producirse tambien en él, bajo la influencia de otras causas, y sin que despues de la muerte se halle, ni en su sustancia ni en las meninges que le sirven de cubierta, ninguna alteracion notable (2).»

Las fiebres graves no son la únicas que dan lugar á un número mas ó menos considerable de los síntomas de la meningitis. En efecto, suele observárseles en el curso de las viruelas, y sobre todo durante la fiebre de supuracion, en el curso de las pneumonias intensas, en las flebitis despues de la reabsorcion de las materias pútridas, sin que en muchos casos las meninges presenten los caracteres anatómicos de la inflamacion.

Mr. Piet cita tres ejemplos de este género; en el primero los síntomas de la meningitis se hallan manifiestos por una violenta gastro-duodenitis, y por una notable hinchazon de los folículos aislados y de las chapas del intestino delgado; en el segundo, tomado de M. Charpentier, se hallan algunas úlce-

(1) *Disertacion sobre la meningo-cefalitis*. Paris 1836, tesis número 279.

(2) *Loco citato*.

ras en el ileon con muchas y grandes chapas de folículos rojos é hinchados, principalmente hácia la bálbula; en el tercero, en fin, se halla por única lesion un vasto foco purulento detras de la glándula tiroidea con desprendimiento considerable de los tegidos. Si á todos estos casos añadimos otros en los cuales vemos desarrollarse un gran número de síntomas que pertenecen á los dos periodos de la meningitis, bajo la influencia de ciertos venenos y de las emanaciones de plomo, sin que en la autopsia se observe el menor vestigio de la inflamacion de las meninges, nos veremos obligados á deducir que la alteracion que constituye los desórdenes de la locomocion y de las demas funciones cerebrales, puede en la meningitis existir por sí sola, asi como hemos visto alteraciones crónicas que ocasionan neurosis. Esta conclusion nos conduce del modo mas natural á otras que podremos reasumir en las proposiciones siguientes:

1.<sup>a</sup> La inflamacion de las meninges no es mas que una de las causas que pueden escitar la alteracion aguda de la inervacion, á la cual podria darse un nombre particular, como se ha dado tambien á los desórdenes crónicos que constituyen la epilepsia, la corea, el histérico, etc., y que pueden tambien ser provocados por cualquiera lesion que, mas ó menos directamente, obre sobre el centro cerebro-espinal.

2.<sup>a</sup> En todos los casos de desórdenes nerviosos cuya causa es una meningitis, es necesario distinguir la inflamacion de las meninges, de la misma alteracion nerviosa. En efecto, son estos dos elementos dependientes el uno del otro en el caso de que se trata, pero cada uno de ellos tiene un valor particular. Asi como el desórden nervioso que acompaña á la meningitis puede existir aisladamente, asi tambien la inflamacion de las meninges puede existir sola sin producir aquella alteracion. Basta para esto que la meninge inflamada sea la que esté separada de la sustancia cerebral, ó que el cerebro sea poco susceptible de impresiones; circunstancia que parece se halla en los casos citados por M. Piet en su tesis, y tomados de las obras de MM. Charpentier, Parent, y Martinet (1).

(1) Muy fácil es convencerse de que todos los síntomas de la meningitis provienen directamente del desórden de la inervacion cerebral, y de que la inflamacion de las meninges en este fenómeno no desempeña otro papel que el de escitante. En efecto; para esto no hay mas que comparar los síntomas de la inflamacion de la membrana mas apartada del cerebro con los de la *aracnitis* ó de la *piaitis*.

Es imposible diagnosticar la afección cuando está limitada únicamente á la dura-mater; porque queda, por decirlo asi, aislada del resto de la economía, y no se manifiesta por ningun dolor ni por ninguna alteracion capaz

3.º Los desórdenes nerviosos que dependen de la meningitis no pueden presentar siempre el mismo aspecto, puesto que la impresionabilidad del cerebro en la inflamacion de las menin-

de hacer presumir su existencia. Un hombre se presentó en la Caridad hace cuatro años, que habia dado una caída sobre el occipital. Al principio, ningun accidente le sobrevino; mas tarde sintió un dolor sordo, y al cabo de mucho tiempo se vió afectado de sacudidas convulsivas, y en sus intervalos, de entorpecimiento del miembro torácico. Los accesos de las convulsiones fueron haciéndose mas frecuentes; sobrevino la parálisis del brazo, y á esta siguió bien pronto la de la pierna. Por último, el enfermo fue atacado de aturdimientos, y murió presentando todos los signos de una fuerte apoplejia. La parte izquierda de la tienda del cerebelo era un tumor voluminoso de naturaleza fibrosa, que partiendo de la dura-mater, apartaba por una parte el lóbulo posterior del hemisferio cerebral de aquel lado, y comprimía por otra el cerebelo. Este es el que habia sufrido mayor alteracion: todo su lóbulo izquierdo estaba considerablemente disminuido, y su sustancia habia adquirido una dureza extraordinaria. (Andral, *Clinica médica*, 5.º tom., pág. 5 y siguientes.)

Es muy verosímil que la primera lesion de que fueron consecuencia las demas, fuese en este caso la inflamacion de la dura-mater; y á ella es á la que nosotros atribuimos la formacion del tumor. Si examinamos ahora cuáles fueron los síntomas de esta inflamacion, veremos que no se presentó casi ninguno: no habia mas que una cefalalgia occipital que hubiera podido llamarse *reumática*. Esta dependia probablemente de haberse propagado la irritacion á algunas de las ramificaciones nerviosas del epicranium; porque es imposible concebir la existencia del dolor sin su participacion del sistema nervioso. Mientras que el tumor no hubo adquirido el volúmen suficiente para tocar la superficie cerebral, no vimos ningun síntoma de la meningitis; pero luego que hubo llegado este momento observamos primero los movimientos convulsivos, resultado de la escitacion del cerebro, y despues la compression, que impidiendo cada vez mas la circulacion nerviosa, produjo la parálisis. Lo que acontece en la inflamacion de la dura-mater sucederia ciertamente en la de todas las demas membranas del cerebro si no se hallasen en contacto con la superficie de este órgano. Por consecuencia de esta disposicion anatómica es imposible que el cerebro no participe de algun modo del estado anormal de sus cubiertas; recibe, pues, sus impresiones, lo mismo que los nervios del epicranium que hemos supuesto se irritan á consecuencia de la inflamacion de la dura-mater, y lo mismo que suponemos la irritacion de los nervios en todas las inflamaciones que van acompañadas de dolor. Toda la diferencia que hay entre los síntomas nerviosos de una inflamacion ordinaria de todas las partes sensibles, y los de la meningitis, consiste en la diversidad de las funciones que desempeñan los órganos afectados consecutivamente. En el primer caso observamos que no sobreviene mas síntoma que el dolor, porque los nervios de la percepcion no desempeñan mas funcion que la de la sensibilidad; por el contrario, siendo el cerebro el centro de todas las percepciones, el principal agente de todos los movimientos, y el órgano especial de la inteligencia, facilmente se comprenderá por qué razon puede presentar alteraciones en estas tres funciones, cuando esté irritado por la inflamacion de sus cubiertas.

ges no es la misma en todos los individuos. De aquí se infiere que estas lesiones unas veces no producirán ningún desorden de la locomoción; otras darán lugar á convulsiones clónicas generales ó parciales, y otras serán causa de espasmos mas ó menos estensos, de parálisis general, de hemiplegia, ó de parálisis de un solo miembro. (Andral, *Clinica médica*, tomo 3.º, obs. XV.) Sucede tambien, aunque raras veces, que la impresionabilidad de un hemisferio es mayor que la de otro; y la lesion de las meninges, por muy uniformemente esparcida que esté por los dos hemisferios del cerebro, no dá lugar en algunas circunstancias mas que á la hemiplegia. (Andral, *loco citato*, obs. XXIII.)

4.ª Asi como en las neurosis crónicas, no obstante la diversidad de sus síntomas, vemos que todas las formas conservan ordinariamente algunos caracteres patognómicos que dependen de la diferencia del sitio que ocupa la afección, y de su punto de partida, asi tambien la meningitis, á pesar de la diversidad de alteraciones de que frecuentemente es causa, imprime á los desórdenes nerviosos un sello particular que hace que se les distinga de las demas alteraciones de la misma naturaleza producidas por distintas causas. Este sello se reconoce en los caracteres siguientes: cefalalgia por lo regular fuerte al principio de la enfermedad, y que hace arrojar á los enfermos gritos hidrencefálicos, acompañada casi constantemente de vómitos, cuya causa no se manifiesta por ninguna lesion del tubo digestivo; delirio que se manifiesta casi siempre desde el principio; una especie de embriaguez con palabras inconexas, mal articuladas, entremezcladas con un murmullo sordo, y como mascadas. Este género de delirio es, por decirlo asi, patognómico de la meningitis; MM. Parent y Martinet, Ruz y Piet, consideran este signo como el mas principal de la afección, puesto que en los casos en que las alteraciones nerviosas análogas á las de la meningitis son el resultado simpático de las afecciones de los demas órganos, el delirio es ordinariamente furioso y acompañado de vociferaciones. En fin el delirio de la meningitis jamás es continuo: alterna desde el principio con el coma. «Fácilmente se puede, dice M. Piet, sacar al enfermo de su estado, excepto en los últimos dias ó en las últimas horas. Si se le hacen preguntas, responde acorde, pero siempre con brevedad, sin fruncir las cejas como los tifoideos, y sin el aire de mal humor y de enojo que tienen estos.»

El estupor de la meningitis se parece, segun Odier, á aquella especie de entorpecimiento que se experimenta por las mañanas cuando se ha dormido mucho y se quiere dormir mas todavía,

pero lo impide una causa cualquiera exterior, poco poderosa para despertar completamente, pero suficiente para no dejar dormir. Los enfermos en estos casos, mas bien que deliran parece que sueñan.

A estos caractéres debemos añadir la constipacion muchas veces pertinaz; las alternativas de rubicundez y de palidez en la cara; y el decúbito en supinacion y lentitud del pulso al principio de la enfermedad.

Si los desórdenes de la locomocion van acompañados de semejante síndrome de síntomas, puede atribuírsele á una meningitis, sea cual fuere la forma que afecten.

*Contraccion de los miembros, eclampsia, tétanos.* Lo que hemos dicho de las alteraciones nerviosas que acompañan á la meningitis cerebral es aplicable en gran parte á los desórdenes de que vamos á hablar. Segun M. Lallemand, de Montpellier, la contraccion de los miembros indica siempre el reblandecimiento de la sustancia cerebral. Cuando un estado semejante existe, los miembros, segun este profesor, experimentan contracciones durante el curso de la enfermedad, escepto en los casos de reblandecimiento de las partes blancas y medias.

Sin embargo, aunque estimamos en mucho las opiniones de este sábio, y tenemos por ellas una particular consideracion, no podemos dejar de señalar una grande inexactitud que hay, en la que tiene relacion con el asunto que nos ocupa. El reblandecimiento del cerebro es sin duda la lesion anatómica que con mas frecuencia dá lugar á las contracciones; pero ni es la única causa de ellas, ni puede en todos los casos producirlas. M. Andral cita innumerables ejemplos de contracciones sin reblandecimiento de la sustancia cerebral, y por otra parte refiere casos en que esta lesion no se ha manifestado por medio de algun síntoma durante la vida. M. Piet cita tambien muchos hechos semejantes á este. De todos estos ejemplos podemos deducir que las contracciones de los miembros constituyen una neurosis, capaz de existir en ciertos casos sin ninguna lesion orgánica, escitada algunas veces por la meningitis, y que mas frecuentemente sucede al reblandecimiento de la sustancia cerebral. La existencia de este último será muy probable cuando las contracciones ocupen solamente un lado, que con mas frecuencia es el opuesto al de la lesion del cerebro. Los ejemplos escepcionales, en los cuales se han observado las contracciones en el lado correspondiente al reblandecimiento, son poco comunes, pero al mismo tiempo son incontestables.

La eclampsia y el tétanos vienen en apoyo de lo que acabamos de decir acerca de la naturaleza de las alteraciones nervio-

sas agudas, por la analogía que debe existir entre las leyes y los fenómenos del sistema, cuyas afecciones estudiamos.

Si está demostrado que la eclampsia sobreviene con mucha frecuencia en los recién nacidos, y á consecuencia de lesiones directas del cerebro, es también incontestable que en muchos casos es provocada por las irritaciones del tubo digestivo, y que aun algunas veces es imposible atribuirla á otra causa que á una modificación particular de la inervación, que particularmente se verifica en la época de una de las muchas revoluciones que señalan el periodo comprendido entre el nacimiento y el fin de la infancia.

Las convulsiones tetánicas pueden, como hemos dicho, sobrevenir en el curso de la meningitis cerebral; muchas veces se las ha visto suceder á una meningitis raquidiana. Pero estos hechos estan separados de aquellos en que las mismas alteraciones sobrevienen instantáneamente en el momento de una herida ó de la picadura mas ligera, por una tan grande distancia que no nos permite considerar siempre estas convulsiones como sintomáticas.

Terminaremos aquí nuestras consideraciones sobre el sitio y naturaleza de los desórdenes de la locomoción. Si hemos supuesto con alguna estension nuestro parecer sobre este punto es porque conocemos bien toda la importancia que tiene. Creemos haber demostrado suficientemente: 1.º que en toda lesión de la locomoción que se presenta bajo cualquiera de las diferentes formas de neurosis hay constantemente un desorden de la inervación que está destinada al desempeño de esta función: 2.º que no obstante los diversos aspectos con que pueden presentarse las convulsiones en las diferentes formas de neurosis hay algunas que no se repiten muy constantemente con caracteres análogos: 3.º que estas alteraciones unas son crónicas, y otras son agudas en su curso: 4.º que no todas las variedades de desórdenes de la locomoción reconocen constantemente las mismas causas, ni parten siempre de un mismo punto: unas veces pueden ser ocasionados por la acción directa de las causas sobre el centro cerebro-espinal; otras pueden ser excitados simpáticamente; en fin, todos ellos pueden resultar de una alteración primitiva y directa de la inervación general.

Hemos llegado así progresivamente á hallar una grande analogía entre el mecanismo de las lesiones del sistema nervioso, y el de las lesiones de la sangre.

Por largo tiempo se ha creído en la existencia casi esclusiva de lesiones primitivas de la sangre. A la aparición de la escuela fisiológica todas las lesiones de este líquido no estaban conside-

radas mas que como consecutivas á las de los órganos. Pero en el dia está demostrado que la mayor parte de las lesiones de la sangre, como su putridez ó su inflamacion, pueden ser no solamente *sintomáticas*, sino, si se quiere, esenciales, es decir, primitivas, independientes de toda lesion de los órganos.

Y si no tuviésemos ya suficiente número de hechos para probar que otro tanto sucede con las alteraciones de la inervacion, la uniformidad de las leyes que parece rigen á nuestra economía, no obstante la diversidad de los órganos que la componen, seria un poderoso argumento en favor de una induccion semejante.

## CAPITULO VIII.

### *De los signos deducidos del sueño.*

Las enfermedades pueden algunas veces perturbar mas ó menos el sueño normal. Obsérvanse particularmente los insomnios en el curso de las afecciones agudas muy dolorosas, ó que ocasionan un movimiento febril graduado; pero es difícil y aun imposible deducir de tales alteraciones algunas consecuencias para el diagnóstico de las enfermedades.

En algunos casos presenta el sueño formas que merecen observarse, por ser peculiares de ciertos géneros de afecciones.

Se distinguen: 1.º *la soñolencia ó adormecimiento*, que es un estado intermedio entre el sueño y la vigilia, y se observa especialmente en la meningitis y en algunas fiebres graves. Pudiera decirse entonces, que los enfermos desean dormir; pero que se lo impiden las continuas escitaciones que sienten, que aunque no son bastante intensas para despertarlos completamente, son, sin embargo, suficientes para tenerlos desasosegados.

2.º *El sopor ó catáfora*. El sueño es profundo, y es muy difícil despertar á los enfermos.

3.º *El coma*, adormecimiento aun mas graduado que en la forma precedente. Se distinguen dos variedades: *coma vigil*, sopor acompañado de delirio; el paciente habla solo; tiene sus ojos cerrados, los abre cuando se le llama, volviéndolos á cerrar inmediatamente despues. *Coma somnolentum*, sopor sin delirio. El enfermo está taciturno: no habla sino cuando se le despierta; guarda silencio, y permanece inmóvil en los intervalos.

4.º *Caro*, insensibilidad completa, de cuyo estado no es posible sacar á los enfermos.

5.º *Letargo*, sueño en que no estan completamente abolidas

las percepciones exteriores; pero hay inmovilidad absoluta, y es imposible toda reaccion. Todas estas formas del sueño morboso se encuentran con mucha frecuencia en las afecciones cerebrales, en las fiebres graves, etc.

Segun el testimonio de algunos autores, puede tambien el letargo constituir por si mismo una enfermedad que debe colocarse al lado de las demas neuroses, tales como la catalepsia y el histerismo, que hemos visto existir, ya como esenciales, ya como sintomáticas. Hemos leído muchos hechos de esta especie en una tesis llena de interés, sostenida en la Facultad de medicina de Paris en 1833, por M. el doctor Pfendler de Viena. Para dar una idea de la afeccion que nos ocupa, vamos á referir en resúmen un caso muy curioso que se halla consignado en ese trabajo (1).

La señorita G. M., de edad de 15 años, que menstruaba desde los 14, robusta, bien conformada, de temperamento sanguíneo, muy blanca y de buen color, dió lugar á sospechar que se entregaba á la masturbacion. El clitoris estaba en ella muy desarrollado. El 13 de diciembre de 1820, cuatro meses despues de la aparicion de la regla, sintió la enferma una cefalalgia intensa, gran sensibilidad é irritabilidad, sueños cortos, convulsiones generales sin presentarse saliva espumosa en la boca; 5 ó 6 hombres no podian sujetarla durante sus accesos. Despues de tres semanas que se hallaba en este estado, se declaró la corea, inmediatamente despues la catalepsia y un verdadero tétanos, sobreviniendo posteriormente el letargo. Duró este tres ó cuatro dias, y se repitió diez ó doce veces. En vano se emplearon todos los antiespasmódicos y calmantes. En la última consulta, á la que asistieron los primeros médicos de Viena, Pedro Frank, Malfatti, Capellini, etc, se decidió que la enferma estenuada en consecuencia de tan grave padecimiento no ofrecia ninguna esperanza de vida, y que todo lo mas podria vivir dos ó tres dias. En efecto, la tarde siguiente, hallándome á la cabecera de su cama (dice el autor del trabajo, de quien tomamos esta observacion), hace un movimiento, se levanta, y se arroja á mí como para abrazarme, y cae en seguida, quedando como muerta. Durante cuatro horas me pareció enteramente inanimada, é hice con MM. Frank y Schaësseer todos los ensayos posibles para encender en ella una chispa de vida. A pesar de eso, ni espejo, ni pluma quemada, ni amoniaco, ni picadura pudieron darnos una sola señal de sensibilidad. Se empleó el

(1) *Algunas observaciones que pueden servir para hacer la historia del letargo.* Tesis sostenida en Paris el 3o de agosto de 1833.

galvanismo sin dar ningún indicio de contractilidad; el mismo M. Frank la creyó muerta, aconsejando, sin embargo, que se la dejase en el lecho. Continuó en el mismo estado por espacio de veinte y ocho horas; ya se creía percibir un poco de putrefacción; las campanas habían anunciado su muerte; sus amigas acababan de vestirla de blanco, y coronarla de flores, preparando todo lo necesario para la inhumación. Queriendo convenirme de los progresos de la putrefacción, me acerqué á la señorita de M. \*\*\*; nada había adelantado la putrefacción; al contrario; cuánta fué mi admiración cuando me pareció percibir un débil movimiento de respiración! La observé de nuevo, y ví que no me había engañado. Practico inmediatamente fricciones, recorro á los irritantes, y despues de hora y media se aumenta la respiración; abre la enferma los ojos, y sorprendida del aparato fúnebre, recobra el conocimiento, y me dice sonriéndose: *soy demasiado jóven para morirme*. Este estado fué seguido de un sueño de diez horas. La convalecencia fué corta, y la enferma se vió bien pronto libre de todas sus indisposiciones nerviosas. Durante su letargo lo oyó todo, y refirió algunas palabras latinas, pronunciadas por Frank al lado de su cama: su mas horrible tormento era oír los preparativos de su muerte, sin poder salir de aquel estado.

Hemos referido detalladamente esta observación en razon del interés que debe inspirar á los lectores por su originalidad. Actualmente con el auxilio de la auscultación no seria tal vez tan difícil distinguir ese estado de la muerte real. Es probable que á pesar de la suma debilidad de los movimientos respiratorios pudieran el oído apreciar el ruido de la respiración, y particularmente los del corazón.

Ademas de las formas del sueño, de que acabamos de hablar, debemos señalar las que acompañan á las diferentes neuras. De esta manera, en medio de las convulsiones epilépticas, durante la eclampsia y el segundo grado del histerismo, pierden las enfermas el conocimiento, quedando insensibles á todas las escitaciones exteriores. Lo mismo puede observarse, al menos en gran parte, en la catalepsia. No obstante, en esta afección parece que las estremidades nerviosas internas continúan percibiendo las impresiones, porque en muchos casos se despiertan las pacientes, y manifiestan sentir cuando se les comprime la region del dolor. Algunas veces tambien se despiertan despues de la escitación de ciertas partes esternas. He visto hace un año una mujer, á quien asistia M. Fouquier, que contraía violentamente los miembros inferiores, siempre que se le hacian cosquillas en las plantas de los pies, y hacia gestos

cuando se le pasaba la barba de una pluma por los labios, y sin embargo no sentia las picaduras de alfileres, practicadas en cualquiera otra parte. En el sueño cataléptico tienen los miembros una facultad singular de conservar la posicion que se les da, de modo que se puede poner á los enfermos de pie como estátuas, y darles las actitudes mas penosas, sin experimentar la menor resistencia de los músculos, ó de la voluntad de los enfermos.

Por último, este es el momento oportuno para hablar del sueño magnético, producido *en ciertos individuos por el influjo de otro que ejerce ciertos actos con el objeto de ocasionar ese estado*. El sueño magnético que, preciso es decirlo, no es un resultado constante de todas las tentativas de los magnetizadores, va acompañado de un grupo de caractéres que no hemos visto hasta ahora, al ocuparnos de las diferentes formas de las neurosis. Algunos somnábulo (asi se llaman las personas dormidas bajo el influjo del magnetismo) no oyen mas que la voz de su magnetizador; muchos contestan exactamente á las preguntas que les dirigen este ó las personas con quienes se les ha puesto en relacion; otros hablan con todos los individuos que los rodean. Sin embargo, es raro que oigan lo que pasa al rededor de ellos; muchas veces se manifiestan completamente estraños á todo ruido exterior, y aun al que se hace impensadamente cerca de sus oidos, tales como el producido por un fuerte choque de dos vasos metálicos, etc. Sus ojos estan cerrados, los párpados ceden difícilmente á los esfuerzos que se hacen para abrirlos (1). Esta operacion deja ver el globo del ojo convulso y dirigido hacia la parte superior ó inferior de la órbita. En algunos casos no hay olfato; en otros muchos la sensibilidad general es tan obtusa, que se puede pinchar, picar profundamente á los enfermos sin despertarlos, y algunos, se dice, que han sufrido durante este sueño operaciones dolorosas sin manifestar la menor sensacion.

Hemos visto hasta aqui una analogía bastante notable entre los síntomas del sueño magnético y los observados en algunas neurosis para poder admitir *á priori* la posibilidad de su existencia. Hemos notado en el estudio de estas afecciones que se desarrollaban de un modo sucesivo los diferentes desórdenes de la inervacion: ya se limitaban á la locomocion y se presentaban bajo la forma de convulsiones ó parálisis; ya estaban casi estinguidas á un mismo tiempo la sensibilidad y la movilidad; en fin, las facultades intelectuales que hasta entonces permanec-

(1) Conclusiones del informe de la comision de la Academia de medicina en 1831. Extracto del artículo *Magnetismo* tan instructivo como acre del Diccionario en 15 volúmenes.

eran intactas, ofrecían simultáneamente con las convulsiones ó parálisis de los movimientos y de la sensibilidad, desórdenes de diferente naturaleza: el cerebro insensible á todas las excitaciones exteriores, conservaba aun la facultad de impresionarse él mismo por medio de los objetos que le presentaban la memoria ó la imaginación. En otras ocasiones era nula también esta facultad; y no había recuerdo de lo pasado, ni conciencia de lo presente. En algunos casos, como en el letargo, hemos visto coincidir la facultad de percibir, al menos por medio de ciertos sentidos, con el conocimiento de lo presente y la imposibilidad de reacción.

Analizando los síntomas de todas las neurosis, es difícil no descubrir una especie de graduación en el desarrollo de los fenómenos, desde los más simples y fáciles de comprender hasta los más compuestos, de cuya realidad pudiéramos sospechar si los considerásemos aislados, sin seguir su marcha sucesiva. Pudiera decirse que la naturaleza nos conduce paso á paso en el estudio de los desórdenes de la inervación para hacernos entender más fácilmente los fenómenos que más se separan también del tipo de las condiciones naturales, y que constituyen el somnambulismo. Pero hay todavía mucha distancia de estos hechos á la transformación del agua en una *poción medicinal* ó *en quina*, si los enfermos la apetecen; á la facultad que pretenden tener algunos magnetizadores de *apagar la sed con un vaso vacío* ó de *hacer servir comidas abundantes sin ningún manjar*; al poder que creen comunicar á los enfermos con sus ademanes, *de ver por diferentes puntos del cuerpo que no tienen la organización del ojo*; *de leer en las vísceras de otros, y discutir sus afecciones sin haber nunca saludado el arte de Esculapio*.

Confesemos que es necesaria mucha credulidad para admitir *à priori* la existencia de hechos de esta especie que no tienen ninguna analogía con los fenómenos fisiológicos y patológicos conocidos hasta ahora, y que no son conformes á las leyes que rigen la economía humana. Pero por otra parte ¿podrán desecharse *à priori* los hechos consignados por los magnetizadores porque no estén acordes con nuestros conocimientos y con las leyes que con arreglo á ellos hemos establecido? De ningún modo. Lo que parece milagroso á nuestra inteligencia puede ser un efecto de leyes físicas, y en nuestro organismo de leyes fisiológicas ó patológicas que no conozcamos todavía.

Si un salvaje á quien son completamente estraños los hechos físicos viese á una figura de madera ó de cartón leer, por decirlo así, en el cielo y en las nubes, é indicar con el dedo la víspera las variaciones atmosféricas del día siguiente, ¿cuál

seria entonces su modo de discurrir? Yo creo que la primera idea que se le ocurriría sería sospechar que en la misma figura ó al lado de ella había una potencia análoga á la suya que intentaba burlarse de su ignorancia. Pero luego que á pesar de la atencion mas constante no hubiese descubierto ninguna influencia humana, diría que era un milagro, y aun llevado de su rudeza pudiera hacer de ese objeto una divinidad; al contrario para nosotros, nada tiene este hecho de extraordinario, y es enteramente físico. Nuestro entendimiento le examina auxiliado de todos sus conocimientos, y si halla en el hecho en cuestion analogía con otros que le han servido para formar las leyes que comprenden todos los casos semejantes, descubre entonces su naturaleza, y no tiene la debilidad de ver en él un milagro, considerándole como un fenómeno físico conocido insuficientemente.

¿Quién sabe, pues, si nuestros conocimientos relativamente á los hechos magnéticos serán idénticos á los del salvage con respecto al *higrometro*? ¿Quién ignora que hay muchos fenómenos físicos que aun no podemos esplicar? ¿Quién puede apreciar la distancia que separa nuestros conocimientos actuales de los que el hombre podrá adquirir algun dia, y en qué intervalo de esta distancia se hallan los fenómenos del somnambulismo? Todas estas reflexiones son de grande importancia. Reasumiendo creemos que no es propio de un juicio severo desechar los hechos magnéticos porque no estén acordes con los conocidos. Nos parece que debe procederse con respecto a ellos como hemos visto proceder al salvage en el exámen de la figura milagrosa (*higrometro*). Si despues de haberlos considerado con la desconfianza y duda filosófica que la particularidad de los hechos exige, no se halla ninguna supercherfa, es necesario admitirlos, agregarlos á los hechos conocidos hasta entonces, aun cuando fuese preciso ensanchar ó modificar las teorías actuales (1).

«Todos los ramos de la filosofía natural designados con el nombre de física, química, fisiología, etc. (dice la *Gaceta médica* á propósito del magnetismo), no son mas que divisiones mas ó menos arbitrarias en las que hemos distribuido todo el conjunto de observaciones. Los cuadros se aumentan y disminuyen, se multiplican y reducen á cada paso que dá el enten-

(1). Consúltense las *cartas fisiológicas y morales sobre el magnetismo animal*, que comprenden una exposición crítica de las esperiencias mas recientes, y una nueva teoría acerca de sus causas, sus fenómenos y sus aplicaciones á la medicina, por Amadeo Ducpeau, 1826, un vol. en 8. °

dimiento humano en su marcha progresiva. Como están destinados á comprender los hechos, y estos no siempre son los mismos, varia su número y capacidad en proporción de ellos. Luego que se presenta una observación nueva, se procura primero colocarla en una de las casillas existentes; si no se consigue, es preciso hacer una nueva, ó ensanchar una de las antiguas. Pero no puede decirse que no hay cabida.\*

Si alguno de nosotros hubiera dicho hace cien años que podía á su arbitrio dar la muerte á los animales, inyectándoles en las venas el aire que es el principal elemento de su vida, no hubiéramos dado crédito á estas aseveraciones, del mismo modo que no se creyeron ni se adoptaron por espacio de mucho tiempo las ideas del inmortal Harvey sobre la circulación, porque sus opiniones no estaban acordes con los conocimientos fisiológicos de su siglo. No obstante, habiendo demostrado la esperiencia la realidad de la circulación y los malos efectos de la inyección del aire en las venas, hemos añadido estos hechos á los que ya conocíamos, y hemos enriquecido la fisiología que está distante todavía de ser una ciencia acabada, y no posee la esplicación de todos los secretos de la naturaleza.

Debiéramos á nuestro entender conducirnos del mismo modo con respecto al somnambulismo. Sin embargo, es tal la naturaleza de los hechos, que nunca se pondrá sobrada atención en observarlos y juzgarlos. Mejor es proceder á la investigación de observaciones de esta especie con duda y desconfianza, que con la seguridad de hallarlas; sin esta condicion el espíritu especulativo que busca en todas partes un interés personal, no tardará en poner hábilmente delante de vuestros ojos cristales pintados que os harán ver todos los objetos del color que se le quiera dar, pero de ningun modo del que les pertenece (1).

(1) Creemos que seria sumamente ventajoso para todos los que quieren tener conocimiento de los experimentos magnéticos, no comenzar como es costumbre por la lectura de las obras consagradas á ese objeto y que son hecchura de los magnetizadores, sino por los libros de sus adversarios, dando la preferencia particularmente á los trabajos que se distinguen por su lógica y buen criterio. Recomendamos especialmente á nuestros lectores el excelente artículo ya citado del *Diccionario en 15 volúmenes*, por M. Bouillaud, y el trabajo de M. Fr. Dubois intitulado: *Exámen histórico y razonado de las pretendidas esperiencias magnéticas, hechas por la comision de la academia real de medicina.*

Debemos igualmente á nuestro apreciable amigo M. Dechambre, uno de los internos mas distinguidos de los hospitales, dos cartas muy interesantes publicadas en la *Gaceta médica* (12 de setiembre de 1835 y 22 de abril

## CAPITULO IX.

## DE LOS SIGNOS QUE SUMINISTRA LA RESPIRACION.

## §. I.

*De los signos deducidos de los movimientos respiratorios.*

La respiracion es fácil, tranquila é igual en el estado de salud. En la infancia se efectúa principalmente á beneficio de los músculos intercostales, segun lo hace observar M. Landré Bauvais (1); en los adultos tanto por medio de los intercostales, como del diafragma, mientras que en la respiracion de los ancianos obra mas particularmente este último músculo.

No es igual el número de inspiraciones en todos los individuos. En los niños de un año se contrae y se dilata ordinariamente el torax treinta y cinco veces por minuto, veinte en la pubertad, y diez y ocho en la mayor parte de adultos. En general puede contarse una respiracion por cada cuatro pulsaciones.

La respiracion de las mujeres parece ser mas frecuente que la de los hombres. El sueño siendo tranquilo la hace un poco mas lenta; puede tambien recibir el influjo de un gran número de circunstancias, tales como la presencia del médico, el temor

de 1837). M. Dechambre no se contenta con demostrar hasta la evidencia los ejemplos de supercheria de los magnetizadores, sino lo que es aun mas digno de saberse, nos manifiesta que la viuda Bronillard y Petronila, dos célebres heroínas de los experimentos magnéticos de Georget, bases en que, segun M. Dechambre, apoyó en parte M. Rostan su artículo sobre *el magnetismo* del diccionario en 21 volúmenes, observaciones que M. Andral considera en sus lecciones como las únicas legítimas de todas las que se han publicado; nos manifiesta, repito, que estas dos mujeres se han burlado siempre de los magnetizadores. Una de ellas, Petronila, ha muerto tísica en la Salpêtrière, en 1833. M. Gorré, profesor de Boulogne-sur-Mer, era entonces interno de la sala, y M. Perrochaud, actualmente interno en el Hotel-Dieu, hacia el servicio de esterno. Estos dos señores me autorizaron para declarar, dice M. Dechambre, y se ofrecen á atestiguar en caso necesario que Petronila les habia confesado muchas veces en los últimos dias de su vida, que nunca habia experimentado el menor síntoma de somnambulismo, y constantemente se habia burlado (este era su modo de espresarse) de Georget y de otros. Afirmaba la misma que habia pasado noches deliciosas con Bronillard, enumerando todos los chascos del dia, y preparando los del siguiente.

(1) Semeiótica ó tratado de los signos de las enfermedades, Paris, 1815, 3.<sup>a</sup> edicion.

ó la prevencion de los enfermos, una posicion penosa, etc.

Para apreciar bien la respiracion no debe el médico ocuparse de ella sino despues de haber calmado la sorpresa que su presencia haya causado al paciente, por medio de algunas preguntas que se refieran á otras funciones de la economia. Estando el enfermo sentado ó echado, se halla en la posicion mas favorable para observarla. No debe el médico, como acostumbra algunos prácticos decir á los enfermos que respiren, pues este mandato produce en su espíritu cierta prevencion capaz de modificar la respiracion. Se evita este inconveniente contando el número de inspiraciones, inmediatamente despues de haber contado los latidos de la arteria, y sin dejar el brazo.

Los cambios patológicos de la respiracion, apreciables á la vista, se refieren, 1.º al número de respiraciones en un tiempo dado: 2.º á la velocidad con que se ejecutan los movimientos de inspiracion y espiracion: 3.º á la cantidad de aire inspirado: 4.º á la dificultad de las respiraciones: 5.º á su desigualdad. Estas diferentes modificaciones constituyen la respiracion rara y frecuente, veloz y lenta, penosa, sofocante, alta, desigual, etc.

1.º Es frecuente en las inflamaciones acompañadas de movimiento febril, y especialmente en las de los órganos torácicos y del peritonéo, en los obstáculos mecánicos de la respiracion y aun mas, segun lo observa M. Andral, en los de la circulacion. No es siempre uno mismo el grado de frecuencia; algunas veces no se hacen mas que veinte y cuatro á treinta inspiraciones por minuto; otras de treinta á cuarenta, cuarenta y cinco, cincuenta y aun sesenta. En una ocasion hemos visto la respiracion tan frecuente que podia compararse exactamente á la de un perro fatigado despues de una larga carrera en un dia caluroso; sin embargo de que el enfermo, que era objeto de esta observacion, no tenia ninguna lesion en los pulmones, ni en el corazon; padecia un reumatismo de los músculos torácicos y abdominales, complicado con dolores producidos por el cobre.

Por consiguiente es fácil convencerse de que la mayor ó menor frecuencia de la respiracion no puede conducir por sí sola al diagnóstico del asiento y naturaleza de una afeccion.

La respiracion rara es la opuesta á la variedad precedente. No tiene mayor importancia respecto del diagnóstico; sin embargo, indica la opresion de fuerzas. Se halla con bastante frecuencia en las afecciones cerebrales, con especialidad en el segundo periodo, ó periodo de aplanamiento. Cuando ofrece intervalos de larga duracion, indica la gravedad de la enfermedad, y corresponde casi siempre á la agonía.

2.º La respiracion es veloz cuando se ejecutan rápidamente los movimientos de inspiracion y espiracion; es lenta cuando presenta condiciones opuestas. Generalmente la velocidad coincide con la frecuencia, y la lentitud con la rareza; sin embargo, en ocasiones sucede lo contrario. Asi en las pleuresias siendo el dolor muy violento, las espiraciones serán muy prontas, aunque no haya ninguna aceleracion sensible en la respiracion.

La combinacion de la respiracion veloz con la rara se observa en la agonía, en la que los músculos inspiradores se contraen casi convulsivamente, y estando debilitadas las potencias espiratrices sucumben al punto, resultando que la espiracion es tan corta, como rápida ha sido la inspiracion.

3.º La respiracion grande es la que consiste en movimientos estensos de inspiracion y espiracion. Supone generalmente la introduccion de una gran cantidad de aire en los pulmones. Las condiciones opuestas constituyen la respiracion pequeña. Está indica casi siempre la permeabilidad de los pulmones, y el estado normal de las potencias inspiratrices y espiratrices.

Obsérvase muchas veces en las afecciones cerebrales una sola inspiracion grande, seguida de un largo intervalo. M. Landré Beaubais dice haber notado este signo desde el segundo ó tercer dia de estas enfermedades.

4.º La *dificultad de la respiracion* se designa con el nombre *disnea*. Presenta diferentes grados. El menor es la respiracion simplemente trabajosa cuando hay opresion, sin que los enfermos se vean obligados á dejar la posicion horizontal. Otras veces necesitan los enfermos permanecer sentados ó de pie para poder respirar sin sofocarse, y este otro grado constituye la *ortopnea*. En otros casos la violencia del dolor impide los movimientos respiratorios, como, por ejemplo, en la pleuresia, y es la respiracion *entrecortada*. Existe la respiracion *alta*, cuando el paciente se ve en la precision de estar sentado, y al mismo tiempo eleva las costillas como en la respiracion grande.

Finalmente, tal puede ser la dificultad de la respiracion que los músculos inspiradores apenas se contraigan; entonces el torax y el vientre se elevan alternativamente, y el cuello está dirigido hácia atras, *erecta cervice*.

La opresion que caracteriza el primer grado de la disnea se observa en las inflamaciones del pulmon, en las bronquitis capilares, y en las pleuresias indolentes con derrame. La respiracion entrecortada es propia, como llevamos dicho, de las afecciones acompañadas de vivos dolores en las paredes torácicas.

Las tres últimas formas de ortopnea se encuentran particularmente en las afecciones orgánicas del corazón que ofrecen un obstáculo manifiesto á la circulación, en el enfisema pulmonar, asma, edema de la glotis, aneurisma de la aorta, etc.

Llámase *desigual* la respiracion cuando se halla cierta desigualdad en la fuerza ó duracion de muchas respiraciones sucesivas; cuando, por ejemplo, una respiracion pequeña sucede á otra grande, y *vice versa*.

Es irregular cuando no son iguales los intervalos que separan los movimientos de inspiracion y espiracion. *Interrumpida* cuando la inspiracion y espiracion no se hacen completamente, y comienza á efectuarse la última antes de haberse concluido la primera. *Convulsiva* cuando la dilatacion y contraccion del torax se verifican por sacudidas como en ciertos accesos de histerismo.

Ninguna de estas variedades puede servir de guia para el diagnóstico, porque pueden existir en muchas afecciones diferentes. La desigualdad se refiere tambien á la diferencia en el grado de dilatacion de los dos costados, ó de diversos puntos de un mismo lado del torax. Generalmente en las enfermedades del pulmon que hacen á este órgano impermeable al aire, la region correspondiente á la lesion no se dilata, ó se dilata menos que la del lado sano. Sirviéndose de este carácter se podrá muchas veces diagnosticar á simple vista el asiento de las pulmonías, de las pleuresias, etc.

La risa, el bostezo, el estornudo y el hipo constituyen actos mas ó menos complicados, efectuados al menos en gran parte por los músculos respiratorios. Todos pueden presentarse bajo la forma patológica; pero es difícil hacer de ellos inducciones para el diagnóstico.

La risa patológica puede ser voluntaria ó independiente de la voluntad. La primera forma se observa en las enagenaciones mentales; supone el ejercicio desordenado del pensamiento un delirio.

La risa involuntaria es convulsiva; acompaña especialmente á los accesos de histerismo.

El bostezo va unido muchas veces á los asperezos; asociado de este modo se manifiesta frecuentemente en la invasion de los accesos de las fiebres intermitentes; algunas veces se observa durante la preñez. Le hemos visto sobrevenir muchas veces al comenzar los accesos histéricos; M. Double dice haber observado, que en un gran número de casos eran precursores de la epilepsia los bostezos mas ó menos frecuentes. Generalmente indica debilidad; precede muchas veces al síncope que resulta de una sangría copiosa.

El estornudo se manifiesta repetidas veces en la coriza, y al principio del sarampion. Puede hasta cierto punto servir de signo pronóstico en las enfermedades, pues la observacion y la experiencia han demostrado que rara vez se ve estornudar á los enfermos débiles, y á los que estan próximos á la muerte; y al contrario que estornudan á menudo los que ofrecen esperanzas de curacion.

El hipo acompaña en ocasiones á ciertas afecciones del hígado, cólicos hepáticos, nefríticos, la peritonitis, la pericarditis. Se halla en las fiebres graves, la estrangulacion intestinal, etc.; sin embargo, la importancia del hipo, como la de todos los actos procedentes, no puede determinarse por sí sola, sino con arreglo al conjunto de signos concomitentes. No puede decirse lo mismo de la tos.

La tos es ya el resultado de una irritacion directa de las vías aéreas, que es lo que constituye la *tos idiopática*, ya es excitada por la afeccion de un órgano distante, y entonces se denomina *tos simpática*.

La primera de estas especies contiene muchas variedades: asi es, que se distinguen la tos gutural, laringea, traqueal, pectoral, segun que tiene su origen en tal ó cual de los órganos enumerados.

Se llama *seca* la que no va acompañada de ninguna expectoracion, y *húmeda* la que coincide con la expectoracion de cierta cantidad de humor.

La *tos ferina* es una tos seca y sumamente tenaz. Distínguese tambien la tos en una que sobreviene por *accesos*, y otra que aparece bajo la forma de *golpes*. Existe la primera cuando no repite mas que una ó dos veces, y cesa para volver á una época mas ó menos distante. Los *golpes* estan caracterizados por la repeticion mas ó menos numerosa de accesos, sucediéndose rápidamente uno despues de otro. En algunos casos, y particularmente en la coqueluche, se efectua una sola inspiracion sucesiva que termina por la expectoracion de materias mas ó menos abundantes.

## §. II.

*De los signos deducidos de las secreciones y exhalaciones líquidas por las vías aéreas.*

La membrana mucosa de las vías aéreas es el asiento de diferentes secreciones y exhalaciones que ofrecen numerosas modificaciones en las enfermedades. Ademas da lugar algunas ve-

ces á exhalaciones accidentales que no pertenecen al estado de salud.

El producto de todas estas secreciones y exhalaciones, si exceptuamos algunos casos de epistaxis, sale últimamente por la boca de donde es espelido por medio de la *espectoracion*, presentándose bajo la forma de materias de aspecto variado, á las que se da el nombre de *esputos*.

Llábase *espectoracion* la accion por cuyo medio los humores contenidos en los bronquios ó la traquea son espelidos por los esfuerzos de la tos pectoral; y *espuicion* la que á beneficio de la tos gutural arroja afuera las materias detenidas en la parte posterior de las fauces.

La *epistaxis* ó *rinorragia* procede en ocasiones de la desgarradura ó ulceracion de los vasos capilares de la membrana mucosa; pero las mas veces es producto de una simple exhalacion. De esta última variedad es de la que debemos ocuparnos; pues siendo la primera casi siempre efecto de causas traumáticas, de operaciones, etc., pertenece á la cirujía. La epistaxis no es signo constante de ninguna afeccion; por consiguiente, no tiene un gran valor por sí misma en el diagnóstico. Existe con bastante frecuencia al principio del sarampion, en las congestiones cerebrales; y entonces va precedida generalmente la hemorragia de un conjunto de síntomas que indican una fluxion sanguínea hácia la cabeza y la nariz, *molimen hemorrhagicum*. No sucede lo mismo en otras circunstancias. Muchas veces fluye la sangre al través de las paredes de los vasos por hallarse disminuida su consistencia, como en el escorbuto y la clorosis; ó porque la circulacion encuentra obstáculos considerables, como en algunas enfermedades del corazon y del hígado.

En las fiebres tifoideas son tan frecuentes las epistaxis, que si en un enfermo que se sospecha estar invadido de esta afeccion, sobreviene una rinorragia en los primeros dias de la enfermedad, se puede al menos hasta cierto punto convertir la probabilidad del diagnóstico en certidumbre.

Una sola fosa nasal ó las dos á un mismo tiempo pueden ser el asiento de la hemorragia. La cantidad de sangre puede variar desde algunas gotas hasta muchas jofainas. Algunas veces es tan poco copiosa, que apenas salen algunos pequeños filamentos; sin embargo, no deja de ser un signo importante, especialmente cuando es necesario reunir pruebas en favor de la existencia de la fiebre tifoidea. Casi siempre sale la sangre de la epistaxis por una de las ventanas anteriores de las narices; pero pudiera acontecer lo contrario si el origen de la hemorragia se hallase muy posteriormente, y como entonces saldría la san-

gre por la boca, pudieran ofrecerse algunas dificultades para reconocer el verdadero asiento de la hemorragia; sin embargo, bastará inclinar al enfermo hácia adelante ó ponerle boca á bajo, para que en el caso de epistaxis salga la sangre por las venanas anteriores de las fosas nasales.

*Espustos.* Asi se llaman las materias que procediendo de los órganos respiratorios, ó pasando por ellos, salen últimamente por la boca.

Los espustos procedentes directamente de la boca son ordinariamente blancos y serosos, algunas veces filamentosos. Son debidos á la irritacion de la membrana mucosa, como en las aftas, ó á la escitacion simpática de las glándulas salivales. En este último caso, eputan los enfermos muchas veces y sin ningun esfuerzo cierta cantidad de saliva serosa, llenando de ella algunas veces muchas escupideras al dia. Esto es lo que constituye la *salivacion*.

La salivacion es un accidente muy frecuente durante el uso de las preparaciones mercuriales, y particularmente de los calomelanos y del unguento napolitano. Se observa muchas veces en el tercer periodo de las viruelas, especialmente las confluentes, en las que ha sido considerada por los antiguos, y por Sydenham en particular, como un signo favorable.

Algunas veces la saliva serosa presenta una ligera tinta rojiza, debida á la mezcla de cierta cantidad de sangre procedente de las encías.

Los espustos del istmo del paladar son claros y filamentosos; algunas veces están mezclados con pequeños grumos de materia caseosa, segregados por los foliculos de las tonsilas, ó contienen pus y restos de falsas membranas, como se observa en algunas variedades de angina.

Los espustos que proceden de la laringe y la traquearteria son serosos, poco abundantes, y contienen muchas veces grumos caseosos de secrecion foliculosa, y otras tambien concreciones cartilaginosas ó calizas de que hablaremos mas adelante.

Los bronquios y los pulmones son los dos manantiales mas abundantes de espustos.

El primer carácter que debemos considerar en los espustos, es su cantidad. Esta puede variar desde algunos grumos hasta llenar muchas escupideras en las veinte y cuatro horas. Es necesario ademas, cuando se observan espustos abundantes, distinguir si son el resultado de una espectoracion repetida con frecuencia, ó si el líquido que los constituye ha sido arrojado de una sola vez.

En una forma de catarro conocida con el nombre de bron-

*correa ó flegmorrágia*, espectoran los pacientes poco de cada vez, pero frecuentemente, en términos que llenan dos ó tres escupideras al día.

Una espectoracion tan abundante puede resultar tambien de un solo esfuerzo violento enteramente semejante á los esfuerzos del vómito, como se observa en las hemotisis fulminantes, en la rotura de las vomicas, etc.

Independientemente de su origen y su cantidad se distinguen los esputos entre sí: 1.º por la materia que los constituye; 2.º por el color; 3.º por el olor; 4.º por el sabor; 5.º por la forma; 6.º por la consistencia. Nos limitaremos por ahora á señalar la diferencia entre las cualidades visibles que mas interesan al médico.

Las diferentes especies de esputos que pueden establecerse segun la materia que los constituye, son:

1.º *Esputos serosos*. Asi se llaman los que son claros, semejantes al agua de jabon, y pueden proceder de la boca, de los bronquios, y de la cavidad de la pleura. En el primer caso, son escitados por la accion del mercurio, por una estomatitis aftosa ó de cualquiera otra naturaleza; por simpatía, como en algunas mujeres embarazadas histéricas, etc.

Se ha visto á algunos enfermos arrojar por la mucosa bucal periódicamente, por decirlo asi, cierta cantidad de agua clara y glacial. Cabanis en su memoria sobre las *afecciones catarrales* cita dos ejemplos de esta especie, de los cuales el uno se refiere á una mujer de cincuenta y cinco años de edad: habia tenido un herpe por espacio de mucho tiempo en la megilla derecha, que desapareció cierto dia espontáneamente. Fue remplazado inmediatamente despues por una viva sensacion de frio en toda la mandíbula superior del mismo lado, y se estableció bien pronto en lo interior de una muela que estaba cariada, un flujo de agua clara y glacial que la enferma arrojaba á bocanadas á cada instante. Esta escrecion iba siempre precedida de la misma sensacion de frio; sobrevenia casi todas las mañanas, y duraba media hora ó tres cuartos de hora.

La espectoracion serosa de los bronquios se observa en ciertas bronquitis agudas que consisten mas bien en una especie de fluxion (hypercemia), que en una verdadera inflamacion; existe igualmente en algunas bronquitis crónicas, á las que se ha dado el nombre de flujo bronquial, broncorrea (Andral) ó flegmorrágia (Laëné). En este caso, la espectoracion se hace muchas veces escesivamente abundante, estenúa á los enfermos, trae en pos de sí la emaciacion, los sudores, y todos los síntomas de consuncion.

Finalmente, la expectoracion serosa puede provenir de la cavidad de la pleura, y ser constituida por el líquido del derrame. Este fenómeno puede sobrevenir de dos modos; las mas veces se forma en un punto de los pulmones próximo al derrame, un abceso cuya rotura en la cavidad de la pleura abre paso al líquido que sale al exterior por medio de los bronquios, ya en cortas porciones, ya de una sola vez, segun los ejemplos que han citado MM. Andral y Cruveilhier.

Coincidiendo la rapidez de este fenómeno con los signos negativos de cualquiera otra lesion del pulmon capaz de explicarla, y seguida de la desaparicion inmediata de los de una pleuresia con derrame, nos hará distinguir la verdadera naturaleza de los esputos, y nos pondrá en disposicion de remontarnos á su origen.

En algunos casos, mas raros á la verdad, se ha visto desaparecer repentinamente el derrame pleurético, y salir despues de una sola vez por los bronquios á pesar de no haber ninguna comunicacion entre la cavidad de la pleura y el pulmon (1). Pudiera decirse entonces que el líquido ha sido reabsorvido, pasando al torrente circulatorio, y que de allí, en vez de ser llevado hácia los emuntorios ordinarios, se ha dirigido hácia la mucosa de los bronquios por la cual se ha evacuado.

*Espustos mucosos.* Pueden proceder de las fosas nasales, de la faringe, de la laringe ó de los bronquios. Muchas veces en ligeras irritaciones de la parte posterior de las fauces, mas ó menos compatibles con la salud, esputan ciertos individuos al despertarse algunas porciones de mucosidad redondeadas y desecadas que provienen de las fosas nasales, y se endurecen en el borde libre del velo del paladar.

Los de la faringe son viscosos, poco abundantes, y no están mezclados con el aire; su espucion va acompañada comunmente de una sensacion mas ó menos dolorosa que los enfermos refieren á la faringe.

La laringe es tambien algunas veces el foco de esputos mucosos, pero entonces rara vez son abundantes; casi siempre salen en pequeños grumos redondeados, que es difícil referir á su verdadero asiento, si los enfermos no manifiestan al mismo tiempo, por otros signos, la afeccion del órgano de la voz, como por ejemplo por la ronquera ó la afonia. Sin esta condicion puede muy bien referirse esa secrecion á los folículos mucosos de la parte posterior del paladar y de la faringe.

La membrana que reviste la superficie interna de los bron-

(1) Andral, *Compendio de Anat. Pat.*, tom. I., pág. 342.

quios es la que en el mayor número de casos suministra los esputos mucosos. Se ve en ocasiones á sujetos de pecho húmedo, como se dice vulgarmente, espectorar habitualmente en el estado normal algunos pelotones de mucosidades. Pero comunmente es necesario que la inflamación resida en la membrana mucosa de los bronquios para que suministre mucosidades á los esputos. Por consiguiente, según lo que acabamos de decir, pertenecen á la bronquitis, y con arreglo á la época en que se examinan, presentan diversos caracteres.

Al principio de una bronquitis se suspende ordinariamente la secreción, la tos es seca; pero bien pronto se segregan las mucosidades en cantidad mas considerable que en el estado natural; son blancas, viscosas, transparentes, espumosas y semejantes á una clara de huevo batida. Si se intenta pasarlas de un vaso á otro, caen formando una sola masa de una tenacidad estremada, ó hacen hebra á manera de vidrio fundido. Algunas veces es tal la viscosidad de estos esputos, que se adhieren á las paredes de la vasija bajo la forma de fajas, como se observa especialmente en la bronquitis intensa acompañada de un movimiento febril ó durante las exacerbaciones.

La espuma que entonces sobrenada en ellos es mas ó menos abundante, y está en razón directa de su viscosidad y de la dificultad que ofrece su espectoración. Existe en mayor cantidad en las mucosidades espelidas á consecuencia de un golpe de tos prolongado.

En algunos casos los esputos blancos de una bronquitis están manchados de unas pequeñas estrias de sangre, resultantes de la erosión superficial de los vasos; pero estas estrias son en muy corto número para que puedan confundirse esos esputos con los de una neumonía.

Otras veces, como lo hace notar M. Andral, se hallan en medio de las mucosidades transparentes pequeños grumos de un blanco mate que proceden de los folículos de la faringe y parte posterior del paladar.

Los esputos que acabamos de describir subsisten mientras que la bronquitis conserva su intensidad primitiva; y varían de aspecto inmediatamente que esta tiende hácia la resolución. Las mucosidades que los constituyen pierden poco á poco su transparencia, presentando chapas opacas, blancas, amarillentas ó verdosas, que se hacen cada vez mas numerosas, pero cuya cantidad disminuye á medida que la inflamación se aproxima mas á su resolución completa.

Si en vez de terminar la bronquitis aguda de esta manera, disminuye solo de intensidad y pasa al estado crónico, la espec-

toracion conserva los mismos caractéres que acaban de describirse, y se ven sobrenadar las chapas opacas blanquecinas, amarillas ó verdosas, en medio de un líquido semejante á una disolucion de jabon mas ó menos concentrada, ó mezclados entre sí, formar una especie de puré.

Sucede, aunque con menos frecuencia, que la inflamacion no disminuye sensiblemente de intensidad; pudiera decirse en este caso que su período agudo se prolonga indefinidamente, y la expectoracion ofrece por espacio de mucho tiempo los mismos caractéres que hemos asignado á la bronquitis aguda; esto es lo que se observa muchas veces en el curso del enfisema.

*Espustos purulentos.* El pus puede presentar algunas veces en los esputos todos sus caractéres, de manera que sea fácil descubrirle á simple vista. Puede ser expectorado en abundancia de una sola vez, y entonces procede casi siempre, sobre todo si sale en oleadas, de la cavidad de la pleura; mas rara vez pertenece á la rotura repentina de una caverna, y cuando esto sucede, pueden percibirse en los esputos algunas porciones de materia tuberculosa.

En otros casos, sale el pus en corta cantidad á la vez, y proviene ya del mismo origen que anteriormente, ya de una caverna, de las amígdalas, de la faringe, ó en fin de un absceso de la boca. El exámen ocular de todas estas partes unido á la esploracion del torax, nos suministrará las luces necesarias para diagnosticar el asiento de la supuracion. La auscultacion nos enseñará por medio de los signos del hidrotorax ó por los de la caverna, cuando el pus es resultante de la cavidad de la pleura, y cuando, de una escavacion tuberculosa.

Por último las mas veces no es tan fácil comprobar la presencia del pus en la materia expectorada, á pesar de la apariencia purulenta de los esputos.

Algunos médicos dan mucha importancia á la presencia del pus en la expectoracion: segun ellos indica siempre la afeccion tuberculosa. Si asi fuese, sería muy interesante saber distinguirle de las mucosidades; pero desgraciadamente, á pesar de los esfuerzos que se han hecho, será imposible en el mayor número de casos distinguir los esputos de una simple bronquitis, de los de los tubérculos. No ignoramos, en efecto, que en el curso de una afeccion tuberculosa hace un papel muy importante la inflamacion de los bronquios, y por consiguiente que la secrecion mucosa constituye un elemento mas ó menos abundante de las materias de la expectoracion. Es indudable, pues, que pueden existir algunas épocas en el curso de la tisis pulmonar en que, habiéndose evacuado completamente la materia

tuberculosa, no quede como parte constituyente de la expectoración mas que una cantidad mas ó menos considerable de mucosidades, como si se tratase de una bronquitis crónica simple.

Por otra parte, es demasiado ostensible la analogía entre el pus y el moco segregado por las membranas inflamadas, tales como la conjuntiva, la mucosa de la uretra, etc., para que podamos esperar conseguir algun día marcar á simple vista los verdaderos limites entre el grado mas elevado de la transformación purulenta del moco y el pus propiamente dicho.

No obstante creemos necesario describir aquí las investigaciones que se han hecho con ese objeto. Pueden dividirse en físicas y químicas. La prueba mas antigua consiste en mezclar las materias espectoradas con el agua pura ó salada en diferentes proporciones; el pus, según la opinion general, dice Mr. Landre-Beauvais, se precipita en el agua destilada, y sobrenada la materia mucosa puriforme. El pus que se agita en el agua dá á este liquido un color lechoso, lo que no sucede con el moco. El pus se diluye sin formar filamentos, y estos existen cuando se disuelve una materia puriforme. El pus echado en las ascuas dá un olor mas fuerte y mas fétido. Haciendo herbir en el agua la materia cuya naturaleza es desconocida, el moco se reduce á pequeños coágulos globulosos ó filamentosos; el pus enturbia el agua, no se coagula, y forma en la superficie del vehículo glóbulos oleosos en medio de una masa blanquecina (1).

Sin embargo, están muy distantes estas distinciones de ser tan concluyentes como pudiera creerse *á priori*. Habiendo repetido M. Andral diferentes veces las mismas esperiencias, ha visto al pus segregado por la pleura y el peritoneo precipitarse al fondo del agua bajo la forma de copos gruesos, asi como la materia tuberculosa recogida en el fondo de las cavernas, con la diferencia de que esta última se dividia entonces en un gran número de pequeños grumos de un blanco mate, al mismo tiempo que el agua tomaba una tinta lechosa, y no recobrabá su transparencia sino despues de un reposo de muchos dias.

El moco de la membrana pituitaria se precipitaba igualmente despues de haber permanecido en suspension por espacio de algun tiempo en el agua.

Lo mismo sucedia poco mas ó menos con el que era producto de la membrana mucosa bronquial. M. Andral puso una corta cantidad mezclada con unas burbujas de aire sobre la superfi-

(1) Obra citada.

cie del agua, y la vió sobrenadar al principio; pero poco tiempo despues, á medida que se desprendia el aire contenido en sus areolas, se precipitaba el moco al fondo; otras veces ha observado que se iba inmediatamente al fondo, como hubiera podido hacerlo el verdadero pus, segun algunos autores. No habia en todos estos esperimentos mas que un solo carácter distintivo bastante constante entre el moco y el pus, y es que el primero no enturbiaba la transparencia del agua sino por medio de una agitacion fuerte y prolongada, mientras que el segundo lo hacia sin que fuese necesaria esta condicion.

Admitidos estos hechos, veamos cómo pudiera hacerse aplicacion de ellos al exámen de la espectoracion..... M. Andral ha observado que los esputos de un gran número de enfermos que padecian una bronquitis crónica daban el mismo resultado que hemos visto anteriormente, hablando de la simple mucosidad. La misma observacion ha hecho en muchos enfermos afectados de tubérculos en diferentes periodos. En otros estos esputos se dividian en dos partes, de las que una sobrenadaba al principio en el agua, precipitándose algun tiempo despues, mientras que la otra se iba inmediatamente al fondo.

M. Andral ha querido averiguar despues si la cantidad respectiva de moco y pus que se hallan mezclados en los esputos influye en los resultados de los referidos esperimentos. Habiendo hecho una mezcla de moco y materia tuberculosa en diferentes proporciones, y echádola en la superficie del agua, ha notado que siempre que ponía una corta cantidad de pus relativamente á la de moco, quedaba suspendida la mezcla, no resultando precipitado, sino despues de haber agitado durante mucho tiempo la vasija; solo entonces se separaba el pus en forma de grumos, y disminuía la transparencia del agua. Al contrario, siempre que mezclaba una gran cantidad de pus con otra muy pequeña de moco, ha visto comunmente despues de un tiempo muy corto precipitarse las dos sustancias al fondo, y tomar el agua una tinta lechosa.

Asi es fácil ver que no hay carácter verdaderamente patognómico, por el cual pueda distinguirse en los esputos, el pus de las mucosidades, pues casi todos los que observamos en el uno, pueden igualmente hallarse en las otras.

No obstante, una precipitacion pronta en forma de grumos, acompañada de un color lechoso del agua, indica en general la presencia de una cantidad mas ó menos considerable de pus. Pero se puede pretender con estos conocimientos determinar siempre, segun los esputos, si el enfermo padece tubérculos ó una simple bronquitis? De ninguna manera; los tubérculos van

casi constantemente acompañados de una bronquitis; por consiguiente las dos secreciones se hallarán casi siempre mezcladas en diferentes proporciones, y podrá acontecer mas de una vez que luego que se haya expectorado la masa tuberculosa reblandecida, las paredes de la úlcera no la segreguen sino mezclada á una gran cantidad de moco, lo que ciertamente no impedirá que predominen en los esputos las propiedades de este último.

Reasumiendo, podemos decir que los esperimentos físicos que hemos descrito no son siempre suficientes para hacer ver la diferencia entre el pus y el moco, y que si puede ser cierto el diagnóstico en el mayor número de casos en que los esputos indiquen la presencia de tubérculos, será muchas veces falso, no admitiendo tubérculos donde la secrecion mucosa predomine relativamente al pus, y especialmente cuando ella constituya por si misma toda la materia de los esputos.

La química no llena completamente el vacío que nos dejan bajo este respecto las esperiencias físicas. Si se echa, como lo ha hecho Mr. Andral, ácido nítrico sobre el pus y el moco, estas dos sustancias se disuelven igualmente; y el ácido enrojece al principio, y despues ennegrece. Pero si se vierte sobre esas disoluciones cierta cantidad de agua, se pone agrisado el liquido, y añadiendo mayor cantidad de aquella, se verá igualmente en los dos casos formarse en el fondo del vaso un depósito grueso y pardusco, quedando el liquido trasparente despues de un corto tiempo. Este resultado no está conforme con la opinion de Darwin, el cual pretende que en este esperimento, el pus únicamente debe precipitarse en grumos, mientras que el moco debe quedar suspendido en forma de pequeños copos.

Grasmeyer ha aconsejado mezclar intimamente la materia que se presume ser pus con el agua destilada, y echar sobre ella una disolucion de potasa. Moviendo bruscamente esta mezcla, si el liquido examinado contiene realmente pus, se forma bien pronto una especie de gelatina, que se deja levantar en filamentos largos y densos, al paso que se observa lo contrario si la mezcla carece de materia purulenta.

Thomson proponia con el mismo fin al amoniaco. Si se añade cierta cantidad al liquido que se sospecha ser pus, se disolverá, é inmediatamente se verá convertirse la mezcla en una masa, y formar una gelatina tenaz, trasparente é incolora. Al contrario, si el liquido contiene solo mucosidades, el moco se disolverá igualmente en el amoniaco; pero no presentará la masa gelatiniforme que hemos visto formarse anteriormente. M. Andral dice que ha sometido á esta esperiencia los esputos de los tísicos; pero no ha observado mas que dos veces el espec-

to gelatinoso de que habla Jhomson : « casi siempre la disolucion se ha efectuado sin que el líquido aumente de consistencia , y otras , finalmente , no se ha verificado la disolucion. »

Sin embargo , no podemos menos de decir , que los resultados obtenidos por M. Andral no prueban nada contra la opinion de Jhomson que hacia sus experimentos en el moco y pus , considerados aisladamente ; mientras que M. Andral los practicaba con esputos en los que se hallaban mezclados las mas veces esos dos líquidos. En efecto , como no es raro que la secrecion mucosa predomine en la materia de los esputos , y aun algunas veces la constituya en totalidad , ha podido acontecer que M. Andral haya hecho su exámen en casos de esta especie , y no haya hallado pus. Por último , aun admitiendo la opinion de Jhomson como real , no la creemos susceptible de revelarnos absolutamente el secreto de los tubérculos ; asi como las esperiencias físicas , pudiera ciertamente , en muchos casos , servirnos para determinar la existencia de la tisis , en virtud de la presencia del pus en los esputos ; pero no podria prestarnos el mismo servicio cuando esta afeccion no ofreciese á nuestro exámen mas que mucosidades.

*Espustos sanguíneos y sanguinolentos.* Puede espectorarse la sangre pura ó mezclada con mucosidades. Muchos órganos pueden ser el origen de las hemotisis (asi se llama el esputo de sangre.) Unas veces proviene la sangre de la mucosa de los bronquios , otras del parenquima pulmonar , de una caverna , ó en fin de un aneurisma de la aorta. Ademas , la procedente del pulmon puede ser resultado de una simple exhalacion , ó efecto de la inflamacion de las vesículas pulmonales.

Haciendo abstraccion del esputo de sangre ocasionado por el aneurisma de la aorta y del de la pulmonia , y no ocupándonos mas que del resultante de una hemotisis que tiene su origen en las vias ácreas , podemos sentar como regla general , que es muy raro observar hemotisis , sin que preceda una irritacion morbosa de los órganos respiratorios. Las excepciones son muy pocas ; sin embargo , no deja de observarse algunas veces la hemotisis en las mujeres á consecuencia de una supresion de las reglas , y en individuos que padecen una hipertrofia del corazon ó estrechez de sus orificios por influjo de una emocion moral viva , del frio , etc.

Nada es mas fácil que admitir *à priori* la posibilidad de las hemotisis consecutivas á la hipertrofia del ventrículo derecho. Cuando las paredes de este último dan á la circulacion un impulso muy considerable , puede vencer algunas veces la resistencia de los vasos , de lo que resultan las apoplejias pulmonares. No

obstante, M. Bouillaud, en su excelente obra sobre las *Enfermedades del corazón*, no refiere mas que tres observaciones de la hipertrofia del ventrículo derecho, coincidiendo con la hemorragia pulmonar. En dos casos ocupaba la hipertrofia los dos ventrículos; en uno solo estaba limitada al derecho. Por consiguiente estos hechos, como manifiesta juiciosamente M. Bouillaud, «no parecen bastante numerosos para poder demostrar incontestablemente la influencia del ventrículo derecho en la producción de las hemorragias del mismo parenquima de los pulmones, y de la membrana mucosa de las vías respiratorias.»

La poca frecuencia de las osificaciones en la arteria pulmonar, que son tan comunes en la aorta y en las arterias del cerebro, puede explicar al menos hasta cierto punto, porque proporcionalmente son menos frecuentes las hemorragias pulmonares á consecuencia de la hipertrofia del ventrículo derecho del corazón, que las hemorragias cerebrales en virtud de la hipertrofia del ventrículo izquierdo.

En unas como en otras la causa es simplemente mecánica. El cerebro como los pulmones representan la resistencia, y la sangre la impulsión. Si la impulsión es muy fuerte, permaneciendo la misma la resistencia, puede esta no ser suficiente para contrastar sus esfuerzos, y resultar una dislaceración de la sustancia cerebral ó pulmonar. Por otra parte, podrá tener lugar el mismo resultado, si aunque la impulsión no pase de sus límites ordinarios, disminuye la resistencia, ya en razón de la osificación de las arterias, ya del reblandecimiento del parenquima de los órganos.

Creemos que si en vez de considerar parcialmente este objeto se hubiera examinado como acabamos de hacerlo, se hubieran evitado muchas discusiones inútiles relativamente á la influencia de la hipertrofia del corazón, en la producción de las hemorragias, ó en la existencia de los reblandecimientos precedentes. Entonces M. Rochoux, aun admitiendo su opinion, no hubiera escludido completamente la hipertrofia del corazón de las causas de las hemorragias cerebrales, del mismo modo que los demas, al admitir esta como su causa mas frecuente, nó hubieran proscrito enteramente la opinion fundada en los hechos recogidos por un observador tan distinguido como Mr. Rochoux.

La irritación morbosa que dá lugar mas frecuentemente á las hemotisis, es ocasionada por la presencia de los tubérculos pulmonares. Es esto tan cierto que aun en el caso que un individuo no presentase ningun signo positivo de esta enfermedad,

y padeciese diferentes veces hemotisis, se podria sospechar con fundamento que tenia tubérculos.

Sin embargo, por poco frecuentes que sean las escepciones á esa regla general, no son menos positivas. M. Andral cita muchos ejemplos de individuos que habiendo esputado sangre en cantidad mas ó menos considerable, y repetidas veces en el curso de una bronquitis crónica, se han restablecido completamente; de manera que hubiera sido difícil sospechar en ellas una afeccion tuberculosa. Nosotros hemos visto tambien dos casos semejantes.

Es de mucho interés con respecto al diagnóstico dividir la hemotisis en leve y copiosa. La cantidad de sangre que constituye la hemotisis puede ser algunas veces tan considerable que lleguen á esputar los enfermos muchas libras de sangre en veinte y cuatro horas. Entonces la emision del líquido vá acompañada comunmente de conatos para vomitar, saliendo durante ellos á borbotones una sangre roja, espumosa, pura, mezclada con mucosidades. Despues de haber arrojado gran cantidad, quedan tranquilos los enfermos hasta la aparicion de un nuevo acceso. Los accesos repiten de este modo dos ó tres veces al dia, ó no se observa mas que uno solo en muchos dias sucesivos; van ordinariamente precedidos de una sensacion de calor ó de peso detras del esternon y debajo de las clavículas, de gusto de sangre, y con bastante frecuencia de herbihero en el pecho y frio en las estremidades. Cuando la sangre sale abundantemente, puede provenir de todas las causas que antes hemos enumerado; pero principalmente del parenquima pulmonar ó del aneurisma de la aorta. No es siempre difícil cerciorarse de la presencia de esta última afeccion (véase el artículo *aneurisma* en la *auscultacion*), especialmente cuando llega hasta el punto de producir la hemotisis, despues de haberse abierto en la traquea, como se observa las mas veces. En el caso de fallar los signos del aneurisma y los de una caverna, será sumamente probable que la hemotisis copiosa pertenezca á una afeccion del mismo tegido pulmonar, y que esa afeccion sea la que Laëncé ha llamado *apoplejia pulmonar*. Es casi tan raro ver hemotisis muy abundantes sin apoplejia pulmonar, como observar esta lesion sin esputo de sangre.

Cuando en un enfermo que presenta los síntomas de una hemotisis copiosa existe al mismo tiempo una caverna, no es siempre posible distinguir durante la vida si la hemotisis es debida á la perforacion de algun vaso ulcerado en las paredes de la caverna, ó si procede de una apoplejia pulmonar. No obstante, es mas creible el último, en atencion á que las hemoti-

sis reconocen rara vez por causa una ulceracion. En el mayor número de casos, la sangre es simplemente exhalada por la mucosa de los bronquios, como lo es por la membrana interna del útero en la menstruacion, por la pituitaria en la epistaxis espontánea, etc. La poca frecuencia de las hemotisis á consecuencia de la ulceracion de los vasos se concibe con bastante facilidad, teniendo presente la obliteracion de numerosos ramos vasculares, colocados en el centro de la inflamacion crónica, demostrada por los esperimentos de MM. Andral y Blandin, los cuales habiendo practicado inyecciones en los vasos del pulmon, han visto detenerse la materia inyectada á cierta distancia de las paredes de la caverna.

En rigor seria posible confundir *à priori* la sangre de una hemotisis abundante con la de una *hematemesis*, supuesto que estas dos afecciones van acompañadas de arcadas. Sin embargo, prestando un poco de atencion á la naturaleza y sitio de los prodromos que preceden comunmente á los accesos de una hemotisis copiosa, al color rojo y aspecto espumoso de la sangre, no será difícil distinguirla de la hematemesis, en la que se presenta la sangre negra, muchas veces coagulada, y casi siempre mezclada con materias alimenticias, bilis, etc. Acontece algunas veces que saliendo la sangre abundante del pulmon, se traga alguna cantidad que se arroja despues con vómito; y aunque entonces haya algunos signos que indiquen proceder del estómago, no dejarán de existir otros que nos conducirán á conocer su verdadera causa. Finalmente, reuniendo á la inspeccion el exámen del torax por medio de la auscultacion y percusion, se puede aun precisar mas el diagnóstico, distinguiendo si la hemorragia corresponde á una apoplejía pulmonar (véase *apoplejía pulmonar* en la *auscultacion*), ó si es el resultado de una simple exhalacion de la mucosa bronquial.

La sangre sale en corta cantidad á la vez bajo la forma de esputos: puede proceder igualmente de todos los puntos que anteriormente hemos indicado; pero las mas veces proviene directamente de la membrana mucosa de los bronquios. En esta forma de la hemotisis, como en la precedente, la sangre es roja, espumosa, pura ó mezclada con mucosidades; mas en ambos casos forman estas una masa separada de la sangre, y no ofrecen de ningun modo la mezcla íntima que se halla en la espectoracion de la neumonia.

Quando sale poca sangre á la vez, se conserva con toda su energia, por espacio de mucho tiempo, la predisposicion á exhalarla, de lo que resulta que los enfermos espectoran con me-

nores intervalos que en la forma anterior, y que es mayor la duracion total del padecimiento.

Siempre que un individuo que padece hemotisis de esta especie no ofrezca signos de afeccion orgánica del corazon, ni del aneurisma de la aorta, se puede considerar la hemorragia como procedente de la exhalacion de la mucosa bronquial. Pero si esta hemotisis repite muchas veces con intervalos mas ó menos distantes en un sugeto demacrado y que padecia ya un catarro crónico, se puede presumir que existen en él tubérculos pulmonares, y afirmar que la hemorragia es sintomática.

Es difícil confundir los esputos poco abundantes de la hemotisis con la expectoracion de sangre que proviene de las fosas nasales; esta última ofrece siempre un tinte negrozco, y no es espumosa, con cuyo caracter puede distinguirse siempre de la que suministran los bronquios ó los pulmones.

*Espustos perineumónicos.*—Por fin la expectoracion de neumonia constituye la última especie de esputos sanguinolentos. En esta enfermedad no sale la sangre pura como en la hemotisis, sino mezclada con mucosidades segregadas por las vesículas pulmonares y los bronquios inflamados. Mientras que la inflamacion de las vesículas dá lugar á una secrecion mucosa, los vasos sumamente delicados que se ramifican en sus paredes exhalan sangre; de manera que á medida que estos dos elementos llegan á las vias aéreas, se efectúa entre ellos una mezcla íntima de molécula á molécula.

Al principio de una neumonia los esputos son blancos como en una bronquitis, pero poco despues se presentan con todos sus caracteres patognomónicos. Su color no es siempre el mismo, pues ya son de un rojo herrumbroso, ya amarillos azafrañados, ya finalmente verdosos ó biliosos. Todos estos matices, sin esceptuar el tinte bilioso, dependen de diferentes proporciones de la sangre relativamente á las mucosidades. El moco rara vez es teñido por la bilis; aun en la ictericia mas marcada está exento de esta coloracion. Habiendo hecho M. Andral una mezcla de sangre y de una disolucion de goma en variadas proporciones, ha imitado perfectamente los diferentes matices que presenta la expectoracion perineumónica. Al mismo tiempo los esputos son viscosos, y se adhieren entre si, formando una sola masa que se vierte en totalidad cuando se vuelve la vasija. Estos caracteres pertenecen ordinariamente al primer grado de la neumonia, y subsisten algunas veces todo el tiempo que dura la enfermedad. Pero luego que la inflamacion aumenta de intensidad, y que la neumonia llega al segundo grado, se hace mas manifiesta la viscosidad de los esputos, y no solo

se pegan unos á otros, sino que se adhieren al fondo de la escupidera con tanta fuerza, que se la puede mover bruscamente sin que se desprendan.

En vez de constituir una sola masa, forman entonces en la mayor parte de casos porciones separadas gelatiniformes y fluctuantes que se han comparado á causa de su aspecto y de su color pardo amarillento, á la *conserva de albaricoques*.

Desde el momento en que la neumonia tiende hácia la resolución, disminuyen cada vez mas el número de moléculas sanguíneas, así como su viscosidad, recobrando los esputos el mismo aspecto que tenían en el principio de la enfermedad. Sin embargo, la desaparición completa de los esputos característicos de la neumonia no prueba siempre una resolución perfecta de esta afección, pues muchas veces subsisten sus síntomas positivos aunque no haya vestigios de expectoración, y por otra parte rara vez se vé á esta última sobrevivir á todos los síntomas físicos.

En algunos casos se suprime la expectoración antes de la muerte, ó adquiere una tinta gris rogiza y súcia. Otras veces, pero menos frecuentemente, conserva hasta la muerte su carácter patognomónico.

Cuando la neumonia termina por supuración, ó cuando llega al tercer grado, los esputos no cambian de aspecto, ó se hacen enteramente purulentos, agrisados, inodoros, deslizándose á manera del agua, ó bien como se observa en el mayor número de casos, son fluidos, de la consistencia de una disolución de goma, de un color rojo parduzco mas ó menos oscuro, algunas veces tambien enteramente negro, y bastante semejantes al *zumo de regaliz ó de ciruelas*. Esta última forma de expectoraciones, la mas frecuente en el tercer grado de la neumonia, sin embargo, está muy lejos de ser su carácter patognomónico. M. Andral, que ha sido el primero que la ha descrito con mucha exactitud, dice haberla observado algunas veces en *individuos cuyos pulmones se hallaban en el grado de hepatización roja*.

No podemos terminar la descripción de los esputos de neumonia sin manifestar á nuestros lectores que en algunos casos los enfermos no expectoran nada en todo el curso de una neumonia, y que hay otros en quienes la expectoración conserva los caracteres de la de una bronquitis durante toda la enfermedad.

*Espustos gangrenosos.* Cuando la neumonia termina en gangrena los esputos son primeramente verdosos, despues de gris sucio, ó de color de heces de vino, semeándose al detritus del

bazo reblandecido, de un olor fétido que recuerda el de la gangrena de las partes esternas.

*Espustos compuestos del tegido propio del pulmon.* En algunas ocasiones, aunque poco frecuentemente, se perciben en los esputos de la tisis tuberculosa, porciones desprendidas del parénquima pulmonar, de manera que puede decirse entonces con el vulgo que los pacientes espectoran los pulmones.

*Espectoracion de falsas membranas.* Se observa en diferentes circunstancias, primero en el croup y en las anginas difteríticas; muchas veces arrojan los enfermos con los esfuerzos de la tos membranas mas ó menos estensas y de un color blanco amarillento. El conjunto de síntomas que se presente simultáneamente nos conducirá fácilmente al diagnóstico del asiento de la afeccion.

Se ha visto tambien á los enfermos espectorar falsas membranas en el curso de una bronquitis crónica, ó de una afeccion tuberculosa. M. Andral cita principalmente un ejemplo curioso, en que se trata de un tísico que arrojó por espacio de mas de un mes falsas membranas con los esputos.

*Espectoracion de hidatides.* Es necesario saber distinguir las falsas membranas de la espectoracion de restos de hidatides que se observa algunas veces en la bronquitis ó en la afeccion tuberculosa, y que otras es idiopática. M. Andral ha observado un hecho de esta especie, y refiere otros tres, de los que uno es debido á M. Fouquier, otro ha sido publicado en las *Transacciones filosóficas de Londres*, y el último, finalmente, comunicado por M. el doctor Smith á una sociedad de medicina de París.

Los acefalocistes pueden ocasionar todos los síntomas racionales de la tisis tuberculosa; repentinamente espectoran los enfermos cierta cantidad de vesículas rotas ó íntegras, comienzan despues á aliviarse, y entran en convalecencia.

*Espectoracion de cálculos.* Los pacientes espectoran en algunos casos, principalmente durante la afeccion tuberculosa, cálculos de forma y volúmen variados. El mayor número son comunmente de una magnitud igual á un grano de mijo; otros tienen el volúmen de una judía. Morgagni dice haber observado un cálculo pulmonar del tamaño de la primera falange del pulgar.

Todas estas concreciones se encuentran las mas veces, como lo observa M. Andral, en los jóvenes. Su magnitud está en razon inversa de su número. Se han visto enfermos que arrojaban de 20 á 30 en el espacio de tres meses.

Los cálculos pulmonares son, ya blandos, análogos á por-

ciones de yeso humedecido, desmenuzándose fácilmente entre los dedos, ya semejantes á granos de arena, y tienen una consistencia pétrosa.

La forma de las concreciones pulmonares no es constantemente idéntica. Unas veces son cilíndricas, ovaladas, globulosas, pisiformes; otras ofrecen ramificaciones, y con frecuencia también asperezas en su superficie. El color de la mayor parte de esas concreciones es blanco acrisolado: M. Andral dice haber observado una vez que estaban manchadas de un gran número de puntos negros. Su origen no es siempre el mismo; en muchos casos parecen en los bronquios, como puede deducirse de la forma ramosa de esas concreciones, imitando las divisiones bronquiales. Tal era probablemente, según el observador que acabamos de citar, el caso de esos individuos de que hacen mención diferentes autores, que espectoraban de tiempo en tiempo pequeñas piedras después de algunos golpes de tos, sin que su salud se alterase de un modo manifiesto. En otras ocasiones es fácil ver por la forma de los cálculos que no son mas que porciones de anillos cartilaginosos destruidos y osificados. Hay algunos que parece que proceden del interior de las cavernas: M. Andral ha visto dos veces concreciones de este género en medio de vastas escavaciones. Finalmente, en otras circunstancias puede decirse que consisten los cálculos en cierto modo de terminar los tubérculos pulmonares, y tienen su asiento en el parenquima de los pulmones. Así se vé algunas veces que en lugar de reblandecerse la materia tuberculosa, adquiere mas y mas consistencia por efecto de la reabsorción de las partes fluidas, y se convierte al cabo de cierto tiempo en una verdadera concreción yesosa.

*Forma de los esputos.* Los esputos pueden presentar formas muy variadas que dependen de un gran número de circunstancias, tales como el diámetro y la configuración de los bronquios de que proceden, la facilidad ó dificultad de la espectoración, su viscosidad mayor ó menor, etc. Si son medianamente viscosos, como en una bronquitis aguda ó una neumonía en primer grado, tienen el aspecto de una clara de huevo batida, y forman una bola vertiéndose en totalidad cuando se inclina la escupidera. Siendo mas viscoso, como en el segundo grado de la pulmonía, representan masas separadas, pegándose al fondo del vaso; y si á esa circunstancia se añade la dificultad de la espectoración, no se arrojan en abundancia, sino en corta cantidad, y forman fajas adherentes á las paredes de la escupidera.

En una bronquitis sub-aguda ó crónica, sola ó acompañada

de tubérculos, estan formados las mas veces de cierta cantidad de serosidad opaca, en la que nadan copos de mucosidades verdosas; estos son los que han recibido el nombre de *esputos en forma de copos*. En otros casos las mucosidades concretas que sobrenadan en medio de la serosidad, representan masas densas, regulares, redondeadas y semejantes á la moneda. Todas esas porciones circulares tienen el mismo diámetro, y estan dispuestas de manera que dejan entre sí intervalos casi iguales; se les ha llamado *esputos amonedados*, á causa de su semejanza con una moneda. Algunas veces, que hemos tenido ocasion de observar esa forma de esputos, hemos hallado grande analogia entre ellos y una infusion de manzanilla sin color, echada en una vasija plana. Mirando de cerca las masas que constituyen esa forma de la expectoracion, se ve que cada una de ellas se compone de muchos puntos compactos, de un blanco mate, reunidos por un moco ya agrisado y semi-transparente, ya verdoso y completamente opaco, de modo que todo el esputo parece estar matizado de diferentes colores.

En algunas ocasiones se ven sobrenadar, principalmente al principio de la afeccion tuberculosa, pequeños grumos blanquecinos ó amarillentos en medio de cierta cantidad de serosidad; y á estos se les puede denominar *esputos grumosos*. Estos grumos que Bayle ha comparado con bastante exactitud al arroz bien cocido, han sido considerados por muchos médicos, y entre los antiguos por Hipócrates y Baglivio, como indicios de la tisis. Sin embargo, seria facil confundirlos con pequeñas concreciones mucosas procedentes de los folículos mucosos de la laringe, ó de la garganta. Aunque se haya pretendido distinguir estas últimas, oponiendo su viscosidad y tenacidad al aspecto como caseoso de los primeros, forzoso es no obstante confesar que el moco simple puede algunas veces alterarse de tal manera, que no sea en muchos casos posible distinguirle de los grumos de los tubérculos.

Otra forma que adquieren frecuentemente los esputos, particularmente al principio de la tisis, es la siguiente: en la superficie de un líquido sin color, filamentoso, trasparente ó turbio que constituye los esputos (*píuita fluida*), se ven estrias de un blanco mate que muchos médicos consideran como partículas de materia tuberculosa.

«En los enfermos que han presentado una expectoracion semejante, dice M. Andral (1), hemos hallado comunmente los pulmones llenos de pequeños tubérculos, la mayor parte du-

(1) *Clinica Médica*, tercera edicion, tomo I, pág. 122.

ros, comenzando ya algunos de ellos á reblandecerse en su centro. Algunas veces nos ha sido posible por medio de una diseccion atenta, descubrir tubos bronquiales muy pequeños, casi capilares que se abrian en la reducida cavidad donde estaba contenida la materia tuberculosa... Pero, asi como los grumos de que nos hemos ocupado anteriormente, las estrias ó filamentos que surcan muchas veces los esputos de los individuos reputados tísicos, estan muy distantes de tener siempre su origen en los tubérculos; efectivamente los hemos observado en casos en que la abertura del cadáver nos manifestó que no existia ningun tubérculo en los pulmones, y creemos que esas estrias blanquecinas, filiformes, consideradas por muchos como un producto de los tubérculos que comienzan á reblandecerse, se forman mas bien en las pequeñas ramificaciones bronquiales cuya secrecion puede diferenciarse de la de los grandes canales.»

Resulta de todo cuanto llevamos dicho que es imposible distinguir por la sola forma los esputos de los tubérculos de los de una simple bronquitis; la misma observacion es aplicable á su aparente naturaleza. Asi es que la expectoracion purulenta que parece indicar de un modo indudable la presencia de tubérculos, puede hallarse, como hemos dicho, en otras circunstancias; puede existir tambien algunas veces en una bronquitis simple. Una cosa notable que puede servir para apoyar lo que acabamos de decir, es que los *esputos de la bronquitis que acompaña al sarampion, se semejan perfectamente á los purulentos y tuberculosos.*

*Color de los esputos.* Despues de todo lo que dejamos espuesto no creemos necesario añadir mas que algunas palabras sobre la coloracion de los esputos. Les hemos visto presentar diferentes matices, sin que podamos siempre esplicarlos, y la mayor parte pertenecen á diferentes cualidades que el moco adquiere segun el grado de inflamacion, á las diversas proporciones en que se mezclan con las mucosidades, el pus, la sangre, ó la materia tuberculosa, etc.

Por último, debemos llamar la atencion de los médicos hácia los esputos negros ú oscuros que algunos suelen expectorar con frecuencia, principalmente por la mañana, cuando han permanecido el dia antes espuestos mucho tiempo al humo de lámparas ó de una chimenea, siendo habitual en otros esa misma expectoracion.

En el primer caso es probable que las materias que constituyen los esputos provengan las mas veces de las fosas nasales; la última forma se observa particularmente en las personas

que por su trabajo estan espuestas al polvo del carbon, al humo del carbon de piedra, etc., y los esputos proceden directamente del pulmon. En efecto, está ya probado en la actualidad que la materia negra pulmonar es muchas veces resultado de un depósito mecánico de polvo de carbon. Lo que Laënc sospechó bajo este respecto (1) se halla demostrado desde los trabajos de Pearson, de MM. Gregory, Christison y Graham, médicos ingleses, que han visto frecuentemente la coloracion negra del pulmon en los cadáveres de los carboneros. Despues se ha fijado en Francia la atencion en este objeto; y la cuarta edicion de la obra de Laënc contiene una observacion interesante de esta especie, comunicada por M. Behier, uno de los internos mas distinguidos de los hospitales, y una lámina que representa una porcion de pulmon teñida por el polvo de carbon (2).

Se ve por lo que precede que siempre que los esputos ofrecen por espacio de mucho tiempo un color negro, se puede sospechar la presencia de moléculas carbonosas en el pulmon. Los esputos negros no deben hallarse por consiguiente mas que en sugetos espuestos á inspirar una cantidad mas ó menos considerable de esas moléculas. La única afeccion á la que pudieran tambien atribuirse *à priori* los referidos esputos, es la melanosis; pero el desarrollo de esta afeccion en el pulmon, aun en un grado considerable, no ocasiona la expectoracion negra, segun lo observa Laënc, sino en el momento en que reblandecida la materia de la melanosis se evacua en los bronquios (3). Podemos añadir que al hacer esta exclusion, Laënc se funda únicamente en la opinion de Bayle, y aun nos atrevemos á decir con M. Meriadec Laënc, que á nuestro entender ningun observador ha visto la expectoracion negra, designada como fenómeno característico del reblandecimiento de la melanosis del pulmon, y de su evacuacion en los bronquios.

No obstante, si los esputos negros contubiesen partículas de melanosis, lo que no es rigorosamente imposible, pudieran todavia distinguirse de aquellos cuyo color es debido al polvo del carbon, segun el proceder del doctor Christison, á quien el Dr. Gregory remitió el líquido negro contenido en los pulmones de los enfermos, que le arrojaban durante la vida con los esputos, y el agua en que se habia labado el tegido pulmonar, tiñéndose de un color muy oscuro.

(1) *Tratado de la auscultacion mediata*, cuarta edicion, tomo II, p. 326.

(2) *Idem*, tomo III, pág. 237.

(3) *Tratado de la auscultacion mediata*, etc., cuarta edicion, tomo II, pág. 565.

1.º Tratado este fluido con el ácido nítrico concentrado y en ebulicion, no ha sufrido ninguna alteracion :

2.º La inmersion en una fuerte disolucion de cloruro tampoco ha producido ningun efecto :

3.º Una disolucion concentrada de potasa cáustica ha separado de él un poco de materia animal, y se ha filtrado con mucha lentitud. La primera parte que pasó por el filtro era opaca y negra ; pero la restante de un color pardo , amarillo , pálido y trasparente ; de modo que no se disolvió ninguna porcion de la materia negra. Esta última quedó en el filtro , y despues de bien lavada y seca , ardió como el polvo de carbon, sin entumecerse, sin olor empireumático , y dejando por residuo mucha cantidad de ceniza gris :

4.º Sometida una pequeña porcion de este polvo negro á la ebulicion en el ácido nítrico , bien lavada y seca , introducida en un tubo de cristal de poco diámetro y calentada hasta el calor rojo , suministró una cantidad considerable de gas que tenia el olor del carbon de piedra , y ardió con llama blanca ; al mismo tiempo se condensó en las paredes del tubo un fluido amarillo , pardusco , que ofrecia el olor de la brea de carbon , tomando al enfriarse la consistencia de manteca. Comprimida esta masa entre dos hojas de papel de filtro , imprimió en él una mancha oleosa , y quedó una materia blanca que disuelta por el alcohol hirviendo , dejó depositar por enfriamiento pequeños cristales oscuros (1).

« Es imposible , dice el doctor Christison , no reconocer en el resultado de estos esperimentos los productos ordinarios de la destilacion del carbon de piedra , que suministra un gas dotado de las mismas propiedades , y un fluido semejante á la nafta , conteniendo un principio cristalino , análogo , sino idéntico , á la naftalina. »

Podemos juzgar , al menos por analogía , que bastarán los mismos esperimentos para descubrir la verdadera naturaleza de los esputos negros. — Si el resultado fuera no encontrar las moléculas de carbon , sería preciso entonces atribuir el color negro á la presencia de la melanosis.

Agregaremos á estos caractéres los que ya ha designado Laënc á propósito de la materia negra de los ganglios bronquiales , á saber : que este color se fija de tal modo en la piel , que permanece muchos dias si se deja secar antes de procurar quitarle , mientras que el color de la melanosis la mancha muy poco , y se quita fácilmente , lavándose. Finalmente resulta de

(1). Véase la *Gaceta médica* , 1835 , núm. 22.

las esperiencias de MM. Barruel, Lassaigne y Foy, que la composicion química de la materia negra de la melanosis se diferencia enteramente de la materia carbonosa: que se semeja mucho á la composicion de la sangre, pues contiene como ella albúmina y fibrina, una gran cantidad de un principio eminentemente carbonado, que parece ser cruor alterado, y en fin diversas sales entre las que figuran el fosfato de cal y el óxido de hierro.

Terminaremos este párrafo, diciendo dos palabras acerca del modo de espectorar.

Hemos dicho ya que las materias que constituyen los esputos se espelen, ya en gran cantidad con esfuerzos análogos á los del vómito, ya con golpes de tos y bajo la forma de esputos. Réstanos añadir, que la espectoracion no se efectua siempre con igual facilidad; que en general es difícil en el vigor de la inflamacion, pues siendo entonces los esputos muy viscosos, se desprenden á duras penas de las paredes de los bronquios. Obsérvase esta dificultad algunas veces periódicamente, por decirlo asi; sobreviene por lo comun todas las tardes durante la exacerbacion de la fiebre. Cuando es trabajosa la espectoracion, se ven siempre precisados los enfermos á hacer esfuerzos reiterados para espulsar las materias contenidas en los bronquios, de lo que resulta que en estos casos los esputos contienen comunmente aire.

Otras veces se suspende completamente la espectoracion, sin dejar de subsistir la enfermedad que la producía. Este fenómeno puede referirse á dos circunstancias: 1.º á la suma debilidad de los enfermos que no tienen suficiente fuerza para espectorar las materias contenidas en los bronquios, como se observa principalmente en los ancianos, ó en los niños que ademas no saben espectorar. Continuando entonces la secrecion incesantemente, se aumenta la dificultad de la respiracion, en razon del obstáculo que inducen las materias segregadas al ejercicio de esta funcion. 2.º A la falta de secrecion; en efecto hay inflamaciones de las vias aéreas, como las de los demas órganos, en las que se suprime toda secrecion.

El asiento de la afeccion puede influir mas ó menos en la facilidad de la espectoracion. En las neumonias del vértice faltan los esputos muchas mas veces que en las de la base. Pudiera decirse que esto es efecto de que los músculos espiradores, y en especial el diafragma, pueden hacer mayores esfuerzos sobre esta última parte del pulmon.

Por último, en algunos casos la facilidad de la espectoracion es dependiente del decúbito. En las tisis confirmadas los

enfermos espectoran siempre fácilmente y en abundancia, cuando despues de haber estado acostados mucho tiempo del lado que contiene las cavernas, se echan del lado sano. Entonces se inclina la caverna, y deja vaciar el líquido contenido en ella.

## CAPITULO X.

### DE LOS SIGNOS QUE SUMINISTRA EL APARATO DIGESTIVO.

#### §. I.

*De los signos deducidos de los órganos situados por encima del diafragma.*

A. *Labios.* — Además de los diferentes caracteres que hemos notado en la espresion de la fisonomía y entre los signos deducidos de los músculos, presentan todavía los labios algunas particularidades que merecen espresarse. El abultamiento del labio superior indica generalmente cierta predisposicion á las escrófulas. La palidez de los labios demuestra que los capilares contienen poca sangre, circunstancia que puede ser transitoria ó permanente. La primera variedad de palidez se encuentra en el síncope, en el periodo del frio de las fiebres intermitentes; y la otra se observa en personas pobres de sangre, y en las que predomina la serosidad con respecto á la materia colorante. Esto es lo que se ve constantemente en la clorosis adelantada.

Los labios lívidos indican un obstáculo á la circulacion; se hallan en este estado en algunas afecciones orgánicas del corazon, en las asfixias, en el asma, en los accesos de epilepsia, en el cólera, etc.

Rojos, rosados y ligeramente húmedos pertenecen al estado de salud.

Algunas veces se ponen secos en las enfermedades; se levanta su epithelium en forma de escamas, se condensa el moco que le cubre, y forma costras de un color pardo oscuro que rodean comunmente la hendidura bucal á lo largo del borde libre de los lábios. A esto es á lo que se ha llamado *fuliginosidades*. Los lábios fuliginosos no son el signo patognomónico de ninguna enfermedad; sin embargo, se presentan con este carácter principalmente en las afecciones tifoideas, en la entero-mesenteritis tifoidea, en la metro-peritonitis puerperal, la flebitis, en las afecciones cerebrales. En algunos casos, finalmente, se ven fuliginosidades en los lábios, especialmente por la mañana,

en sujetos que disfrutan de salud, á escepcion de una ligera languidez en las funciones digestivas.

B. *Encías.* Las encías están lívidas, inchadas, y dan sangre en el escorbuto; se presentan blancas y pultáceas en la salivacion mercurial: pálidas en las hidropesías y la clorosis. Participan comunmente de una rubicundez mayor que las demas partes de la boca en las afecciones febriles en general.

C. *Dientes.* Los dientes están sujetos á muchas enfermedades, y se ha hecho de ellas una especialidad. No es nuestro objeto ocuparnos de ellas; vamos á limitarnos á la descripcion de los fenómenos que pueden ofrecer algun interés al médico.

Es una costumbre tan antigua como general atribuir á la denticion el mayor número de indisposiciones de los niños hasta el segundo año de su vida; es esto tan cierto, que no solo las madres participan de esta preocupacion, sino los mismos médicos, pues siempre que se les llama para visitar á un niño, la primera diligencia que hacen es examinar sus dientes. Sin embargo basta reflexionar un poco acerca del modo de verificarse su erupcion, para percibir en esta opinion una preocupacion antigua legada por la tradicion. En efecto su formacion marcha simultáneamente con el desarrollo de la mandíbula. Hacia el quinto mes de la vida fetal, cuando los alveolos están ya separados y cada uno de ellos contiene un folículo, el vértice de este se cubre de un casquete huesoso que, al nacer, se halla al nivel del borde superior del canal dentario, donde se adhiere á la expansion del periostio alveolar cubriendo la cara inferior de la encía dura, casi cartilaginosa en esta época, pero que comienza á reblandecerse, y se hace esponjosa algunos meses despues del nacimiento. Vemos por consiguiente que la naturaleza prepara ya el camino á la erupcion de los dientes, pues reblandeciéndose la lámina casi cartilaginosa de la encía, disminuye el obstáculo que tienen que vencer, en términos que sería suficiente empujar un poco el diente de abajo arriba para efectuarse aquella. En esto es precisamente en lo que consiste el trabajo ulterior de la denticion. Cuando el cuello del diente está ya osificado, crece la raiz en longitud, al mismo tiempo que se desarrolla mas y mas la osificacion del hueso maxilar, principalmente hacia la línea media; su fondo se aproxima gradualmente á la raiz de los dientes incisivos, y al fin llega á tocarla hacia el octavo ó noveno mes; viéndose ya en esta época aparecer los dos incisivos fuera de la encía. La erupcion de los demas dientes se efectua por el mismo mecanismo, y si no aparecen al mismo tiempo, es debido á que el fondo de todos los alveolos no se halla en un mismo plano, y á que el desarrollo de las

mandíbulas no está igualmente adelantado en todos los puntos.

Cuando se reflexiona un poco acerca de ese mecanismo, es difícil atribuir los muchos desórdenes que han querido esplicarse por medio de la dentición, á un trabajo que la naturaleza tiene preparado muy de antemano.

Establecida esta opinion *á priori*, se halla confirmada por los resultados de la experiencia. Conozco á un dentista de los mas acreditados de la capital, M. Désirabode, el cual nunca ha visto cesar despues de la erupcion de los dientes las convulsiones que se atribuian á una dentición difícil. Este práctico distinguido me ha asegurado tambien, que no dá ninguna importancia á la incision de las encías propuesta por algunos médicos para facilitar la erupcion de los dientes, y que él considera, en una palabra, como absolutamente inútil.

Creemos que en este caso, como en otros muchos, se ha tomado por causa lo que no es mas que una coincidencia, y tenemos la convicción (porque tal es la marcha del entendimiento humano) que si en vez de la dentición, se observase otro fenómeno notable en esta época de la vida de los niños, no se dejarían de atribuir á ella todos los desórdenes que entonces se presentan, del mismo modo que se atribuyen otros mas adelante al incremento, á la manifestacion de las reglas, etc. (1).

La verdadera causa de los desórdenes nerviosos en los niños, hácia la época de la primera dentición, consiste muy probablemente, como lo ha observado con mucha razon M. Billard, en la grande modificacion que sufre entonces el cerebro, en un verdadero estado de transición que hace que este órgano, apenas bosquejado en un principio, llegue á la edad de nueve meses ó un año á adquirir la organizacion propia del cerebro de los adultos (2).

El cerebro de los recién nacidos, como ha dicho M. Tiedeman (3), se semeja únicamente por la forma al de los adultos; pero está muy lejos de ofrecer la misma semejanza con respecto á su estructura. En los primeros es difícil distinguir las dos sustancias del cerebro en la superficie de los hemisferios y en los cuerpos estriados; apenas se ven algunos vestigios de ellas

(1) Es propio de la naturaleza del espíritu humano atribuir las enfermedades á grandes acontecimientos, no solo orgánicos, sino tambien á aquellos que suceden en derredor nuestro. ¿Quién es el que no ha oido á los enfermos referir sus males al terror de 1793? No les oimos aun todos los días acusar en el mismo sentido á la revolucion de julio, á la invasion del cólera, etc. etc.?

(2) Billard, obra citada, pág. 601.

(3) *Anatomía del cerebro*, que comprende la historia de su desarrollo en el feto, y trad. por A. J. L. Jourdan, Paris, #824.

en el cerebello. La sustancia medular está surcada de numerosos vasos que se hacen aun mas aparentes en las porciones ocupadas mas adelante por la sustancia gris. La consistencia del cerebro es mas blanda que en los adultos; no obstante se deja cortar en hojas bastante tersas, pero se reblandecen muy fácilmente al aire. Sus diversas partes están tanto menos desarrolladas, cuanto mas distan de la médula oblongada, que se presenta casi perfecta en la época del nacimiento.

Asi como es muy difícil para el que está habituado á juzgar las cosas con severidad darse razon de los diferentes desórdenes que presentan los niños en los dos primeros años de su vida, á consecuencia de los esfuerzos que hacen los dientes para penetrar las encias, es al contrario muy fácil explicar esas alteraciones, teniendo presente lo que acabamos de decir. ¿Pues qué, la fisiologia de nuestra economía habia de permanecer intacta cuando sobrevienen modificaciones tan profundas en la disposicion anatómica de los órganos, y principalmente del órgano central de la inervacion, origen principal de las fuerzas animatrices?

En las afecciones gástricas, se forma al rededor de los dientes una capa blanquecina ó agrisada. En las fiebres tifoideas y en todas las inflamaciones acompañadas de postracion de fuerzas, se rodea generalmente su cuello de una costra parda ó negruzca que se estiende algunas veces hasta las encias, se seca y ennegrece; en este caso se les dá el nombre de *dientes fuliginosos*.

Los dientes están algunas veces movibles y vacilantes, como en el escorbuto. Su color blanco lechoso ha sido considerado por algunos médicos, y principalmente por Camper y Simmons, como un indicio cierto de la predisposicion á la tisis pulmonar. Però este signo es falaz; diremos con Blumenbach, que hay tísicos que nunca presentan esa blancura en los dientes, en todo el curso de su enfermedad; y que por el contrario hay sugetos que sin padecer tubérculos ofrecen ese carácter en los dientes.

El rechinamiento de dientes durante el sueño es efecto en algunas ocasiones de un mal hábito. Es muy frecuente en los niños, y entonces es producido por contracciones involuntarias de los músculos, que provienen de la escitacion directa ó simpática del cerebro. Coincide algunas veces con la presencia de lombrices intestinales, ó con un infarto de las primeras vias. Precede en muchos casos á las convulsiones, cuando al mismo tiempo despierta el niño con frecuencia asustado y sobresaltado; y mas particularmente aun, como ya lo habia ob-

servado Hipócrates, cuando las mejillas están encendidas, los ojos fijos y brillantes.

D. *Lengua.* Haciendo abstracción de sus movimientos, de los que ya nos hemos ocupado en parte, tenemos todavía que considerar en este órgano: 1.º su sequedad ó humedad; 2.º las capas que se forman en él y sus cualidades; 3.º su color; 4.º su volúmen.

Suave y húmeda la lengua en el estado de salud, puede ofrecer diferentes grados de sequedad en el estado morbozo: ya se presenta seca y lisa, ya áspera y seca; finalmente se forman en ella grietas y resquebrajaduras. Las grietas dan muchas veces lugar á un flojo consecutivo de sangre y de serosidad acre. Se cubre también con bastante frecuencia, en las enfermedades, de una capa mas ó menos densa de diversos colores; ora de un amarillo pálido, ora azafranado, blanco, negro, etc. Siempre tendré presente un caso muy curioso que he observado hace diez y ocho meses en M. Lisnard, uno de los discípulos mas distinguidos de medicina, cuando padeció una fiebre tifoidea sumamente grave, en la que yo le asistí; la base de su lengua (en el día duodécimo de la enfermedad) ofrecía una tinta gris apizarrada, semejante á la que se observa despues de haber mascado chocolate. Este color subsistió durante toda la convalecencia, que fue muy larga, acompañada de anasarca y diarrea; y me pareció que pertenecía á las papilas. Lo notable es, que mientras existió esta capa, M. Lisnard no percibía ningun sabor; todos los alimentos le parecían tener el mismo gusto. Aconsejé á M. Lisnard salir á tomar aires (1).

Las diferentes capas de que hablamos son conocidas comunmente bajo el nombre de *saburras*, y cuando la lengua está cubierta de ellas, se dice también que está *saburrosa*. En ocasiones no cubre la capa mas que los espacios que separan las papilas, y deja á estas lisas y tersas. Entonces, como dice M. Landré-Beauvais, tiene la lengua ese aspecto que se ha llamado *velloso* (*lingua villosa*); algunas veces es tan densa y opaca que ha tomado el nombre de *picea*, á pesar de ser su color mas comun el blanco. En los ictericos la lengua se cubre frecuentemente de una capa amarilla; lo mismo se observa en el princi-

(1) Me es imposible dejar de observar en esta coloración alguna analogía con el color gris apizarrado que adquieren algunas veces las chapas de Peyerso, cuando la inflamación subsiste mucho tiempo. He visto á M. Lisnard en Paris, y me ha dicho que haciendo su viaje, vió en Lyon desprenderse algunas escamas negras de su lengua, y que desde aquel momento desapareció la capa en cuestion.

pio de las fiebres biliosas. En el mas alto grado de intensidad de las fiebres, la que es amarilla ó blanca se convierte muchas veces en costras amarillentas ó amarillas parduscas, semejantes á la crema quemada. En otros casos la lengua está limpia, pero muy roja, ó cubierta de una capa en la base, encendida por los bordes y punta, y las mas veces se presenta al mismo tiempo puntiaguda. Por último, suele ofrecer tambien un fondo blanco, en el que se ven sobresalir muchos puntos rojos.

El volúmen de la lengua no está sujeto á tantas variaciones como el de las demas partes; está abultada en la glositis, y al mismo tiempo presenta los restantes caracteres de la inflamación. Disminuye de volúmen en algunas afecciones crónicas que producen el marasmo, pero entonces no conserva comunmente su humedad, ni su blandura. En algunas enfermedades agudas está contraída, dura, y retraída hácia la parte posterior de la boca.

Todas las capas que hemos enunciado no se encuentran con igual frecuencia en las diferentes enfermedades; hay algunas que son peculiares de tal ó cual género de afecciones. Asi es que la blanca y pastosa se observa mas comunmente en las afecciones catarrales, en el reumatismo, etc.; la lengua vellosa indica con mucha frecuencia, segun M. Landré Beauvais, la debilidad crónica de las vísceras abdominales, y la capa costrosa y negra, la adinamia, la debilidad, siguiendo la opinion del observador ya citado y de M. Louis.

Sin embargo, observaciones tan generales no pueden satisfacer á los lectores que estén bien penetrados de la importancia que se dá todos los dias á la exploracion de este órgano. Réstanos hallar el valor respectivo de todos estos signos con relacion á las diferentes afecciones; ó en otros términos, determinar hasta qué punto se puede en el estado actual de la ciencia diagnosticar el asiento y naturaleza de una enfermedad, segun el aspecto que la lengua presente. Pero creemos conveniente resolver antes el problema del valor absoluto de sus diferentes estados, persuadidos de que la solucion de este preparará en algun modo la de la primera cuestion.

Se han emitido muy diversas opiniones acerca de la naturaleza de los diferentes estados de la lengua. M. Landré Beauvais es de opinion que la sequedad puede referirse á una escitacion fuerte y parcial de los vasos absorbentes que aumenta la absorcion, ó á un espasmo que impide ó suprime la secrecion. La aspereza supone un espasmo que cierra los conductos ó poros secretorios, ó una gran debilidad en los vasos que no les permite vencer la resistencia de esos poros ó tubos.

El aspecto *velloso* pertenece, según el mismo autor, á una secrecion moderada de moco que cubre los intervalos de las papilas, y el *piceo* á una debilidad muy considerable de todos los órganos vasculares que preparan y animalizan los humores, y á una falta de contractilidad de los poros ó conductos secretorios que dejan pasar á aquellos en un grado de densidad notable, sin producir casi ninguna modificacion en los fluidos segregados (1).

Pero qué significan esas palabras espasmo ó debilidad de los vasos? Estas espresiones, al menos para nosotros, no tienen ningun valor real: su admision nos parece enteramente hipotética.

M. Piorry ha tratado esta materia como físico; he aquí lo que ha creído observar: 1.º que cuanto mas considerable es la cantidad de sangre, y mas pronunciado el movimiento febril, tanto mas roja está la lengua, y *vice versa*. De esta ley no se exceptua la lengua cubierta de capas, pues debajo de ellas se encuentra casi siempre la rubicundez en las circunstancias mencionadas.

2.º Que es difícil atribuir la sequedad á la falta de la saliva y del moco; porque en los casos en que la lengua se presenta muy seca, basta muchas veces hacer inclinar la cabeza á los enfermos para que fluya la saliva por el ángulo de la boca. Es no menos difícil, según M. Piorry, atribuirle á una supresion de secrecion mucosa en la superficie de la lengua, supuesto que este órgano debe en gran parte su humedad natural á la saliva.

3.º Tampoco le parece probable al referido autor, que la sequedad sea debida á una absorcion activa en la superficie de la lengua; y en su concepto es imposible considerar la inhalacion como la causa principal de este fenómeno.

4.º Finalmente, la atribuye á la evaporacion de su humedad. «Situada la lengua á la entrada de las vias aéreas, y al paso del aire, dice M. Piorry, está incesantemente en contacto, cuando la boca está abierta, con una corriente de aire, ora á su entrada en el pulmon, ora á su salida. En su tránsito disuelve mucha cantidad de liquido, y se apodera del que cubre la cara superior de la lengua (2).»

Por consiguiente, todo lo que active esa corriente del aire en el conducto bucal, aumentará la sequedad de la lengua, y la aceleracion de la respiracion determinará principalmente ese

(1) Obra citada, pág. 135 y siguientes.

(2) *De la lengua considerada con respecto al diagnóstico*. Esta memoria está contenida en la obra intitulada: *Del proceder operatorio que debe seguirse en la exploracion de los órganos por medio de la percusion mediata*, por P. A. Piorry, Paris, 1835, 1 vol. en 8.º

fenómeno. De manera que «mas bien es el padecimiento de los órganos respiratorios que el del aparato digestivo el que ocasiona la sequedad de la lengua.»

5.º Que las capas negras que se observan en la lengua, los dientes, y muchas veces tambien en los labios, estan sometidas á las mismas leyes, y deben atribuirse á la desecacion de la saliva.

Habiendo espuesto M. Piorry cierta cantidad de saliva al aire de una estufa á 31º R., ha visto al cabo de veinte y cuatro horas formarse una masa agrisada, blanda, y semejante á las capas que se ven habitualmente sobre la lengua. Algun tiempo despues se ha solidificado, adquiriendo un color gris en un vaso, y en otro amarillento. El olor de esta especie de concrecion era enteramente semejante á la fetidez que ofrecen las capas de la lengua en las fiebres graves. Si se le añadia agua se reblandecia la sustancia desecada, formando una pasta blanda que tenia todos los atributos físicos de las capas con que frecuentemente se viste la lengua.

6.º Por último, su coloracion es debida, segun M. Piorry, ora á la duracion de su permanencia en este órgano, y á su desecacion mas ó menos completa, ora á la mezcla de moléculas de bilis ó de sangre con la saliva y las mucosidades, etc. La abstinencia hace, segun el mismo autor, un papel muy principal entre las causas de las capas espesadas, pues desaparecen muchas veces inmediatamente que se conceden alimentos á los enfermos.

Fuerza es decirlo, las opiniones de M. Piorry, que acabamos de esponer, tienen mucha probabilidad: estan fundadas en leyes físicas que son muy aplicables á las capas de la lengua. No obstante, preciso es considerar simultáneamente otros fenómenos que pueden influir mucho mas en su formacion y desecacion, y que M. Piorry no ha tenido en cuenta.

Es un hecho incontestable que las corrientes de aire agotan los líquidos, disolviendo incesantemente nuevas moléculas, y favoreciendo su evaporacion: todos los dias tenemos ocasion de comprobar esta verdad en los fenómenos que sobrevienen fuera de nosotros, y en nosotros mismos. En efecto, la esperiencia demuestra que el aire consume muchas veces cierta cantidad de agua estancada; que las secreciones moderadas, tales como las de la superficie de un vejigatorio, de una ligera escoriacion de la piel, etc., se secan mas fácilmente al aire; ¿pero puede aplicarse el mismo mecanismo á la simple desecacion de la lengua ó de sus capas anormales? De ningun modo; convenis en que la humedad de este órgano depende en gran parte de la saliva; por

consiguiente, si la causa de la desecacion consistiese únicamente en la evaporacion que el aire produce, segun decís, á medida que este disolviese algunas moléculas, las glándulas salivales suministrarían inmediatamente otras, y la humedad sería permanente: así como por mas que el viento se agitate, la tierra conservaría su humedad, si estuviese continuamente lloviendo.

No podemos dejar de ver en la opinion de M. Piorry una idea concebida *à priori*, y que una vez establecida ha intentado á todo trance encontrar hechos para sostenerla; así es, que en muchos casos que cita como ejemplos se ve desde luego el sello de la violencia. Tan poco exacto es decir de un modo absoluto que la aceleracion de la respiracion determina principalmente la desecacion de la lengua, como afirmar que la neumonia, la pleuresia, etc., son las afecciones que mas comunmente la ocasionan.

El mejor argumento que podemos hacer á la primera asercion de M. Piorry, es repetir lo que ya hemos dicho, que siempre que la causa de la humedad está continuamente obrando, no puede el aire producir sequedad, y esto es precisamente lo que se observa en la lengua. Yo quisiera que se me nombrase una enfermedad, en la que la frecuencia de la respiracion fuese igual á la de un perro fatigado despues de una larga carrera, y en un dia de excesivo calor. Ciertamente no sería fácil designarla, y sin embargo está muy distante de presentarse seca la lengua del animal que hemos tomado por ejemplo. Al contrario, pudiera decirse que arrastrando el aire las moléculas de la saliva que cubre la superficie de la lengua, escita la secrecion de una cantidad mas considerable, suficiente no solo para humedecerla, sino para fluir fuera de la boca. Hemos dicho tambien, que no es cierto que las neumonias y las pleuresias sean las afecciones en que se presenta la lengua seca con mas frecuencia, pues el número de casos de esta especie es casi nulo comparado con el de las fiebres graves que ofrecen la lengua seca, y cubierta de una capa costrosa, á pesar de ser en esta la respiracion menos frecuente que en aquellas.

Finalmente, al someter la saliva á una temperatura de 31° M. Piorry no ha tenido presente que entonces la evaporacion y desecacion consecutivas de este líquido no dependian de la corriente del aire, sino del calor; haciendo, pues, aplicacion de este resultado á las capas de la lengua como lo ha hecho, hubiera debido explicarlas mas bien por el aumento de temperatura; principio que una vez admitido hubiera podido resolver fácilmente el siguiente problema, porque en las fiebres

graves se hallan mas frecuentemente la desecacion y el aspecto costroso de la lengua. La contestacion era muy obvia, supuesto que la observacion y la esperiencia han demostrado que en las fiebres graves la temperatura natural llega muchas veces á su mas alto grado, y que en éste género de afecciones se desarrollan un gran número de inflamaciones secundarias.

Pasemos ahora á examinar las opiniones de M. Louis. Este médico distinguido se ha ocupado de la lengua en el segundo volumen de su obra sobre la gastro-enteritis (1), cuando despues de haber estudiado en el primer tomo las lesiones anatómicas que presentan los diferentes órganos en el curso de la fiebre tifoidea y de otras afecciones agudas, ha llegado á convenirse de que muchos órganos que estaban intactos en el principio de estas enfermedades, se inllaman consecutivamente; cuando ha establecido como consecuencia esta ley general, «que siempre que una afeccion de esta especie (aguda) dá lugar á un movimiento febril de alguna duracion, la mayor parte de nuestras vísceras son bien pronto el asiento de lesiones mas ó menos profundas... Ley importante, continúa M. Louis, que puede, si no me engaño, simplificar mucho el estudio de la patología, y que tal vez hubiera debido hallarse *à priori*, por que ¿qué causa es aparentemente mas susceptible de producir toda clase de enfermedades y lesiones que un movimiento febril mas ó menos violento, y algunas veces de larga duracion (2)?»

Puede decirse que esta ley ha preparado en algun modo las opiniones de M. Louis acerca de los diferentes aspectos de la lengua. No ve en ellos mas que un grado mayor ó menor de inflamacion, y considera la mayor parte de los estados de la lengua, no como enteramente independientes de las afecciones en que se presentan, «sino como unidos á ellos por una ley comun á todos los órganos, y que segun la predisposicion de los individuos los hace mas ó menos aptos á tal ó cual lesion; de manera que en uno es una inflamacion de la mucosa del intestino grueso, en otro de la lengua, y en un tercero una gastritis (3).»

Esta observacion no es únicamente aplicable á aquel estado de la lengua que se presenta con engrosamiento, ulceracion de este órgano y formacion de chapas lardáceas, caracteres in-

(1) Investigaciones anatómicas, patológicas y terapéuticas sobre la enfermedad conocida con el nombre de gastro-enteritis, fiebre pútrida, adinámica, etc., por P.-Ch.-A. Louis, 2 volúmenes en 8.<sup>o</sup>, París, 1829.

(2) Obra citada, tomo I, pág. 451.

(3) *Idem*, tomo II, pág. 75.

contestables de la inflamacion, sino tambien á aquellos que no se manifiestan mas que por una simple rubicundez con ó sin picazon. « Todos estos estados de la lengua, dice M. Louis, » deben considerarse como resultados de una misma causa, que » les es comun con todas las lesiones secundarias que como » ellos se manifiestan en épocas mas ó menos distantes de la enfermedad principal. Así es indudablemente como puede esplicarse la diferencia que existia en el aspecto de la lengua en » los enfermos que han sucumbido del octavo al décimoquinto » día de la afeccion, y en aquellos que han fallecido despues » de esta época. En efecto, en los primeros no ofrecia la lengua » ni rubicundez ni seguridad sino en los últimos dias; y hemos visto en la segunda parte de esta obra, que faltaban en » los mismos casos algunas lesiones secundarias, las ulceraciones de la faringe, las del esófago, y la destruccion parcial » de la glotis (1). »

Entre los ejemplos de fiebre tifoidea que han terminado por la muerte, ha observado M. Louis en mas de la mitad, caracteres de inflamacion en la lengua, tales como rubicundez mas ó menos viva, con ó sin sequedad y sin engrosamiento; rubicundez acompañada de costras de un espesor variable, de surcos mas ó menos profundos, la exulacion pultácea ó lardácea, un engrosamiento mas ó menos notable de la lengua, etc., « es decir, que la inflamacion de la lengua era tan frecuente como la de otros muchos órganos, ofreciéndose bajo formas no menos variadas (2). »

De diferentes sugetos que habian padecido la fiebre tifoidea grave, pero que todos habian curado, quince tenian la lengua húmeda sin aumento de la rubicundez que le es natural; otros ofrecian un estado que se separaba mas ó menos del natural, y que en la mayor parte de casos presentaba los caracteres de la inflamacion. En estos últimos nunca se han manifestado las alteraciones antes del dia undécimo de la afeccion, y siempre han subsistido de cuatro á veinte dias; vemos, pues, aqui probado que el estado de la lengua sigue exactamente la marcha de las lesiones secundarias que tienen lugar en el curso de las enfermedades agudas, cuyo término es funesto.

El exámen de la lengua en los individuos muertos de enfermedades agudas no tifoideas vá á suministrarnos nuevos hechos en favor de la analogía de su estado con las alteraciones de otros órganos en las enfermedades febriles.

(1) Obra citada, tomo II, pág. 74.

(2) *Idem*, pág. 86.

De treinta y cinco individuos que sucumbieron á una *perineumonia*, en diez y seis la lengua se hallaba en el estado natural, ó únicamente amarillenta ó blanquecina; en ocho seca ó rogiza, ya en la mayor parte del curso de la enfermedad, ya en los últimos dias de la vida; en seis casos se presentaba antes del sexto dia de un color rojo mas ó menos vivo, y en otros cuatro roja, seca y mas ó menos profundamente surcada en la segunda mitad de la enfermedad.

Los casos en que M. Louis ha observado la rubicundez unida á la sequedad y á las ulceraciones mas ó menos profundas, son incontestablemente de naturaleza inflamatoria. El caracter de estas lesiones es tambien el mismo que en las fiebres tifoideas; pero su número es proporcionalmente menos considerable que en estas últimas; sin embargo, la diferencia es debida, 1.º á la que existe entre las demas afecciones secundarias que se observan en las enfermedades que son objeto de la comparacion; 2.º á la de la intensidad del movimiento febril, que es mas considerable en las enfermedades conocidas bajo el nombre de fiebres que en la *perineumonia*. La misma proporción se observa tambien en las afecciones tifoideas que se han curado.

Segun lo que acabamos de manifestar todo conduce á probar la analogía que hay entre las diferentes capas de la lengua, y las alteraciones secundarias que se hallan en gran número en las afecciones febriles intensas. Como estas alteraciones son en gran parte de naturaleza inflamatoria, pudiera hacerse *à priori* una induccion acerca de la índole de las capas de la lengua que debieran resultar muchas veces de la inflamacion. Pero Mr. Louis refiere todavía una série de hechos que demuestran esa naturaleza de un modo incontestable, y consisten en la esposicion de las alteraciones guturales que se desarrollan en el curso de las enfermedades febriles. De ellos se deduce, pues, que estas lesiones como la de la lengua empezaban ordinariamente despues del décimo dia de padecimiento, y subsistian de dos á veinte dias; que ofrecian las mismas alteraciones que hemos estudiado, á saber: ya una rubicundez superficial, ya unida á la hinchazon, algunas veces seguida de ulceraciones, ó acompañada de una exudacion plástica. ¿Y cómo será posible, admitiendo la naturaleza inflamatoria de todos estos desórdenes de la parte posterior de la garganta, dejar de admitir la misma índole cuando los observemos en la lengua? ¿«Cómo asignar causas diferentes á lesiones idénticas, únicamente porque no tienen el mismo asiento?»

Adoptamos en gran parte la opinion de Mr. Louis sobre los diferentes estados de la lengua, pues está acorde con la que

nosotros hemos formado despues de numerosas investigaciones acerca de este objeto, y está apoyada á un mismo tiempo por la esploracion directa, cuando los caractéres de la inflamaion son evidentes (ulceracion, tumefaccion y rubicundez de la lengua); y por la analogía con otras lesiones secundarias, cuando son dudosos (rubicundez sin hinchazon y capas costrosas).

Para hacer comprender mejor todo este conjunto de hechos y raciocinios acerca del estado de la lengua, vamos á esponer nuestra opinion en las siguientes proposiciones: 1.º la lengua presenta en las enfermedades diversos aspectos que la separan mas ó menos del estado natural. Su estado normal mas simple parece consistir en la sequedad, sin ninguna tumefaccion ni rubicundez; y puede ser resultado de la disminucion de la secrecion salival y del moco de la lengua, favorecida de la inspiracion frecuente del aire por la boca y de la elevacion de la temperatura general. Puede compararse este estado, como dice M. Louis, á la sequedad de la piel que se observa frecuentemente en las afecciones febriles. La sequedad de la lengua, como la de la piel, puede existir sola ó simultáneamente con los signos de la inflamacion de este órgano.

2.º Las capas fluidas de diferentes colores que en algunas ocasiones cubren la lengua prueban únicamente una escitacion en la secrecion de los humores que la riegan en su estado natural, ó una ligera alteracion de su composicion. Estas capas, y en particular la blanca, se observan tambien algunas veces en el estado de salud en sugetos linfáticos, ora es efecto de la escitacion de la secrecion lingual, producida simpáticamente por algunas lesiones de órganos mas ó menos distantes, ora indica una disposicion general de la economia á la secrecion mucosa. Siempre que la sangre contiene moléculas de bilis en número suficiente para poder hacerse sensibles en las diferentes secreciones, la capa de la lengua adquiere una tinta amarillenta. Estamos sin embargo muy distantes de atribuir siempre este color amarillo á una disposicion semejante de la sangre, y nos inclinamos á creer que en ciertos casos ese matiz resulta simplemente de alguna modificacion en las cualidades del moco.

3.º Es necesario distinguir de la capa blanca de la lengua el color blanco de la misma, propio del desarrollo de las papilas (1). Nosotros vemos en esto algo mas que una simple modificacion de secrecion, pues hay una turgescencia cuyo grado mas elevado

(1) Las papilas de la lengua son apreciables aun en el estado natural, pero son de un color gris amarillento, no prominentes, redondeadas y no puntiagudas en forma de pelos, como se observa en las enfermedades.

constituye tal vez la inflamacion. Es de advertir que este aspecto vellosa de la lengua existe en muy pocos casos sin rubicundez mas ó menos viva.

4.º La rubicundez uniforme de la lengua sin sequedad ni tumefaccion indica la plethora ó la aceleracion de la circulacion capilar de este órgano, la que va unida á la sequedad y sin abultamiento; se observa algunas veces al principio de las afecciones febriles, mas no anuncia todavia la inflamacion.

5.º Finalmente, la capa costrosa lardácea procede ya de la simple desecacion del humor que riega la lengua, los dientes, y toda la cavidad bucal, ya resulta de una exudacion de linfa verificada por la superficie de este órgano inflamado. Su color amarillo ó pardusco es efecto ordinariamente de la desecacion: cuando es muy oscura ó negra debe en muchos casos este color á la mezcla de algunas partículas de sangre exalada por las superficies ulceradas. Cuando se presenta la capa costrosa desde el principio de la afeccion, es debido casi siempre este fenómeno á la desecacion del fluido bucal, favorecido por el tránsito del aire en la boca, ó por una disposicion particular de ese mismo liquido. Asi es, como lo observa M. Andral, que en los ancianos siendo todas las demas circunstancias iguales, se seca y ennegrece mas facilmente la lengua que en otras épocas de la vida. La capa costrosa va acompañada de rubicundez sola, ó de hinchazon, ó de ulceraciones, y lleva indudablemente el sello inflamatorio. Esta especie de exudacion lardácea no se observa comunmente mas que en un periodo muy adelantado de las enfermedades febriles; y cosa notable, la debilidad es casi uno de los elementos necesarios de la inflamacion acompañada de la exudacion referida; pudiendo creerse, como dice M. Louis, que esta condicion no es estraña á la preferencia que el croup tiene á la juventud, época de debilidad mas que de fuerza.

Despues de haber hecho comprender el valor absoluto de los diferentes estados de la lengua en las enfermedades, debemos deslindar inmediatamente otra cuestion no menos interesante, á saber, cual es su valor respectivo; señalar las lesiones á que cada uno corresponde, y determinar hasta qué punto se puede en el estado actual de la ciencia hacer el diagnóstico de esas lesiones segun el aspecto de la lengua.

Si reflexionamos un poco acerca de lo que hemos dicho sobre sus estados mas importantes, y asemejándolos á las alteraciones secundarias que sobrevienen en el curso de las afecciones febriles, hallaremos resuelta la cuestion que acaba de establecerse. En efecto, hemos visto muchas enfermedades diferentes impresionar del mismo modo la lengua, únicamente

con una intensidad relativa á la del movimiento febril. Es pues imposible determinar de un modo positivo el asiento de la enfermedad segun el aspecto de la lengua; pues siendo este el mismo puede residir aquel, ya en los intestinos, ya en el cerebro, ya finalmente en los pulmones, etc. Desde muy antiguo se da una grande importancia á la lengua en el diagnóstico de las afecciones del tubo digestivo; sin embargo, está muy distante de ser un intérprete fiel de ellas. La mayor parte de los médicos modernos pretenden tambien adquirir luces con su auxilio acerca del estómago, pero esta pretension está fundada *a priori*. La esperiencia prueba todos los dias que estos dos órganos presentan muchas veces estados enteramente opuestos.

Segun M. Andral, ninguna relacion constante puede establecerse entre el estado de la lengua y el del estómago. Cada una de las modificaciones que puede ofrecer la primera en su color y sus capas no corresponde á una modificacion especial del estómago.

«El estómago puede presentar un estado semejante al de la lengua despues de la muerte, por diferente que haya sido el de los dos, durante la vida.»

Con un estado natural de la lengua puede coincidir otro morboso del estómago y *vice versa*.»

«La sequedad y el color negro de la lengua no indican una afeccion mas grave del estómago, que la que anuncia cualquiera otra modificacion de aquel órgano (1).»

A las mismas conclusiones se llega cuando se intenta poner en paralelo el estado de la lengua con las alteraciones de los intestinos.

Todo cuanto podemos decir para justificar algo la conducta general de los médicos, es que las afecciones del tubo digestivo son precisamente aquellas que ó por su relacion mas directa con la lengua, ó por la intensidad ordinariamente mayor del movimiento febril que las acompaña, dan lugar en el mayor número de casos á diferentes alteraciones de esta.

Por consiguiente, siempre que la hallemos roja con papilas prominentes, ó mas ó menos hinchadas, no podemos menos de presumir una gastritis, pero nunca afirmar su existencia.

Fundándose en esta inconstancia de relacion entre el estado de la lengua y los del estómago, ha establecido M. Louis la siguiente ley; *que á escepcion de las afecciones cerebrales no se debe examinar la lengua sino en sí misma, y no para co-*

(1) *Clinica médica*, tomo I, tercera edición, pág. 532.

*nocer el estado de la membrana mucosa del estómago (1).*

No obstante esta ley nos parece un poco absoluta ; en efecto, si la lengua no puede indicar siempre de un modo positivo el asiento de la enfermedad, no es cierto que las luces que su examen nos suministra se limiten únicamente al conocimiento de su estado, pues nos indican casi siempre al mismo tiempo disposiciones generales que no deben despreciarse. «La observacion ha llegado á enseñarnos, dice M. Andral, que entre esas numerosas modificaciones de la lengua hay muchas que unidas ó no á una afeccion del estómago ó de los intestinos anuncian ciertos estados especiales de la economía que no pueden combatirse ventajosamente sino con la condicion de oponerles un tratamiento especial como ellos mismos. Asi una lengua roja, ya en toda su estension, ya en algunos puntos aislados, ya en sus márgenes, en su punta ó en su centro contraindica constantemente el uso de otros medios diferentes de los antilogísticos ; y una lengua ancha, cubierta de una capa blanca ó amarillenta, sin ningun vestigio de rubicundez en forma de puntos ó cualquiera otra, contraindica frecuentemente las emisiones sanguíneas ; al contrario puede indicar el uso de vomitivos ó purgantes, no porque haya entonces en el estómago una materia que evacuar, sino porque la esperiencia ha manifestado que á consecuencia de las modificaciones que imprimen á la economía de los vómitos ó cámaras abundantes, hay la mayor probabilidad posible de ver cesar ese estado morbozo especial, cuyo tratamiento habia indicado el aspecto de la lengua... No refiriéndose ya en adelante de un modo necesario la sequedad y negrura de la lengua á una inflamacion gastro-intestinal, hallaremos en ese aspecto el indicio de un tercer estado de la economía en que perjudican los debilitantes de cualquiera especie, haya ó no gastro-enteritis ; lo que no quiere decir que sea absolutamente necesario recurrir á una indicacion estimulante, pues abstenerse de sangrar no es administrar quina (2).»

## §. II.

*Signos deducidos de los órganos situados por debajo del diafragma.*

**A. Vómito.** — Solo despues de los progresos que ha hecho la fisiología, debidos al ilustre profesor del colegio de Francia M. Magendie, pueden dedicarse los médicos con fruto al estudio del vómito considerado como signo de diferentes enferme-

(1) *Obra citada*, tomo II, pág. 106.

(2) *Clinica médica*, tomo I, pág. 535 y 546.

dades. Cuando este fenómeno se atribuía al estómago era reputado como simpático en la mayor parte de casos, esceptuando el de la inflamación gástrica. Actualmente, merced á las luces que ha reflejado sobre toda la ciencia la antorcha de la fisiología experimental, sabemos que el vómito es mas complicado de lo que se creía antiguamente; que los agentes principales de este acto son los músculos abdominales y el diafragma, y que el estómago no contribuye á él las mas veces sino escitando al cerebro á producir la contraccion de estos.

Segun lo que acabamos de decir, es fácil de comprender (porque es conforme á las leyes del organismo y á las de la lógica) que el vómito no debe reconocer siempre por causa una afeccion del estómago, sino que puede ocasionarle igualmente cualquiera otra lesion capaz de escitar la contraccion de los músculos abdominales. Y como la contraccion de estos músculos, asi como la contractilidad de todo el sistema muscular en general, está bajo la dependencia del centro cerebro-espinal, fácilmente se concibe la frecuencia de los vómitos en un gran número de afecciones, en apariencias diferentes, y en las que el sistema nervioso se halla afectado mas ó menos directamente. A estas dos causas principales del vómito debemos añadir otra que consiste en el obstáculo al curso de las materias alimenticias ó fecales. Es una ley general de nuestra economía, que siempre que un líquido cualquiera se desvia de su circulacion por la obstruccion de sus canales, se acumula por encima del obstáculo, y se derrama fuera, abriéndose un camino artificial; ó como acontece las mas veces, entra en los conductos que comunican con el canal principal. Asi es, que sobreviene la epifora despues de la obstruccion del canal ó del saco lagrimal; la ictericia despues de la obliteracion del canal coledoco; las hemorragias en consecuencia de obstáculos considerables á la circulacion, etc.; y asi es tambien como sobrevienen en algunos casos vómitos por efecto de la estrechez ó de la estrangulacion del tubo digestivo.

Comprendiendo bien estas tres causas, podeis explicar cualquier vómito que se declare en el curso de una enfermedad; y aun digo mas, sirviéndoos de guia lo que acabamos de decir, podeis, conociendo suficientemente la naturaleza de las afecciones, determinar *à priori* cuáles son las que pueden en ocasiones ir acompañadas de vómitos, y vereis entonces que pueden referirse siempre á una de las causas enumeradas anteriormente.

El vómito de una gastritis se distinguirá con bastante facilidad, cuando la afeccion sea aguda, por el dolor epigástrico,

sensacion de calor, etc.; todos los síntomas se agruparán al rededor del estómago, é indicarán que el origen del estado morboso se halla en este órgano y no en otro.

Pero no será siempre tan fácil determinar el asiento de la afeccion, cuando la inflamacion sea crónica, y aunque entonces haya todavia en un gran número de casos dolor en el epigastrio, falta algunas veces, y puede desconocerse la verdadera naturaleza de la enfermedad.

Tampoco podrá distinguirse sin alguna dificultad el vómito de la inflamacion crónica del estómago, del que es simplemente efecto de un desórden en la inervacion de este órgano. Sin embargo, los *vómitos nerviosos* no van acompañados de fiebre: el epigastrio está ordinariamente indolente, y la lengua no presenta nada de particular.

No obstante, debemos añadir que el dolor epigástrico no indica siempre que el vómito es resultado de una gastritis. Para que el dolor tenga algun valor bajo este respecto, es preciso que sea continuo, y subsista durante los largos intervalos que separan los accesos del vómito. Hemos tenido ocasion de observar á muchos enfermos que despues de esfuerzos repetidos para vomitar tenían toda la region hipocondriaca y epigástrica sensible, á pesar de que los vómitos no eran en ellos de ningun modo consecutivos á una lesion del estómago. El dolor pertenecia entonces á la irritacion de los nervios diafragmáticos y de los músculos abdominales, resultado de sus contracciones repetidas, y se calmaba al punto que los enfermos permanecian algun tiempo sin vomitar.

En todos estos ejemplos el estómago es la causa de los vómitos; la irritacion de los filetes nerviosos gástricos, primitiva ó consecutiva á la inflamacion de este órgano, se comunica al cerebro, y escita la contraccion de los músculos abdominales, efectuando el vómito.

Otras veces es debidó este fenómeno á la escitacion mas ó menos directa del diafragma y de los músculos abdominales, mientras que el estómago conserva su estado normal. A esta forma nos parecen pertenecer los vómitos que se observan casi constantemente en una peritonitis aguda, en cuyo caso los atribuimos á la irritacion de los nervios del diafragma y de los músculos abdominales, consecutiva á la inflamacion de la membrana serosa que los cubre. Se distinguirá esta especie de vómitos de las precedentes por un dolor vivo y superficial del vientre que caracteriza la peritonitis. Contamos tambien en esta clase los vómitos que constituyen algunas veces, como lo observa Dance, el carácter dominante de la fiebre intermitente

cardiálgica; en efecto, esta neuralgia parece que tiene su asiento, según M. Golly, en los *nervios diafragmáticos* (1). Caracterizan á este vómito su tipo intermitente y la constricción de que va acompañado constantemente; con cuyos síntomas no será difícil distinguirlo del de una gastritis, aun en el caso en que fuera acompañado de fiebre, como se observa algunas veces.

A la escitacion de los nervios diafragmáticos atribuimos además los vómitos que acompañan en muchos casos á las afecciones de pecho, y principalmente aquellas que dan lugar á violentos esfuerzos de tos; y tal vez debiéramos contar entre ellos los vómitos consecutivos á las inflamaciones agudas del hígado, á los cálculos biliares, etc. ¿Pues quién ignora la relacion íntima que existe entre los nervios del diafragma y los del plexo pulmonar y hepático?

Vamos á colocar en otro grupo de hechos todos los vómitos que nos parecen resultar de una escitacion mas ó menos directa del cerebro. Generalmente, la voluntad tiene muy poco influjo sobre el diafragma, y esta circunstancia explica la poca frecuencia de los vómitos espontáneos. Con todo, esta regla general, como todas las demas, ofrece algunas escepciones; pues Pinel, Gosse de Ginebra, Montegre, etc., citados por M. Magendie, tenían la facultad de vomitar á su arbitrio.

No son raros los vómitos en las afecciones cerebrales; acompañan frecuentemente á las heridas de cabeza. Muchas veces vomitan los enfermos en el momento de padecer un ataque de apoplejia, y tomando en este, como en otros muchos casos, la causa por efecto, se atribuye generalmente á los esfuerzos del vómito el aflujo de sangre á la cabeza y la desgarradura de la sustancia cerebral.

Puede explicarse la frecuencia de los vómitos en los niños por las numerosas metamorfosis que sufre el sistema cerebral en los primeros años despues del nacimiento.

El vómito es tan constante en la meningitis que siempre que se declara en un individuo, y principalmente en un niño que padece algunos dias antes dolores de cabeza, debe temer el médico el desarrollo de aquella afeccion. R. Whytt de veinte enfermos no ha hallado mas que dos que carecieran de vómitos en el curso de la meningitis. M. Gherard los ha observado de diez veces ocho, y M. Piet, en una excelente tesis que hemos citado ya, los ha encontrado de veinte y cuatro casos en diez y nueve.

(1) *Diccionario de medicina y cirugía prácticas*, tom. 12, pág. 64.

Otras veces el vómito es crónico, y sobreviene comunmente por accesos mas ó menos distantes, aunque siempre le dé origen una lesion permanente del cerebro; esto se observa en algunas afecciones crónicas del centro cerebral, tales como el cáncer, las hidatides, los tubérculos, etc. En muchos casos, al menos, no será difícil distinguir el vómito dependiente de esta causa del nervioso, ó del procedente de una gastritis crónica, supuesto que muy frecuentemente coexistirá con una cefalalgia mas ó menos intensa, y algunas veces tambien con desórdenes de la locomocion ó de la inteligencia.

En vez de escitarse el cerebro por sí mismo, puede recibir de cualquiera otra parte impresiones capaces de producir vómitos. Asi acontece algunas veces ver vomitar á ciertos sugetos en el acto de hacerles una sangría; á esta misma clase referimos tambien los vómitos que padecen las mujeres al principio de su preñez. Ciertamente no es un cambio tan poco importante en la economía el de la concepcion para que pueda parecer sorprendente nuestro modo de considerar los vómitos que durante ella se observan tan frecuentemente. Un olor desagradable, asi como un dolor muy fuerte, son igualmente susceptibles de escitar el cerebro, y ocasionar la contraccion de los músculos abdominales, dando por resultado el vómito. A esta clase pertenecen los vómitos que sobrevienen algunas veces durante las operaciones en la nefritis calculosa, etc., etc.

Por último, siempre que una enfermedad ataca algun órgano esencial á la vida, entre otros el centro cerebro-espinal, como sucede muy probablemente en las diferentes especies de tífus, tales como el de Europa, la fiebre amarilla, el cólera, la peste, las fiebres eruptivas, etc., etc., se observan vómitos en el mayor número de casos al principio de estas afecciones.

En otras ocasiones el cerebro asi como el estómago y el diafragma pueden conservar sus condiciones normales; pero sobreviene un obstáculo al curso de las materias fecales, y este es, segun hemos dicho antes, un motivo suficiente para escitar el vómito. Asi es que los enfermos vomitan en el momento de verificarse la estrangulacion de una hernia y del vólvulo, á consecuencia de la obstruccion del intestino por un cuerpo extraño, ó por una concrecion estercoral, en el espasmo del tubo digestivo que acompaña al cólico de los plateros, etc. Todos estos ejemplos, á los que pudiéramos aun añadir un corto número en que la lesion no es tan aparente, constituyen lo que se llamaba en otro tiempo *ileus*. Como es fácil ver por lo que acabamos de decir, el ileus es las mas veces sintoma de otra afeccion, pues los casos en que se consideraba como puramente

nervioso son sumamente raros en la actualidad, en razon de los muchos métodos positivos que tenemos para diagnosticar.

En todas las variedades de vómito resultantes del ileus se observan como caractéres constantes, el estreñimiento, dolores atroces, y casi siempre la falta de fiebre.

No deja de ser interesante para el diagnóstico examinar las materias lanzadas con el vómito.

En algunos casos son bebidas ó alimentos vomitados inmediatamente despues de haber sido ingeridos. Hay gastritis muy intensas, en las que no pueden soportar los enfermos ni aun las mas cortas cantidades de tisanas, y las vuelven inmediatamente. Sin embargo, está muy distante este caracter de constituir por sí solo un signo de la inflamacion del estómago, pues tal vez se observa en el mayor número de casos por efecto de una gran sensibilidad de este órgano; pero hemos visto igualmente á algunos enfermos que padecian una simple gastralgia ó una meningitis vomitar las mas pequeñas dosis de liquido que tomaban, y no soportar mas que el yelo.

Entre la afecciones crónicas del estómago, el reblandecimiento de la mucosa es el que vá acompañado las mas veces de una sensibilidad tan esquisita. En las tres cuartas partes de los individuos afectados de reblandecimiento con adelgazamiento de la mucosa gástrica, se observan vómitos tan pertinaces, que las bebidas mas suaves, el agua azucarada ó pura, no hacen mas que exasperarlos (Louis).

En las afecciones cancerosas del mismo órgano, el vómito sigue con bastante frecuencia, mas ó menos pronto á la ingestion de alimentos. Segun algunos autores debe manifestarse inmediatamente en los casos en que el cáncer ocupa el *cardias*, y algunas horas despues cuando la misma lesion reside en el *piloro*. De todos modos no se puede dar á estos solos signos mucha importancia, en considerarlos como característicos del *cáncer estomacal*. Algunos de estos enfermos vomitan todos los dias algunas horas despues de haber comido; otros solamente cada tres ó cada ocho dias, y en este caso arrojan muchas veces una cantidad prodigiosa de materias que se acumulan durante los intervalos de los accesos, en el estómago comunmente dilatado.

El moco que las paredes del estómago segregan en el estado natural puede serlo en cantidad mas ó menos considerable en algunas afecciones, principalmente en la gastritis crónica, y lanzado por vómito. M. Andral cita el ejemplo de un individuo afectado de esta enfermedad que vomitaba todos los dias, hacia mucho tiempo, cerca de dos azumbres de un moco blanquecino, como seroso y semejante á la clara de huevo cruda;

esta cantidad de moco era arrojada muchas veces en veinte y cuatro horas, siendo notable que el mismo paciente sobrellevaba bien las tisanas, y algunos cocimientos concentrados de arroz.

El vómito de mucosidades es algunas veces transitorio en la gastritis crónica; hay enfermos que arrojan todas las mañanas cierta cantidad.

El vómito bilioso se observa especialmente en la gastritis y hepatitis agudas, en la peritonitis, en el cólico saturnino, y al principio de la estrangulación intestinal.

Se vé pocas veces en una gastritis crónica, á no ser de un modo pasajero cuando esta afeccion adquiere de tiempo en tiempo algo de agudeza.

El color de la bilis que se espele con vómito puede ser mas ó menos marcado, y variar desde el verde claro hasta el mas oscuro (atrabilis).

En el cólera consisten las materias del vómito en un liquido blanco, opaco y semejante al agua de arroz.

La sangre constituye algunas veces la materia del vómito; pero se presenta bajo diferentes aspectos; ya es clara y roja como si saliese casi inmediatamente de los vasos, y entonces se dá al vómito el nombre de *hematemesis*; ya es de un color mas ó menos oscuro, y en ocasiones enteramente negro.

En algunos casos se vomita sangre fluida y roja en inflamaciones intensas del estómago; nosotros lo hemos observado en una jóven que habia bebido por inadvertencia agua de Jabelle. La hematemesis puede hacerse, por decirlo así, constitucional: Langius, citado por M. Martin Solon, refiere que una mujer de una constitucion fuerte y pletórica tuvo por espacio de veinte años vómitos de sangre muy copiosos, que se reproducian algunas veces en épocas determinadas, sin ir anunciados de signos precursores. Siempre que se intentaba detenerlos, se sentia tan incomodada que se hacia preciso restablecer la hematemesis.

Hemos visto una señora que durante tres meses consecutivos vomitaba sangre al acercarse la época de la menstruacion, la cual se habia suprimido bruscamente á consecuencia de un susto en el momento de presentarse por primera vez. Los autores han citado muchos ejemplos mas ó menos análogos. Stahl refiere la observacion de una niña que vomitó sangre en vez de la evacuacion menstrual por espacio de trece meses consecutivos. Vander-Wiel habla de una mujer en la que existia un vómito semejante hacia mucho tiempo, y coincidia con la mas perfecta salud.

En algunos casos coexiste la hematemesis con diferentes afecciones del hígado, del bazo y del páncreas que dificultan la circulación de sus parenquimas, y dejan por consiguiente una cantidad proporcionalmente mayor de sangre en el estómago. Estas variedades son conocidas de los patólogos con el nombre de *hematemesis esplánica*.

La rotura de un aneurisma situado en la inmediación del estómago puede ocasionar la hematemesis. Entonces la sangre sale ordinariamente en gran cantidad, y si el enfermo sobrevive algunos días, no se tarda en ver aquella en las evacuaciones alvinas.

Algunos autores hablan de hematemesis consecutivas á la introducción de sanguijuelas en el estómago. Preciso es confesar que mientras no se sepa por datos positivos ó por la espulsion de sanguijuelas que el vómito es debido á su presencia en aquel órgano, será imposible determinar *a priori* su naturaleza ó su causa.

Finalmente, la hematemesis puede algunas veces ser simulada. Sauvages habla de una religiosa que con pretexto de salir del convento simulaba una hematemesis, bebiéndose todos los días cierta cantidad de sangre de vaca. M. Martin Solon ha visto en el Hotel-Dieu una mujer afectada de hematemesis accidental, la cual con el objeto de permanecer mas tiempo en el hospital, simulaba esta enfermedad despues de haberse curado, bebiendo la sangre estraida por las sanguijuelas que se aplicaban á otros enfermos. Un dia vomitó sangre coagulada, y se descubrió la superchería, pues se conoció que era la resultante de una sangría practicada la víspera á una de las enfermas inmediatas. Su color negro unido á su cantidad comunmente bastante considerable y á la forma de los coágulos vomitados, hará distinguir fácilmente este vómito de la hematemesis verdadera. Nunca se hallará un aspecto semejante de la sangre sino en el caso de haber sido tragado este líquido despues de espelido de los bronquios, de los pulmones, de las narices, etc.; pero en todos estos ejemplos se presentarán otros caractéres que impedirán equivocar el diagnóstico.

Entre las materias que se arrojan con vómito hay una que ha ocupado muy particularmente la atención de los médicos, quiero decir, la materia negra análoga al chocolate disuelto en agua, al poso del café ó al hollin. Muchos profesores de los siglos pasados y modernos consideran su presencia en el vómito como el signo patognomónico del cáncer del estómago. Pero la ciencia posee ejemplos de esta última afección, sin que nunca se hayan observado en su curso vómitos de esa natura-

leza. Muchas veces tambien se han visto cánceres que jamás daban lugar á ninguna especie de vómito; y por otra parte se han observado vómitos negros en enfermos cuyo estómago no ha presentado en la autopsia ninguna lesion apreciable. Nosotros hemos hecho esta observacion una vez, en union de Mr. Augusto Godin, interno muy distinguido, en un niño de seis años (pariente suyo), que por lo demás ofrecia todos los indicios aparentes de una buena salud.

Si á estos hechos añadimos los resultados de las esperiencias químicas acerca de la naturaleza de esta materia, no parecerá extraño que demos tan poco valor á ese fenómeno considerado como signo de diagnóstico. Está ya demostrado en la actualidad por las observaciones y esperiencias de MM. Breschet y Andral, que la materia negra del vómito es una variedad de melanosis, y que como esta última parece tener una grande analogía con la materia colorante de la sangre. Tratada por M. Lassaigue, con el ácido sulfúrico, se disolvió en él, presentando despues de disuelta un hermoso color rojo sanguineo, semejante al que ofrece la materia colorante de la sangre en el mismo ácido. Sometida á la calcinacion, ardia sin entumecerse, y dejaba un ligero residuo de color de ladrillo compuesto de óxido de hierro ad maximum, y de vestigios de fosfato de cal, elementos semejantes á los que suministra la materia colorante de la sangre no purificada.

Estando, pues, demostrada la analogía de la materia negra del vómito con la colorante de la sangre, no es difícil concebir la posibilidad de su existencia en otras afecciones diferentes del cáncer. En efecto, debe bastar para la produccion de este fenómeno que una corta cantidad de sangre salga al través de las paredes de los vasos, para sufrir modificaciones que le den el aspecto del poso del café ó del hollín. En algunos casos no se halla únicamente libre en la cavidad del estómago y en disposicion de ser lanzada por vómito; puede tambien estar combinada con las tunicas de este órgano, como lo ha observado Mr. Andral en un caso referido en su *Clinica médica* (1). La anatomía patológica revela en este ejemplo el secreto de la naturaleza, y nos hace comprender el mecanismo de la formacion de la materia negra que entra algunas veces en la composicion de las materias vomitadas.

Entre estas últimas se perciben tambien algunas veces falsas membranas: los casos de este género son poco frecuentes;

(1) *Clinica médica*, t. 2.º, pág. 83.

sin embargo, se observan principalmente en personas afectadas al mismo tiempo de croup.

Las lombrices intestinales, y especialmente las lumbricoides, ascienden en ocasiones hasta el estómago, y salen con vómito.

En otros casos vomitan los enfermos hidatides. Los hechos de esta especie son también raros, pero se han observado alguna vez. M. Cruveilhier cita el ejemplo de una mujer que habiendo vomitado con frecuencia membranas semejantes á la clara de huevo cocida, presentó en la autopsia un gran quiste que ocupaba casi toda la estension del lóbulo izquierdo del hígado, lleno de hidatides, y en comunicacion con el estómago (1).

Los autores refieren algunas observaciones de vómitos de insectos, de orugas, etc.; pero no constituyen mas que una indisposicion procedente de la introduccion de estos animalillos en el estómago.

Las materias constituyentes de los vómitos pueden tener un olor y un color estercoráceos. Este fenómeno particular es producido por los obstáculos que impiden el curso de las materias fecales; se encuentra frecuentemente en la estrangulacion intestinal. Nosotros le hemos observado una vez en un sugeto á quien asistia M. Andral, afectado de una encefalopatia saturnina que se presentaba bajo la forma comatosa, y de un estreñimiento sumamente pertinaz. Vómitos semejantes á los ya espesados tienen lugar en todas las demas especies de ileus, cuando la estrangulacion subsiste durante algun tiempo.

Segun M. Landré-Beauvais, pueden los enfermos vomitar en ciertas circunstancias pus procedente de un absceso formado en las paredes del estómago ó en sus inmediaciones.

Se ha dado el nombre de vómito *iliaco* á aquel cuyas materias depositan en el fondo una sustancia triturada, una especie de heces.

Por último, los autores citan vómitos de concreciones calcúlosas. M. Andral refiere dos ejemplos de este género, de los que el uno es debido á M. el doctor Camilo Piron, y el otro pertenece al doctor Helm de Stolp. En los dos casos, habian padecido los enfermos por espacio de mucho tiempo dolores de estómago y vómitos frecuentes. El sugeto de que habla M. Piron ofrecia todos los síntomas locales y generales de una afeccion escirrosa del piloro. Los accidentes desaparecieron inmediatamente despues de la espulsion de un cálculo del tamaño de

(1) *Diccionario de medicina y cirugía prácticas*, t. 1, pág. 241.

una nuez que obstruía probablemente el orificio pilórico.

B. *Deyecciones alvinas.* En el estado natural las deyecciones son blandas, algo consistentes, secas, de un color pardo-amarillento, y se efectúan al menos una vez cada veinte y cuatro horas. Por lo demás, estas cualidades son susceptibles de modificaciones según la naturaleza de los alimentos de que se hace uso. Las preparaciones de hierro y algunos frutos negros les dan un color negruzco; las legumbres verdes, un tinte verdoso.

Las enfermedades pueden hacer sufrir á las evacuaciones albinas alteraciones en todas sus cualidades.

La principal modificación que presentan es con relación á su frecuencia. Se designa con el nombre de *dureza de vientre ó enardecimiento (alvus tarda, dura)* ese estado en que las cámaras son menos frecuentes de lo que deben ser, y se llama *estreñimiento (alvus adstricta)* á la retención completa ó casi completa de dichas evacuaciones. Es necesario distinguir bien en las enfermedades el estreñimiento habitual del que no es más que accidental. Hay sugetos que no deponen habitualmente más que una vez, cada cinco, ó cada ocho días. La mayor parte de los ancianos no se conservan buenos, como lo observa M. Landré-Beauvais, sino cuando están un poco estreñidos. Sin embargo, en todos estos casos el estreñimiento no es de ningún modo un signo de enfermedad; apenas merece la atención del médico, á no ser que se prolongue por mucho tiempo en términos de poder atribuirle algunas indisposiciones. No puede decirse lo mismo del estreñimiento que sobreviene en una persona que habitualmente depone cada veinte y cuatro horas.

La astringencia de vientre es muy frecuente en las afecciones cerebrales en general: unida á una cefalalgia intensa y á la agitación debe inspirar al médico temores de una meningitis. De treinta casos de esta afección observados por M. Gherard, existía el estreñimiento veinte y nueve veces; y de veinte y cuatro enfermos citados por M. Pielt, no faltó más que una vez en un tuberculoso que presentaba ulceraciones intestinales estensas. Es en algunas ocasiones muy pertinaz, y no cede sino difícilmente á los purgantes fuertes. Hasta ahora no se ha dado una esplicación satisfactoria de este fenómeno.

Es también muy frecuente en la peritonitis y en el cólico de plomo, dos afecciones que hemos visto ya semejarse con respecto á la frecuencia de los vómitos que tienen lugar en ambas. No obstante, á pesar de esos puntos de contacto, no es difícil distinguirlas, supuesto que en la peritonitis hay fiebre, la piel está caliente y el pulso acelerado; mientras que el cólico satur-

nino es una enfermedad apirética. En la primera, el dolor de las paredes abdominales es muy vivo y superficial; en la última al contrario, no se exaspera comunmente por la presión, sino que algunas veces se alivia. De qué depende el estreñimiento en la peritonitis? Ciertamente es esta una cuestión bastante interesante, pero no muy fácil de resolver; existirá la astringencia, porque el peritónico inflamado atraiga hacia sí con la sangre los elementos de las secreciones intestinales destinadas á lubricar las materias fecales y á facilitar su deslizamiento? Esta no es más que una simple hipótesis, y nosotros la admitimos en el sentido de tal. En el cólico de los pintores pertenece probablemente á la misma causa que los dolores vivos de esta afección, al espasmo que impide el movimiento peristáltico de los intestinos.

Obsérvase frecuentemente en la gastritis aguda, como en la crónica, en las enfermedades crónicas de la piel, en las neuroses, tales como el histerismo, la hipocondria, la manía, la melancolía, en las afecciones del hígado ó de las vías biliares que se oponen al libre curso de la bilis en el duodeno.

Otras veces es el efecto de una causa mecánica; así se han citado ejemplos de estreñimiento dependiente de la retroversión de la matriz y de la compresión consecutiva del recto, de cálculos voluminosos en la vejiga, ó de escrescencias carnosas de este órgano, de la presencia de semejantes escrescencias, de cálculos biliares, de cuerpos estraños, y de concreciones estercorales en el tubo intestinal, y de la intususcepción de un intestino.

En todos estos casos es absolutamente necesario recurrir á algunos métodos, tales como la palpación, el tacto, la percusión, para poder conocer el verdadero origen de la astringencia de vientre.

El estado opuesto al estreñimiento se llama *diarrea*: en los niños cuya sensibilidad intestinal es mas viva, y cuya digestión es mas rápida, las cámaras son líquidas, de manera que solo su mayor número es el que constituye la diarrea.

Existe la diarrea en diferentes enfermedades; algunas veces parece ser simplemente el resultado de un flujo de mucosidades mas abundante que en el estado natural, como se vé á consecuencia de algunas influencias morales; tales son las diarreas, á las que se ha dado el nombre de *críticas*.

Obsérvase muchas veces la diarrea en los niños en la época de la primera dentición, al principio y durante el período de desecación de las viruelas, en el curso de las hidropesias que terminan en algunos casos por abundantes evacuaciones de vien-

tre. En fin, es tan frecuente al principio de la fiebre tifoidea, que se puede hacer el diagnóstico en este sentido, siempre que en un individuo, principalmente joven, sobreviene una diarrea que subsiste por espacio de muchos dias consecutivos, acompañada de cefalalgia, fiebre, y postracion de fuerzas. Es raro que en vez de la diarrea se halle estreñimiento al principio de las fiebres tifoideas. Sobreviene tambien con mucha frecuencia en el último periodo de la tisis tuberculosa; y entonces depende de numerosas ulceraciones en el tubo intestinal, y particularmente en la porcion inferior del intestino delgado.

La diarrea vá las mas veces acompañada de cólicos. Indica siempre una escitacion puramente secretoria ó elevada hasta el grado de inflamacion en los intestinos gruesos. Cuando la inflamacion está limitada á los intestinos delgados, y principalmente á su porcion superior, no hay diarrea (Bouillaud).

En vez de los simples cólicos que acompañan á la mayor parte de diarreas, sienten los enfermos en algunos casos continuas ganas de deponer; tienen, en una palabra, lo que se llama *tenesmo*, y hacen esfuerzos las mas veces inútiles, de modo que se han visto algunos de estos enfermos en la precision de ir al bañado hasta ciento ó doscientas veces por dia. Esto es propio especialmente de la *disenteria*.

No es siempre el mismo el número de evacuaciones en la diarrea. Varia ordinariamente de cinco á diez, quince; muy rara vez pasa de veinte ó treinta.

Las materias fecales presentan diferentes particularidades que merecen notarse en sus propiedades físicas.

Hemos dicho ya que en el estado normal los escrementos son blandos, poco consistentes y secos. Su consistencia se aumenta en el estreñimiento, en razon de que las partes mas líquidas son reabsorvidas, y no queda mas que un residuo sólido, formando masas mas ó menos compactas, duras, redondeadas, ovaladas.

En un caso que hemos observado en la interesante clinica de M. Bouillaud, las materias fecales formaban bolas que tenían casi la consistencia de castañas, y un volúmen doble del de estos frutos. Estas concreciones produjeron la gangrena del intestino, y se derramaron en la cavidad del peritoneo.

En la diarrea se observa al contrario la disminucion de consistencia de los escrementos, variando desde el aspecto pultáceo de un puré, hasta el de una serosidad mas ó menos clara.

Las deyecciones alvinas amarillentas, en el estado normal, se declaran mas ó menos completamente en las afecciones de los órganos biliares, impidiendo á la bilis fluir libremente al

duodeno, y se semejan muchas veces por su aspecto á la tierra blanca ó á la arcilla.

La astricción de vientre hace comunmente mas oscuro el color de los escrementos por efecto de la absorcion de moléculas biliosas durante su prolongada permanencia en el intestino grueso.

Las materias de la diarrea ofrecen igualmente numerosas variedades en su color y en su naturaleza.

Asi como en otro tiempo se distingue tambien en la actualidad la diarrea en *estercoral*, *nerviosa*, *mucosa*, *biliosa*, *lechosa*, *grasosa*, *purulenta* y *verminosa*, segun que se cree percibir en ella moco, bilis, leche, grasa, pus, lombrices, etc.

La diarrea estercoral está compuesta de materias alvinas comunes, mas ó menos diluidas. Se observa á consecuencia de ciertos escesos de régimen, de la ingestion de leche fria, de carnes muy grasientas, etc., etc. La diarrea *eflmera*, ó la que es debida á una impresion pasajera de frio durante la digestion, ó la que se vé sobrevenir algunas veces en medio de una enfermedad aguda, constituye una variedad muy próxima á la precedente. Lo mismo puede decirse de la que se llama *diarrea nerviosa*, pues no es mas que una variedad de la estercoral; las materias que la constituyen tienen la composicion y el color de las heces fecales en el estado natural; su consistencia únicamente se halla disminuida considerablemente. Las evacuaciones son en número de cuatro ó cinco por dia. Esta forma sobreviene con bastante frecuencia despues de emociones morales vivas; la hemos visto manifestarse en algunas personas al dia siguiente de haber cometido escesos venéreos.

La *diarrea biliosa* se observa principalmente en los sujetos de un temperamento bilioso; consiste en la escrecion abundante de bilis amarilla ó verdosa, repitiéndose dos ó tres veces en las veinte y cuatro horas y durante tres ó cuatro dias consecutivos. Es frecuente con especialidad en la primavera, y en algunos casos sigue mas ó menos inmediatamente á un acceso de cólera.

La *diarrea serosa* consiste en la escrecion de materias semejantes al agua ligeramente turbia; existe algunas veces en el curso de las hidropesias, y puede considerarse hasta cierto punto como crítica. Sobreviene con bastante frecuencia en los niños en la época de la denticion. La misma especie es la que hemos visto en el cólera asiático; pudiera decirse que la serosidad de la sangre trasuda en esta afeccion de los vasos para evacuarse por el tubo digestivo.

En todas las variedades de diarrea que acabamos de enume-

rar, la inflamacion de los intestinos gruesos hace en el mayor número de casos un papel importante; en muchos, sin embargo, no hay mas que una simple escitacion en las secreciones mucosa y biliar, y en la exhalacion de la serosidad.

La *diarrea mucosa* está caracterizada por una secrecion mas ó menos abundante de moco trasparente y viscoso, que se deposita en el fondo de la vasija en forma de copos ó en una sola masa semejante á la gelatina. Esta variedad puede algunas veces existir por sí misma como las precedentes, pero mas frecuentemente acompaña á la inflamacion del colon.

Finalmente, la diarrea de los *convalecientes* es la que se observa muchas veces en la convalecencia de las enfermedades de larga duracion. El número de evacuaciones corresponde en muchos casos al de comidas, y las deposiciones se efectúan ordinariamente dos ó tres horas despues de la ingestion de los alimentos. Es de naturaleza estercoral; y parece depender de la debilidad del estómago que impide hacer una digestion perfecta. Puede prolongarse mucho tiempo, y aun conducir á una terminacion funesta, si se desconoce su verdadera naturaleza, y no se administran tónicos.

La *diarrea verde* indica casi siempre en los niños una inflamacion del intestino grueso, y entonces vá acompañada con frecuencia del eritema del ano.

Llámase *lienteria* la diarrea en que las evacuaciones contienen alimentos á medio digerir, espelidos poco tiempo despues de su ingestion. Se dá el nombre de *flujo celiaco* á un flujo de vientre, en el que se dice que sale el quilo por cámaras confundido con los escrementos, dándoles un aspecto cenizoso, agriado y blanquecino.

La sangre se presenta en diferentes circunstancias en medio de las materias fecales. En la disenteria despues de muchas evacuaciones compuestas de materias estercorales líquidas, y de mucosidades cuyo tránsito produce una sensacion de calor y de viva comezon en el ano, comienzan los enfermos á no deponer materias estercoráceas, y si solo un moco filamentosamente mezclado con sangre y una serosidad rogiza. Esta última evacuacion vá precedida de mucho tenesmo y de esfuerzos considerables.

Tambien se halla sangre pura mezclada algunas veces con materias fecales en las hemorroides; pero entonces no hay ningun signo de inflamacion intestinal, y los escrementos conservan su consistencia natural.

Se ha visto en ciertas mujeres sobrevenir todos los meses una diarrea sanguinolenta que reemplazaba la hemorragia de los

órganos genitales en las épocas de la menstruacion. M. Landré Beauvais cita dos ejemplos de este género. En un caso tuvo una mujer una diarrea sanguinolenta durante cuatro épocas consecutivas y correspondientes á otras tantas menstruaciones; en la otra existió una diarrea semejante, aunque con irregularidad, por espacio de un año.

Las hemorragias intestinales no son muy raras en los niños recién nacidos; Billard ha visto en el espacio de un año quince casos, de los que ocho pertenecian á niños de uno á seis dias, cuatro á niños de seis á ocho, y tres á individuos de diez y ocho dias. En todos no ha observado Billard mas que una inyeccion mas ó menos viva de las paredes intestinales. La mayor parte de los niños que observó eran pletóricos, y presentaban órganos ingurgitados de sangre.

Las hemorragias intestinales, como las de todos los demás órganos, pueden ser pasivas, y resultar de la trasudacion de una sangre serosa y de mala calidad al través de las paredes de los vasos; esto es lo que se observa muchas veces en el escorbuto adelantado, y principalmente en la *púrpura hemorrágica*. Hemos visto en dos ocasiones evacuaciones de esta especie en sujetos afectados de viruelas complicadas con *púrpura*.

Algunos autores citan observaciones de hemorragias intestinales críticas en el curso de enfermedades agudas. A pesar de que el número de estos ejemplos no es muy considerable, no deja de probar bastante contra la opinion de los que han querido considerar las cámaras sanguinolentas, en el curso de las enfermedades agudas, como el signo de una muerte casi cierta. Asistimos actualmente á una señora que se halla en cama hace tres semanas, por padecer un vasto absceso en la mama izquierda. Dos dias antes de la apertura del absceso ha sobrevenido á la enferma una diarrea acompañada de cólicos, y despues evacuaciones bastante abundantes de sangre. A pesar de este incidente que nos dió algun cuidado en un principio, se ha visto libre de él á causa de una debilidad que eficazmente hemos corregido, deteniendo en parte las evacuaciones á beneficio de los emolientes y narcóticos, administrados en lavativas y por la boca.

Esceptuando los casos de hemorragias críticas, que es facil conocer por la mejoría subsiguiente en el estado general de los enfermos, ó que se presenta desde el momento de su aparicion, las hemorragias intestinales se observan pocas veces en las enfermedades agudas, á no ser en la fiebre tifoidea (entero mesenteritis), en la que las materias fecales estan mezcladas en algunos casos con sangre pura; y en otros tienen por efecto de esta

mezcla el aspecto y la consistencia del poso del café. « Estas deyecciones son dignas de observarse, dice M. Louis, en atención á las evacuaciones de esta naturaleza: casi nunca se presentan en el curso de las enfermedades agudas, á escepcion de la afeccion tifoidea, y á que en un caso de duda pueden contribuir mucho á ilustrar el diagnóstico (1). »

En todos los casos que hemos examinado hasta ahora, la sangre que hacia parte de las deyecciones alvinas era las mas veces el resultado de una simple exhalacion. « Asi, pues, las hemorragias pueden tener lugar, dice M. Andral, en la superficie del intestino como en la de cualquiera membrana mucosa, sin que exista necesariamente ninguna lesion grave del tegido de donde sale sangre. Entonces se comprenderá cómo las hemorragias del tubo digestivo han podido repetirse en muchos casos sin ser seguidas de ningun grave accidente..... Pero por otra parte, en el tubo digestivo como en cualquiera otro órgano acontece muchas veces que lesiones constantes dan lugar con intervalos á hemorragias mas ó menos copiosas; sin embargo estas lesiones no esplican por sí mismas la produccion de la hemorragia, pues no son mas que su causa ocasional. Asi ha manifestado la observacion que en muchos casos en que el estómago está afectado de un engrosamiento, llamado escirroso, de su tegido celular submucoso, la membrana mucosa se hace alternativamente el asiento de una exhalacion sanguinea, y es un grave error creer que las hematemesis que acompañan frecuentemente á la afeccion conocida con el nombre de cáncer del estómago, no sobrevienen mas que en los casos en que la membrana mucosa está ya ulcerada. M. Andral ha recogido la observacion de un individuo afectado de un escirro del colon descendente, y muerto de una hemorragia verificada por el recto. En la inspeccion del cadáver no se halló en el intestino el menor vestigio de ulceracion; por todas partes estaba la membrana mucosa intacta, y apenas inyectada; hácia la union del colon transverso y descendente una masa infartada de tegido celular elevaba la membrana mucosa, y obstruia en gran parte el calibre del intestino (2). »

Las deyecciones alvinas pueden tambien contener sangre bajo la forma de grumos negros ó de pequeños coágulos, cuando el estómago es el origen de la hemorragia, ó cuando se acumula la sangre en este órgano despues de haber salido de los pulmones, los bronquios, las narices, el bazo, etc., etc. No será

(1) Investigaciones sobre la gastro-enteritis, tomo II, pág. 19.

(2) *Compendio de anatomia patológica*, tom. II, pág. 152 y siguientes.

entonces difícil reconocer la verdadera naturaleza de las cámaras, pues se observarán simultáneamente hematemesis, hemotifisis, epistaxis, etc., etc. Por último, las materias fecales pudieran también presentar un aspecto negro que no fuera debido á la mezcla de la sangre con ellas, sino á la presencia de una sustancia colorante segregada por las vellosidades intestinales, á que se ha dado el nombre de melanosis, y que tiene grande analogía con el principio colorante de la sangre. ¿Y por qué no han de existir evacuaciones de esta especie, supuesto que hemos visto á la materia en cuestion libre, ocupando los diferentes puntos del tubo digestivo?

Las falsas membranas hacen también parte algunas veces de las deyecciones alvinas: en las obras de algunos autores se encuentran consignados ejemplos de ellas. Nosotros hemos asistido, cuatro años ha, á una señora que padecía una gastro-enteritis crónica, acompañada de un estreñimiento pertinaz. Esta señora arrojó en diferentes ocasiones por el recto un número bastante considerable de falsas membranas blancas de bastante consistencia. Las que salen por el recto pueden provenir algunas veces del estómago; pero las mas proceden del intestino delgado ó del grueso. M. Andral las ha visto dos veces en el recto, y una en el colon; Billard ha citado también algunos casos semejantes. Las vellosidades intestinales parecen ser principalmente el órgano segregador de esas concreciones que están constituidas por una aglomeración de pequeños puntos blancos, situados sobre las vellosidades, y adheridos á ellas con fuerza.

El pus que sale algunas veces por el recto puro, ó mezclado con materias estercoreales, proviene de diferentes causas. Pueden formarse abscesos entre las tunicas de los intestinos; pero, según M. Andral, no es lo mas común que dependan de ellos las cámaras purulentas; en el mayor número de casos las evacuaciones de esta especie sobrevienen á consecuencia de la rotura de abscesos de los órganos inmediatos en el tubo intestinal. Así es como terminan las mas veces los del hígado, riñones, ovarios, etc.

No es raro ver algunos entozoarios mezclados con las materias fecales. La especie mas frecuente es la que se llama *ascarides lumbricoïdes*; son de una forma cilíndrica, tienen los sexos separados, y una organización bastante aventajada que consiste en la presencia de tubo digestivo y de órganos genitales. Las ascarides tienen las mas veces de seis á doce pulgadas de longitud; su grosor es igual al de una pluma ordinaria. Proceden del intestino delgado, y pertenecen, según la división de Rudolphi, á la clase de *nematodes*.

En la misma clase se halla tambien el *tricoléfaló* ó *trichuris* de Røederer y Wagler. Tiene una longitud de pulgada y media á dos pulgadas; su estremidad anterior es mucho mas delgada que la posterior. Este entozoario habita igualmente el intestino delgado, y su organizacion se semeja á la del ascaride.

El *oxyuro* hace tambien parte de las nematodes. El macho no tiene mas que de una línea á línea y media de longitud; la hembra de cuatro á cinco. Se encuentra casi esclusivamente en el recto; es muy comun en la infancia, y entonces se halla algunas veces á millares.

La *tœnia* se vé igualmente en medio de las evacuaciones alvinas. Casi no se cita un ejemplo de haber salido entera de una sola vez; lo mas comun es que salga á pedazos de diferentes longitudes. Este entozoario pertenece á la clase de los *cestoides* de Rudolphi. No tiene ninguna organizacion distinta; y en su interior no se halla mas que un tegido celular informe. Nunca tiene menos de muchos pies de longitud; y algunos autores hablan hasta de una longitud de muchas toesas.

La *tœnia*, al contrario de las especies precedentes mas frecuentes en la infancia, es casi exclusiva de los adultos. Se distinguen en el hombre dos especies: *tœnia armada*, ó *tœnia solium*, ó de *largos anillos*. Su cabeza es muy delgada y herizada de ganchos, de los dos bordes libres de cada una de sus articulaciones, uno solo está horadado de un poro. La otra especie es la *tœnia lata*, *tœnia armada* ó *botrio-céfalo*; sus anillos son anchos, y ofrecen en cada márgen libre un poro correspondiente á cada articulacion. Su cabeza está desprovista de ganchos.

Todas estas especies de entozoarios se encuentran en circunstancias muy diferentes para que puedan referirse á un estado particular de la economia. Los síntomas á que dan lugar durante la vida son tan vagos y tan comunes á los de otras afecciones, que es imposible afirmar de un modo positivo la presencia de estos entozoarios en el tubo digestivo, si las materias fecales no presentan vestigios de ellos (1).

Los acefalocistes pueden en algunos casos salir con las evacuaciones alvinas, aunque tengan diferente procedencia. Los autores citan numerosos ejemplos. Las mas veces provienen de quistes formados en lo interior del hígado ó del bazo y

(1) Consultad á Brera, *Tratado de enfermedades verminosas*, precedido de la *Historia natural de las lombrices y de su origen en el cuerpo humano*; traducido del italiano, por Bertoli y Calvet. Paris, 1802, 1 vol. en 8.<sup>o</sup>, con láminas. Tambien puede consultarse la magnífica obra de Bremser y Grandler, *Tratado de los gusanos intestinales*. Paris, 1838, 1 tomo con un atlas precioso.

abiertos en el duodeno ó en el colon. Uno de los hechos mas curiosos de este género es el que refiere M. Cruveilhier, en el diccionario de 13 volúmenes. Una mujer de cincuenta y cinco años de edad tenia hacia treinta años un tumor en el hipocondrio derecho, cuando repentinamente percibió una sensacion de desgarradura en esta region, y arrojó por el ano hidatides (evidentemente eran acefalocistes) en número de cuatro ó cinco al dia por espacio de muchas semanas. Como estas hidatides tenían casi el volúmen de un huevo, se esparció el rumor en su barrio de que ponía huevos, y se hizo un objeto de curiosidad, etc.

Las concreciones calculosas se encuentran mas frecuentemente entre las evacuaciones alvinas, que entre las materias de los vómitos. Necesario es hablar aquí de la observacion referida en los Archivos de medicina, tomo XII, pág. 432, y citada por M. Andral. Una mujer de cincuenta años de edad sintió un dolor vivo hácia el hipocondrio derecho. En los dias sucesivos se manifestaron en ella todos los síntomas que anuncian un obstáculo al libre curso de las materias en el intestino, tales como hipo, náuseas, vómito de materias fecales, inflamacion de vientre y postracion rápida. Estos síntomas desaparecieron despues de haber arrojado el enfermo por el ano tres cálculos, de los que el primero tenia la forma, color y volúmen de una castaña gorda, y el segundo la magnitud de un huevo de paloma; el tercero era de figura triangular, aplastado, y tenia el mismo volúmen que el segundo. Estos cálculos estaban en su mayor parte formados de cholesterina.

Este es el lugar á propósito para hablar de los cristales microscópicos que M. Schœnlein, uno de los mas célebres profesores de Alemania, ha descubierto en las materias alvinas de los enfermos que padecen fiebre tifoidea (1).

Estos cristales son diáfanos, frágiles, de forma variable, pero reducibles á su tipo primitivo, que es una pirámide romboidal; se disuelven en el ácido sulfúrico, nítrico ó hidroclórico. Se componen de fosfato, de sulfato de cal, y de sales de sosa. M. Ehrenberg ha encontrado cristales análogos en el meconio. M. Muller, despues de multiplicadas esperiencias, ha llegado á la siguiente conclusion; que en ciertos estados morbosos se hallan con bastante frecuencia en las materias fecales, cristales esparcidos y apreciables algunas veces á simple vista. Finalmente, M. Gluge, despues de haber hecho numerosas investi-

(1) Véase la Gaceta médica de Paris, tomo 4.º, núm. 8, y tomo 5.º, núm. 16.

gaciones con este objeto, se ha cerciorado de que las materias alvinas contienen cristales semejantes, aun en el estado normal, con la diferencia de que su volúmen es mas considerable en las fiebres tifoideas, que en el estado de salud, en el que es necesario un aumento de 250 diámetros para poder verlos. Se encuentran agrupados en gran número. Segun M. Gluge, la composicion de la bilis tiene mucha parte en la produccion de los cristales; se han hallado casi siempre en número considerable en la bilis de muchos cadáveres humanos.

Por último, las heces fecales pueden contener porciones mas ó menos estensas de intestinos, sin que este accidente sea necesariamente seguido de una terminacion fatal. Los autores han citado repetidos ejemplos de este género. Stevin (1) y M. Cayol (2) han reunido un gran número de ellos; pero los hechos mas notables han sido recogidos en estos últimos años. En el uno, observado por MM. Legoupil y Delisle, un niño de cuatro años y medio arrojó por el ano una porcion de intestino de catorce á quince pulgadas de longitud, que comprendia la estremidad inferior del ileon, todo el ciego, y el principio del colon; MM. Rigal y Bouniol han presentado á la Academia Real de Medicina una porcion de intestino delgado de 38 pulgadas de longitud, á la que estaba unida una porcion de mesenterio. M. Cruveilhier ha manifestado á la sociedad de la facultad de medicina, una asa intestinal de diez y ocho pulgadas de longitud, á la que estaba adherida igualmente una porcion de mesenterio. Otro caso de esta especie se halla consignado en el tomo 2.<sup>o</sup> de los *Boletines de la sociedad Filomática*. El enfermo, que es su objeto, espelió por cámaras una porcion de intestino delgado de diez y seis pulgadas de longitud.

En todas estas circunstancias la espulsion de una porcion de intestino va precedida de la estrangulacion ó de la invaginacion de una parte de él en otra. Esta invaginacion se efectua casi siempre de arriba abajo. La parte invaginada se hincha á consecuencia del obstáculo á la circulacion; es estrangulada por la porcion inferior del intestino, y termina en gangrena, mientras que la porcion inferior se adhiere á la superior al nivel de la estrangulacion ó mas allá de los límites de la invaginacion. Los ejemplos de espulsion de una porcion de intestino se observan principalmente en el curso de la disenteria ó de una colitis intensa. En el caso referido por MM. Bouniol y Rigal, sobrevino

(1) *Investigaciones históricas sobre la gastronomia en el vólvulus*. (Memorias de la Academia de Cirujía, tomo 4.<sup>o</sup>)

(2) *Traduccion del tratado de hernias de Scarpa*.

el espresado incidente á consecuencia de una violenta indigestion seguida de síntomas de estrangulacion, y de la formacion de un tumor abollado en la region iliaca derecha. Al cabo de doce dias arrojó el enfermo la porcion de intestino, y desaparecieron todos los accidentes.

La escrecion de evacuaciones alvinas es las mas veces voluntaria. Si la voluntad no es siempre dueña de resistir mucho tiempo á la sensacion que la advierte de la necesidad de defecar, resiste sin embargo durante algun tiempo, y dirige las contracciones necesarias para desempeñar aquel acto.

En las enfermedades se observan en algunas ocasiones evacuaciones involuntarias, y particularmente en las afecciones que comprometen el sistema cerebro-espinal, como en las hemorragias cerebrales intensas acompañadas de parálisis general; en las afecciones de la médula espinal, en las fiebres graves, etc., etc. Preciso es distinguir dos formas en este fenómeno, á saber: la evacuacion involuntaria que se efectua sin sentirlo el enfermo, como acontece casi siempre en las afecciones comatosas, y la evacuacion cuya necesidad siente el paciente, pero que en razon de la parálisis ó de la debilidad de los esfínteres, se verifica inmediatamente sin poder esperar el influjo de la voluntad.

Por último, se observan tambien algunas veces evacuaciones involuntarias al terminar los accesos de epilepsia y de histerismo.

Algunos autores no han dado la misma explicacion. M. Jolly cree que este fenómeno no es debido á la relajacion de los esfínteres, sino á un exceso de energia de las contracciones peristálticas. La observacion, dice, ha demostrado que en el momento en que cesa la contraccion de los músculos de la vida animal, adquiere mayor energia el movimiento peristáltico de los intestinos, de la vegiga, etc. Asi es que se ha visto á algunas mujeres parir espontáneamente en el momento de dar el último suspiro que paralizaba las contracciones voluntarias.

Nos parece que si esta opinion es aplicable á cierto número de hechos, está muy lejos de serlo á todos los casos de evacuaciones involuntarias.

## CAPITULO XI.

## DE LOS SIGNOS SACADOS DEL APARATO GENITO-URINARIO.

## §. I.

*De los signos deducidos de las orinas.*

«Tan absurdo es querer vaticinar el destino de un imperio y la suerte de un individuo por el vuelo de las aves, como el pretender reconocer todas las enfermedades, juzgar sus peligros, y leer el plan curativo en un vaso lleno de orina.» (Dance).

Este es el juicio de uno de los observadores mas distinguidos contra la pretension absurda de algunos medicastro, que tratan de reconocer y caracterizar todas las dolencias por solo el aspecto de las orinas. En la actualidad la *uromancia* está relegada á un pequeño número de necios charlatanes, que, como dice muy bien M. Martin Solon, tratan de engañar á los ignorantes y vulgo con su charlatanismo.

Al ver que las orinas llevan una grande parte de sustancias solubles, inútiles á nuestra economía, que bajo diferentes especies y proporciones introducimos á cada momento en nuestra máquina, no debe admirarnos el que se presenten las orinas bajo diversos aspectos en diferentes enfermedades. El género de vida, el grado de temperatura, la humedad mas ó menos grande del aire, el estado del individuo y otras circunstancias, influyen considerablemente en su cantidad y calidad; razon por la que las diferencias que aquellas presentan no siempre deberemos atribuir las al curso de la enfermedad, sino que pueden muy bien ser efecto de aquellos agentes esternos. Por consiguiente, daremos una ligera idea de las diferentes cualidades de la orina, que no son de grande importancia para el diagnóstico, deteniéndonos en aquellas que realmente lo sean.

*Cantidad.* Esta está sometida á la cantidad y calidad de las bebidas que se acostumbra tomar habitualmente. Pero aun suponiendo proporciones normales en los líquidos, pueden aumentarse las orinas en algunas ocasiones de un modo extraordinario, constituyendo lo que se llama *diabetes sacarino*. Frank dice haber visto un enfermo que arrojaba dos arrobas diarias en aquella enfermedad.

*Color.* Este varía segun son las enfermedades: es incolora en las afecciones nerviosas, histérico, y en el periodo del frío de las intermitentes; es lactescente ó de un color lechoso cuan-

do va mezclada de pus y moco; lo es roja si contiene sangre, y amarilla si mantiene en disolucion muchas moléculas de bilis. M. Proust la ha visto una vez negra, cuya coloracion atribuye á la combinacion del ácido *melánico* con la orina. Deberemos indicar que al tiempo de examinar el color de este líquido, tendremos presente el tiempo que se haya pasado desde su emision, porque muchas veces se cambia el color de las orinas cuando se sedimentan.

*Consistencia.* Diferentes grados de consistencia pueden presentar las orinas: 1.<sup>o</sup> delgadas, claras y trasparentes: 2.<sup>o</sup> turbias: 3.<sup>o</sup> oleosas ó crasas: 4.<sup>o</sup> variables.

Las primeras se parecen al agua pura por su consistencia y color, aunque en algunos casos suelen presentar un ligero tinte rosáceo, amarillo ó verdoso negruzco.

Los antiguos denominaban *crudas* las orinas ténues que no formaban sedimento, y *cocidas* las que le depositaban. Segun estos autores, cuando aquellas permanecian por mucho tiempo crudas en el curso de una enfermedad aguda, diagnosticaban que la dolencia seria larga, y que todavía estaba distante de su terminacion.

Las orinas son *gruesas* cuando contienen mucha proporcion de albúmina ó de mucosidades, y *turbias* si estas ú otras sustancias se precipitan en el fondo del vaso por cualquiera causa.

Las orinas turbias y oscuras no sedimentosas, como dice Landré-Beauvais, que mantienen en suspension pequeñas partículas parecidas al polvo, se asemejan á la orina de los animales hervívoros, por lo que se las llama *orinas yumentosas*; es muy frecuente observarlas en las fiebres graves. El suspenso suele ser una sustancia blanquizca, roja ó amarilla que empaña las paredes del vaso, y que hace perder la transparencia del líquido. En el sedimento que suelen formar estas se ven, en algunas ocasiones, cristales de ácidos fosfórico, úrico, y algunas sales.

Llámanse orinas *crasas* ú *oleosas* aquellas que se parecen al aceite, pudiéndose distinguir tres variedades: la primera es de un amarillo rojizo y es filante, ó forma hilo como el aceite cuando se vierte: la segunda es de un color rojo oscuro que tira al pardo ó negruzco. Segun Landré-Beauvais en las enfermedades agudas esta variedad de orina es precursora de la muerte de los enfermos, lo que no sucede con la anterior: la tercera variedad, que es muy sospechosa, se presenta este líquido con una película grasosa en su superficie, análoga á la tela de araña. Dicese tambien haberse visto orinas en las que existia verdadero aceite ó grasa; pero debemos ser muy reservados para no atribuir á

estos humores sino lo que es propio y característico de ellos, y no lo que suele ser en muchas ocasiones puramente accidental.

Las últimas especies de orina son las que se denominan *variables*, porque cambian de consistencia de un día á otro.

Hemos visto á M. Bouillaud durante tres años examinar escrupulosamente las orinas de todos sus enfermos; confesámoslo francamente, nunca hemos podido marcar los caracteres físicos, constantes y patognómicos de estos humores, y lo mismo le ha sucedido á aquel célebre profesor. Hay graduaciones que se presentan mas frecuentemente en una enfermedad que en otra, lo que con precision debería suceder, porque idénticas enfermedades deben producir las mismas modificaciones en nuestra economía; pero las condiciones en que se encuentran los individuos en el momento que caen enfermos no siempre son las mismas, sino que varian. No todos se inspeccionan de la misma manera por padecer afecciones de la misma naturaleza; cada uno siente, por decirlo así, á su modo, y por consiguiente no nos debe estrañar no encontremos caracteres constantes en las orinas de muchos enfermos.

Si se deja en reposo por algun tiempo las orinas que se han segregado en el curso de una dolencia, observaremos que se presentan diversas partes que se separan. La superficie se cubre algunas veces de una *película* (*cremor*), que si se forma á poco tiempo de haberse espelido la orina, indica, segun Landré-Beauvais, esceso de sales naturales en este líquido, y una tendencia marcada á la descomposicion de los humores. Si las materias componentes de las orinas estan mas espesas, se elevan y permanecen como suspendidas inmediatamente debajo de la superficie, se llama *nubes* (*nubécula*). Cuando se presenta en su tercio inferior esta superficie se la denomina *eneorema*, así como si se depositan en el fondo del vaso toma el nombre de *poso* ó *sedimento* (*hipostasis* ó *depósito*).

Considerados estos signos con relacion al diagnóstico no tienen valor alguno positivo, pues se les puede observar en unas mismas enfermedades, aunque el órgano y naturaleza de ellas sean diferentes. Todo lo contrario sucede con respecto al pronóstico: el depósito ó sea el sedimento indicaba, segun los antiguos, la terminacion próxima de la enfermedad; cuanto mas alta era la suspension, mas crítica creian que era la posicion del enfermo, á la manera que pronosticaban un gran peligro cuando había un cambio rápido del hipostasis en nubécula.

*Factores que entran en la composicion de la orina.* Ya hemos dicho que sirve la orina de vehiculo á la mayor parte de las sustancias solubles, que no siendo necesarias á la nutricion, se

eliminan por los riñones: de aquí resulta que por ahora no nos ocuparemos más que de los factores que existiendo en este líquido indican un estado patológico. Las alteraciones de que la orina es susceptible sufrir en su composición pueden reducirse, como dice muy bien M. Andral, á tres clases.

La primera comprende los casos en que solo hay un simple cambio en la proporción de los principios que fisiológicamente la componen.

La cantidad de agua que sirve de vehículo á las diferentes sales que la forman puede ser más ó menos variada, sin esceder por eso los límites de su estado normal, esceptuándose aquellos casos en que siendo muy excesiva esta cantidad, ó aquellos en los que conteniendo el agua poca materia animal y nada de urea ni de ácido úrico, como se observa en el *diabetes sacarino*, la orina está casi solo compuesta de agua.

El ácido úrico, el fosfato de amoníaco, de cal y de magnesia que entran, según el análisis de M. Berzélius, en la composición de la orina, pueden en ciertas circunstancias aumentar su cantidad absoluta ó relativa respecto del vehículo, y formar un sedimento de granos más ó menos gruesos que constituya lo que se llaman *arenas*. Por consiguiente no se crea, como algunos han creído, que aquellas son el resultado de la deposición de cuerpecillos introducidos del exterior, pues aunque algunas veces suceda, otras, y son las más, provienen de la precipitación de aquellos que están disueltos en la orina en el estado sano. La orina tiene, como los demás líquidos, la propiedad de disolver algunos cuerpos solubles; pero esta facultad tiene sus límites que no la es permitido traspasar ni esceder. Se llama punto de saturación el momento en que cualquier líquido que contiene sales en disolución disuelve el máximo cuanto puede disolver. Varias son las circunstancias que pueden influir en la saturación, y con especialidad la naturaleza de los cuerpos en disolución. Muchas sustancias son muy solubles, de modo que pueden ser disueltas en una grande cantidad sin saturar antes el vehículo, mientras hay otras que no son tan poco solubles que necesitan una masa muy grande de líquido para disolver una proporción muy débil.

Si el líquido que mantiene estas sustancias en disolución llega á enfriarse; si las materias disueltas están muy cargadas en proporción al líquido que las contiene, y este permanece en reposo, no tardarán en sedimentarse en el fondo del vaso formando un sedimento ó cristales: pues estas mismas propiedades de los líquidos, y estas mismas leyes sobre la formación de los precipitados presiden á la producción de las arenas. A los

excelentes trabajos de M. Magendie (1) es á quien debemos el saber que la orina mantiene en disolucion muchas sustancias que tienen mas ó menos tendencia á abandonarla. El tamaño de las arenas varia desde un garbanzo muy pequeño hasta el estado de un polvo muy fino. Su forma es tambien muy variada, asi es que se las ve esféricas, angulosas, cilíndricas, ásperas, lisas, etc. Su color por lo general suele ser de un rojo leonado, pero tambien se presentan de un color blanco amarillo, casi ceniciento, y muy rara vez negro: generalmente su espulsion suele ser aislada, aunque en algunas circunstancias, particularmente cuando se espele bajo la forma de polvo, se presentan reunidas.

*Las arenas rojas* que son las mas frecuentes, estan formadas por el ácido úrico. Se sabe que este ácido es una sustancia muy azoada; posee de las 39 partes 16 de azoe; es muy poco soluble en el agua pues que no disuelve mas que 1/1, 100 partes de peso á la temperatura de 80°: y 1/1, 800 á la de 16. Por consiguiente estando la orina caliente á la temperatura de 30°, no puede disolver mas que 1/1, 100 de su peso.

De aquí resulta que siempre que la cantidad absoluta de ácido úrico aumente, formará mas sedimento á causa de su poca solubilidad. Por otra parte sabemos que las sustancias alimenticias estraidas del reino animal son las que suministran á nuestra economía mas principios azoados, de consiguiente podemos deducir que una de las causas mas poderosas para desarrollar las arenas y aun los cálculos rojos será la alimentacion succulenta, y que en la mayor parte de casos, cuando se vea este sedimento en la orina, podremos diagnosticar que hay una superabundancia de elementos azoados en la sangre. Otras causas puede haber que produzcan estas arenas, pero no tienen mas que una influencia secundaria, tales son la disminucion en la cantidad de orina que se espele y su temperatura baja. Efectivamente, si la cantidad de ácido úrico escede los límites acostumbrados, el sedimento no se formará á no ser que la orina sea muy abundante; lo que sucederá al contrario si la cantidad de este líquido disminuye de un modo sensible. Lo mismo sucede con la temperatura; cuanto mas caliente está la orina, mas cantidad de ácido úrico disuelve.

*Arenas blancas.* Se presentan bajo el aspecto de un polvo blanco que se depositan en el fondo del vaso ó sobre los pelos

(1) Magendie. *Investigaciones filosóficas y médicas sobre las causas, síntomas y curacion de las arenas.* Paris, 1828, en octavo, segunda edicion con láminas.

de las partes genitales de la mujer, unas veces bajo la forma de un polvillo, como hemos dicho, y otras bajo la de pequeños cálculos de forma angular, irregular, y de consistencia variable. Frecuentemente se compone esta especie de fosfato de cal, unido algunas veces á una pequeña proporción de fosfato de magnesia. Ambas sales se encuentran en el estado normal, disueltas en la orina, y tienden á abandonarla. Se precipitan á cualquiera circunstancia que disminuya el grado de su solubilidad, ó que se aproximan al punto de saturacion. Estas circunstancias son las mismas que en la especie precedente, esto es, el aumento de la cantidad absoluta de estas sustancias, la disminucion de la cantidad de orina y su temperatura baja. Una y otra especie de arenas manifiestan un exceso en los principios azoados de la economía: efectivamente á estas sales, que forman la base de la orina en el estado fisiológico, está unido el alimento animal; así es que cuantos mas principios azoados contenga la alimentacion, tanto mas aumentará la cantidad de aquellas arenas; de manera que estas tienen el mismo valor en el diagnóstico que las rojas compuestas de ácido úrico. Se reconocen facilmente las arenas blancas por la facultad que tienen de disolverse fácilmente en el ácido hidrocórico, y de precipitarse sin hacer efervescencia cuando se añade á la solucion ammoniacal. Este carácter sirve para poderla distinguir de una variedad de arenas blancas que se compone esclusivamente de carbonato de cal, y es muy rara en el hombre: se la distingue porque esta especie última forma efervescencia cuando á la disolucion se la añade algun ácido.

La tercera especie de arenas ó cálculos pequeños es la *gris, ó sea de fosfato de ammoniaco magnesiano*. Esta variedad es muy rara. M. Magendie no la ha observado mas que en el estado de cálculos mas ó menos voluminosos: en algunos casos tienen la superficie lisa, y se parecen al hueso de una aceituna pequeña ó al de un piñon: en otros este mismo célebre fisiólogo los ha visto muy gruesos, casi esféricos y ásperos. Esta especie tiene el mismo valor en el diagnóstico que las dos especies precedentes. En razon á la grande cantidad de ammoniaco que contienen, se ha creído con fundamento que su principal causa es un régimen alimenticio muy azoadado.

Los álcalis que entran en la composicion de la orina pueden tambien aumentar de proporcion. La superabundancia de potasa yesosa no conduce á nada de particular por lo que respecta al aspecto de la orina; el exceso de cal, segun Andral, precipita las sales que ella forma con el ácido fosfórico, y el exceso de ammoniaco la vuelve igualmente turbia por la precipitacion de

las sales terrosas que estaban en la ausencia de este exceso mantenidas en disolucion en la orina. En este caso no es muy difícil reconocer el ammoniaco por el olor fuerte de este álcali. Generalmente se suele observar en las fiebres pútridas y en las inflamaciones de los órganos urinarios.

La segunda clase de alteraciones de la orina es, segun Andral, la que consiste en la adición de nuevos principios que se hallan en la sangre; pero deben tenerse presentes dos circunstancias: ó estos principios se encuentran en el estado normal, y constituyen una parte de su composicion, ó son introducidos accidentalmente para ser eliminados con la orina. Los principios de la primera especie son en número de tres: la albúmina, la fibrina y la materia colorante de la sangre, sustancias todas que no se hallan en el estado normal.

Cuando la orina contiene albúmina, generalmente está pálida ó opalescente al momento de su emision; calentada, presenta un coágulo mas ó menos abundante. Este estado albuminoso es uno de los signos que constituyen el estado granuloso de los riñones (enfermedad de Bright); pero carecemos del patognomónico.

En ciento ochenta y cinco enfermos atacados de dolencias agudas ó crónicas, diferentes de las afecciones renales, M. Desir (1) no ha visto coagularse la orina. En una *aortitis*, en que la orina estaba sanguinolenta, hubo un coágulo; pero en la autopsia se halló una induracion y una congestion de los riñones, y equimosis en la membrana mucosa de la pelvis. Lo mismo sucedió en dos casos de viruelas, tambien se advirtieron las orinas albuminarias (*albuminuria* de M. Martin Solves). La autopsia demostró en el uno un derrame sanguíneo en el caliz y pelvis del riñon derecho; en el otro la inyeccion de la vegiga. En un sugeto acometido de gangrena en el pulmon, la orina presentó el coágulo albuminoso; pero la vegiga estaba muy inyectada. En otros cinco casos (*pericarditis*, *pleuresia*, *pneumonia*, *gastro-enteritis*, una indisposicion) la orina estuvo coagulable, aunque no se sospechaba padeciesen los riñones.

Por las investigaciones de M. Desir está demostrado que la sífilis y el plan curativo mercurial no ponen á la orina albuminosa como algunos habian sospechado. Cuando la orina contiene mucho moco, como sucede en una *cistitis* aguda, y está albuminosa, si existen al mismo tiempo dolores por el trayecto de los ureteres, son debidos estos síntomas, segun M. Desir, á la

(1) Tesis sostenida en la facultad de medicina de Paris en 1835, número 564.

inflamacion de la membrana mucosa de los calices, y no á una necmasia de la *sustancia propia del riñon*. Si en la orina la albúmina está concreta en el sedimento, bajo la forma de copos, proviene de la vegiga ó de los ureteres, de las pelvis, de los cálices inflamados de una manera crónica, ó de un absceso de la prostata ó de las partes circunvecinas que se abre, ó se ha abierto en la vegiga.

Si la orina albuminosa está cargada de un depósito filante y gleroso, anuncia la inflamacion del parenquima propio de los riñones.

Si se arroja la orina mezclada con un poco de materia colorante de la sangre, es uno de los principales síntomas del cáncer y de los tumores fungosos del aparato urinario.

En donde se ha estudiado mas la orina albuminosa ha sido en la enfermedad de los riñones, descrita por Wells, Blackall, Bright, Hamilton y Rayer.

M. Bouillaud ha visto presentarse el coágulo albuminoso en algunas enfermedades que no habian atacado á las vias urinarias. M. Piorry tambien le ha observado en una pulmonía que terminó en resolucion, en una enteritis typhohémica, en dos casos de pneumonia tuberculosa, y en una observacion de prurigo.

En el diabetes sacarino, segun MM. Thenard, Dupuytren, Chevalier, Barruel, etc., etc., la orina contiene albúmina. M. Chevalier añade que ha observado esta sustancia, aunque en corta cantidad, en la orina de una persona sana: sin embargo, segun la opinion de M. Desir, este hecho debe ponerse en duda, pues dice: *que en el hombre sano la orina puede volverse accidentalmente albuminosa; pero siempre se observa despues de una escitacion de las vias urinarias.*

De todo lo dicho podemos deducir que la orina albuminosa no siempre indica alteracion en las vias urinarias. No obstante, si persiste por mucho tiempo se puede reconocer una nefritis albuminosa que termine en una hidropesia: por otra parte, si en el curso de esta última enfermedad las orinas presentasen constantemente un coágulo albuminoso, podriase deducir que la hidropesia dependia de una afeccion granulosa de los riñones.

M. Proust ha visto una mujer de 50 años de edad, de un apetito voraz, que nunca habia estado enferma, espeler las orinas, formándose inmediatamente despues de su espulsion una masa amarilla, pálida, poco consistente, compuesta de una parte sólida que tenia los caracteres de la fibrina, y un poco de serosidad que podia separarse y colarse.

A consecuencia de varias especies de irritaciones que pueden

atacar á los órganos uro-poyéticos, la sangre puede mezclarse con la orina. Se observa las *hematurias* (flujo de sangre mezclado con orina, arrojado por la uretra) en las nefritis intensas producidas por los cálculos: en estos casos puede darse una esplicacion de esta hemorragia, admitiendo una ligera escoriacion ó sencillamente una irritacion en el parenquima de los riñones, cálices ó ureteres. Tambien puede sobrevenir la hematuria por causa de cálculos en la vegiga, inflamaciones violentas de este órgano, varices de su cuello, en las blenorragias intensas, etc.: últimamente este flujo sanguíneo puede suplir á una hemorragia habitual, como la menstruacion, el flujo hemorroidal, etc., etc.

Cuando la hematuria no es muy abundante, puede equivocarse con su verdadera naturaleza. Hay personas que arrojan pequeñas cantidades de orina, latericia, que al punto podria equivocarse con la sangre. Pero para tranquilizarse basta generalmente dejar el vaso por algun tiempo en reposo: entonces la orina se vuelve clara, y deja precipitar en la hematuria una ligera capa de materia colorante que tiñe en un rojo de sangre cualquier papel que se ponga en contacto con ella. Si se calienta la orina que se sospecha tiene sangre, por pequeña que sea su cantidad, la materia que se mantiene en suspension, en lugar de disolverse mas fácilmente por la elevacion de la temperatura, se coagula y se precipita en el fondo del vaso.

De todo lo que llevamos espuesto resulta, que habiéndose atribuido á la hematuria diferentes causas, es muy importante saber reconocer la verdadera.

En la hemorragia uretral la sangre fluye sin que los enfermos hagan esfuerzos para orinar; la orina no sale roja sino al principio de su emision, y eso porque arrastra consigo algunas moléculas de sangre capaces de darla el color rojo.

En la hematuria que proviene de la vegiga los enfermos sienten por lo general una sensacion de tension y pesadez en el hipogástrico; casi nunca está disuelta completamente la sangre en la orina, sino que forma copos, coágulos irregulares que nadan en un líquido bastante claro, y que se precipitan aisladamente en el fondo del vaso. Esta disposicion anuncia que la exhalacion se hace sobre algunos puntos aislados, cuando la vegiga contenia una orina clara, y sin que la mezcla de la sangre con ella haya tenido lugar de mezclarse exactamente (Begin y Lallemand (1)). La hematuria que procede de los riñones la sangre está mezclada íntimamente con la orina, molécula con molécula, á la manera que se observa en las pulmonías en que sale

(1) *Diccionario de medicina y cirujia prácticas*. Tomo IX, pág. 388.

la sangre mezclada con mucosidades. De aquí nace que la orina presenta un color rojo mas ó menos fuerte, segun se hallan padeciendo uno ó los dos riñones. Si la cantidad de sangre es muy considerable, se forma en el fondo del vaso un sedimento de materia colorante y fibrina, suave al tacto y nada pulverulento.

Por último, la sangre puede salir por una disposicion general de este líquido, por la que tienda á abandonar las partes y órganos que le contienen: esta es la explicacion que se puede dar á la hematuria que se presenta en el escorbuto avanzado y en la púrpura hemorrágica.

Hace tres meses vimos en la enfermería que está al cuidado de M. Andral un hombre con viruelas complicadas con la púrpura, que arrojaba sangre por todas las vias, y entre otras por la uretra. En la autopsia vimos todos los órganos mas ó menos equimosados. Los cálices y las pelvis de los riñones estaban llenos de blandos coágulos de sangre negra.

Hay otros principios que se encuentran en las orinas procedentes igualmente de la sangre; pero que difieren de los antecedentes en que no se hallan constantemente sino de una manera accidental; tales son en otros elementos de la bilis en la ictericia.

La tercera clase de alteraciones de la orina consiste en la adición de nuevos principios que no se encuentran en la sangre.

Al frente de estos principios colocaremos el pus que constituye en algun modo el eslabon de la clase anterior á la presente. La orina contiene frecuentemente pus en la nefritis aguda, en la que se termina por un absceso que se abre en el ureter. Su color de rojo que era antes se vuelve lactescente, formando un sedimento blanquizco en el vaso. En otras ocasiones el pus proviene de la vejiga, en cuya superficie libre y mucosa se segrega unas veces, y otras por los absesos que con frecuencia le forman en el espesor de las membranas de este órgano, particularmente en los viejos, como últimamente ha demostrado M. Mercier, interno muy distinguido, que ha tenido ocasion de observar muchos casos de este género en el hospicio de Bicetre.

En lugar del verdadero pus se nota que la orina deposita frecuentemente un sedimento mucoso purulento en la nefritis, cistitis, prostatitis, y en la uretritis crónica.

Siempre que la materia mucoso-purulenta procede de los riñones, ureteres ó vejiga, está como suspensa, y muchas veces mezclada con las moléculas de la orina; por el contrario sucede cuando proviene de la uretra ó de la prostata, pues en este caso forma grumos aislados que no se mezclan con aquellas. En

la práctica es de la mayor importancia el tener muy presente este carácter distintivo. Uno de los cirujanos mas distinguidos de nuestra época, el Dr. Amussat, dice que este carácter es constante, y que puede servir de guia segura en el diagnóstico de estas enfermedades.

El ácido oxálico, que no se halla en el estado normal ni en la sangre, ni en la orina, puede desenvolverse accidentalmente, y ser eliminado por las vias urinarias: se apodera de la cal, y forma la sal que constituye la base de los cálculos compuestos por el oxalato de cal, y llega á producir una variedad de aquellos de la misma composicion, y que solo se distinguen por su color amarillo. Esta especie es muy rara; M. Magendie no ha visto mas que un caso, y el enfermo no espelió mas que un cálculo; su forma era prolongada, aplanado por su superficie, seis á siete líneas de largo, y de una y media á dos de ancho. MM. Prout y Ratier citan observaciones análogas. En todas ellas la existencia del ácido oxálico en la orina ha sido efecto patente del uso que se ha hecho, como alimento de una cantidad grande de grosella. Pero no es facil remontarnos á apreciar la causa que preside á la formacion de este ácido; podriase admitir, como dice Andral y Berzelius, que este se forma en los riñones por un simple aumento de actividad en las funciones de estos órganos, funciones que principalmente consistirán en un procedimiento de acidificacion.

Tambien se hallan en la orina óxidos que no se encuentran en parte alguna de nuestra economia otros análogos; tales son, el óxido cístico, descubierto por Wollaston, y el óxido xántico, descubierto por Marcet. M. Magendie ha visto el primero en unos cálculos de un color de amarillo limon, su superficie estaba cubierta de unos pequeños mamelones cristalinos. Si se les rompe, dice M. Magendie, no estan formados de capas superpuestas, sino que mas bien parecen estarlo de pequeños cristales agrupados sin órden. Por último tienen una transparencia muy parecida á la del topacio.

El color negro de algunas orinas se atribuye segun Prout al ácido melánico que suele tener este líquido, y el rojo al ácido purpúrico. Este último tinte se observa mas frecuentemente que el primero: le hemos visto en muchos reumatismos articulares agudos; sin embargo no se le debe considerar como signo patognomónico; con menos frecuencia se suele presentar en las fluxiones de pecho.

Pueden formarse pelos en las vias urinarias y servir de núcleos, en donde se depositen las sustancias salinas. Esta forma constituye una variedad de los cálculos que M. Magendie

ha descrito perfectamente bajo el nombre de *cálculos pilosos*. Su naturaleza no tiene nada de particular, sino es servir los pelos de núcleo; estan compuestos especialmente de fosfato de cal, de fosfato y de magnesia, y de ácido úrico. Tambien se suelen presentar bajo la forma de arenas con un polvo blanco, mezclado con una cantidad de pelos pequeños de una línea ó una pulgada de largo: lo general es presentarse bajo la forma de cálculos de diferentes tamaños, pilosos en su superficie, y reunidos casi siempre en forma de racimos.

Importa mucho al médico el conocer como se arroja la orina. Se llama *disuria* á su excrecion dolorosa. Puede provenir este estado por hallarse padeciendo alguno de los órganos uropoyéticos, ó por las cualidades particulares de la sangre. Se observa la disuria en las blenorragias, estrecheces de la uretra; inflamaciones de la vegiga, etc.

La *estranguria* ó emision de la orina gota á gota (*urinæ stitllicidium*) se observa frecuentemente en las estrecheces considerables de la uretra; tambien suele ser resultado de la parálisis de la vegiga, que dilatándose por la orina mas de lo necesario, no la deja mas que salir gota á gota despues de la relajacion de los esfuteres de este órgano, en cuyo caso se dice sale por *rebose ó derrame*.

La *iscuria* es su retencion completa. Depende frecuentemente de obstáculos mecánicos al curso de este líquido, tales como las estrecheces de la uretra, los cálculos de la vegiga ó de los ureteres; se le observa tambien en las alteraciones nerviosas, y con especialidad en las afecciones del sistema cerebro-espinal acompañadas de paraplexia.

Debe distinguirse la retencion de orina de la suspension de secrecion de este líquido.

En el primer caso, los riñones continuan segregando orina, pero les falta á los enfermos la fuerza para poderla arrojar; en el segundo la vegiga no contiene orina, porque la secrecion vernal está suspendida; lo que se observa en el cólera, y algunas veces en la peritonitis muy intensa, etc. (1).

(1) Consúltese á Chopart, *tratado de las enfermedades de las vias urinarias*, nueva edicion con notas por T. Pascal. Paris 1830, dos tomos en octavo. *Las lecciones de M. Amussat acerca de las retenciones de orina y estrecheces de la uretra*. Paris 1832, un tomo en octavo con láminas. Dubouchet. Nuevo tratado de las retenciones de orina, estrecheces de la uretra, hemáturia, arena y cálculos etc., cuarta edicion 1836, un tomo en octavo.

## §. II.

*De los signos sacados de los diferentes flujos que se evacuan por los órganos genitales esternos.*

Antes de ocuparnos de clase alguna de evacuaciones hablaremos del flujo normal que desde la época de la pubertad continua en el sexo femenino hasta la edad climatérica que se ha dado el nombre de *reglas*, *flujo menstrual* ó *menstruacion*.

El flujo menstrual es de la mayor importancia, ya se le considere como fenómeno fisiológico, ya como signo de diagnóstico. Es tal, que en una mujer nubil no puede retardarse, suspenderse ni desordenarse sin que al instante no se altere toda la economía. Los desórdenes de la menstruacion pueden reducirse á los cuatro siguientes: primero á la dificultad de la primera presentacion de las reglas: segundo, á la suspension de estas por mas ó menos tiempo, *amenorreas*: tercero, á su aparicion periódica, pero acompañada de dolores, *dismenorreas*: cuarto, *hemorragias*.

«La época de la pubertad, es, como dice Cabanis, la de un cambio general en toda la existencia humana; entran en accion nuevos órganos, distintas y diferentes necesidades se hacen sentir, y un nuevo estado moral llega á desenvolverse. Entonces es cuando el niño deja de ser niño, y su destino, con relacion á la especie se marca por caractéres que no nos es posible desconocer.»

Esta grande revolucion es un trabajo de mucho tiempo: va precedida de otras modificaciones de la economía, y finalmente llega como á coronar la obra maestra del desarrollo del organismo para abrirle la marcha del egercicio completo de sus facultades. Esta época va acompañada de muchos fenómenos nuevos, y con especialidad en el sexo femenino por la evacuacion del flujo menstrual.

Por un término regular, en Francia, se establece aquel flujo á la edad de catorce años. Es mas precoz en las provincias situadas al mediodia que las que estan al norte. Sin embargo, la constitucion de la jóven y varias otras circunstancias esterioreas, pueden hacerle dificil, y dar lugar á desórdenes de diferente naturaleza. Los cambios de la economía que deben preceder á esta grande revolucion no se efectuan sino muy lentamente. El desenvolvimiento sucesivo de las fuerzas vitales que preside á todas estas modificaciones, encuentra á cada instante obstáculos por parte del organismo incapaz de recibir su im-

presion; empenándose entre las tendencias de las fuerzas vitales y la resistencia de la economía una especie de lucha, cuyos resultados variarán según el triunfo ó derrota de cualquiera de estas potencias. En el primer caso se sofoca la revolucion, y entre los nuevos fenómenos que aparecen, sobreviene la menstruacion. Por el contrario, si los esfuerzos de la vida sucumben ante la resistencia de la economía, acaecen diversos desórdenes, y el flujo menstrual no se efectua.

Segun lo que acabamos de decir, se observará que emitimos una opinion contraria á la que generalmente está adoptada; se dice que las alteraciones que se presentan en la época de la juventud en las jóvenes no regladas, deben atribuirse á la falta de la menstruacion, considerándose á esta funcion como la única aurora de salud, y á los emmenagogos como los únicos capaces de salvarnos en este conflicto. Pero esto es una preocupacion, un error acreditado, cuyo verdadero valor se apreciará comparando el síndrome de sintomas que se presentan en las circunstanacias de que acabamos de hablar, con los sintomas de una amenorrea consecutiva á una afeccion crónica de los órganos, ó á la supresion de las reglas, por la influencia de una causa mas ó menos directa, tales como la accion del frio, las afecciones morales, etc., etc. En la amenorrea de esta especie sobrevienen alteraciones consecutivas, tales como erisipelas, hemorragias por diferentes vias, etc. etc. Pero todo indica solamente que la plétora resulta de la supresion de un flujo que la naturaleza necesitaba evacuar; pero nunca se verán estos desórdenes profundos y generales que tienden á la esencia de la vida, sino en el mayor número de casos en que es imposible localizarlos.

La reunion de fenómenos de que llevamos hecho mérito, no solo se observa en la época de la pubertad, sino que sobrevienen tambien en algunas ocasiones en las mujeres ya regladas por influencias que alteran profundamente la digestion á la hematosis, como un alimento mal sano, una habitacion mal ventilada, y las hemorragias abundantes. Decimos que sobreviene á consecuencia de estas influencias un estado de la economía muy análogo al que se observa con frecuencia en la época de la pubertad.

En una y en otra circunstancia existe la *amenorrea*, que no es la causa de las demas alteraciones concomitantes, como se dice vulgarmente, sino una coincidencia que reconoce con ellas una causa comun que es la insuficiencia de la energía vital, y en particular una mala elaboracion de la sangre y la debilidad del sistema nervioso.

Tal es la naturaleza de la afeccion conocida con el nombre de *clorosis*, á causa del aspecto amarillo verdoso que presenta la fisonomía en esta enfermedad cuando está muy avanzada; de ninguna manera depende de la debilidad uterina, si existe esta realmente, no es mas que un epifenómeno de la atonía general: en ocasiones observamos cloróticas en quienes los órganos de la generacion poseen todos los atributos de sensibilidad que presentan la mujeres de salud mas completa.

Puede tambien ser simplemente la amenorrea resultado de un defecto de escitacion de los órganos hácia los que la naturaleza tienda á dirigir sus esfuerzos.

Para que esto se verifique se prepara aquella, ó lo que es lo mismo, se congestiona el útero; pero falta cierto grado indispensable de escitabilidad para que este órgano determine la evacuacion. Obsérvase con frecuencia esta especie de amenorrea en las jóvenes muy plétóricas, encarnadas y robustas que carecen de estímulos sus órganos genitales, ya directos, ya procedan de la imaginacion. En este caso es cuando se puede decir muy bien con Cabanis, que son indispensables los placeres del amor para completar el desarrollo de los órganos en quienes aquel reside, y cuya sensibilidad no se desarrolla hasta despues de puestos en accion.

Ultimamente, está tan ligada la menstruacion con toda la economía, que la alteracion de cualquier órgano, por ligera que sea, puede producir su suspension. De aqui se deduce por qué con tanta frecuencia sobreviene la amenorrea en el curso de las afecciones crónicas, y con especialidad la de los pulmones; es muy raro ver mujeres bien regladas en la época del reblandecimiento de los tubérculos, derrames pleuríticos de larga duracion, etc., etc. Asi las afecciones agudas como las crónicas de los órganos intensos de la generacion, producen con frecuencia la amenorrea: lo mismo sucede en el estado de agitacion del útero; sin embargo, se han visto casos escepcionales en los que las mujeres durante aquel estado han continuado con el flujo menstrual. Una señora conocida nuestra ha presentado esta particularidad en su primer embarazo, y en los otros que ha tenido ha habido amenorrea. Tambien se refieren casos de mujeres que nunca han conocido la menstruacion. Una de nuestras enfermas se encuentra en esta categoría; tiene cincuenta años, y jamás ha tenido familia. Puédese atribuir estas anomalías funcionales á algun vicio en la conformacion de los órganos, y en particular del útero.

Finalmente, bien puede no presentarse el flujo menstrual por los órganos genitales, y sin embargo no haber, hablando

con propiedad, amenorrea, toda vez que la economía la evacua por otras vías tales como el intestino recto, la vejiga, el estómago, los pulmones, la piel, etc. Se han visto mujeres que todos los meses escupían, espectoraban, vomitaban, orinaban y evacuaban por el recto una cantidad de sangre pura. También se ha observado mujeres que todos los meses sudaban sangre al través de los poros por la superficie de la piel, heridas, úlceras, etc.

Llábase *dismenorrea* el flujo menstrual que vá precedido y acompañado de dolores ó cólicos, y por lo regular la cantidad de sangre evacuada es muy poca. No es una enfermedad este estado; pero es un síntoma que puede acompañar á diferentes afecciones ó disposiciones diferentes de la economía. Según la opinión de M. Roche las mujeres ardientes, de un temperamento nervioso, de una constitucion seca, biliosa, que abusan del coito, y sin embargo son estériles, están mas frecuentemente predispuestas á padecer de la dismenorrea que las demas: predispone también á padecerla la falta de ejercicio conveniente, y la habitacion en las grandes ciudades en que el aire se carga de humedad y de miasmas; así es que es suficiente á las mujeres que se encuentran en esta posición mudar de clima, pasar á vivir á algun pueblo para libertarse de esta indisposición.

Es muy importante fijar la atención en el color de la sangre del flujo menstrual. Por lo general la sangre pálida indica debilidad; se presenta de este color en las mujeres cloróticas, escrofulosas, linfáticas, etc. La sangre de un rojo oscuro manifiesta riqueza en la materia colorante, y por lo general robustez.

Las hemorragias uterinas pueden ser espontáneas, sintomáticas, activas y pasivas (1).

Las llamamos espontáneas cuando sobrevienen sin lesion apreciable del útero, y parecen ser simplemente el resultado de la tendencia que dirige á ciertas épocas la sangre hácia los órganos genitales: estas hemorragias se las vé en los niños de corta edad, hasta en los recién nacidos, pero generalmente son muy pequeñas: se la ha visto coincidir en una niña de muy corta edad con la inflamación de los pechos. En ocasiones pueden proceder de disposiciones particulares de la economía, particularmente por la masturbación.

Se las distinguirá del flujo menstrual precoz, de que se ci-

(1) En la siguiente descripción no nos ocuparemos de las hemorragias que sobrevienen en el embarazo, ni de las que pueden acacer antes ó después del parto.

tan varios ejemplos, por los signos de pubertad que no faltan cuando se presenta simultáneamente; tales son el desarrollo de los pechos, y la salida del pelo en el monte de Venus.

Pueden, por decirlo así, sobrevenir hemorragias uterinas espontáneas á las mujeres adultas; esto se observa con mas frecuencia á la edad de diez y seis años en que el útero, así como los ovarios, adquieren el máximo de su desarrollo, y llegan á ser centro de una fluxion mas considerable. Estas hemorragias se reproducen en las épocas en que corresponda la menstruacion, de las que no son, por decirlo así, mas que una exageracion. Hemos visto varias mujeres que atacadas de hemorragias en la época de sus menstros continuaban por muchas semanas, y aun por meses consecutivos, perdiendo mas ó menos cantidad de sangre. En otras ocasiones la hemorragia no era tan abundante; se repetia bajo el tipo intermitente de las reglas; pero en lugar de presentarse todos los meses, volvia de quince en quince dias, y duraba seis u ocho.

Las repetidas fluxiones del útero pueden desarrollar una edematosis mas ó menos considerable del cuello; en este caso presenta un color rojo mas ó menos oscuro, y á esta afeccion se llama *engurgitacion hemorrágica*, la que coincide frecuentemente con las hemorragias uterinas.

Las hemorragias pueden ser tambien consecutivas con las enfermedades orgánicas del útero, tales como los cuerpos fibrosos, polipos, cánceres, etc. No obstante, en todos estos casos, á escepcion de las úlceras cancerosas, las afecciones orgánicas de que hablamos no son mas que causas escitantes de las hemorragias; las producen atrayendo mas cantidad de sangre á las partes enfermas. Por último, las hemorragias uterinas pueden distinguirse como las demas en *activas y pasivas*. Las primeras van precedidas de signos de congestion mas ó menos marcada de la parte inmediata, como es pesadez en los lomos é hipogastrio, calor y pulsacion en el abdomen y pelvis; en una palabra, existe lo que se llama *molimen hemorragicum*. Las segundas, ó sean las pasivas, corre la sangre sin *molimen*, se exuda, por decirlo así, de las paredes y poros de los vasos: siempre es pálida y serosa, y las enfermas presentan edematosas algunas partes de su economía.

En las hemorragias uterinas salen coágulos mas ó menos voluminosos, que deteniéndose en algunos puntos de la vagina, obliteran este conducto mas ó menos completamente, y suspenden por algun tiempo la hemorragia. Sin embargo, bien pronto la sangre que se halla detras de esta especie de coágulo, aumentándose su cantidad, vence el obstáculo, se derrama a)

exterior, y algunas veces llega á ser tan abundante que asusta á las enfermas.

En lugar de sangre pura se evacua en algunos casos por la vagina un líquido sanioso, compuesto de una mezcla de pus y de sangre, y que por lo general exala un olor desagradable. Esta especie de flujo se observa con frecuencia en las úlceras cancerosas del útero.

Algunas mujeres evacuan por las partes genitales un flujo constituido por un líquido blanco, amarillento ó verdoso, generalmente denominado *leucorrea*, *blenorragia* ó *florres blancas*. Esta denominacion abraza, no solamente diferentes variedades de evacuaciones de la misma familia, sino flujos que se diferencian enteramente unos de otros, ya por su naturaleza y carácter, ya por el órgano que los determina.

Todos estos derrames manchan mas ó menos la camisa, pero hay una circunstancia que no debe olvidarse en este género de investigaciones, y es que estas manchas deben examinarse, no en la parte anterior de la camisa, como generalmente se hace en los hombres, sino en su parte posterior que está mas en relacion directa con la vulva.

Los órganos que pueden producir la leucorrea son la uretra, la vagina, el cuello del útero, ó el interior de la matriz. Fuera de la vulva todos los flujos se confunden, y por mucho tiempo no se han podido distinguir los unos de los otros. Generalmente se consideraba el moco uterino como mas claro, viscoso, transparente y claro como la clara de huevo, tenaz y filante entre los dedos. Sin embargo, estos caractéres no se presentan sino en el estado normal. M. Donné, habiéndole sometido á la observacion microscópica, ha visto que el moco es un líquido uniforme sin opacidad y sin glóbulos. Pero es raro que estas mismas cualidades las conserve cuando es producto de enfermedades; regularmente en estos casos se hace mas ó menos opaco, y se vuelve en lo que vulgarmente se acostumbra llamar *moco-puriforme*. Del exámen que ha hecho de él en el microscópio M. Donné resulta, que se distinguen en él una multitud de glóbulos mucosos de la forma acostumbrada, los cuales se parecen mucho á los del pus. Nunca se ha visto en el moco uterino presentarse especie alguna de animalillos, ni tampoco en el estado *moco-puriforme*, en el que parece estar enteramente compuesto de glóbulos que es imposible distinguirlos de los del pus; están unidos entre sí, y como entrelazados en una materia viscosa que formá una masa filante y tenaz (1). Además, el

(1) Investigaciones microscópicas acerca de la naturaleza de los mocos y

moco uterino así en su estado de pureza como en el de moco puriforme, es constantemente alcalino, y vuelve azul el papel de tornasol enrojecido prealablemente por un ácido.

Es verdad que el moco y el moco-pus de la uretra presentan, según los experimentos de M. Donné, los mismos caracteres que aquellos que hemos atribuido al moco-pus uterino; sin embargo, en estos casos no hace un gran papel la química, pues basta á simple vista separar los grandes lábios, y ver si la uretra es ó no el punto de donde aquel procede.

La secrecion del moco vaginal puede llegar á ser muy abundante, y estenderse hasta lo exterior bajo la forma de flores blancas; lo que se observa con mucha frecuencia en las mujeres que están en cinta, en la clorosis, en las jóvenes, algunas semanas ó meses antes de principiar las reglas, etc., etc. Este moco no se diferencia mas que por la cantidad, del moco vaginal, en el estado normal; es un poco mas ácido, cuya acidez se aumenta á medida que la irritacion secretoria se aproxima mas y mas al grado de inflamacion, sin cambiar sin embargo su naturaleza en la de pus.

Examinando á este periodo en el microscópio, el moco vaginal no ha presentado, según M. Donné, los glóbulos indicados, pero en su lugar le ha parecido estar enteramente compuesto de pequeños cuerpos ovalares, cuatro ó cinco veces mas gruesos que un glóbulo mucoso, y presentan el aspecto de películas ó *pequeñas escamas separadas de la membrana mucosa*.

Si la inflamacion aumenta de intensidad, el moco simple se cambia en moco-pus. No basta el exámen ocular para distinguir el estado purulento de este líquido del que no presenta mas que un ligero aumento en la secrecion del moco vaginal: los prácticos mas diestros no saben hacer esta distincion. Sin embargo, habiendo sometido M. Donné esta variedad de flujos al microscópio, ha observado caracteres comunes al moco y al pus, es decir, que ha visto en este líquido nadar *glóbulos* al mismo tiempo que *películas*. « El moco vaginal puro no se puede coger en masa filante y viscosa cuando se le trata por el amoniacó, al paso que por pequeña que sea la cantidad de pus no carece irremisiblemente de aquel carácter.»

Por último, la materia purulenta puede ser ya el resultado de una simple irritacion mecánica, ó de una inflamacion ordina-

*materia de diversa especie de flujos de los órganos genito-urinarjos, así en el hombre como en la mujer. Descripción de algunos nuevos animalillos descubiertos en algunos de estos fluidos, por M. Donné, 1837.*

ria, ó ya serlo de una especial ó blenorragica: á simple vista es muy difícil distinguir estas dos variedades.

M. Donné ha visto en el exámen microscópico, que la secrecion purulenta blenorragica presenta con frecuencia, ademas de los glóbulos, unos animalillos particulares, que ha sido el primero que los ha descripto llamándolos *tricomonas vaginal*: de veinte y cuatro mujeres atacadas incontestablemente de una vaginitis blenorragica; las diez y nueve han presentado esta disposicion de secrecion vaginal. No obstante, este célebre profesor no ha hecho experimentos con el moco-pus vaginal producido por una simple inflamacion, que sirviesen como de contraprueba de los anteriores, pues de este modo se podria calcular acerca del valor real de los *tricomonas*, por mas que M. Donné afirme que la presencia de estos animalillos es tan solo propia y peculiar de las secreciones blenorragicas.

De aquí en adelante, podrá distinguirse con la inspeccion microscópica, y que es de la mayor importancia en la práctica, si la materia de las flores blancas es puramente el resultado de una congestion ligera, de una irritacion secretoria de la mucosa vaginal, ó si es el efecto de una verdadera inflamacion; porque en el primer caso no se verán mas que películas de moco vaginal; y en el segundo estarán estos mezclados con los glóbulos del pus. Esperamos, pues, merced á los esfuerzos del laborioso comprofesor que tantas veces hemos nombrado, que muy pronto llegaremos á saber hasta qué punto es posible distinguir las inflamaciones simples de las blenorragicas (1).

El flujo vulvar proviene de úlceras existentes en el tubo genital, cuya naturaleza se reconocerá fácilmente, no á simple vista, sino por medio del microscópio que nos manifestará en este caso, como constantemente lo ha demostrado M. Donné, unas especies de animalillos que pertenecen al género de *vibriones*, que son, segun las investigaciones de M. Ricord, los agentes del desarrollo de las úlceras venéreas, por la inoculacion del pus de estas, en las que ellos se encuentran.

Hecha abstraccion de las orinas ó de las materias fecales, que las mujeres pueden algunas veces evacuar por la vagina por existir fistulas entre esta y la vegiga y el recto, vése en ciertas ocasiones, con particularidad en las embarazadas, arro-

(1) Suponiendo que los trabajos ulteriores de M. Donné le confirmen en la opinion que tiene en el dia sobre el *tricomonas*, estaremos obligados á admitir blenorragias especiales diferentes de lo que M. Ricord llama *úlceras ocultas*; porque la composicion de la secrecion de estas blenorragias es diferente de la secrecion de estas últimas, que, como vamos á decir, contienen *vibriones*.

jar por la vulva un número mas ó menos considerable de una especie de vegiguillas mas ó menos grandes que se han considerado como acefalocistes, y que parecen constituir una producción que resulta de la desorganización particular de la placenta, y por un pedículo comun se sostienen todos en forma de racimo de uvas.

Los verdaderos acefalocistes, á saber, las vegigas que tienen una vida propia, pero sin boca ni chupadores, son muy raros. Puede algunas veces evacuarse el pus en cantidad considerable por la vagina, y provenir de abscesos inmediatos que se hayan abierto en esta bolsa. Se han visto ejemplos de ovaritis, que habiéndose terminado por la formación del pus, este se habia evacuado por la vulva. Entonces, basta comprimir la región iliaca, correspondiente al tumor que determinaba la inflamación del ovario, para que se evacue el pus al exterior.

Pueden desarrollarse en el pene diferentes flujos. Jamás se segrega el moco en cantidad tan considerable en la uretra del hombre como en la vagina de la mujer. Razon por la que, los flujos no inflamatorios de la uretra provienen simplemente de la irritación secretoria, y deben ser muy raros en el hombre; sin embargo, los creemos posibles, y á esta clase relegaremos los que padecen algunas personas que tienen cálculos en la vegiga, hemorroides, etc., etc.

Todas las inflamaciones de la uretra, simples, blenorragicas y ulcerosas, producen un flujo que se conoce vulgarmente con el nombre de *purgacion* ó *blenorragia*.

El pus de una inflamación simple como el de la blenorragia presenta aspectos diferentes, pues es blanco, amarillo, verdoso, rogizo, etc., y todos estos caracteres son comunes á las dos variedades de flujos. El pus correspondiente á ellas presenta igualmente al microscópio glóbulos muy semejantes á los que se observan en las otras especies de pus, si se tratan ambas variedades con unos mismos reactivos químicos, especialmente con el amoniac, se verán iguales resultados, es siempre alcalino. *Nunca he encontrado*, dice M. Donné, *animalllos de especie alguna*.

Por los esperimentos y observaciones de M. Ricord está probado, que la uretra puede algunas veces ser el asiento de úlceras cancerosas (cáncer oculto). A la simple vista, el flujo á que ellas dan lugar no difiere en nada de los que hasta ahora hemos examinado; pero hay un carácter patognomónico, esto es, la facultad de reproducirse la úlcera por inoculación (1). Po-

(1) La blenorragia, producto del cáncer oculto, es la sola, en concepto

dríase añadir á este carácter uno nuevo, segun los experimentos de M. Donné, cual es el *existir vibriones* en el pus canceroso. Este ilustrado comprofesor ha asegurado que el pus de la úlcera primitiva desarrollado en el glande ó en la vagina ó sobre otras partes por inoculacion, constantemente contiene *vibriones*, animalillos que no se encuentran sino en el pus de la úlcera (1). Segun lo que acabamos de decir, por qué no sucederá lo mismo con el pus segregado por el cáncer desarrollado en lo interior de la uretra? Si M. Donné no hubiese hecho experimentos sobre este particular, la analogia nos hacia dar una respuesta afirmativa. Cosa notable, si se inoculara pus de una úlcera venérea despues de haberle mezclado con una pequeña cantidad de vinagre, se destruye en él la facultad reproductriz! Las investigaciones de M. Lallemand demuestran, que el esperma puede eyacularse por la uretra de un modo morboso, y constituir lo que este célebre médico llama *spermatorrea*, ó degenerar en una verdadera diabetes espermática, tanto por la cantidad y cualidad del flujo segregado, quanto por la frecuencia de su emision (2).

La causa de esta eyaculacion consiste en una irritacion de las vesículas seminales, consecutiva á las enfermedades de los órganos genitales esternos. M. Lallemand hace un paralelo ingenioso entre estas afecciones y las de las vias urinarias que se encuentran en iguales circunstancias. Cuando los riñones y la vegiga estan irritados, la orina se segrega en abundancia; pero en cuanto llega á la vegiga, se eyacula por las contracciones de este órgano, cuya sensibilidad se aumenta: el poco tiempo que está en aquella cavidad es el motivo por qué la orina sale tan clara en estos casos.

Exactamente se observan los mismos fenómenos en los órganos espermáticos, si se les somete á la influencia de una irritacion análoga. Los testículos segregan mayor cantidad de esperma porque estan irritados; este esperma es mas claro y acuoso porque está menos trabajado, y ha permanecido menos tiempo en sus reservorios; se eyacula con mas prontitud, porque las vesículas seminales son mas sensibles á la impresion

de M. Ricord, que puede considerarse como virulenta y capaz de producir síntomas consecutivos.

(1) M. Donné no ha encontrado vibriones en otra especie de pus mas que en el de las úlceras venéreas, y solo una vez los vió en la úlcera de una pierna en una mujer atacada de sífilis, y cuya herida presentaba todo el aspecto de la gangrena de hospital.

(2) *De las pérdidas seminales involuntarias*, por M. Lallemand. París, 1836, en octavo. Bruselas.

producida por la presencia del líquido espermático, y entran mas fácilmente en accion.

Las contracciones espasmódicas que en ellas se desarrollan escitan con mas prontitud y energía la eyaculacion, sea en el acto venéreo, sea por causa de sueños lascivos, lo que hace precipitado el coito ó incompleto, y las poluciones nocturnas muy frecuentes. Luego despues que la debilidad y exaltacion de la sensibilidad aumenten, el esperma es mas abundante y mas líquido; se repiten mas frecuentemente las contracciones convulsivas de las vesículas seminales, y en este caso es en el que la aproximacion de una mujer, una imágen voluptuosa, un pensamiento erótico, etc., son suficientes para escitar una eyaculacion; pero el esperma no se lanza con fuerza, la ereccion nunca es completa, y el placer casi nulo.

Estas contracciones fatales llegan á escitarse por las causas menos directas; los enfermos las sienten venir en el momento en que menos piensan en ellas: temen sus consecuencias, y sin embargo no pueden impedir las. Por último, en algunos casos la debilidad y susceptibilidad de los órganos genitales llega á un grado que constituye un verdadero diabetes espermático (1).

(1) Referiremos con algunos detalles el síndrome de síntomas que acompaña á la *espermatorrea*, porque nos parece importante el conocer la naturaleza de esta enfermedad, aun en la época en que no se puede deducir nada por el carácter de este flujo. Damos la mayor importancia á los trabajos de M. Lallemand, porque este sabio médico ha merecido bien de la ciencia por haber llamado la atencion de los prácticos sobre una enfermedad tan oscura, y que tantas víctimas puede arrastrar. Tenemos la conviccion que uno de nuestros enfermos, á quienes hemos asistido por espacio de quince meses en union de los médicos mas distinguidos de la capital, ha sucumbido á esta enfermedad. Era un oficial al servicio del rey de los Belgas, de una constitucion fuerte, atlética. Los escesos venéreos (el enfermo no atribuía á esta causa su enfermedad; pero yo he sabido despues que era la principal) le habian reducido á tal debilidad, que dificilmente podia tenerse en pie. Los músculos estaban atrofiados; apenas quedaba de ellos mas que una capa muy delgada que cubria los huesos. Los ojos estaban hundidos, pomulos amarillentos; la estitíquez de vientre muy tenaz; inapetencia, insomnio casi completo, algunas veces una ligera transpiración, todos los síntomas de la hipocondria, y por último un ligero flujo de un líquido lechoso por la uretra. Imposibilidad de efectuarse la ereccion, y la idea ó cuadro mas voluptuoso no escitaba el deseo del coito.

A estos síntomas un médico vió tubérculos diseminados en el pulmon (resonancia mas fuerte en ambos lados que en el estado anormal á causa del emagrecimiento, el enfermo no tosia, ni habia expectoracion.) Se aconsejó al enfermo un cauterio en el brazo, y tomase las aguas de Eughien. En esta época fué cuando le examinamos; al principio no advertimos nada en los pulmones ni en algun otro órgano; veíamos solamente una grande debilidad, y sin

La espermatorrea es muy frecuente, segun Lallemand, en las afecciones crónicas de los órganos urinarios; y si en estos casos no se observa con tanta frecuencia el flujo del esperma, es porque se le confunde con otros flujos que fácilmente se relegan á otras enfermedades. Casi siempre se eyacula el esperma al fin de la emision de la orina, atribuyéndose falsamente esta escrescion á la prostata. Sin embargo, en cuanto á la evacuacion es muy abundante; no es difícil, segun Lallemand, advertir la equivocacion, y el esperma en este caso no puede desconocerse.

Sin embargo, es menester confesar que frecuentemente es muy difícil distinguir entre los flujos espermáticos, y los que consisten en la exaccion del moco. Se podrá sospechar su existencia cuando les acompaña al mismo tiempo una debilidad considerable de fuerzas, una grande irritabilidad, hipocondría, etc. Esperamos que continuando M. Donné sus trabajos microscópicos, nos manifieste algun dia la distincion que hay entre los flujos espermáticos y los mucosos. Es probable que la presencia de los animalillos espermáticos no podrá ya servir de carácter para distinguir este líquido de los demas; á lo menos M. La-

poder atinar la causa que la producía, porque no teníamos en cuenta el flujo del que no se quejó. Igualmente le aconsejamos la permanencia en Enghien, los baños sulfurosos y las preparaciones de hierro. El enfermo se sintió un poco mas aliviado; daba algunos pascitos á pie, lo que antes le era imposible. A su vuelta de Enghien le suspendimos el hierro que le enardecía demasiado, (segun decia él), y le pusimos á un régimen suave y demulcente, recomendándole el uso de los alimentos que mas le convenian. M. Recamier, á quien se consultó últimamente, no halló afeccion en el pulmon. Le aconsejó, asi como nosotros, se suprimiese el cauterio; juzgaba que la enfermedad dependia de algun desorden crónico en la digestion. El enfermo, en todo este tiempo, apenas podia dormir una hora diaria, y esa jamás era seguida: el enmagrecimiento, la estitiquéz de vientre, la hipocondría y el tinte amarillento de la cara hacían rápidos progresos (el flujo continuaba siempre sin hacerse absolutamente mencion de él). El enfermo quiso ir á Italia, y tres meses despues murió, habiéndose presentado, segun se me ha dicho, síntomas de catalepsis. Tenemos la conviccion que hubiéramos salvado á este desgraciado si hubiese sido mas franco, y nosotros hubiéramos tenido conocimiento de los trabajos de M. Lallemand: ¿y despues de lo dicho se tendrá como inútil la obra que trata de esta cuestion tan importante? ¿y se dirá todavía que los hechos que contiene no estan suficientemente demostrados, como si pudiesen demostrarse mas en el estado actual de la ciencia? Se necesita no saber apreciar el valor de una propiedad científica para criticar, de una plumada, los productos del celo, del tiempo y de una observacion constante é ilustrada (1).»

(1) Alude Haciborski en esta nota á la severa crítica que se ha hecho en París de la obra citada de M. Lallemand.

Hemand dice, que siempre que la eyaculacion espermática es muy abundante, no existen estos animalillos, lo mismo que sucede en la orina de los diabéticos en que falta la urea.

## CAPITULO XII.

### *De los signos deducidos de la transpiracion cutánea.*

La piel da lugar á la exhalacion de un vapor abundante que se denomina *transpiracion insensible*; si esta corre bajo la forma líquida se la llama *sudor*.

Los sudores no son igualmente abundantes en todas las enfermedades. Generalmente la piel está seca en las afecciones del tubo digestivo, hidropesías y diabetes. Son por el contrario muy abundantes en el reumatismo articular agudo, en enfermedades del torax, útero, etc. Su cantidad es muy abundante, y al mismo tiempo se ve coincidir con el enmagrecimiento en los tísicos, y entonces se les llama *sudores colicuativos*.

Hay una enfermedad aguda caracterizada por la abundancia de la transpiracion, que se llama *sudor miliar*. Los enfermos están bañados de un copioso sudor desde el principio de la dolencia hasta la muerte ó convalecencia. En la epidemia que en 1821 se observó en el departamento del Oise, y de la que debemos una escelente descripcion á M. Rayer, los sudores estaban en general acompañados de la erupcion vesiculosa particular á la miliar.

No sucedió lo mismo con el *sudamina ó sea sudor inglés* que hizo los mayores estragos en Inglaterra en los siglos XV y XVI. En estas epidemias rara vez se observó la erupcion, constituyendo el principal síntoma de la enfermedad los sudores escesivos, los cuales, segun el doctor Heker, no solo persiguió á los habitantes de Inglaterra, sino hasta los mismos ingleses que se hallaban en el extranjero, continuando en gozar estos de la mejor salud, de manera que parecia ser un azote de la divina providencia contra aquellos habitantes.

Segun el doctor Heker, Cælis Aureliano describió una enfermedad análoga, llamándola *morbis cardiacus*, porque ninguna de las vísceras del bajo vientre se afectaron, como sucede en el sudor inglés. En 1802 se declaró una enfermedad análoga en una aldea de Franconia, llamada Rættingen, sobre el Tauber; rara vez se observaron los sudaminas; sin embargo, hubo una cosa digna de la mayor atencion en esta epidemia lo mismo que en el sudamina, y fué que ni la sed ni las orinas se aumentaron.

*Consistencia de los sudores.* Generalmente son estos ténues,

líquidos ó espesos, viscosos y como pegajosos, especialmente en los casos graves.

*Color.* Por lo comun son incoloros; en la ictericia dan á la camisa un color amarillo sucio. Algunos autores han citado ejemplos de sudores azules; pero estos casos son muy raros. La *Gaceta médica* cita tres observaciones de esta naturaleza; la una en el año de 1831, la otra en el de 1833, pág. 779, y la otra en el número 20 de 1839. Este último caso es muy curioso; se refiere á dos médicos que tenían sudores azules, el uno en los pies, y el otro en las axilas. Ambos padecían afecciones crónicas en el hígado. El uno, M. Bleifus, da la esplicacion siguiente de esta coloracion: « M. Braconot ha dicho que la bilis de algunos hígados contiene una materia sacarina, que puede algunas veces segregarse por los riñones, y determinar, cuando es muy abundante, el diabetes. El ácido sulfúrico da á esta materia un color azul; por consiguiente, M. Bleifus piensa que la coloracion azul de la transpiracion podria resultar de la combinacion de este principio sacarino con el ácido acético del sudor, cuya accion podria ser análoga á la del ácido sulfúrico »

Los sudores pueden ser generales ó parciales. Pueden limitarse, como lo observamos en los tísicos, á solo el torax, mientras que en otras enfermedades lo es tan solamente la cabeza.

Nos contentaremos, pues, de la sencilla enumeracion de todas las modificaciones que pueden tener los sudores, y que dejamos indicados. La transpiracion no tiene caracteres bastante constantes para que se pueda, por solo su aspecto, determinar la naturaleza y sitio de la dolencia.



# INDICE

de las

## MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO.

### PRIMERA PARTE.

Pág.

<i>Consideraciones generales sobre el diagnóstico. . . . .</i>	17
--	----

#### PRIMERA SECCION.

<i>Aplicacion del diagnóstico á las enfermedades simples. . . . .</i>	<i>ib.</i>
<b>CAPITULO I.</b> <i>Del diagnóstico en general y de sus elementos en particular. . . . .</i>	<i>ib.</i>
§. I. <i>Definicion y estension del diagnóstico. . . . .</i>	<i>ib.</i>
§. II. <i>Sobre la necesidad de conocer el asiento y naturaleza de la enfermedad. . . . .</i>	24
§. III. <i>De la necesidad de considerar en el diagnóstico la edad y constitucion de los enfermos. . . . .</i>	29
§. IV. <i>De la necesidad de tener en cuenta en el diagnóstico las diferentes circunstancias inherentes al sexo. . . . .</i>	31
§. V. <i>Hasta qué punto es preciso atender á las causas de las enfermedades en el diagnóstico. . . . .</i>	34
§. VI. <i>De la duracion, marcha, tipo y sucesion de las enfermedades, consideradas como elementos del diagnóstico. . . . .</i>	37
§. VII. <i>Del clima considerado como elemento del diagnóstico. . . . .</i>	38
§. VIII. <i>De la profesion de los enfermos. . . . .</i>	40
§. IX. <i>De los hábitos é idiosincrasias considerados como elementos del diagnóstico. . . . .</i>	43
<b>CAP. II.</b> <i>De los métodos del diagnóstico en general. . . . .</i>	44
§. I. <i>Division de los métodos en unos que consisten en la aplicacion de los sentidos, y otros intelectuales. . . . .</i>	<i>ib.</i>
§. II. <i>De los métodos que consisten en la aplicacion de los sentidos en general. . . . .</i>	48
§. III. <i>De los métodos intelectuales en general. . . . .</i>	52
§. IV. <i>Del grado de importancia respectiva de los métodos del</i>	

<i>diagnóstico, y de diferentes causas de errores. . . . .</i>	59
§. V. <i>Aplicacion de los métodos del diagnóstico á las afecciones de los diferentes elementos del organismo. . . . .</i>	62

## SECCION SEGUNDA.

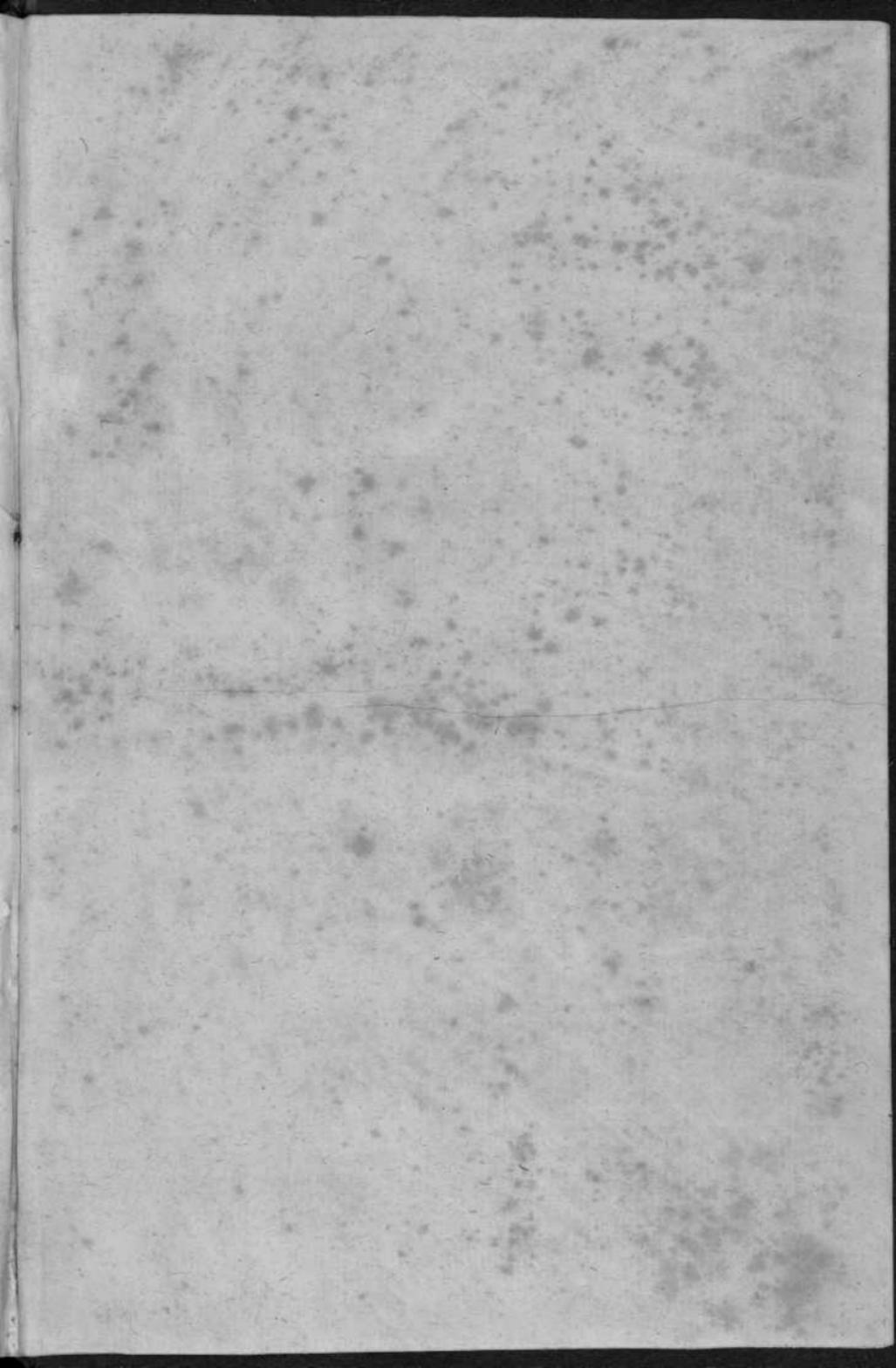
<i>Aplicacion del diagnóstico á las afecciones compuestas. . . . .</i>	75
§. I. <i>Del predominio de la afeccion en un sistema del órgano enfermo. . . . .</i>	77
§. II. <i>De la generalizacion de las enfermedades primitivamente locales. . . . .</i>	80
§. III. <i>De las afecciones que son consecuencia de disposiciones generales de la economía. . . . .</i>	86
§. IV. <i>De las alteraciones orgánicas y funcionales, ocasionadas por la simpatía de los órganos. . . . .</i>	110

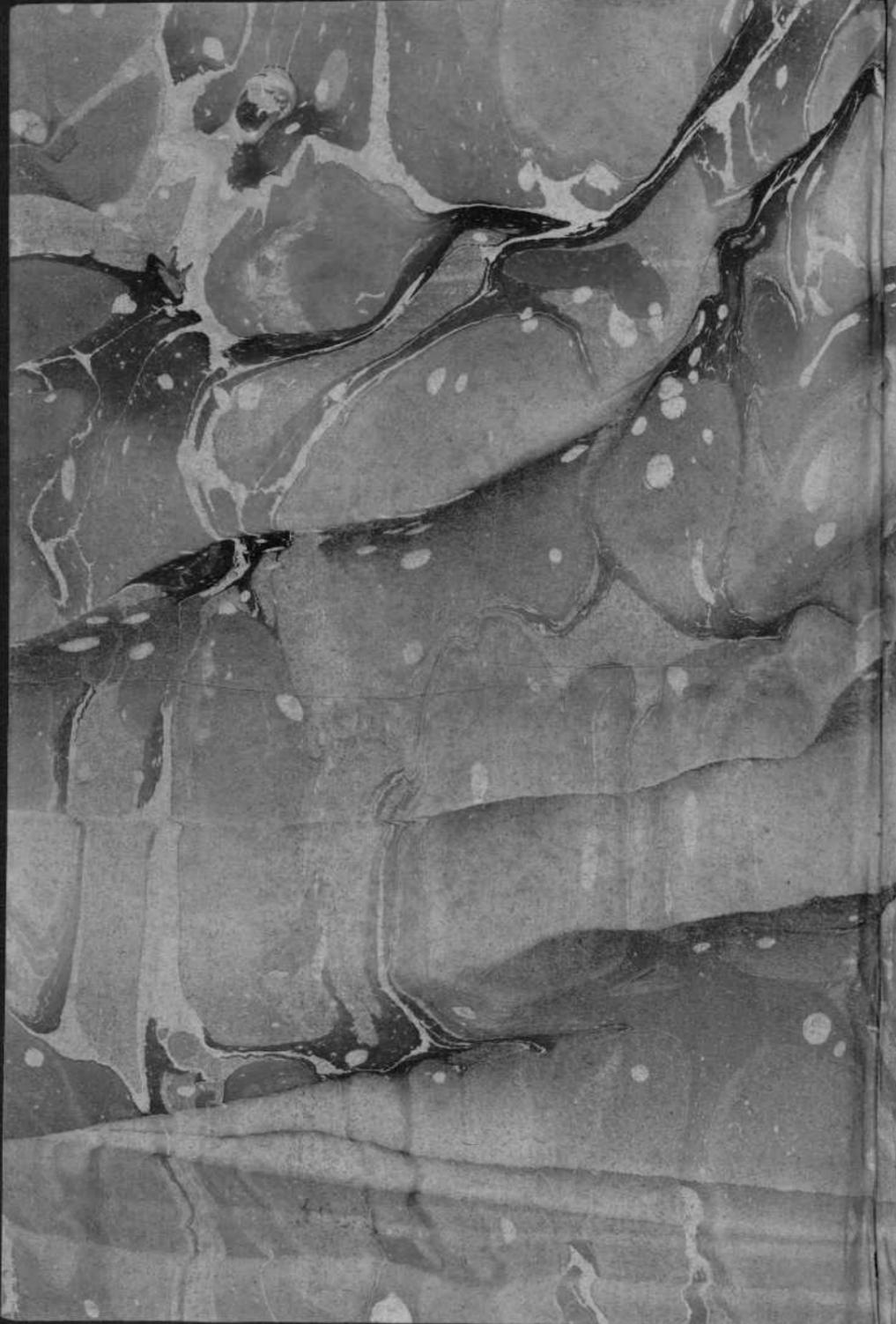
## SEGUNDA PARTE.

<i>Metodología y semeiología. . . . .</i>	114
ARTICULO 1. <sup>o</sup> <i>Inspeccion. . . . .</i>	115
CAPITULO I. <i>Afecciones de la membrana mucosa de la boca. . . . .</i>	117
CAP. II. <i>Afecciones guturales ó de la parte posterior de la garganta. . . . .</i>	121
CAP. III. <i>Enfermedades de la piel. . . . .</i>	124
§. I. <i>Erupciones exantemáticas. . . . .</i>	128
§. II. <i>Erupciones vesiculosas. . . . .</i>	132
§. III. <i>Erupciones ampollasas. . . . .</i>	138
§. IV. <i>Erupciones pustulosas . . . . .</i>	139
§. V. <i>Erupciones papulosas. . . . .</i>	146
§. VI. <i>Escamas. . . . .</i>	148
§. VII. <i>Tubérculos. . . . .</i>	151
§. VIII. <i>Maculas. . . . .</i>	<i>ib.</i>
§. IX. <i>Lupus. Pelagra. Pian Yavos. . . . .</i>	152
§. X. <i>Púrpura. . . . .</i>	153
§. XI. <i>Keloides, Elephantiasis de los árabes. . . . .</i>	154
§. XII. <i>Sifilides. . . . .</i>	155
§. XIII. <i>Tiñas. . . . .</i>	157
§. XIV. <i>Trichoma ó plica polaca. . . . .</i>	158
CAP. IV. <i>Afecciones de los órganos genitales. . . . .</i>	160
§. I. <i>Balanitis. . . . .</i>	<i>ib.</i>
§. II. <i>Cáncer. Su desarrollo, y diagnóstico de todas sus variedades. . . . .</i>	161
§. III. <i>Afecciones de la vagina y del útero. Speculum. Su introduccion. . . . .</i>	164

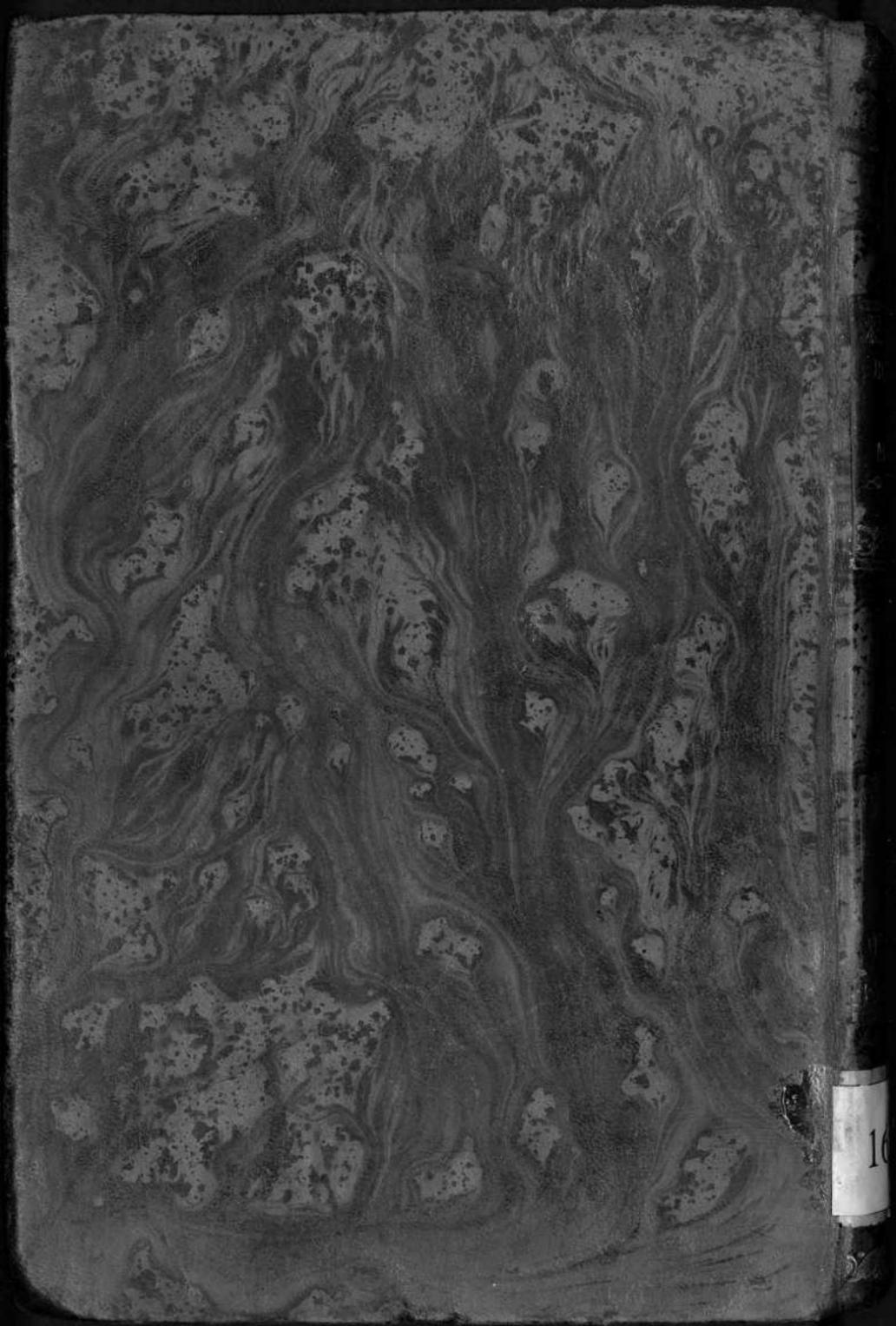
CAP. V.	<i>Alteraciones de la sangre.</i>	171
CAP. VI.	<i>Signos deducidos del hábito exterior.</i>	179
CAP. VII.	<i>De los signos deducidos del aparato muscular.</i>	198
§. I.	<i>Paralisis.</i>	<i>ib.</i>
(a)	<i>Paralisis general.</i>	199
1	<i>Hemorragia cerebral.</i>	<i>ib.</i>
2	<i>Golpe de sangre.</i>	<i>ib.</i>
3	<i>Apoplejía nerviosa.</i>	<i>ib.</i>
4	<i>Apoplejía serosa.</i>	<i>ib.</i>
5	<i>Paralisis de los dementes.</i>	200
6	<i>Paralisis del estado comatoso de la meningitis.</i>	<i>ib.</i>
7	<i>Paralisis general que acompaña á diferentes peurosis.</i>	201
(b)	<i>Hemiplegia.</i>	<i>ib.</i>
1. <sup>o</sup>	<i>Hemorragia cerebral.</i>	<i>ib.</i>
2. <sup>o</sup>	<i>Hemorragia cerebelosa.</i>	203
3. <sup>o</sup>	<i>Hemorragia de la protuberancia cerebral.</i>	204
4. <sup>o</sup>	<i>Congestion cerebral.</i>	<i>ib.</i>
5. <sup>o</sup>	<i>Reblandecimiento cerebral.</i>	205
(c)	<i>Paraplegia.</i>	<i>ib.</i>
(d)	<i>Paralisis parcial de un solo miembro ó de algunos músculos.</i>	206
§. II.	<i>Convulsiones.</i>	207
A.	<i>Espasmos tónicos.</i>	<i>ib.</i>
(a)	<i>Tetanos.</i>	<i>ib.</i>
(b)	<i>Contracción de los miembros.</i>	208
(c)	<i>Trismus.</i>	<i>ib.</i>
(d)	<i>Espasmo de los músculos superiores del dorso.</i>	<i>ib.</i>
(e)	<i>Contracion del iris.</i>	<i>ib.</i>
B.	<i>Espasmos clónicos.</i>	209
(a)	<i>Salto de tendones.</i>	<i>ib.</i>
(b)	<i>Convulsiones de los miembros.</i>	<i>ib.</i>
(c)	<i>Epilepsia.</i>	<i>ib.</i>
(d)	<i>Eclamsia.</i>	211
(e)	<i>Corea.</i>	<i>ib.</i>
(f)	<i>Histérico.</i>	212
(g)	<i>Temblor.</i>	214
(h)	<i>Fiebre intermitente.</i>	215
§. III.	<i>Consideraciones sobre el sitio y naturaleza de las afecciones nerviosas.</i>	218
	<i>Sitio y naturaleza de la epilepsia.</i>	216
	<i>Sitio y naturaleza del histérico.</i>	221
	<i>Sitio y naturaleza de las fiebres intermitentes y perniciosas.</i>	223
	<i>Naturaleza de los síntomas de la meningitis cerebral.</i>	226
	<i>Contracción de los miembros, eclamsia, tetanos.</i>	233
CAP. VIII.	<i>De los signos deducidos del sueño.</i>	235

<i>Soñolencia, sopor, coma.</i> . . . . .	<i>ib.</i>
<i>Letargo.</i> . . . . .	<i>ib.</i>
<i>Somnambulismo.</i> . . . . .	238
CAP. IX. <i>De los signos que suministra la respiracion.</i> . . . .	242
§. I. <i>De los signos deducidos de los movimientos respiratorios.</i> . . . .	<i>ib.</i>
§. II. <i>De los signos deducidos de las secreciones y exhalaciones líquidas por las vías aéreas.</i> . . . . .	246
<i>Epistaxis.</i> . . . . .	247
<i>Espustos.</i> . . . . .	248
CAP. X. <i>De los signos que suministra el aparato digestivo.</i> . . . .	269
§. I. <i>De los signos deducidos de los órganos situados por encima del diafragma.</i> . . . . .	<i>ib.</i>
<i>A. Labios.</i> . . . . .	<i>ib.</i>
<i>B. Encías.</i> . . . . .	270
<i>C. Dientes.</i> . . . . .	<i>ib.</i>
<i>D. Lengua.</i> . . . . .	283
§. II. <i>Signos deducidos de los órganos situados por debajo del diafragma.</i> . . . . .	284
<i>A. Vómito.</i> . . . . .	<i>ib.</i>
<i>B. Deyecciones alvinas.</i> . . . . .	294
<i>Diarrea, aparato digestivo.</i> . . . . .	296
<i>Hemorragias intestinales.</i> . . . . .	299
<i>Oxyuro, tania, acefalocístes.</i> . . . . .	302
<i>Concreciones calculosas.</i> . . . . .	303
<i>Deyección de una porción del intestino.</i> . . . . .	304
CAP. XI. <i>De los signos sacados del aparato génito-urinario.</i> . . . .	306
§. I. <i>De los signos deducidos de las orinas.</i> . . . . .	<i>ib.</i>
<i>Aparato génito-urinario. — Arenas.</i> . . . . .	309
<i>Albuminas.</i> . . . . .	313
<i>Hematuria.</i> . . . . .	314
<i>Piuria.</i> . . . . .	316
<i>Cálculos positivos.</i> . . . . .	317
§. II. <i>De los signos sacados de los diferentes flujos que se evacuan por los órganos genitales externos.</i> . . . . .	318
<i>Amenorrea, — clorosis.</i> . . . . .	320
<i>Disminorrea.</i> . . . . .	321
<i>Hemorragias uterinas.</i> . . . . .	322
<i>Moco, y moco pus uterino.</i> . . . . .	323
<i>Moco, y moco pus vaginal.</i> . . . . .	324
<i>Pus ulcerativo.</i> . . . . .	325
<i>Flujos uretrales.</i> . . . . .	326
<i>Vibriones.</i> . . . . .	327
<i>Pérdidas seminales.</i> . . . . .	228
CAP. XII. <i>De los signos deducidos de la traspiración cutánea.</i> . . . .	303











BIBLIOTECA  
DE  
MEDICINA



RESUMEN  
DEL  
DIAGNOSTICO



16.794

